



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**O DIREITO À TELEVISITAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS: UMA
REFLEXÃO ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E A ATUAÇÃO DO SUS
NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

São Cristóvão/SE
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**O DIREITO À TELEVISITAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS: UMA
REFLEXÃO ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E A ATUAÇÃO DO SUS
NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Universidade Federal de Sergipe, exigida como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Direito. Área de Concentração: Constitucionalização do Direito. Linha de Pesquisa: Eficácia dos direitos fundamentais e seus reflexos nas relações sociais e empresariais.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tanise Zago Thomasi

São Cristóvão/SE
2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

F866d Freitas, Carlos Diêgo de Brito
O direito à teleconsulta dos pacientes internados : uma reflexão acerca da humanização do cuidado e a atuação do SUS no âmbito do município de Aracaju / Carlos Diêgo de Brito Freitas ; orientadora Tanise Zago Thomasi. – São Cristóvão, SE, 2023.
106 f. : il.

Dissertação (mestrado em Direito) – Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Direitos fundamentais. 2. Paciente – Direitos fundamentais. 3. Humanização dos serviços de saúde - Aracaju. 4. Telecomunicações na medicina - Aracaju. 5. Visitação aos doentes. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Thomasi, Tanise Zago, orient.
II. Título.

CDU 342.746(813.7)

CARLOS DIÊGO DE BRITO FREITAS

**O DIREITO À TELEVISITAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS: UMA
REFLEXÃO ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO E A ATUAÇÃO DO SUS
NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito (PRODIR) da Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Direito. Esta dissertação foi submetida à banca examinadora, julgada e assinada pela comissão abaixo.

Aprovada em: 27/02/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Tanise Zago Thomasi
Presidente

Prof^a. Dra. Clara Angélica Gonçalves Cavalcanti Dias
Membro Interno

Prof. Dr. Diogo de Calasans Melo Andrade
Membro Externo

Prof^a. Dra. Rita de Cássia Barros de Meneses
Membro Externo

São Cristóvão/SE
2023

AGRADECIMENTOS

Alcançar a conclusão desta pesquisa, com a titulação de mestre em direito, parece aos meus olhos, o despertar de um sono profundo e a realização de um sonho adormecido há aproximadamente 18 anos, momento em que me despedi dos bancos da universidade com o canudo de bacharel.

Àquela época, ainda jovem e no início de uma carreira profissional árdua e competitiva, sem qualquer estabilidade, me dediquei de corpo e alma em contribuição ao serviço público de saúde. Anos atuando nas mais diversas áreas de gestão da saúde, seja na esfera estadual ou municipal, me fez nutrir um amor à área e enraizar minha força de trabalho em prol da melhoria do Sistema Único de Saúde, o que continuo exercendo até os dias de hoje.

Neste caminho profissional, outra paixão me assolou, há menos tempo, 10 anos atrás, mas o suficiente para compreender que a educação transforma vidas e que cada um nós pode contribuir para o bem do próximo. A docência me mostrou como é gratificante dar a mão, ser humano, aconselhar, ensinar, aprender e compartilhar.

A conclusão deste mestrado acadêmico é, sem dúvida, um dos marcos mais importante da minha vida e neste momento não poderia deixar de agradecer a cada pessoa que esteve ao meu lado, acompanhando as angústias, dificuldades e também compartilhando todas as alegrias que foram vivenciadas durante esse caminho.

Agradeço a Deus pelo sopro da vida, pelas bênçãos que sempre derramou em meu favor, por nos dar a sabedoria, inteligência e coragem que precisamos para perpassar todas as dificuldades que o mundo nos submete.

À minha esposa, que tenho a ousadia de plagiar o poeta Zé Ramalho e afirmar ser uma mulher nova, bonita e carinhosa, mas também acrescento sem qualquer cerimônia muitas outras qualidades, corajosa, visionária, esforçada, dedicada, uma mãe genial e inigualável, que tem se doado mais do que ela própria em prol da nossa família, uma fonte de inspiração, que de forma incansável e resiliente me incentivou durante toda essa jornada, seja com palavras, com gestos de carinho, conforto ou infindáveis motivações. Sem você nada disso seria possível. E volto a citar outro poeta, Vinícius de Moraes, para concluir esse agradecimento, pois sua poesia reflete o que sinto por você: “Assim como uma nuvem só acontece se chover. Assim como o poeta só é grande se sofrer. Assim como viver sem ter amor não é viver. Não há você sem mim, eu não existo sem você”.

Agradeço a todos os meus filhos, e não são poucos, Caio, Dan Raphael, Arthur Gael e Davi Luz, todos muito amados, por vocês eu me esforço, por vocês eu perco noites, por vocês eu enfrento todas as dificuldades que a vida possa colocar no meu caminho, e saibam que continuarei ultrapassando cada uma delas.

À minha avó, Maria Luiza de Brito, uma senhorinha linda e ativa, hoje com 95 aninhos, que me criou e esteve presente em todos os momentos bons e ruins da minha vida. Sempre cobrando minhas atitudes, exigindo estudo, foi fundamental para minha criação e para formação do homem que me tornei.

À minha mãe, Aida Celeste de Brito, *in memoriam*, que durante toda a sua vida profissional defendeu o Sistema Único de Saúde com garra, dedicação e esperança, sendo para mim espelho de vida. Transmitiu-me em vida o amor pelo SUS, o amor pelo próximo, me passou o bastão para que eu pudesse dar continuidade no trabalho de melhorar a vida das pessoas, em especial aquelas que mais necessitam.

Agradeço ao meu pai, José Carlos Muniz Freitas, *in memoriam*, que apesar de ter sofrido, ainda jovem, um trauma físico em acidente automobilístico, permanecendo incapacitado durante os últimos 15 anos de sua vida, vibrava com cada vitória que seu filho alcançava, se emocionava e transbordava emoção com seu olhar marejado e o seu riso extravagante.

Agradeço a minha irmã Ana Luiza Brito de Oliveira, que em muito me lembra a nossa mãe, com sorriso largo e descontraído, que me faz resgatar as origens e não negar a ancestralidade. Te amo minha irmã, a minha caçulinha.

Um agradecimento especial ao meu Tio José Valfran de Brito, e o seu companheiro Tio Sérgio, que sempre esteve preocupado com a minha formação e com a minha vida profissional, que me incentivaram por anos, que ligam incessantemente para saber como anda o desenrolar do curso de mestrado e que aguardam ansiosos pela minha aprovação.

À minha sogra, Selma, e a minha cunhada, Kecinha, que hoje compartilhamos o mesmo teto, passamos pelas mesmas adversidades, mas que também compartilhamos incontáveis momentos de felicidade. Amo vocês, tenham certeza que a força que vocês me deram foi necessária para que eu chegasse até aqui.

Por uma questão de estrutura textual, não posso nominar cada uma das pessoas que gostaria, mas quero nesta oportunidade agradecer também a todos os demais familiares e amigos que direta ou indiretamente compartilham das minhas angústias e alegrias, estando sempre à disposição para colaborar.

Agradeço também à Universidade Federal de Sergipe – UFS que viabiliza a realização do Curso de Mestrado em Direito, contribuindo assim significativamente para a formação da nossa sociedade e para a consagração da nossa comunidade jurídica.

A todos e todas colegas de turma, que durante esses dois anos de curso, percorremos juntos esta longa caminhada em busca da qualificação profissional e do conhecimento, que apesar de todas as dificuldades e prazos a serem cumpridos conseguiram com maestria conciliar trabalho, estudo e família e alcançar o tão sonhado título de mestre.

A todos os professores e professoras, que alcançaram o objetivo de compartilhar o saber e a vivência com seus discentes, obrigado por terem disparado o sinal de largada para nossa reflexão crítica e a defesa da justiça e da garantia dos direitos humanos.

Por fim, mas não menos importante, preciso aqui externar a mais imensa gratidão à professora Dra. Tanise Zago Thomasi. Meu Deus, me lembro como hoje, o desespero, a dúvida, no momento da seleção do mestrado, lá na última linha de pesquisa do edital, a última professora da lista, com apenas uma única vaga disponível. O medo de ser reprovado me assolou, seria melhor procurar outro orientador? Graças a Deus não me acovardei! Tive a imensa honra de ser orientado pela professora Tanise, um exemplo de comprometimento com o serviço público, um exemplo de educadora, um exemplo de ser humano, inteligente, parceira acadêmica que me fez olhar o mundo com outros olhos, os olhos da justiça e do amor. Muito obrigado professora.

*À minha família, refúgio de acalento e
sossego.
Aos amantes do Sistema Único de Saúde, na
esperança de dias melhores.*

O cuidado verdadeiro não é carregado apenas por uma profissão, mas por uma atitude, um estado de espírito. É uma forma de viver e de estar, não apenas de fazer. A verdadeira arte de cuidar é uma forma de amor, que se revela em pequenos detalhes, em pequenos gestos, em pequenas palavras. É um ato de presença, de escuta, de compreensão. É um ato de paciência e compaixão, que nos permite entrar no mundo do outro e compartilhar sua dor. É um ato de humanidade, que nos lembra de que todos somos iguais e merecemos ser tratados com bondade e respeito.

Rachel Naomi Remen

RESUMO

Com a sanção da lei nº. 14.198/2021, os pacientes internados em serviços de saúde, impossibilitados de receber visitas e ter contato com seus familiares, passaram a ter o direito regulamentado para realização de visitas virtuais por intermédio de videochamadas, garantindo assim um acolhimento pautado no respeito a direitos fundamentais e na humanização do cuidado. A tônica da presente pesquisa está no olhar diferenciado ao paciente internado, considerando a sua singularidade, e na necessidade de se preservar uma assistência humanizada. A pesquisa aborda o paciente enquanto ser humano, detentor de direitos fundamentais inafastáveis, sendo defendida a consolidação de uma base teórica em prol de um novo ramo do Direito, o Direito do Paciente. O trabalho analisa se as ações exigidas pela lei nº. 14.198/2021 estão adequadas à regulamentação da Política Nacional de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde, e esclarece ao final se o Município de Aracaju adotou ações eficazes a implementar a televisitação como forma de acolhimento humanizado em favor dos usuários assistidos pelos serviços públicos de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, explicativa e exploratória, com interpretação de material didático, legislação e notícias, buscas em bancos de dados oficiais e informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, além da coleta de dados através de questionário aplicado junto ao órgão competente de supervisão técnica das unidades assistenciais objeto da pesquisa. Ao final conclui-se que a televisitação, apesar de ser considerada de forma unânime um método de cuidado qualificado e uma ferramenta de acolhimento humanizado, na sua execução no âmbito das unidades hospitalares vinculadas ao SUS Aracaju, esta ainda não cumpriu o seu propósito, sendo constatada a não efetividade da sua lei regulamentadora.

Palavras-Chaves: Televisita; Humanização do Cuidado; Direitos Fundamentais; Direito do Paciente.

ABSTRACT

With the sanction of Law No. 14,198/2021, patients hospitalized in health services, unable to receive visits and have contact with their family members, now have the regulated right to carry out virtual visits through video calls, thus guaranteeing a reception based on respect for fundamental rights and in the humanization of care. The focus of this research is on the differentiated view of hospitalized patients, considering their uniqueness, and the need to preserve humanized care. The research addresses the patient as a human being, holder of inalienable fundamental rights, defending the consolidation of a theoretical basis in favor of a new branch of Law, the Patient's Right. The paper analyzes whether the actions required by law n°. 14,198/2021 are adequate for the regulation of the National Hospital Care Policy of the Ministry of Health, and finally clarifies whether the Municipality of Aracaju has adopted effective actions to implement television as a form of humanized reception in favor of users assisted by public health services. This is a qualitative, explanatory and exploratory research, with interpretation of didactic material, legislation and news, searches in official databases and information provided by the Municipal Health Department of Aracaju, in addition to data collection through a questionnaire applied to the competent body for technical supervision of the care units that are the object of the research. In the end, it is concluded that television, despite being unanimously considered a method of qualified care and a tool for humanized reception, in its execution within the scope of hospital units linked to the SUS Aracaju, this has not yet fulfilled its purpose, being found the non-effectiveness of its regulatory law.

Keywords: Televisit; Humanization of Care; Fundamental rights; Patient Right.

LISTA DE SIGLAS

AHA	Associação Americana de Hospitais
CEM	Código de Ética Médica
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DPO	Encarregado de Proteção de Dados
GDPR	Regulamento Geral de Proteção de Dados
HMASP	Hospital Militar de Área de São Paulo
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 O PACIENTE ENQUANTO SER HUMANO.....	18
2.1 A HUMANIZAÇÃO NO DEVER DO CUIDADO.....	19
2.2 O ACOLHIMENTO À PESSOA DOENTE.....	27
2.3 A AUTONOMIA DOS DIREITOS DOS PACIENTES.....	31
2.4 O RESPEITO À SINGULARIDADE DO PACIENTE.....	37
3 A IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA VIRTUAL COMO POLÍTICA ASSISTENCIAL AO PACIENTE INTERNADO.....	43
3.1 A IMPERIOSIDADE DA TELEMEDICINA DIANTE DA COVID-19.....	44
3.2 A RECONFIGURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE APÓS A COVID-19 ATRAVÉS DA TELEVISITAÇÃO.....	48
3.3 A ADEQUAÇÃO DA TELEVISITAÇÃO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.....	57
4 A EXECUÇÃO DA VISITA VIRTUAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
APÊNDICE ÚNICO: QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	92

1 INTRODUÇÃO

Todo ser humano, em especial aquele cidadão partícipe de um estado democrático de direito, é titular de direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal. Os reflexos destes direitos ecoam por todas as relações jurídicas, seja na esfera pública ou privada, abarcando também as relações assistenciais da saúde.

Dentre estes preceitos fundamentais encontra-se o princípio da dignidade da pessoa humana insculpido no art. 1º, inciso III da Carta Magna¹ e classificado como fundamento da República Federativa do Brasil, corolário que objetiva garantir uma vida digna ao cidadão, com o atendimento das suas necessidades básicas, respeitando o valor intrínseco da sua personalidade.

A relação do cuidado médico-paciente, muito mais ampla do que a literalidade denota, posto que inclui neste processo de cuidado diversos atores que compõem uma rede colaborativa composta por equipe multiprofissional, paciente e familiares², deve ser travada em total consonância com a garantia desses direitos humanos, considerando o paciente como um ser singular, em estado de vulnerabilidade, que exige o respeito a sua autonomia e dignidade.

Nesse contexto, destaca-se que a humanização do cuidado do paciente internado na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde vem sendo considerada uma exigência de política pública antes mesmo da instituição da Política Nacional de Humanização³ no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde do Brasil, portanto, deve ser garantida como prática de cuidado qualificado por todas as unidades assistenciais vinculadas ao SUS.

No ano de 2021, foi sancionada a Lei nº. 14.198⁴, garantindo-se aos pacientes internados em quaisquer serviços de saúde o direito a teleconsulta, por intermédio da

¹ BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

² CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>. Acesso em: 30 maio 2022.

³ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁴ BRASIL. Planalto. Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021.

tecnologia, quando forem impossibilitados de receber visitas presenciais. O marco teórico deste estudo irá demonstrar que esse método de cuidado, além de garantir o direito do paciente, em relação direta com a melhoria do seu estado de saúde, pode ser considerado como uma prática de acolhimento humanizado⁵ e ferramenta de qualificação do cuidado.

Diante da relevância e necessidade de garantia do direito à teleconsulta, considerando esta um método de humanização e qualificação do cuidado em favor dos pacientes internados que estão impossibilitados de receber visitas presenciais em razão da criticidade do seu estado de saúde, é que se estabeleceu a problemática central deste estudo, qual seja: verificar se o Município de Aracaju, no âmbito de abrangência do seu Sistema Único de Saúde, adotou ações eficazes a implementar a teleconsulta como forma de acolhimento humanizado em favor dos usuários assistidos nos hospitais vinculados a rede de saúde pública.

Dentre os objetivos a serem alcançados com este estudo, o primeiro deles abordado no capítulo 2, está a necessidade de se refletir acerca do paciente como ser humano, titular de direitos fundamentais e autônomos, vulnerável, bem como a sua relação singular com o processo do cuidado humanizado.

Percebe-se assim que o acolhimento, ou o respeito aos direitos dos pacientes, é a tônica do presente estudo, destacando-se dentre estes direitos, a vida, a saúde, a integridade física e mental, bem como o direito à informação, essenciais para preservar a dignidade de cada ser humano.

Portanto, percorrer-se-á durante a pesquisa uma análise sob a perspectiva interdisciplinar de instrumentos normativos e ações de saúde pública sob o prisma do cuidado, da humanização e do olhar ao próximo, evidenciando os direitos e garantias fundamentais preconizados na Carta de Direitos dos Pacientes⁶ instituída pela Rede de Cidadania Ativa e a

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁵ OLIVEIRA, A. E. F.; LIMA, A. R. S.; BARROS, A. S.; SILVEIRA, F. C. S. M. S.; FONTES, K. C.; SANTOS, M. F. D.; PETRIS, S. R. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz 8. Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2012.

⁶ REDE CIDADANIA ATIVA. **Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes**. Roma, 2002. Disponível em: http://www.activecitizenship.net/files/patients_rights/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/Portugal.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde⁷ instituída pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional.

O segundo objetivo deste estudo, a ser abordado no capítulo 3, está a necessidade de se analisar a adequação da teleconsulta, prática inserida dentro dos métodos da telemedicina, com as políticas sanitárias já regulamentadas pelo sistema único de saúde acerca da atenção hospitalar humanizada e com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais⁸.

Será abordado como a telemedicina tem se mostrado uma ferramenta valiosa no diagnóstico e tratamento de doenças, oferecendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde e, em especial no cenário pandêmico da Covid19, como a teleconsulta tem refletido na preservação não só o estado de saúde do paciente e dos seus familiares, como também garantido que o doente mantenha o contato diário com as pessoas externas, acalutando seus anseios, confortando seus sentimentos e tendo garantida a sua dignidade e respeitados os seus interesses.

Como terceiro e ultimo objetivo, a ser atendido no capítulo 4, buscar-se-á verificar se o município de Aracaju efetivou a implementação das visitas virtuais como ferramenta de acolhimento humanizado em favor dos pacientes internados na rede hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde.

Vale destacar que o atingimento deste objetivo foi alcançado após coleta, análise e discussão dos dados obtidos em pesquisa de campo, sendo disponibilizado questionário junto ao setor da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, responsável pela supervisão técnica das unidades hospitalares vinculadas ao SUS, para serem distribuídos e preenchidos pelo corpo técnico da própria secretaria, através dos servidores municipais responsáveis pela fiscalização de cada unidade assistencial, sem identificação do profissional ou do hospital avaliado.

Após a coleta dos dados, foi realizada sua tabulação de acordo com a temática abordada na pesquisa e ao final do trabalho acostados todos os questionários na íntegra no correspondente apêndice.

Dentre os questionamentos apresentados estão: o conhecimento da lei que regulamenta o direito à teleconsulta; a natureza jurídica da instituição pesquisada; a garantia

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

do direito a televisitação na unidade hospitalar; o local e periodicidade da realização de videochamadas em favor dos pacientes; as unidades produtivas que realizam a televisitação na unidade; a estrutura e regulamentação da televisitação no âmbito de cada instituição; a garantia da privacidade do paciente; e a relação da televisitação com a qualificação do cuidado e a melhoria do estado de saúde do paciente.

Vale ressaltar que a pesquisa de campo realizada teve como foco a avaliação acerca do efetivo cumprimento das obrigações previstas na Lei nº. 14.198/2021⁹ pelas unidades hospitalares vinculadas ao SUS de Aracaju, no sentido de disponibilizar a infraestrutura adequada e segura para a realização da televisitação, portanto, não considerou eventual realização de televisita por parte dos próprios usuários do sistema de saúde.

A pesquisa, portanto, de natureza qualitativa, explicativa e exploratória, foi realizada através de investigação e interpretação de material didático, legislação e notícias relacionadas ao tema do estudo, além de buscas em bancos de dados oficiais sobre índices atinentes à Covid-19 e seu enfrentamento, bem como pesquisa de campo.

A relevância da presente pesquisa repousa não só na conformação de marco teórico acerca da obrigatoriedade e respeito dos direitos dos pacientes, da garantia de um acolhimento humanizado e cuidado qualificado, ou ainda na demonstração de como a telemedicina pode contribuir para a preservação da dignidade dos pacientes, mas também por permitir avaliar a forma pela qual o Poder Público no âmbito do SUS Aracaju tem reagido com a obrigatoriedade do respeito às políticas públicas assistências e o direito à televisitação dos pacientes.

Por fim, ao menos em caráter introdutório, observa-se que ao final do presente estudo poder-se-á concluir que apesar da televisitação ser considerada um método de cuidado qualificado e uma ferramenta de acolhimento humanizado, a sua execução no âmbito das unidades hospitalares vinculadas ao SUS Aracaju ainda não cumpriu o seu propósito, sendo constatada a não efetividade da sua lei regulamentadora.

⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

2 O PACIENTE ENQUANTO SER HUMANO

O Estado Democrático de Direito, fundado no respeito e irradiação dos direitos fundamentais insculpidos na Constituição Federal, defende a preservação de direitos e garantias para os indivíduos, independente da sua condição social: a vida, a dignidade, a liberdade, a privacidade, a integridade física, são alguns dos bens tutelados por esses direitos, os quais no âmbito internacional são denominados como Direitos Humanos.

Pode-se reconhecer que o desenvolvimento e a consolidação dos direitos humanos estão diretamente ligados ao árduo trajeto de luta social movida pela necessidade de reconhecimento, empoderamento, liberdade e dignidade dos indivíduos. Na frente desta luta está o grupo social composto pelos pacientes, pessoas em estado de vulnerabilidade que necessitam de cuidados assistenciais de saúde para retomar a sua qualidade de vida.

As características similares deste grupo de pessoas, como também as garantias constitucionais para preservação da sua dignidade, faz com que se possa reconhecer um novo ramo do Direito, o dos Direitos dos Pacientes. A expectativa de ser bem recepcionado nos estabelecimentos de saúde, de ter a sua angústia e sofrimento acalentados de forma solidária e empática, de ser informado de todas as suas condições e de poder interferir com sua opinião e desejo no processo do cuidado, ou ainda o direito de não ser submetido a um tratamento cruel, de ser assistido de forma íntegra e eficaz, em condições que possam garantir a qualidade do atendimento e a dignidade do paciente, são alguns dos direitos que esse novo ramo almeja garantir.

Nessa perspectiva humanística do cuidado ao paciente, é que o presente estudo é desenvolvido, sendo demonstrado como o acolhimento adequado, e desejado pelo paciente, pode interferir nos resultados assistenciais e como o respeito às vontades e desejo do assistido pode refletir positivamente no processo do cuidado.

O recorte territorial da pesquisa foi delineado no âmbito de atuação do Sistema Único de Saúde do Município de Aracaju, para que assim fosse possível verificar a adequação da política sanitária de saúde pública com a garantia dos direitos dos pacientes insculpidos na lei nº. 14.198/2021¹⁰.

¹⁰BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021.

Neste estudo será avaliada a televisitação em favor dos pacientes internados, sendo esta garantia uma das inúmeras possibilidades que a telemedicina pode adotar para incremento da qualidade do acolhimento e para efetivação do cuidado humanizado.

No conceito exposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹, a telemedicina é a disponibilização de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, utilizando-se de tecnologias de informação e comunicação, para a troca de dados válidos para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, terapias, onde se contribui para o avanço da saúde.

A pesquisa pretende demonstrar como o uso da tecnologia, de forma adequada, contribui significativamente para o acolhimento humanizado e para a qualificação do cuidado nos serviços de saúde. Para demonstrar esta estreita reação entre a telemedicina e a humanização do cuidado, será abordada a seguir a concepção da humanização e a sua necessária vinculação no processo de assistência à saúde.

2.1 A HUMANIZAÇÃO NO DEVER DO CUIDADO

A professora Maria Cecília de Souza Minayo ao escrever o prefácio da obra intitulada *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*¹², defendeu que a terminologia do humanismo, especificamente na área da saúde, tem norteado pautas relevantes e prioritárias como forma de composição de política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa, demonstrando a importância de um movimento que entende o cuidado à saúde de forma indissociável à valorização da intersubjetividade das relações.

Diante da compreensão apresentada, observa-se que como forma de composição política, a humanização da saúde já se encontra consolidada nas práticas assistenciais, em especial no âmbito do sistema público de saúde. Para tanto, há de se apresentar o arcabouço normativo básico que compõe o referido sistema, para que seja possível compreender de que forma essa prática de cuidar se fundamenta e consolida neste sistema.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹¹KHOURI, Sumaia Georges El. **Telessaúde: análise da sua evolução no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-24102007-143128/publico/sumaiagekhouri.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

¹² MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

O Sistema Único de Saúde, objeto desta pesquisa, encontra seu respaldo constitucional no artigo 196 da Carta Magna¹³, na medida em que se estabelece o direito à saúde como dever do Estado, devendo este assim garantir a execução de políticas públicas que abarquem todos os níveis de atenção e cuidado, seja na promoção, prevenção ou recuperação do estado de saúde, tudo de forma gratuita, universal e igualitária.

Para regulamentar o referido sistema de saúde foram sancionadas as leis nºs. 8.080/90¹⁴ e 8.142/90¹⁵, a primeira instituiu o Sistema Único de Saúde, delineando seus princípios, diretrizes e responsabilidades, enquanto a segunda regulamentou a participação social na conformação e fiscalização das políticas públicas de saúde, bem como a forma de financiamento e controle das ações e serviços executados pelo sistema.

O sistema de saúde pública instituído pelo estado brasileiro na virada das décadas de 80 e 90 está presente no cotidiano da população de diversas formas, desde a prestação dos serviços de prevenção, como é o caso das visitas domiciliares para coibir vetores de doenças e das vacinas, até às ações assistenciais de recuperação do estado de saúde do paciente, como se vê nos cuidados prestados em unidades hospitalares de alta complexidade.

Portanto, no âmbito do SUS, é obrigatória a execução de políticas públicas que garantam a assistência em todos os níveis de complexidade e respeitem a dignidade e os direitos dos pacientes assistidos.

O Ministério da Saúde, órgão federal responsável pela regulamentação do SUS, almejando a qualificação do cuidado e no ímpeto de garantir a eficácia dos princípios norteadores do sistema, lançou no ano de 2003 a Política Nacional de Humanização – PNH¹⁶, na qual o acolhimento fora alocado em patamar de relevância na assistência à saúde, aprimorando a relação entre profissionais e usuários dos serviços, e exigindo dos atores envolvidos no cuidado um atendimento pautado na humanização.

¹³BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁴BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, 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 correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁵BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁶BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

Com a finalidade de garantir a sua implementação, a Política Nacional de Humanização promove o diálogo sincero e colaborativo como ferramenta que permite a identificação do problema de saúde, a definição das ações a serem realizadas no cuidado e como resolver de forma efetiva as necessidades de saúde. Dessa forma, observa-se na assistência à saúde a conformação de um novo modelo de agir, o qual interfere de forma positiva e democrática em todas as ações executadas no processo do cuidado e qualificando a relação existente entre os usuários, profissionais de saúde, gestores do sistema e de todos os atores que interferem na qualidade da assistência.

Em que pese a Política Nacional de Humanização tenha sido conformada no âmbito do SUS no ano de 2003, muitas outras ações que refletem a garantia da humanização do cuidado foram discutidas e implantadas antes mesmo da implantação da própria PNH, as quais trouxeram de fato modificações significativas no processo do cuidado e que estavam relacionadas geralmente à melhoria da qualidade dos serviços e do cuidado ao paciente, ou ainda a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Como foco da humanização no cuidado dos usuários, podem-se destacar ações voltadas à melhoria do acolhimento, ao aumento das grades de serviços ofertados e a efetividade dos resultados assistenciais. Já no campo da relação laboral, a humanização tem sido significativa para se atingir melhores condições de trabalho, seja através de uma infraestrutura adequada ou pela formação continuada dos profissionais, viabilizando assim meios aptos a transpor os desafios para a garantia de princípios como a universalidade, integralidade e equidade, todos estes norteadores do Sistema Único de Saúde.

Inúmeras foram as ações e programas desenvolvidos no âmbito do SUS, antes mesmo da instituição da PNH, que reforçaram o aspecto da humanização como regra indispensável à melhoria do cuidado, dentre elas: o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, cujos princípios e diretrizes foram disciplinados pela Portaria MS nº. 569/2000¹⁷; o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, criado como projeto piloto no ano 2000 e que gerou a divulgação e publicação do respectivo manual no ano de 2001¹⁸;

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 20 maio 2022.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

ou ainda o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar, instituído pela Portaria MS nº. 1970/2001¹⁹.

De certo que os referidos programas e ações anteriores a PNH, apesar de serem verdadeiras ferramentas para preservar a humanização na prática do cuidado, foram desenvolvidos de forma pontual, para reformar individualmente determinadas linhas de cuidado, estando a política de humanização, naquela oportunidade, pulverizada e sem a força de legitimar uma mudança real no conceito e na metodologia das práticas de saúde, exigindo-se assim outras medidas da política sanitária para garantir à humanização como um novo modelo de atenção.

Na visão defendida por Regina Benevides e Eduardo Passos²⁰, essas tentativas embrionárias e focais de mudança na prática do cuidado, apesar de serem relevantes para melhoria dos serviços, não eram capazes de oferecer um novo modelo de atenção e de gestão dos serviços públicos de saúde pautado no acolhimento ideal e humanizado do usuário. Assim, com a finalidade de se instituir esse novo modelo, que pudesse direcionar as ações de todo o sistema de saúde, foi criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização no ano de 2003²¹.

Seguindo o entendimento já reportado nesse estudo acerca da influência do humanismo no processo do cuidado, é possível perceber que certas acepções do humanismo cristão, em especial aquelas que denotam a ideia de comportamentos, características ou ações voltadas ao senso comum de piedade, caridade ou assistencialismo, foram amplamente propagadas e legitimadas pela sociedade, e de certo esse processo reafirmou as mudanças pontuais no processo do cuidado na busca de se chegar a um status adequado de assistência humanizada.

Essa perspectiva humanística clássica de que o caráter humanizado das ações está diretamente ligado ao simples dever de cuidar do outro, traz uma visão equivocada, ou reduzida, da concepção humanística do cuidado. O assistencialismo, nesse sentido restrito,

¹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1970, de 25 de outubro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1970_25_10_2001.html. Acesso em 20 maio 2022.

²⁰ BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/?lang=pt>. Acesso em 20 maio 2022.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

aliado às ações políticas dos estados, governos ou de quaisquer outras instituições de saúde, entendidas como humanistas, sendo pensadas e executadas como meros favores ou presentes para determinados indivíduos, restringem a real finalidade humanística do cuidado, além de contribuir para a perpetuação de estruturas sociais conservadoras que praticam a segregação e a discriminação.

Evidente que essa forma de pensar a prática humanizada não interessa à PNH, ao contrário, contraria a possibilidade de conquista e exercício de direitos no campo da saúde, prejudicando a possibilidade de domínio e apropriação do processo do cuidado pelos usuários, trabalhadores de saúde e gestores. Da mesma forma, contradiz o arcabouço legal e o desenho das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde. No entanto, o assistencialismo existe no governo, na gestão e na mentalidade dos usuários e profissionais de saúde, requerendo, portanto, um engajamento por parte de todos esses atores para que no momento de implementar a Política Nacional de Humanização, seja possível identificar essas práticas indesejadas e modificá-las para o melhor desenvolvimento do novo modelo assistencial.

Nessa nova perspectiva assistencial, surge a PNH como uma ferramenta necessária a garantia da promessa de humanidade. O documento básico do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, entre outras diretrizes, pressupõe que a humanização deve ser vista como uma política sistêmica, seja no tocante as rotinas dos serviços, seja na criação das estratégias de gestão, com o foco de se promover a solidariedade e a comunicação entre todos os atores envolvidos no processo do cuidado, humanizando as práticas e reconfigurando a maneira de pensar e de cuidar da saúde das pessoas.

É de se entender que o Ministério da Saúde, ao instituir a PNH, buscou alterar um modelo de assistência voltando-o à qualidade, entretanto, as metas exigidas pelo novo programa não foram fáceis de absorver e implementar, na medida em que exigia mais do que mudanças e/ou melhorias técnicas e procedimentais, ou mais do que o refinamento e a racionalização administrativa, exigia de todos os atores envolvidos no processo do cuidado, seja profissionais, gestores e usuários, uma postura ética sedimentada na base do diálogo, do respeito e da colaboração.

Neste sentido, a PNH, desde a sua criação e durante todo o tempo da sua implementação, buscará contribuir no equacionamento e no enfrentamento de problemas como a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o

baixo investimento em processos de educação permanente em saúde, a pouca participação popular e dos profissionais na gestão dos serviços, ou ainda o frágil vínculo dos profissionais com os usuários do sistema. A nova política pressupõe colaboração na construção de alternativas a novos modelos de gestão, disponibilizando meios hábeis para lidar com a dimensão da subjetividade nas dinâmicas relacionais, envolvidas em todos os processos de cuidado à saúde.

Outro ponto que precisa ser enfrentado para a implantação da PNH está relacionado com a consciência reiterada por parte tanto de profissionais, quanto de gestores e usuários, de que o processo de trabalho em saúde deve ter enfoque em questões como o da garantia do direito de acesso a serviços, com disponibilidade de leitos, profissionais e todos os serviços necessários ao tratamento de saúde, ou ainda na prática de um acolhimento humanizado, com infraestrutura adequada, acesso à informação, instalações salubres, seguras e bem higienizadas, permitindo o conforto do usuário. De fato essas questões são sim relevantes e precisam ser concretizadas para garantir a assistência adequada, entretanto, não são suficientes para garantir a implementação ideal da política de humanização.

A Política Nacional de Humanização, além de exigir o cumprimento de todas as exigências formais para disponibilização de um serviço humanizado, deve conhecer o paciente como ser humano, considerando sua condição, suas vulnerabilidades, sua natureza complexa e também as suas singularidades, todas essas características interferem no processo relacional de saúde-doença e, quando bem compreendidos, contribuem para atingir o melhor resultado no cuidado ao usuário.

Pelos ensinamentos de Mendes²² se observa que o trabalho em saúde deve ser fundamentalmente afetivo. Assim, o acolhimento ao paciente deve corresponder à disposição ético-política ao outro, transformando a prática em saúde em um plano de cuidado que potencializa a escuta, o diálogo e a construção de formas de intervenção. Para o autor, um profissional privilegiado no processo diagnóstico e de resolução de problemas de saúde, deve atuar no âmbito da clínica ampliada, praticando o vínculo terapêutico e a escuta dos atores envolvidos no processo do cuidado, sendo que a partir desse trabalho é possível se potencializar a compreensão, interpretação e resolução das necessidades de saúde.

²² MENDES, V.L.F.M. **Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2007.

Nos dias atuais os atores do processo do cuidado separam comumente a pessoa do doente da própria doença, sendo este o foco primário, quando não o único, do tratamento, desconsiderando assim a maneira pela qual o doente singulariza a enfermidade. Utilizar técnicas ou tecnologias, pelo simples fato de serem amplamente conhecidas ou até mesmo cotidianamente manipuladas, afastando-se, entretanto, dos valores pelos quais estas foram desenvolvidas para auxiliar no processo do cuidado, não é uma postura esperada na prática humanizada.

Da mesma forma, não se pode analisar individualmente os gestores de saúde, os profissionais que produzem a assistência ou até mesmo os usuários do sistema, como se não houvesse relação entre estes atores e a consequente interdependência entre suas posições, atribuições e responsabilidades na cadeia do processo de cuidado.

Com a Política Nacional de Humanização se pretende a modificação do modelo clássico de atenção à saúde voltado estritamente nos conhecimentos biomédicos, centralizados na doença e não no doente, em grande parte fragmentado e na busca da cura dos sintomas, para um novo modelo assistencial fulcrado em princípios que não dissocia as questões da clínica das formalidades e burocracias políticas, que exige a interrelação da atenção e da gestão dos cuidados, que incrementa o nível de comunicação entre os atores envolvidos e propõe significativas mudanças nas práticas de saúde.

Ao se observar o Manual da Política Nacional de Humanização²³, constata-se que as diretrizes da PNH são as orientações gerais que se expressam através do método de inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na produção e gestão dos serviços de saúde, por meio de ações como a clínica ampliada e compartilhada, a cogestão e gestão participativa dos serviços, a ambiência das unidades assistenciais, a valorização do trabalhador, o acolhimento e a defesa dos direitos dos usuários.

Diante das diretrizes apresentadas pela PNH, e na expectativa de sua efetiva implementação, foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde inúmeros dispositivos²⁴ que pretendem atualizar as diretrizes da PNH aos processos de trabalho, promovendo mudanças

²³ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasis_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em 20 maio 2022.

nas práticas de atenção, dentre estes se destacam: a formação de grupo de trabalho de humanização e da câmara técnica de humanização; sistema de escuta qualificada de usuários e trabalhadores; visita aberta e direito à acompanhante; formação de equipe transdisciplinar de referência; acolhimento com classificação de risco, projeto terapêutico singular, projetos cogeridos de ambiência, dentre outros.

Para a implantação das diretrizes da PNH é necessário se avaliar o processo do cuidado no caso concreto, é preciso considerar o ser humano como uma construção das suas próprias experiências, da sua vivência e participação nos serviços de saúde. Um ser humano que não é estereotipado em um único modelo e que pode se conformar e adequar às mudanças inafastáveis para a melhoria do cuidado.

Nas diretrizes definidas pela PNH²⁵, a humanização se perfaz como um conjunto de estratégias necessárias para alcançar a qualificação da atenção à saúde, como também da gestão em saúde no SUS, através da implementação de atitudes ético-estético-políticas em consonância com o projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários do sistema.

A Política Nacional de Humanização propõe uma nova postura de atuação frente às necessidades de saúde, primando pela ética, avaliando e considerando as questões subjetivas de cada indivíduo e a sua relação com a coletividade. Inova na repartição das responsabilidades do cuidado em saúde e destaca a necessidade da expansão da humanização pelas demais políticas públicas atinentes à assistência às pessoas.

Assim a humanização, da maneira que está configurada na PNH, se concretiza nas ações de saúde e também a partir das práticas do cuidado, direcionada para usuários comuns, seres humanos que se relacionam com o SUS, sejam por necessitarem de uma assistência médica ou por tirarem dele o sustento da sua subsistência. Usuários, trabalhadores e gestores de saúde, relacionados entre si, compartilhando seus saberes e experiências, colaborando para a melhoria dos serviços de saúde e consequentemente para o fortalecimento na política de humanização.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde defende um acolhimento que desenvolve processos de trabalho em saúde aptos a atender a todos que procuram os serviços de saúde,

²⁵ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

recebendo os anseios de cada indivíduo através de uma escuta qualificada e adotando medidas e ações capazes de responder as necessidades de forma mais adequada, apontando as prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidades, gravidades e riscos.

De uma análise reflexiva principiologicamente do sistema de saúde, pode-se afirmar que a Política Nacional de Humanização visa aplicar os princípios do SUS na prática do atendimento, partindo do princípio da universalidade do acolhimento, na medida em que todas as pessoas têm direito ao atendimento de saúde pública, sendo seguido do princípio da integralidade, o qual reflete a necessidade de um serviço de qualidade, no qual o usuário é ouvido e assistido na totalidade de suas necessidades de saúde, através de uma postura profissional que não se volta apenas para o que está sendo colocado pelo usuário durante o acolhimento. E, complementando o conceito do acolhimento, o princípio da equidade, quando os profissionais e a gestão de saúde buscam adequar o serviço prestado ao atendimento da necessidade de saúde de cada usuário.

Assim, há de se observar que o direito à teleconsulta garante ao paciente, por deveras vulnerável e impossibilitado de receber visitas presenciais, a possibilidade de estar próximo, mesmo que virtualmente, dos seus entes familiares, proporcionando a este assistido um bem estar que contribui significativamente para a melhoria do seu estado de saúde. Garantir este direito é uma forma de demonstrar que o cuidado está sendo realizado de forma humanizado, pautado na singularidade do indivíduo e do seu adequado acolhimento. Em seguida tratar-se-á da noção e importância desse acolhimento no processo de cuidado.

2.2 O ACOLHIMENTO À PESSOA DOENTE

A ação de acolher²⁶ é singular, requer disponibilidade do profissional em ouvir o usuário, é uma conversa estabelecida cujo foco principal é atender o paciente em sua necessidade, sem julgamento, mas com interesse em conhecer a realidade do outro nos mais diversos sentidos. Nessa perspectiva, o acolhimento diferencia-se da triagem por não representar uma ação mecânica e impessoal burocraticamente aplicada em todas as pessoas

²⁶OLIVEIRA, A. E. F.; LIMA, A. R. S.; BARROS, A. S.; SILVEIRA, F. C. S. M. S.; FONTES, K. C.; SANTOS, M. F. D.; PETRIS, S. R. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz 8. Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2012.

que adentram ao serviço, com o objetivo de enquadrá-las dentro de um diagnóstico que determinará o seu tratamento.

O acolhimento é uma ferramenta de suma importância para assistir ao usuário em processo de adoecimento e busca pelo tratamento. Também é considerado importante para as equipes de saúde, uma vez que a qualidade desse atendimento pode facilitar o vínculo entre equipe/usuário e proporcionar resultados positivos para a prática profissional. Além de ser propulsor para eficácia dos direitos fundamentais inerentes aos pacientes.

Para que se possa entender a noção de acolhimento no âmbito de ação do Sistema Único de Saúde é preciso considerar os princípios norteadores desse sistema, pois estes esboçam a amplitude dos serviços a serem ofertados e a relevância de se atender as necessidades de saúde do usuário.

Como já afirmado neste estudo, a Constituição Federal no seu artigo 196²⁷ estabeleceu o direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido mediante a execução de políticas públicas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doenças e de outros agravos, o acesso igualitário aos serviços para fins de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Ademais, há de se complementar que o direito à saúde está previsto no texto constitucional como um direito social, segundo a garantia do artigo 6º²⁸ da própria Constituição, inerente a todos e que é garantido através da regulamentação do Sistema Único de Saúde.

A Lei nº. 8.080/90²⁹, ao conformar e regulamentar o SUS elencou princípios que devem nortear as ações e serviços públicos de saúde, dentre eles: a universalidade, a equidade, a integralidade, a preservação da autonomia da pessoa, a igualdade, o direito à informação. Um projeto de saúde pública que exige a garantia do acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar. Alguns destes serão logo em seguida destacados, pois refletem significativamente a noção do acolhimento adequado.

²⁷ BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

²⁸ Idem.

²⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, 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 correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

De início, o princípio da universalidade, este se reflete em um ideal a ser alcançado, indicando, portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Esse caminho de universalização que vem sendo construído almeja a extensão de cobertura dos serviços, para que estes possam ser usufruídos e acessíveis a toda população, mesmo que diante de tantos obstáculos, sejam estes de cunho jurídico, econômico, cultural ou social.

As dificuldades que mitigam o desenvolvimento da universalidade podem estar em fatores jurídicos, a exemplo da ausência de regulamentação para o desenvolvimento de uma determinada ação; em fatores econômicos, quando se verifica a insuficiência de recursos públicos para custeio de determinados programas; em fatores cultural ou social, quando se visualiza, por exemplo, a dificuldade de acesso de populações quilombolas às unidades de saúde ou se observa o crescimento do número de pessoas que não estão interessadas em práticas preventivas como a vacinação. Todas estas são desafios que precisam ser transpostos para garantir a ampliação do acesso e o respeito à universalidade.

O outro princípio que se destaca, é o da equidade, relevante no processo de formulação e reformulação das políticas de saúde. O sentido terminológico da palavra equidade está relacionado à necessidade de compreender as diferenças e tratar os indivíduos de formas também diferentes, mas proporcional a essas desigualdades. Assim, o tratamento diferenciado é a ferramenta capaz de se alcançar a igualdade baseada na justiça, nivelando as oportunidades de desenvolvimento pessoal e cuidado entre os indivíduos.

No contexto da saúde pública a equidade deve ser ainda mais reverenciada, pois as desigualdades sociais refletem significativamente no processo de adoecimento, seja em razão das condições econômicas das pessoas, ou do grau de oferta de serviços acessíveis, ou ainda a falta de informação, essas desigualdades influenciam, em conjunto com inúmeras outras determinantes de saúde, como o indivíduo poderá adoecer, se curar ou agravar no seu estado de saúde. Assim, o Sistema Único de Saúde deve ser capaz de reconhecer essas desigualdades e buscar medidas eficazes para reduzi-las, garantindo assim condições de saúde e cuidado mais isonômicos para todos.

Podem-se destacar alguns momentos e que essas desigualdades podem ser reduzidas pela equidade, a exemplo: no momento de se definir ou redistribuir a oferta e os serviços de saúde; na definição da alocação de recursos; na definição de como será a garantia de preferência no acesso aos serviços; ou ainda na elaboração de programas e ações voltadas a

grupos de indivíduos mais vulneráveis a determinados fatores de risco. Nesses momentos, as políticas devem ser conformadas para reduzir as desigualdades constatadas e assim garantir um acolhimento justo igualitário.

O terceiro princípio a ser destacado é o da integralidade, sua noção tem relação direta com o variado número de ações que podem ser disponibilizadas para fins de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, exigindo muito além do que o mero acesso ao serviço, mas também a disposição de um serviço adequado à garantia do cuidado.

A integralidade exige que o sistema adeque sua estrutura para atender todas as necessidades de saúde dos seus usuários, independente do seu grau de complexidade, desenvolvendo ações em todas as partes da linha de cuidado e promovendo assim um tratamento digno ao estado de saúde do paciente, seja na seara do conhecimento diagnóstico, ou durante as práticas de um determinado tratamento, ou ainda em algum processo de reabilitação.

Nesse cenário percebe-se que os princípios do SUS preconizam não apenas a prestação dos serviços de saúde, mas buscam também a assistência ao usuário de acordo com suas necessidades em saúde, por isso acolher é uma ação tão importante e desafiadora. Acolher não está somente voltado para a ação de atender em uma sala específica, fazendo a escuta e os encaminhamentos. O sentido real do acolhimento está voltado para a postura profissional e de oferta de serviços com base no cuidado integral.

Esse cuidado integral e acolhedor foi definido por Cecílio e Merhy³⁰, como sendo:

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde.

Há de se considerar com o conceito apresentado de que a medicina, juntamente com as práticas dos profissionais de saúde, deverão passar por um processo de reconstrução para considerar os problemas de saúde como um problema biopsicossocial.

³⁰ CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. p.2. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>. Acesso em: 30 maio 2022.

Não bastará apenas conhecer as técnicas ou tecnologias, pois estas ferramentas isoladamente consideradas não são capazes de enfrentar as questões multidimensionais que envolvem a saúde e o processo do cuidado, sendo imprescindível a compreensão de diversas outras determinantes de saúde que possam interferir na qualidade de vida do usuário, a exemplo das condições de higiene e salubridade, infraestrutura urbana, trabalho, moradia, alimentação, dentre muitas outras que influenciam no estado de saúde e dignidade do paciente como ser humano.

Há de se destacar que, para garantir a efetividade desse acolhimento humanizado no âmbito do SUS, todos esses princípios devem ser respeitados, sendo estas normas exigíveis de aplicação imediata, direitos já positivados em favor dos pacientes, que se somam a inúmeras outras normas e constituem um ramo autônomo de garantias que será abordado em seguida.

2.3 A AUTONOMIA DOS DIREITOS DOS PACIENTES

Afastando-se dos padrões clássicos de uma assistência médica voltada exclusivamente para a doença, onde na formação dos profissionais na graduação se enaltece o estudo do problema de saúde e seus sintomas, ou o método mais apropriado para a cura ou redução dos danos do paciente, é que se encontra a noção do cuidado com acolhimento humanizado, colocando-se em destaque institutos como o consentimento informado, o princípio de independência ou de respeito à autonomia do paciente, todos estes arraigados em uma nova tendência assistencial de cuidar com olhar primordial para o paciente como ser humano, e não para a doença.

É de se reconhecer que os códigos de ética profissional, instrumentos que disciplinam regras de conduta no exercício de uma profissão, não podem ser considerados literalmente como repositório de comportamentos éticos, até porque tais documentos desde a sua gênese foram construídos para preservar e proteger o prestígio do profissional perante a sociedade por meio de regras impostas pela empresa destinadas a punir e excluir aqueles que agiam de forma inadequada para prejudicar a imagem do profissional.

Hoje, na prática médica, os profissionais não podem pautar suas ações unicamente por suas normas codificadas, pois alguns dos problemas que surgem na ação do cuidado

exigem a aplicação de novos procedimentos e técnicas, os quais não estão delineados nesses códigos.

Agir bem, agir corretamente, ou, nas palavras clássicas de Aristóteles, “fazer o bem”³¹ é a tarefa da ética prática. Ser um bom médico significa antes de tudo saber interagir com um paciente, tratá-lo com dignidade e respeitar seu corpo, seus valores e aspirações, tornando o exercício dessa profissão uma tarefa difícil e muitas vezes contraditória. Os problemas humanos nunca foram problemas puramente biológicos. Eles também são éticos, razão pela qual os médicos não tratam apenas doenças, mas muitas vezes pacientes com familiares, com crenças e valores que não podem ser ignorados. Portanto, para exercer a medicina de forma correta e plena, é imprescindível a dimensão ética e a consideração de seus conceitos de dignidade e autonomia, que fundamentam a ideia de que os pacientes têm direitos que devem ser reconhecidos.

Na linguagem comum, ter direito é considerar o que é correto, devido, justo e ter acesso a algo que lhe é inerente. Entretanto, para se afirmar o direito exige-se muito mais que uma mera normatização, exige-se uma relação deontológica entre o ordenamento, o próprio sujeito e as demais pessoas.

De certo que as pessoas, detentoras de direito, podem em certas ocasiões não comungar dos mesmos ideais, não reconhecê-los ou até mesmo impugná-los, razão pela qual as questões de garantias de direitos podem desdobrar-se em questões não só de Estado, mas também em questões de cunho social e moral.

Vale salientar que diante da visão abordada nesse estudo, o paciente, sujeito de direito, está sendo considerado como ser humano, sendo assim, necessário se faz referenciar a importância dos direitos humanos e das demais garantias inerentes aos pacientes assistidos, para que se possam consolidar princípios básicos a serem respeitados durante o acolhimento e constituir a base normativa para o ramo autônomo do Direito dos Pacientes.

A autonomia do ramo do Direito dos Pacientes está diretamente relacionada ao ramo dos direitos humanos e fundamentais, seja pela sua elevada relevância diante do bem jurídico que se pretende preservar, qual seja, a vida e a integridade física do ser humano, seja em razão do dever de garantir a preservação de um estado de dignidade da pessoa numa determinada relação jurídica.

³¹SILVA, E. D. J. A ética aristotélica como caminho que conduz o homem a felicidade plena. **Revista Húmus**. v.3, n.7, 2013. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1501>. Acesso em: 14 abr. 2022.

Diante da relação existente, vale destacar que o desenvolvimento e consolidação dos Direitos Humanos e Fundamentais estão diretamente ligados ao árduo trajeto de luta social movida pela necessidade de reconhecimento, empoderamento, liberdade e dignidade dos indivíduos. Os Direitos Humanos Internacionais pactuados e formalizados em declarações, quando internalizados no ordenamento jurídico estatal refletem a base de direitos fundamentais da nação. Assim, pode-se afirmar que esses direitos além de serem considerados os fundamentos de um estado democrático constitucional, são também a ferramenta apta a solucionar os problemas complexos da sociedade e das relações travadas pelo próprio Estado no cenário interno e/ou externo.

Por se caracterizarem como conceitos geralmente abertos, a dificuldade está em definir qual a abrangência desses direitos inerentes à pessoa humana, para que assim possam ser travados os diversos enfrentamentos políticos e sociais para garantir a sua efetivação. Acerca dessa complexidade se posicionou Amanda Barbosa na obra organizada por Júlio Rocha³²:

Se os direitos humanos são um construto convencional, as peças que os compõem são discursivas. A variabilidade em sua aplicação, seja pelas particularidades locais que influenciam em sua interpretação, seja pela negação explícita a determinados povos dessa tutela, coloca em xeque a pretensão de universalidade dos direitos humanos.

Em que pese a complexidade para seu dimensionamento, os direitos humanos por serem inatos a todos os indivíduos devem ser resguardados tanto pela ordem jurídica interna dos Estados quanto na seara da comunidade internacional, exigindo-se assim a consolidação de estruturas formais de pactuação e fiscalização.

Demonstrando a importância do cenário internacional na garantia dos direitos humanos e consequentemente na sua constitucionalização para dentro dos Estados Democráticos, destaca-se o ensinamento de Amélia Rossi³³:

Nesse sentido, faz-se necessário que se repensem as relações entre o Direito Interno e o Internacional para além das perspectivas monistas ou dualistas. Essas mudanças

³²ROCHA, Júlio César de Sá da (org.). **Direitos humanos em perspectiva: desafios jurídicos emancipatórios**. Salvador: EDUFBA, 2019, p.29.

³³ROSSI, Amélia Sampaio. Direitos fundamentais e direitos humanos: o estreitamento das fronteiras conceituais e a necessidade de um diálogo entre a órbita jurídica interna e internacional. **Opinión Jurídica**. vol. 18. n.37. jul/dez. Colombia: 2019, p. 211-212. Disponível em: <<https://doi.org/10.22395/ojum.v18n37a8>> Acesso em: 20 de maio de 2022.

anteriormente citadas têm permitido o desenvolvimento e o fortalecimento da tomada de consciência de que o indivíduo só poderá estar melhor e mais integralmente protegido em seus direitos quando as órbitas jurídicas internas (dimensão constitucional de proteção aos Direitos Humanos Fundamentais) e internacionais (sistemas internacionais de proteção aos Direitos Humanos) se harmonizarem em um diálogo frutífero que tem por objeto comum elevar a dignidade e o respeito à pessoa humana em níveis universais.

Diante desse panorama, no ano de 1948, com o ímpeto de aglutinar em um instrumento normativo os direitos essenciais e fundamentais da pessoa humana, traçando diretrizes para garantir a dignidade do indivíduo em qualquer lugar do planeta, a Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação de inúmeros países e atuação de diferentes entidades e organismos de caráter político, social e profissional, produziu a Declaração Universal dos Direitos do Homem, tendo esta o princípio básico de respeito à dignidade da pessoa humana³⁴.

Já em meados do século XX, os movimentos em defesa dos direitos humanos se ampliaram, passando a defender grupos determinados de indivíduos, em especial aqueles que se encontravam em grave estado de vulnerabilidade. Foi assim que o campo dos direitos humanos passou a se preocupar com a prática clínica e seus respectivos deveres de cuidado.

No transcorrer histórico desta defesa, a qual acompanhou a mudança da relação clássica entre médico e paciente, passando a considerar não só a complexidade dos serviços de saúde quanto à relevância da participação do próprio paciente no processo do cuidado, a Associação Americana de Hospitais (AHA) em 1973 elaborou sua Carta de Direitos do Paciente (Patient's Bill of Rights), posteriormente revisada em 1992³⁵.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1994, elaborou a Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa³⁶, de 1994, e em 1999, a Declaração sobre os Direitos dos Pacientes e a Co-responsabilidade dos Cidadãos.³⁷

Mais recentemente, no ano de 2002, a Rede de Cidadania Ativa³⁸, composta por organizações de países europeus, elaborou a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes,

³⁴ONU. UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em:

<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 20 maio 2022.

³⁵AMERICAN PATIENT RIGHTS ASSOCIATION (APRA). **AHA Patient's Bill of Rights**. Mount Dora: APRA, 1992. Disponível em: <https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights>. Acesso em: 20 maio 2022.

³⁶ORGANIZAÇÃO MUNIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa**. Amsterdam, 1994. Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/patienrights.html>. Acesso em: 20 maio 2022.

³⁷ORGANIZAÇÃO MUNIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração sobre os Direitos dos Pacientes e a Co-responsabilidade dos Cidadãos**. Copenhagen, 1999. Disponível em: <http://lists.essential.org/med-privacy/msg00294.html>. Acesso em 20 maio 2022.

documento que de forma não exaustiva estabeleceu um rol de garantias e direitos para pessoas em estado de vulnerabilidade em saúde que serve como vetor para direcionar as ações a serem executadas no processo do cuidado. Dentre estes direitos destacam-se:

1. Todo o indivíduo tem o direito a serviços adequados com o objectivo de prevenir doenças.
2. Todo o indivíduo tem o direito de aceder aos serviços de saúde de que a saúde dele ou dela necessita. Os serviços de saúde devem garantir igual acesso a todos, sem discriminação relativa a recursos financeiros, local de residência, tipo de doença ou a hora a que se acede aos serviços.
3. Todo o indivíduo tem o direito de aceder a todo o tipo de informação que se refere ao seu estado de saúde, aos serviços de saúde e como usá-los, assim como de toda a investigação científica e inovação tecnológica que esteja disponível.
4. Todo o indivíduo tem o direito de aceder a toda a informação que o, ou a, possa incapacitar na participação activa das decisões respeitantes à sua saúde; esta informação é um pré-requisito para qualquer procedimento e tratamento, incluindo a participação em investigações científicas.
5. Cada indivíduo tem o direito de livre escolha de entre todos os procedimentos de tratamento diferentes e de prestadores de serviços com base em informação adequada.
6. Todo o indivíduo tem o direito à confidencialidade da sua informação pessoal, incluindo informação relativa ao seu estado de saúde e diagnóstico potencial ou a procedimentos terapêuticos, assim como à protecção da sua privacidade durante o processo de diagnóstico, visitas de especialistas e tratamentos médicos e/ou cirúrgicos em geral.
7. Todo o indivíduo tem o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo. Este direito aplica-se a todas as fases do tratamento.
8. Todo o indivíduo tem o direito de acesso aos serviços de saúde de elevada qualidade baseados nas especificações e na observância de normas precisas.
9. Todo o indivíduo tem o direito de estar isento dos malefícios decorridos do mau funcionamento dos serviços de saúde, erros e más práticas médicas, e o direito de aceder a serviços de saúde e a tratamentos que vão de encontro às elevadas normas de segurança.
10. Todo o indivíduo tem o direito de acesso a procedimentos inovadores, incluindo procedimentos de diagnóstico, de acordo com normas internacionais e independentemente de considerações económicas ou financeiras.
11. Todo o indivíduo tem o direito de evitar o mais possível sofrimento e dor, em cada fase da sua doença.
12. Todo o indivíduo tem o direito a diagnósticos ou programas terapêuticos adaptados o mais possível às suas necessidades pessoais.
13. Todo o indivíduo tem o direito de se queixar quando tiver sofrido danos e o direito de receber uma resposta ou outro esclarecimento.
14. Todo o indivíduo tem o direito de receber suficiente compensação dentro de um curto prazo razoável de tempo quando tiver sofrido danos físicos ou morais e psicológicos causados por um tratamento dos serviços saúde.

No âmbito nacional, já no ano de 2009, com a finalidade de se adequar a Política Nacional de Humanização desenvolvida no ano de 2003, o próprio Ministério da Saúde

³⁸REDE CIDADANIA ATIVA. **Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes**. Roma, 2002. Disponível em: http://www.activecitizenship.net/files/patients_rights/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/Portugal.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

divulgou a Portaria nº. 1.820, de 13 de agosto de 2009³⁹, a qual dispôs sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde, sendo posteriormente divulgada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde⁴⁰, após aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Ao analisar os destaques de enunciados dos direitos elencados na Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes, já se percebe o expressivo rol de garantias para o indivíduo que se encontra em estado de vulnerabilidade, necessitado de assistência à saúde, além de ter garantido um conjunto de ações indispensáveis para a caracterização de um acolhimento humanizado.

Diante desse panorama de constitucionalização dos direitos internacionais, os Estados que legitimam essas garantias, tonam-se capazes de analisar e intervir nos problemas reais do mundo contemporâneo, buscando decisões eficazes e muitas vezes diferenciadas para assim proporcionar o cuidado adequado, sem, contudo desconsiderar as dificuldades existentes, as vulnerabilidades constatadas e a singularidade de cada paciente.

Nessa nova perspectiva de Estado, a fundamentação dos direitos humanos e fundamentais permite o enfrentamento de problemas complexos que envolvam a colisão entre princípios e valores significativos, mas mutuamente relevantes, como: autonomia / equidade; benefício individual / coletivo; individualismo / solidariedade; liberdade / saúde; em especial aqueles relacionados às questões sanitárias e de saúde pública, objeto central deste estudo.

Assim, observa-se que da mesma forma que os direitos humanos e fundamentais conseguiram sua consolidação através da luta incessante de seus interessados, o mesmo caminho árduo tem percorrido a consolidação dos direitos dos pacientes como ramo autônomo.

Seja em razão da demora do processo legislativo para sua inserção no ordenamento jurídico nacional, ou em razão do seu processo embrionário ter sido iniciado na esfera internacional e posteriormente abraçado por políticas públicas setoriais, é que se percebe o vasto lapso temporal para sua normatização e efetividade, é que se percebe o quanto está sendo difícil a sua consolidação.

Entretanto, a existência desse novo ramo do direito de forma autônoma é inegável, pois encontra respaldo não só nas regras positivadas na esfera nacional, ou até mesmo nas

³⁹BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 20 maio 2022.

⁴⁰BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

declarações universais, mas também por estar sedimentada na consciência de todos aqueles que necessitam das suas garantias e nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde, quando estes respeitam a característica da singularidade de cada paciente assistido.

A teleconsulta, como direito do paciente descrito na Lei nº. 14.198/2021⁴¹, é o exemplo de que esse ramo autônomo vem ganhando força e se consolidando como ramo amplo que abarca princípios não só jurídicos, mas também assistenciais, que juntos buscam garantir a humanização do atendimento, com o acolhimento adequado e respeitando a singularidade de cada paciente, característica esta que será abordada no próximo tópico.

2.4 O RESPEITO À SINGULARIDADE DO PACIENTE

A modernidade tem trazido inovações e tecnologias para a vida cotidiana. Essa evolução é significativa no campo da saúde. A utilização de sistemas de informação, inteligência artificial, modernização do parque tecnológico de equipamentos médicos, dentre outras ferramentas, contribuíram para a especialização dos profissionais e desenvolvimento das unidades assistenciais.

Entretanto, a inovação vivenciada por si só não é capaz de solucionar os problemas complexos, especialmente aqueles relacionados a comportamentos humanos e práticas de saúde, exigindo para tanto que os agentes envolvidos no processo do cuidado estejam posicionados a favor do principal objeto de trabalho, qual seja: a vida dos usuários que buscam os serviços em razão de uma vulnerabilidade clínica.

A filósofa Marilena Chauí⁴² ensina que apesar de vivermos em um mundo de progresso e avanços tecnológicos, esse processo de desenvolvimento sequestra a identidade das pessoas. Até mesmo aqueles que podem usufruir dos benefícios dessas inovações, tornam-se vítimas dessas inovações. Da mesma maneira que significativamente se beneficia, a tecnologia também rouba a essência dos indivíduos, usurpando a sua condição de seres biográficos.

De certo que essa vertente de distanciamento da tecnologia não é percebida em todos os processos de cuidado, pois também esta mesma tecnologia proporciona a aproximação de

⁴¹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021.** Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁴² CHAUI, Marilena. **O que é ser educador hoje?** Da arte à ciência: a morte do educador. In: BRANDÃO, C. R.; CHAUI, M.; FREIRE, P. (org.). O educador: vida e morte. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

pessoas, encurta as distâncias, e contribui também para a qualificação da assistência à saúde, a exemplo do teleatendimento com uso da tecnologia como método de visita, o qual entende a necessidade do paciente e respeita a sua singularidade.

Considerar o paciente como ser singular, escutando as suas dores, analisando as variáveis psicossociais que comprometem seu estado de saúde, torna-se indispensável para garantir a dignidade do paciente, exigindo além de um cuidado meramente técnico, lastreado em critérios biomédicos e prescrição de medicamentos, mas também um cuidado afetivo e acolhedor.

A singularidade do paciente é característica que deve ser entendida para implementação do cuidado humanizado, faz com que os profissionais de saúde sejam comprometidos com a valorização do ser humano, sem qualquer discriminação, mantendo uma relação colaborativa com o paciente.

A singularidade como ferramenta de humanização visa o aprimoramento de um atendimento diferenciado focado na dignidade da pessoa, na garantia dos direitos dos pacientes e na qualificação da prestação dos serviços de saúde.

Assim, o que se espera da humanização através da singularidade é a consolidação da prática do cuidado, além das questões teóricas ou tecnológicas, mas também com o respeito ao cidadão assistido, considerando seus valores, suas vontades e preservando a sua autonomia.

Diante dessa perspectiva, a visão ensinada por Waldow⁴³ defende que o cuidado é entendido como um ato humanizador e um fenômeno que resulta do processo de cuidar, o qual contribui para aliviar o sofrimento humano, mantendo a dignidade do paciente e buscando facilitar os meios de lidar com as crises e o sofrimento no processo do adoecimento.

Durante o cenário da pandemia da Covid-19, a disseminação da doença obrigou a implementação de medidas sanitárias de isolamento, limitações de mobilidade, confinamento, situações que conduziram, ou ao menos direcionaram, ao uso de recursos de tecnologia em diversas áreas da vida cotidiana: o teletrabalho como alternativa para manutenção dos empregos, as aulas telepresenciais das instituições de ensino, as videoconferências que substituíram os inúmeros eventos acadêmicos ou ainda as “lives” de artistas para propagação do seu trabalho.

No campo assistencial, os efeitos dos bloqueios das cidades e o temor incessante do contágio, consolidou a utilização da telemedicina como uma ferramenta eficaz para garantia da continuidade da assistência e também contribuiu para qualificação do cuidado humanizado.

⁴³ WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

Passa-se a observar que a prestação de serviços de saúde à distância, pode auxiliar na melhoria do cuidado, seja em favor dos pacientes ou dos profissionais.

Mas não é só no atendimento médico a distância que a telemedicina contribui com a assistência, ela compreende inúmeras outras ações através da transmissão de informações e dados médicos, necessários para a prevenção de agravos, diagnóstico de quadro clínico, tratamento terapêuticos, como também nas práticas de acolhimento e cuidado.

Dentre as diversas formas de utilização da telemedicina nas práticas assistenciais podem-se destacar os serviços de telerradiologia, em que o paciente é submetido a exame radiológico e a imagem coletada é transmitida para o profissional médico através de equipamentos de tecnologia, não sendo necessária a proximidade de localização entre os atores envolvidos no processo do cuidado. Ou ainda a telemonitorização, indispensável ao acompanhamento do quadro clínico de pacientes crônicos, utilizada para reduzir o tempo de hospitalização. Como também, destaca-se a televisitação, foco deste estudo, em que o paciente impossibilitado de receber visitas hospitalares, utiliza videochamada para manter contato com seus familiares e amigos.

A tecnologia sendo utilizada de forma adequada e segura no processo do cuidado à saúde é capaz de, dentre outros benefícios, melhorar o acesso à assistência, permitir a realização de serviços nos locais remotos com deficiência de profissionais, facilitar os processos de diagnóstico, reduzir o tempo de espera nos serviços de saúde, evoluir os processos de acesso à informação, ou ainda disponibilizar novas técnicas para qualificar e humanizar o cuidado do paciente.

Como ensinou José Eduardo de Siqueira e Jussara Maria Leal de Meirelles⁴⁴, o cuidado médico deve pressupor dois compromissos que são inseparáveis, o primeiro de subestimar a inconsequente prevalência do saber técnico, e o segundo cultivar a humanidade para reconhecer que a cura muitas vezes é aliviar frequentemente e confortar sempre.

Evidente que o crescimento da utilização da telemedicina, traz consigo a necessidade de se avaliar os efeitos éticos que a tecnologia pode acarretar na relação médico – paciente – ambiente. A sua utilização deve ser eficaz para atender as demandas de saúde dos pacientes, de forma segura e confiável, garantindo os direitos fundamentais e liberdades do paciente, demonstrando-se assim vantajosa para a qualificação do cuidado.

⁴⁴ SIQUEIRA, J. E. de; MEIRELES, J. M. L. **Reflexões bioéticas sobre o morrer com dignidade: análise do caso Nancy Cruzan**. In: RIBEIRO, Diaulas Costa. (org.). Medicina e direito: dilemas da modernidade. Brasília: CFM, 2019.

Observa-se que o progresso científico aumentando rapidamente e o uso de tecnologia avançada em diagnósticos no campo da saúde tem resultado em instalações altamente equipadas e profissionais cada vez mais especializados e qualificados. No entanto, neste cenário, surgem questões éticas e reflexões sobre como os profissionais da saúde lidam com sua principal responsabilidade, a vida e o sofrimento de pacientes debilitados pela doença.

Foi com o objetivo de ampliar as discussões acerca da qualidade do contato humano entre os profissionais e assistidos que o Ministério da Saúde elaborou proposta de trabalho voltada para a humanização dos serviços de saúde, lançando a Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, já abordada no tópico 2.1 deste estudo.

Nesta política, o acolhimento é considerado como um elemento importante na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde. Ele deve ser visto como parte integrante do processo de produção de saúde, pois qualifica a relação entre profissionais e usuários.

O conceito de acolhimento no atendimento em saúde, já abordado no tópico 2.2 deste estudo, implica em garantir a humanização e o acesso a todas as pessoas. Isso envolve escutar atentamente os problemas de saúde do usuário de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e se responsabilizando pela resolução do problema. Além disso, o acolhimento deve assegurar a resolubilidade, que é o objetivo final do trabalho em saúde, ou seja, resolver efetivamente os problemas dos usuários. A responsabilidade pelos problemas de saúde vai além do atendimento propriamente dito, incluindo também a necessidade de estabelecer vínculos eficazes entre o serviço e a população usuária.

Os profissionais de saúde, especialmente aqueles que se encontram na linha de frente da assistência, enfrentam o desafio de cuidar do ser humano como um indivíduo único e completo, levando em conta suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, e comprometendo-se e se responsabilizando pela vida em suas diversas manifestações.

O respeito pela singularidade e dignidade humana vai além do cuidado técnico e prescritivo, incluindo um compromisso e valorização do ser humano como um todo, sem distinção de raça, cor ou etnia, favorecendo uma relação entre cuidador e paciente. É com essa perspectiva de singularidade que a humanização do atendimento implica na necessidade de restaurar um atendimento diferenciado, valorizando a dignidade das pessoas em situações de cuidado ou atenção.

Nesse contexto o princípio da dignidade da pessoa humana se sobressai, na medida em que reconhece o valor intrínseco de cada ser humano, independente de sua condição social, econômica, racial, religiosa, de gênero ou de qualquer outra natureza.

O princípio da dignidade da pessoa humana, encartado no art. 1º, inciso III da Constituição Federal⁴⁵, torna-se imprescindível, pois orienta todo o ordenamento jurídico brasileiro, dando-lhe uma direção moral e ética que deve ser seguida em todas as ações do Estado e de seus agentes, bem como por todos aqueles atores que se envolvem na relação do cuidado assistencial. É por meio da conquista da pessoa humana que se garante a proteção dos direitos fundamentais, tais como a liberdade, a igualdade, a segurança, a saúde, a educação, a moradia, o trabalho e a justiça.

Esse princípio, escalado como fundamento da República, implica em um conjunto de valores que orientam a relação do cuidado, tais como o respeito à diversidade cultural, a tolerância, a solidariedade, a fraternidade e a justiça. Todos esses valores são fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática, e também contribuem para a melhoria da qualidade do cuidado e para uma assistência voltada para a singularidade do paciente.

O cuidado humanizado e singular propõe ações que valorizam e qualificam a prestação de serviços de saúde e, como um conjunto de valores humanos e éticos, pode abrir novos caminhos e possibilidades para alcançar a qualidade e credibilidade dos serviços de saúde.

Segundo os ensinamentos de Backes, Lunardi e Filho⁴⁶, a humanização no atendimento em saúde requer uma reflexão sobre os valores e princípios que orientam a prática profissional, incluindo um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor dos profissionais de saúde em relação a seu principal objeto de trabalho, o paciente fragilizado. Isso implica em uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. Diante dos dilemas éticos que surgem, muitos profissionais buscam respostas para assegurar a dimensão humana das relações profissionais, especialmente as relacionadas à autonomia, justiça e respeito à dignidade humana.

⁴⁵ BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁴⁶ BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 14(1). Jan/fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dyHDHRtQTZyGpg8RJRdrpPK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

Assim, entender o significado da proposta de humanização, através de uma atitude de respeito à singularidade humana, inclui não somente as atribuições técnicas do profissional, mas também a capacidade de compreender o usuário enquanto ser humano, com seus valores, crenças, desejos e perspectivas.

A humanização no ambiente hospitalar, enquanto expressão da ética, exige a elaboração prévia de políticas organizacionais e sociais justas que levem em conta os seres humanos e seus direitos. Isso implica, também, valorizar a humanidade dos trabalhadores, promovendo o desenvolvimento de sua sensibilidade e competência, e alterando as práticas profissionais para reconhecer a singularidade dos pacientes e encontrar estratégias que facilitem a compreensão e o enfrentamento da situação pelos pacientes.

Na visão ensinada por Pereira et al.⁴⁷, compreender as necessidades dos pacientes é fundamental, pois para que os profissionais de saúde possam cuidar destes assistidos de forma completa e valorizando sua singularidade, precisam estar cientes da realidade vivenciada por eles próprios, podendo assim proporcionar um cuidado humano e singular, adequado às necessidades destes pacientes.

Assim, para encerrar este capítulo há de se destacar que a televisitação, além de já ter sido encartada no ordenamento jurídico como norma positivada, diante da sua relevância em permitir que pacientes, envolvidos num estado de vulnerabilidade, sem qualquer condição física de receber visitas presenciais, possam usufruir da companhia de seus familiares através do uso da tecnologia, deve ser considerado um método de prática assistencial que de certo demonstra a humanização do acolhimento e a qualificação do cuidado, sendo uma ferramenta apta a preservar a autonomia do paciente e a sua singularidade.

Após o arcabouço teórico já reportado neste estudo acerca da relevância da humanização do atendimento, do acolhimento qualificado e da autonomia do direito dos pacientes, será analisada em seguida a adequação da televisitação com a política assistencial dos pacientes internados no Sistema Único de Saúde.

⁴⁷ PEREIRA, A. D. et. al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 31.(1). mar/2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CJyFSLMw3fzByzDSLsy6Gfn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

3 A IMPLEMENTAÇÃO DA VISITA VIRTUAL COMO POLÍTICA ASSISTENCIAL AO PACIENTE INTERNADO

No Brasil, durante a pandemia foi sancionada a Lei nº. 13.989/2020⁴⁸ a qual previu a possibilidade de telemedicina durante a pandemia, entretanto, tramitava no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº. 1.998/2020⁴⁹, já aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, hoje convertido na Lei Federal nº. 14.510/2022⁵⁰, a qual regulamenta de forma definitiva a prática da telessaúde em todo território nacional.

Numa outra esfera normativa acerca da telemedicina, destaca-se a atuação do Conselho Federal de Medicina (CFM), o qual editou norma própria definitiva acerca da regulamentação da telemedicina através da Resolução nº. 2.314⁵¹ publicada no Diário Oficial da União (DOU) do dia 05 de maio de 2022.

No caso específico da televisitação, apesar de ser uma forma de prática assistencial através da tecnologia, a legislação nacional antecedeu a regulamentação da própria telemedicina, assim, com a sanção da lei nº. 14.198/2021⁵², os pacientes internados passaram a ter o direito à realização de visitas por videochamadas diariamente, aproximando as pessoas e encurtando as distâncias entre aqueles que estavam impossibilitados de compartilhar o carinho e cuidado em razão de um agravo de saúde.

De certo, que a criatividade dos atores envolvidos no processo do cuidado e o comprometimento destes com o acolhimento digno fez com que a prática da televisitação

⁴⁸BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 23 fev. 2022.

⁴⁹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº. 1.998/2020**. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node05b4ivlnvbk3z1axjdilgpq6k521352368.node0?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020. Acesso em: 23 fev. 2022.

⁵⁰ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em: 15 de janeiro. 2023.

⁵¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº. 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em: 23 fev. 2022.

⁵² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

fosse uma realidade antes mesmo da sanção da lei nº. 14.198/2021⁵³. Destaca-se como exemplo dessa ação, a experiência implementada pelo Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP), no qual os pacientes diagnosticados com covid-19, em razão do isolamento sanitário, poderiam gozar de visitas através de sistema próprio de videocomunicação⁵⁴.

A experiência do citado hospital foi desenvolvida com foco na humanização do atendimento hospitalar e para amenizar o sofrimento provocado pelo cenário epidêmico, sendo idealizado por profissionais das áreas de psicologia e informática e em parceria com Universidades de Ensino Superior, permitiu o contato virtual entre pacientes, familiares e equipe assistencial através do aplicativo de telemedicina denominado de Video For Health (V4H)⁵⁵.

De certo que, como demonstra o exemplo citado no parágrafo anterior, a Covid-19 aliada ao seu processo elevado de disseminação e o seu alto índice de mortalidade, contribuiu significativamente para o desenvolvimento da telemedicina e a consolidação do seu uso nas práticas assistências. Essa relação será abordada de forma mais contundente no próximo tópico.

3.1 A IMPERIOSIDADE DA TELEMEDICINA DIANTE DA COVID-19

É evidente que a pandemia provocada pela Covid-19 foi um fator social e epidemiológico determinante para implementação da telemedicina no processo de cuidado, seja pela gravidade da doença, com alto potencial letivo, seja pelo seu elevado grau de disseminação, ou ainda pelos cuidados assistenciais que exigiam confinamento.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 30 de janeiro de 2020, declarou em coletiva de imprensa o estado de emergência de saúde pública internacional em razão da

⁵³ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁵⁴SEGOBIA, M. M. M.; NOVOA, C. G.; SILVA, C. I.; LAVID, G. L. S. F.; ALMEIDA, J.; MARCON, M. M. **Videocolaboração nas ações de televisita no Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP) para apoio familiar no combate ao Covid-19: estudo de caso**. In: VII Workshop “O Futuro da Videocolaboração” (WCT-Video 2020), São Luís, Brasil. Anais Estendidos do Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web (WebMedia). Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2020.

⁵⁵ Idem.

pandemia causada pelo novo coronavírus⁵⁶. Para tentar combater a doença e evitar a sua disseminação no território nacional, o Poder Executivo brasileiro, além de promulgar, através do Decreto nº. 10.212 de 30 de janeiro de 2020⁵⁷, o Regulamento Sanitário Internacional que fora pactuado na 58ª assembleia da OMS realizada em 23 de maio de 2005, declarou também, através da Portaria MS nº. 188 de 03 de fevereiro de 2020⁵⁸, o estado de emergência em saúde pública de importância nacional pela mesma motivação.

Diante da problemática apresentada e na busca de regulamentar o arcabouço jurídico a ser seguido por todos os cidadãos, entidades e serviços de saúde no enfrentamento da pandemia, foi sancionada a Lei Federal nº. 13.979/2020⁵⁹ no dia 06 de fevereiro de 2020, a qual dispõe sobre as medidas necessárias para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

Neste regulamento foram propostas diversas medidas restritivas à liberdade e autonomia dos indivíduos, tais como: o isolamento social, o isolamento assistencial, a quarentena, a realização compulsória de serviços de saúde, o uso obrigatório de máscaras e equipamentos de proteção individual, regras de exumação, necropsia e manejo de cadáveres, restrição temporária de rodovias, portos e aeroportos e requisições administrativas.

Como argumento e motivação para adoção das ações propostas, o poder público se embasava na necessidade de enfrentamento da pandemia, na tentativa de reduzir a transmissão da doença e a sua circulação no território nacional.

Ressalta-se que no momento da sanção da lei nº. 13.979/2020⁶⁰, dia 06 de fevereiro, foi emitido o Relatório Situacional nº. 17 pela Organização Mundial da Saúde, quando na oportunidade se registrava um total de 28.276 casos confirmados da doença em todo o mundo, sendo que 28.060 concentrados na China e 216 em outros países, além do total de 565

⁵⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública internacional para novo coronavírus**. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-para-novo-coronavirus>. Acesso em 17/05/2022.

⁵⁷ BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 10.212, de 30 de janeiro de 2020**. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm. Acesso em: 10 mar. 2022.

⁵⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 10 mar. 2022.

⁵⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/13979.htm. Acesso em: 10 mar. 2022.

⁶⁰ Idem.

mortes⁶¹. Por sua vez, só no Brasil, a mesma organização previu no momento da sanção da lei nº. 14.198/2021, em 02 de setembro de 2021, um total de 582.004 óbitos pela doença e um montante de 20.830.495 de casos confirmados.

Por mais que já perdurem mais de dois anos desde o início da pandemia, a sua gravidade e os efeitos danosos causados pela doença são evidentes e sentidos diuturnamente pela população. Nos dias atuais, de acordo com os dados coletados em 06 de agosto de 2022, através do painel da COVID-19 alimentado pela OMS, já foram confirmados em todo o mundo 579.092.623 casos da doença e 6.407.556 mortes⁶² de pacientes infectados pelo coronavírus.

No Brasil, esse cenário de caos sanitário não foi diferente, com base nas informações coletadas pela Organização Mundial da Saúde, no dia 06 de agosto de 2022, o número total de casos confirmados de infecção pela covid-19 era de 33.924.061 pacientes, além de um número total de mortos de 679.275⁶³ pela mesma doença.

Pois bem, diante desse cenário epidemiológico, é sabido que as restrições impostas pelo poder público, apesar de serem adotadas sob a motivação da existência da pandemia e a finalidade de redução de disseminação da doença, limitam sobremaneira a liberdade dos indivíduos e fazem com que os desejos e vontades dos pacientes assistidos não sejam atendidos, interferindo consequentemente na sua qualidade de vida, em especial quando se trata de medidas restritivas que exigem o confinamento do indivíduo.

Foi nesse contexto pandêmico que a telemedicina acelerou o seu processo de desenvolvimento, ampliou o seu campo de atuação e contribuiu para qualificação do cuidado aos pacientes, sendo inúmeros os benefícios que a sua utilização reflete no processo do cuidado e na melhoria do estado de saúde do paciente.

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo uma série de desafios para a saúde pública, incluindo a necessidade de encontrar maneiras de continuar fornecendo atendimento médico de qualidade à população enquanto se evitavam aglomerações e se mantinha a distância social. Uma das soluções encontradas foi a telemedicina, ou seja, o uso de tecnologias de comunicação para proporcionar atendimento médico à distância.

⁶¹ OMS. **Relatório Situacional nº. 17**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200206-sitrep-17-ncov.pdf?sfvrsn=17f0dca_4. Acesso em 17 mar. 2022.

⁶² OMS. **Coronavirus (Covid-19) Dashboard**. Disponível em <https://covid19.who.int>. Acesso em 17 mar. 2022.

⁶³ OMS. **Coronavirus (Covid-19) Dashboard**. Disponível em <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em 17 mar. 2022.

A telemedicina tem se mostrado uma ferramenta vital durante a pandemia de COVID-19, permitindo que os pacientes continuem a receber atendimento médico de forma segura e eficiente. Essa tecnologia permite que os médicos realizem consultas à distância, o que é especialmente importante em tempos de pandemia, quando evitar aglomerações e manter distância física é crucial para conter a propagação do vírus.

Como bem defendido por Peixoto, Ferreira e Oliveira⁶⁴, uma das principais vantagens da telemedicina é a possibilidade de realizar consultas de forma remota, sem necessidade de deslocamento ao consultório médico. Isso é especialmente importante para pacientes com comorbidades ou que sejam do grupo de risco para COVID-19, pois eles podem se expor a menos riscos ao utilizar a telemedicina. Além disso, a telemedicina também pode ser útil para pacientes que vivem em áreas remotas ou com dificuldade de acesso a serviços de saúde, pois eles podem receber atendimento médico sem precisar se deslocar longas distâncias.

Por outro lado, a possibilidade de realizar exames à distância é outra vantagem que a telemedicina tem permitido usufruir no campo assistencial. Por meio de tecnologias como videoconferência e telefonia, os médicos podem realizar exames físicos remotos, o que é especialmente útil para casos leves ou para acompanhamento de pacientes crônicos.

No que diz respeito ao diagnóstico, a telemedicina permite que os profissionais de saúde realizem exames com transmissão de imagens médicas, como raios-X ou tomografias, para especialistas que não estariam disponíveis em um determinado local e momento. Essa possibilidade auxilia na identificação de doenças de forma mais rápida e precisa, encurtando o tempo de resposta ao tratamento adequado.

Além disso, a telemedicina também pode ser usada para ajudar a gerenciar pacientes com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. De acordo com um estudo publicado na revista Escola Ana Nery⁶⁵, a utilização de telemedicina para o acompanhamento de pacientes com diabetes foi capaz de melhorar significativamente a terapêutica e reduzir as hospitalizações.

⁶⁴ PEIXOTO, M. R.; FERREIRA, J. B.; OLIVEIRA, L. Motivadores para a aceitação da teleconsulta no Brasil: a perspectiva dos pacientes durante a pandemia de covid-19. Revista de Administração Contemporânea. v. 26. 26(2). 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/sj8CshfJp5ZMvxTL8TLgvzw/?lang=en#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

⁶⁵ SCHRODER, A. C. et. al. Telessaúde em um centro de referência em diabetes mellitus: uma análise transversal. Escola Ana Nery. v. 25. 25(1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MCQ8Czrzhy7r456jMW8Qkd/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

No processo de trabalho da assistência à saúde em casos de tratamento da Covid-19, a telemedicina também tem um papel importante na triagem de pacientes. Por meio de consultas à distância, os médicos podem avaliar os sintomas dos pacientes e orientá-los quanto ao próximo passo a ser tomado, seja encaminhando-os para teste ou para atendimento presencial. Isso permite que os serviços de saúde possam gerenciar melhor os fluxos de pacientes e evitar aglomerações nos hospitais.

Durante a pandemia, a telemedicina é uma tecnologia apta a garantir que os pacientes continuem a receber atendimento médico sem correr o risco de serem expostos ao vírus. De acordo com um estudo publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*⁶⁶, aproximadamente metade dos médicos americanos relataram ter utilizado a telemedicina durante a pandemia.

Além disso, na visão de Jane Mary de Medeiros Guimarães⁶⁷, a telemedicina também tem sido utilizada para o ensino e a formação de profissionais de saúde. Por meio de plataformas virtuais, os estudantes podem assistir a aulas e participar de atividades práticas, o que permite que esses profissionais estejam cada vez mais qualificados, inseridos em um processo de educação permanente em saúde apto a assegurar a melhoria da assistência à saúde.

Sendo assim, observa-se que a telemedicina tem se mostrado uma ferramenta valiosa no diagnóstico e tratamento de doenças, oferecendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Além disso, ela tem se mostrado eficaz para gerenciar pacientes com doenças crônicas, e também foi amplamente utilizada durante a pandemia de COVID-19. Portanto, é importante que os sistemas de saúde invistam no desenvolvendo da telemedicina, para garantir que ela possa ser utilizada de forma cada vez mais eficaz em favor do tratamento dos pacientes.

3.2 A RECONFIGURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE APÓS A COVID-19 ATRAVÉS DA TELEVISITAÇÃO

⁶⁶ NIEBLAS, B. et. al. Impacto e futuro da telemedicina em meio à pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática do estado da arte na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 27(8). Ago/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DWwXJ6F9qxzjYrcbB9w8nwJ/?lang=en#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

⁶⁷ GUIMARÃES, J.M. M. et. al. Tecnologias interativas aplicadas ao projeto “produção de vidas no contexto da covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 26. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xwnSGFn7CyfXFR6bSvCK46j/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

No cenário pandêmico se presenciou a necessidade de se cuidar não só do indivíduo adoecido, mas também de todo o resto da sociedade que estava suscetível do adoecimento pela disseminação da doença. Sendo assim, diante desta problemática complexa, a qual envolve a colisão de bens e valores mutuamente significantes, não se pode afastar a responsabilidade dos entes políticos na adoção de ações eficazes para combater a pandemia e disponibilizar serviços aptos a cuidar dos cidadãos adoecidos de forma humanizada, resguardando assim o direito à saúde e preservando o direito à vida e à dignidade.

Sobre esse confronto de valores e bens jurídicos, bem como a preponderância do direito à vida e à saúde, se posicionaram Nilo e Aguiar⁶⁸:

Na medida em que o postulado racional da dignidade da pessoa humana é um, senão o principal, marco jusfundamental no atual neoconstitucionalismo brasileiro, analisar o direito fundamental à saúde sempre é uma tarefa importante. E quando se trata de direito à saúde, está-se diante da tutela de um bem jurídico completamente diferenciado, *suis generis*. Afinal, a saúde, por ter relação direta com a viabilidade biopsicossocial da própria vida, afastando ou adiando a inexorável morte, nos direciona a um patamar anterior e superior ao próprio conceito de dignidade da pessoa humana. Pois, por uma questão lógica de prejudicialidade, não há o menor sentido em se procurar defender uma dignidade se não houver previamente, ao menos, uma pessoa humana para a qual se possa perseguir a qualidade de digna.

A conciliação desses dois princípios e dos deveres de cuidar do indivíduo e também de toda a coletividade de forma harmoniosa exige do Poder Público uma crítica ponderação de valores e um discurso dialético com toda a sociedade, além de uma acurada reflexão sobre os fundamentos do direito e da moralidade, como bem ensinou Robert Alexy⁶⁹:

A necessidade do direito não significa a despedida da racionalidade discursiva. A pretensão, necessariamente unida com o direito, de correção exige, ao contrário, que o positivo e o correto ou, para formular em outras palavras, o institucional e o ideal se complementem, penetrem e intensifiquem mutuamente. Por esse complemento, penetração e intensificação nasce o estado constitucional democrático.

Nesse contexto é que se coloca a necessidade de analisar o arcabouço normativo dos direitos humanos e fundamentais, para que as ações executadas por todos os agentes envolvidos na cadeia do cuidado possam proporcionar o maior bem possível, para o maior número de pessoas possível e pelo maior espaço de tempo possível. Em especial, quando s

⁶⁸NILO, Alessandro Timbó; AGUIAR, Mônica. O minimumminimorum existencial do direito fundamental à saúde e o modelo hermenêutico no procedimento decisional: um olhar sob a perspectiva da alteridade. **Revista da AGU**. v. 18. n. 01. jan./mar. Brasília: AGU, 2019, p. 22.

⁶⁹ALEXY, Robert; HECK, Luís Afonso (trad.). **Constitucionalismo Discursivo**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011. 10 p.

trata dos direitos relacionados aos pacientes, pois estes cumprem uma função importante na sociedade e uma notável contribuição ao exercício da solidariedade e justiça social.

Na perspectiva do acolhimento humanizado do paciente é preciso o reconhecimento de que o indivíduo doente, apesar de vulnerável e debilitado no seu estado de saúde, ainda é o ator principal na cadeia do cuidado assistencial, o condutor da sua vida, da sua história e consequentemente do seu tratamento, devendo, portanto, ser ouvido e respeitado.

Assim o que se espera do atendimento humanizado é a integralidade do cuidado, permitindo uma simbiose entre a qualidade técnica da assistência e o fortalecimento de uma relação de respeito, atenção e ética entre todos os atores que influenciam no cuidado, seja o próprio paciente, sua família ou a equipe de profissionais de saúde.

É certo que a tecnologia introduzida com a telemedicina contribui para a qualificação do cuidado, em especial quando se trata do processo de teleconsulta, no qual o paciente em isolamento fica impedido de manter contato físico com outras pessoas, salvo aquelas que compõem a equipe assistencial, com a finalidade de preservar a saúde dos seus próximos, mas que contraditoriamente, terminam agravando o seu próprio estado psicológico.

Das restrições impostas durante a pandemia, o que se destaca nesse estudo é o confinamento assistencial por motivo de isolamento em internação hospitalar. Assim, pacientes infectados são isolados em leitos hospitalares para fins de usufruir da necessária assistência médica e combater a enfermidade acometida, mas por outro lado são também impedidos de ter contato com qualquer visitante ou familiar, evitando com isso o contágio e a disseminação da doença.

A situação é agravada com o crescente número de óbitos causados pela doença e as restritas práticas de manejo de cadáver ⁷⁰cuja causa morte foi a covid-19. Ademais, a superlotação das unidades médicas aliadas à desinformação aos familiares da situação de saúde dos pacientes isolados provocou a angústia incessante de todos estes que aguardavam com esperança o recebimento de uma boa notícia, mas que muitas vezes eram apenas surpreendidos com um triste fim sem sequer ser possível o afago de um último adeus⁷¹.

⁷⁰ ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manejo de cadáveres no contexto do novo coronavírus (Covid-19). Recomendações provisórias, 18 de março de 2020.** Washington: OPAS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51957>. Acesso em: 10 mar. 2022.

⁷¹ COUTINHO, Rogério. **Velório de vítimas da Covid-19 sensibilizam até quem trabalha diretamente com funerais no Rio.** G1 Globo.com. abr./2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/21/velorio-de-vitimas-de-covid-19-sensibilizam-ate-quem-trabalha-diretamente-com-funerais-no-rio.ghtml>. Acesso em: 10 mar. 2022.

O isolamento para fins de cuidado à saúde, este indispensável para conter a disseminação da doença, se transmuta de uma ferramenta eficaz de contenção da doença para um instrumento de distanciamento social e desrespeito aos direitos fundamentais daqueles que estão sendo assistidos, quando executado sem as devidas práticas de cuidado humanizado.

Vale destacar que esse mesmo problema é sentido não só por pessoas acometidas pela covid-19, mas também por todos os outros pacientes que sofrem de doenças graves e contagiosas que são tratadas através do isolamento, ou ainda daqueles pacientes tratados em áreas de alto risco como Unidades de Tratamento Intensivo que possuem restrição de acesso a visitantes.

Foi como forma de garantir um acolhimento humanizado, mesmo em casos de necessário isolamento assistencial, que alguns serviços começaram a se estruturar para garantir a possibilidade de realização de visitas virtuais entre estes pacientes e seus familiares, como foi o exemplo outrora citado acerca do Hospital Militar de Área de São Paulo⁷².

Para regulamentar as televisitas, como prática de cuidado humanizado, foi sancionada a Lei nº. 14.198 de 02 de setembro de 2021⁷³, a qual passou a disciplinar as videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. O projeto legislativo originário da Câmara dos Deputados, PL nº. 2.136/2020⁷⁴ teve a autoria do Deputado Federal Célio Studart e posteriormente aprovado no Senado Federal, tendo como relator o Senador Wellington Fagundes.

Há de se observar, após análise das legislações e normativas já mencionadas neste estudo, uma aproximação indissociável entre as áreas da saúde, a qual se preocupa com a qualidade da assistência e do cuidado humanizado, apto a melhorar a condição de saúde do paciente assistido, com a área do direito, que normatiza, consolida e resguarda garantias

⁷²SEGOBIA, M. M. M.; NOVOA, C. G.; SILVA, C. I.; LAVID, G. L. S. F.; ALMEIDA, J.; MARCON, M. M. **Videocolaboração nas ações de televisita no Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP) para apoio familiar no combate ao Covid-19: estudo de caso.** In: VII Workshop “O Futuro da Videocolaboração” (WCT-Video 2020), São Luís, Brasil. Anais Estendidos do Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web (WebMedia). Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2020.

⁷³BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021.** Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁷⁴BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº. 2.136/2020.** Dispõe sobre a visita virtual, por meio de videochamadas, de familiares a pacientes internados em decorrência do novo coronavírus (COVID-19). Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01ccaf9umkycwzq6k2axe6gsb21366406.node0?codteor=1885437&filename=PL+2136/2020. Acesso em: 10 mar. 2022.

fundamentais e liberdades do indivíduo, as quais quando efetivadas proporcionam inevitavelmente o acolhimento humanizado.

Assim, a utilização da tecnologia permite neste caso específico da visita virtual, preservar não só o estado de saúde do paciente e dos seus familiares, como também garantir que o doente mantenha o contato diário com as pessoas externas, acalentando seus anseios, confortando seus sentimentos e tendo garantida a sua dignidade e respeitados os seus interesses.

Desta forma, considerando o paciente enquanto ser humano, detentor de direitos e garantias fundamentais, inerentes ao seu estado de vulnerabilidade, é que esta pesquisa se desenvolve, na busca de analisar se as ações exigidas ao Poder Público pela lei nº. 14.198/2021⁷⁵, a qual instituiu a teleconsulta, estão adequadas à regulamentação da Política Nacional de Humanização e à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria MS nº. 3.390/2013⁷⁶ para ao final verificar de forma pragmática se o Município de Aracaju adotou ações eficazes a implementar a teleconsulta em favor dos usuários assistidos pelos serviços públicos de saúde.

Como já bem observado no tópico 2.1 desta pesquisa, a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde - SUS é uma iniciativa do Governo Federal do Brasil para garantir acesso universal, equitativo e de qualidade à saúde da população. Ela busca promover a integralidade da atenção à saúde, considerando as necessidades e expectativas dos usuários, e valorizando a relação entre os profissionais e a comunidade.

Na visão de Barros⁷⁷, a humanização do SUS é fundamental para garantir que os usuários do sistema sejam tratados com dignidade e respeito, e que suas necessidades sejam atendidas de forma integral e personalizadas. Isso envolve, por exemplo, o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários, a garantia de acesso à informação e a participação da comunidade na gestão do sistema.

⁷⁵BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁷⁶BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

⁷⁷BARROS, N. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade**. v. 30. 30(1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZWLzwgpCHB3DWnThLqXdFt/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

Noutro viés, a humanização do SUS contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, pois permite a identificação e resolução de problemas relacionados à assistência, e a implementação de medidas para prevenir e reduzir as desigualdades em saúde.

E no aspecto econômico-financeiro do sistema, a política de humanização também contribui para a redução dos custos de saúde, pois ao garantir acesso à assistência de qualidade e integral, evita o surgimento de problemas de saúde mais graves e caros no futuro.

Em apertada síntese, a Política Nacional de Humanização do SUS é fundamental para garantir acesso universal, equitativo e de qualidade à saúde da população, valorizando a relação entre os profissionais e a comunidade, melhorando a qualidade dos serviços de saúde e contribuindo para redução dos custos do sistema.

Para demonstrar a compatibilidade da Política Nacional de Humanização e s ditames da Lei n. 14.198/2021, destaca-se alguns dos princípios e diretrizes da referida política.

O primeiro princípio a ser destacado é o da transversalidade. Para este princípio necessário se faz transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre os atores do processo do cuidado, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, reconhecendo assim que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

O segundo princípio é o do Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, qualquer transformação na gestão e assistência para ser efetiva, é necessário envolver e valorizar a autonomia e a vontade das pessoas envolvidas, estabelecendo uma distribuição equitativa de responsabilidades. Isso significa que os usuários não são apenas pacientes passivos, e os trabalhadores não são simplesmente executores de ordens. A mudança ocorre a partir do reconhecimento do papel de cada um e sua contribuição.

Um Sistema Único de Saúde humanizado reconhece cada indivíduo como cidadão legítimo de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde. Isso inclui promover a participação dos usuários na gestão do sistema e valorizar a contribuição dos trabalhadores, reconhecendo-os como agentes fundamentais para a melhoria da assistência.

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Humanização destaca-se o acolhimento, este é um processo fundamental para as práticas de produção e promoção de saúde, que envolve a responsabilidade do trabalhador/equipe pelo usuário desde o momento em que ele

chega até a sua saída. Isso inclui ouvir suas queixas, considerar suas preocupações e angústias, e utilizar uma escuta qualificada para analisar a demanda, estabelecer limites, garantir atenção integral e resolutive, e acionar/articular as redes internas e externas de serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário.

É preciso se considerar que para garantir um acolhimento eficaz, é importante prestar um atendimento resolutivo e responsável, com uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, incluindo sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos. Isso envolve construir uma proposta com a equipe local, orientando o paciente e a família, quando necessário, em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos em rede.

Outra diretriz é a da clínica ampliada e compartilhada, esta é uma prática interdisciplinar que busca compreender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida do indivíduo. Ela tem como objetivo qualificar a assistência, ampliando a autonomia do usuário, da família e da comunidade, e integrando diferentes profissionais de saúde para oferecer um cuidado e tratamento personalizado, baseado na história de vida de cada paciente.

A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados, e o diagnóstico é feito levando em conta não só o conhecimento dos especialistas clínicos, mas também a história do paciente, possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas. Isso pode ser alcançado utilizando recursos que permitem enriquecer os diagnósticos, incluindo outras variáveis além do enfoque orgânico, como a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas, e qualificando o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários.

E por fim, a última diretriz trazida neste estudo é a da defesa dos direitos dos usuários, para esta é essencial garantir que os serviços de saúde promovam o acesso universal, equitativo e de qualidade à saúde da população. Isso envolve assegurar que os usuários conheçam seus direitos e que esses direitos sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Os usuários têm direito a uma equipe que os cuide, a ser informados sobre sua saúde e a tomar decisões sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social. É importante que os serviços de saúde promovam a participação e a autonomia dos usuários,

garantindo que eles sejam tratados com dignidade e respeito, e que suas necessidades sejam atendidas de forma integral e personalizadas.

Diante das considerações apresentadas neste tópico acerca dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, observa-se que a Lei nº. 14.198/2021⁷⁸, logo no seu artigo 1º, ao garantir o direito a teleconsulta aos pacientes que estejam impossibilitados de receber visitas presenciais, garante um acolhimento diferenciado, muito mais focado no paciente do que na doença, permitindo que a vontade e necessidade de saúde destes pacientes sejam satisfeitas e supridas.

Respeitar a autonomia do assistido, viabilizando as condições necessárias para realização de visitas virtuais, quando impossibilitado o contato físico, é preservar a dignidade do paciente, suprir sua necessidade fundamental e ainda contribuir para a evolução do seu quadro clínico com a melhoria do estado de saúde. Assim é de se considerar que os ditames da legislação referente à teleconsulta estão em consonância com a Política Nacional de Humanização do SUS.

Já com relação à adequação da teleconsulta à Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria nº. 3.390/2013⁷⁹, destacam-se as seguintes diretrizes extraídas da referida normativa ministerial:

Art. 6º São diretrizes da PNHOSP:

- I - garantia de universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar;
- II - regionalização da atenção hospitalar, com abrangência territorial e populacional, em consonância com as pactuações regionais;
- III - continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;
- IV - modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- V - acesso regulado de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS;
- VI - atenção humanizada em consonância com a Política Nacional de Humanização;
- VII - gestão de tecnologia em saúde de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS;
- VIII - garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente;
- IX - garantia da efetividade dos serviços, com racionalização da utilização dos recursos, respeitando as especificidades regionais;

⁷⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

- X - financiamento tripartite pactuado entre as três esferas de gestão;
- XI - garantia da atenção à saúde indígena, organizada de acordo com as necessidades regionais, respeitando-se as especificidades socioculturais e direitos estabelecidos na legislação, com correspondentes alternativas de financiamento específico de acordo com pactuação com subsistema de saúde indígena;
- XII - transparência e eficiência na aplicação de recursos;
- XIII - participação e controle social no processo de planejamento e avaliação; e
- XIV - monitoramento e avaliação.

No tocante a regulamentação do direito à visita prevê a supracitada portaria nos seus artigos 12 e 13⁸⁰:

Art. 13. Cabe ao hospital implantar a visita aberta, de forma a garantir a ampliação do acesso dos visitantes ao pronto socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Art. 14. Os usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças, adolescentes e indígenas, possuem direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

Há de se observar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar instituída pelo Ministério da Saúde do Brasil tem como diretriz principal o modelo de atenção centrado no usuário, buscando garantir a qualidade e a eficácia da assistência, assim como a humanização no atendimento. Nesse contexto, é importante destacar a importância do direito de visitas dos pacientes internados, pois ele é essencial para garantir a integralidade da assistência e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

O direito de visitas dos pacientes internados é fundamental para garantir o acesso à informação, possibilitando aos familiares e amigos conhecer as condições de saúde do paciente e colaborar com o processo de cuidado. Além disso, as visitas também proporcionam maior segurança e estabilidade emocional para o paciente, melhorando sua qualidade de vida e contribuindo para o seu processo de recuperação.

A atenção humanizada, por sua vez, é uma abordagem centrada no usuário, que busca promover a participação e a autonomia do paciente e sua família, garantindo que sejam tratados com dignidade e respeito, e que suas necessidades sejam atendidas de forma integral e personalizadas.

Desta forma, pode-se constatar a compatibilidade entre a Política Nacional de Atenção Hospitalar e o direito de visitas dos pacientes internados, sendo esta aproximação

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

estreita, pois ambos buscam garantir a qualidade e a eficácia da assistência, além de promover a humanização no atendimento.

Salienta-se assim a exigência posta pela Política Nacional de Atenção Hospitalar, na medida em que torna obrigatória a adequação das unidades hospitalares assistenciais do SUS ao modelo de cuidado centrado no usuário, com execução de uma atenção humanizada, que garanta a qualidade da assistência e a implantação de uma visitação genericamente aberta, que favoreça a relação entre os pacientes e seus familiares.

Com isso, pode-se afirmar que a Lei nº. 14.198/2021⁸¹ se coaduna também com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, pois regulamenta o direito à visitação já inserido na referida política, através de tecnologia para aqueles assistidos que momentaneamente estão impossibilitados de receber visitas presenciais.

Por outro lado, com a finalidade de que esse direito seja garantido de forma segura, diante da relevância das informações, dados e imagens que são transmitidos durante o processo de televisitação, é que se faz necessário abordar a relação entre esse método de visitação virtual e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, o que se faz no próximo tópico.

3.3 A ADEQUAÇÃO DA TELEVISITAÇÃO À LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no. 13.709, de 14 de agosto de 2018⁸², tem como objetivo proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade dos indivíduos, garantindo a segurança e a privacidade de seus dados pessoais. A lei estabelece regras para coleta, armazenamento, tratamento e compartilhamento de dados pessoais.

⁸¹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

⁸² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

A supracitada lei foi elaborada com base nas orientações do Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) da União Europeia⁸³, sendo de interesse nacional e deve ser observada por todos os entes federados: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Assim, estabelece parâmetros legais para garantir a segurança e a privacidade dos dados pessoais, considerando-os como uma moeda de troca valiosa no mercado mundial.

Tal objetivo é bem jurídico a ser tutelado já se encontra expressamente previsto no art. 1º do referido diploma legislativo⁸⁴, ao dispor que o tratamento de dados pessoais nos termos da referida lei, inclusive nos meios digitais, tem o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade, além do livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

Deveras ressaltar que a proteção dos dados pessoais encontra como fundamento primordial e macro a preservação do princípio da dignidade da pessoa humana, perpassando pela garantia do direito à privacidade, inviolabilidade da intimidade, honra e imagem, além do exercício pleno da cidadania, estes e outros fundamentos foram expressos no art. 2º da Lei nº. 13.709/2018⁸⁵:

Cumprir destacar que a LGPD, por tratar de forma abrangente da proteção dos dados pessoais, incluindo os procedimentos necessários em um mundo cada vez mais digital, onde os dados pessoais são tratados como valiosas mercadorias, trata no seu capítulo II de forma específica sobre o tratamento desses dados.

O artigo 7º da referida lei⁸⁶ estabelece requisitos para que esse tratamento seja realizado de forma adequada, dentre estes se destacam: o fornecimento de consentimento pelo titular; quando utilizados pela Administração Pública para execução de políticas públicas; para o exercício regular de direitos e processo judicial, administrativo ou arbitral; para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros; e para a tutela da saúde, em procedimento realizado por profissionais da área, serviços de saúde ou autoridades sanitárias.

⁸³ UNIÃO EUROPEIA. Regulation of the European Parliament and of the Council. **Regulation (EU) 2016/679**. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/eur/2016/679/contents>. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

⁸⁴ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁸⁵ Idem.

⁸⁶ Ibidem.

Pode-se constatar dos artigos acima citados que a Lei nº 13.709/18⁸⁷ adota a ética e o interesse público como base para a disponibilidade e o acesso aos dados pessoais. Ela protege e estabelece os princípios e os direitos do titular dos dados, que deve dar seu consentimento para o tratamento de seus dados pessoais (inciso I do Art. 7º da lei).

Ademais, caso haja compartilhamento de dados pessoais com outros controladores, o consentimento do titular é necessário para essa finalidade, a menos que a lei permita a dispensa do consentimento, sempre levando em consideração os princípios gerais e a garantia dos direitos do titular dos dados.

De forma diferenciada, em razão proporcional ao bem jurídico tutelado e a relevância da informação, a Lei nº 13.709/18⁸⁸, estabelece níveis de proteção mais elevados para certos tipos de registros. Esses registros são considerados ou classificados como dados sensíveis, estes definidos como aqueles que possuem informações ou categorias que permitem a identificação do indivíduo, tais como origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação sindical ou as organizações de caráter religioso, filosófico ou político, dados referentes à saúde ou à vida sexual, dados genéticos ou biométricos, quando vinculado a uma pessoa natural. Estes dados estão previstos no Art. 5º, inciso I da LGPD.

Para o tratamento dos dados sensíveis, em razão destes terem maior potencial de causar danos à privacidade e à dignidade das pessoas, a LGPD estabelece medidas especiais para a proteção desses dados, incluindo a obtenção de consentimento explícito dos titulares dos dados e a implementação de medidas técnicas e administrativas para garantir a segurança das informações.

De acordo com a seção II, art.11º da Lei nº 13.709/18⁸⁹, o tratamento de dados pessoais sensíveis deve seguir algumas orientações e só podem ser utilizados em determinadas situações específicas, a depender da existência ou não do consentimento específico do titular.

O tratamento dos dados com o consentimento, de forma específica e destacada, do titular ou do seu responsável legal, poderá ser realizado para finalidades específicas. Por outro

⁸⁷ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁸⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁸⁹ Idem.

lado, sem fornecimento de consentimento do titular, o tratamento só poderá ocorrer nas hipóteses em que for indispensável para: cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador; tratamento compartilhado de dados necessários à execução, pela administração pública, de políticas públicas previstas em leis ou regulamentos; realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis; exercício regular de direitos; proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiro; tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária; ou para garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos.

De acordo com o artigo citado acima, observa-se que o tratamento de dados pessoais sensíveis é regulamentado de forma mais rígida e segura, só podem ser compartilhados em determinadas situações excepcionalmente previstas em lei. Caso os controladores, pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais, utilizem esses dados com o intuito de obter vantagem econômica, podem ser punidos pelo Poder Público, através de órgãos setoriais.

Por outro lado, o art. 11, já citado, também aborda o tratamento de dados sensíveis relacionados à saúde, e estabelece que os controladores que utilizarem ou compartilharem esses dados para obter vantagens econômicas também estarão sujeitos a sanções, as orientações para o tratamento desses dados sensíveis relacionados à saúde estão descritas no § 4º do mesmo artigo, com redação alterada pela Lei nº. 13.853/2019⁹⁰:

No sentido de garantir a proteção e a responsabilização pelo tratamento dos dados pessoais, a LGPD cria a figura do Encarregado de Proteção de Dados (DPO), responsável por garantir a conformidade com a lei e por atuar como ponto de contato entre a organização e as autoridades reguladoras.

Nesse contexto, a implementação da LGPD no cenário nacional brasileiro tem um impacto significativo na forma como as organizações lidam com os dados pessoais, incluindo dados sensíveis. Isso reforça a importância de se garantir a privacidade e a dignidade das pessoas, enquanto assegura a segurança e a confidencialidade dos dados pessoais. A adoção

⁹⁰ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.853, de 08 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/13853.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

de medidas técnicas e administrativas para proteção desses dados, além do consentimento explícito dos titulares, é fundamental para garantir a conformidade com a lei e para proteger os direitos individuais.

A proteção dos dados sensíveis de saúde dos pacientes é crucial para garantir a privacidade e a dignidade das pessoas, especialmente quando esses dados são coletados no âmbito das unidades de assistência à saúde. A privacidade médica é uma questão fundamental para a saúde e o bem-estar dos pacientes, pois é essencial para garantir que os pacientes possam se comunicar aberta e honestamente com seus médicos e outros profissionais de saúde sem medo de exposição ou julgamento.

Além disso, a proteção dos dados sensíveis de saúde dos pacientes tem uma relação direta com a dignidade da pessoa humana. Os dados sensíveis de saúde incluem informações pessoais que podem ser utilizadas para identificar ou discriminar um indivíduo, como informações genéticas, dados biométricos, informações sobre a saúde mental, entre outros. Se essas informações não forem protegidas adequadamente, os pacientes podem ser expostos à discriminação e violações de direitos humanos.

Há de se considerar também, numa outra perspectiva, o paciente adoecido se encontra em um estado de vulnerabilidade, com quadro de saúde debilitado. Um paciente que está em tratamento de saúde já se encontra em uma situação vulnerável, onde a confiança e a privacidade são fundamentais para que ele possa se sentir seguro e confortável para compartilhar informações sobre seu estado de saúde. Se não houvesse a proteção adequada a esses dados, ou se essas informações não fossem resguardadas, o seu inadequado vazamento poderia causar adicionais ao paciente, tanto física quanto emocionalmente, agravando assim o seu estado de vulnerabilidade.

Desta forma, a proteção dos dados sensíveis de saúde dos pacientes é essencial para garantir a privacidade e a dignidade das pessoas, especialmente quando a coleta se dá no âmbito dos estabelecimentos de saúde. A privacidade médica é uma questão fundamental para a saúde e o bem-estar dos pacientes, e a relação entre a proteção desses dados e a dignidade da pessoa humana e o estado de vulnerabilidade do paciente adoecido é inegável.

Numa outra seara de atuação que não a legislativa federal, em cumprimento da sua competência institucional em regulamentar o exercício regular da medicina, o Conselho

Federal de Medicina (CFM) elaborou o Código de Ética Médica (CEM)⁹¹, o qual disciplinou as relações entre médicos, entre médico e paciente e entre médico e instituição de saúde ou Estado. O referido código de ética médica preservou inúmeros princípios, dentre eles o da confidencialidade.

A confidencialidade é um princípio moral e ético presente nas relações interpessoais e está relacionado a princípios como sigilo profissional, privacidade e liberdade. No entanto, apesar de ser um dos princípios mais antigos da assistência em saúde, o cenário de vida atual, em especial com o desenvolvimento tecnológico e as inovações das ferramentas de comunicação e transmissão de dados, torna-se necessário a adaptação desses códigos de conduta profissionais para orientar e garantir que a atuação dos profissionais de saúde irão acompanhar as mudanças sociais e preservar a privacidade dos seus assistidos.

Na regulamentação trazida pela Lei nº. 14.510/2022⁹², a qual regulamentou recentemente a telessaúde no âmbito de todo o território nacional observa-se logo no seu início a exigência de que as ações de telemedicina sejam realizadas respeitando inúmeros princípios, dentre eles: consentimento livre e informado, confidencialidade dos dados e responsabilidade digital.

Após a excursão teórica da Lei Geral de Proteção de Dados, oportuno se faz relacionar as dogmáticas normativas à Lei nº. 14.198/2021⁹³, a qual versa do direito à televisitação dos pacientes internados. Esse direito permite que pacientes em leitos de isolamento, que estiverem impossibilitados de receber visitas presenciais, usufruam de visitas virtuais com seus familiares e amigos através do uso da tecnologia.

A visitação a pacientes internados é uma parte importante do processo de cuidado e recuperação dos pacientes. A presença de familiares e amigos ajuda a reduzir a ansiedade e a

⁹¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº. 2.217/18, alterada pelas Resoluções CFM nº. 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

⁹² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da telessaúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em: 15 de janeiro. 2023.

⁹³ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

depressão dos pacientes, além de melhorar o seu estado emocional e a sua capacidade de lidar com a doença.

Nesse sentido, constatou Eugênio et. al⁹⁴. em pesquisa que a presença de acompanhantes próximos ao leito do paciente produz benefícios significativos no processo de recuperação. Seja na perspectiva dos profissionais ou dos pacientes e familiares, existe concordância de que a prática da visita alivia o sofrimento dos familiares, reduz a percepção de ansiedade e estresse tanto nos pacientes quanto dos seus entes, permite aos familiares obterem informações mais precisas sobre a condição clínica do paciente e aumenta a satisfação geral da família.

Constata-se assim que a visita pode ajudar a melhorar a comunicação entre o paciente e o seu médico, permitindo que os familiares e amigos forneçam informações valiosas sobre o estado do paciente e as suas necessidades. Isso pode ser especialmente importante para pacientes com doenças crônicas ou para aqueles que necessitam de cuidados prolongados.

Ademais, a visita também pode ser benéfica para os familiares e amigos dos pacientes, podendo auxiliá-los a lidar com o stress e a ansiedade relacionados à doença do paciente, e fornecer-lhes uma sensação de envolvimento e participação no processo de cuidado.

Diante do que se expõe, percebe-se que a visita a pacientes internados é uma parte importante do processo de cuidado e recuperação, e deve ser encorajada e facilitada pelos profissionais de saúde, na medida em que ajuda a melhorar o bem-estar emocional dos pacientes, a aumentar a comunicação entre pacientes, médicos e familiares e ainda no controle do stress e da ansiedade relacionados à doença.

No caso dos pacientes internados que estão impossibilitados de receber a visita presencial dos seus familiares, observa-se que a Lei nº. 14.198/2021⁹⁵ regulamentou método excepcional de realização de visitas, utilizando-se ferramentas tecnológicas, para garantir que

⁹⁴ EUGÊNIO, C. S. et. al.. Comparação entre as percepções de familiares e as de profissionais de saúde a respeito de um modelo de visita flexível em uma unidade de terapia intensiva adulto: estudo transversal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, 34(3), jul. 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/79Dgy5VGNWz9NdbJZjqKMBp/?lang=pt#>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

⁹⁵ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

esse direito fosse preservado a estes pacientes e que assim estes pudessem usufruir dos benefícios gerados pela visitação.

Destacam-se os seguintes preceitos normativos acerca da televisitação⁹⁶:

Art. 2º Os serviços de saúde propiciarão, no mínimo, 1 (uma) videochamada diária aos pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidade de terapia intensiva, respeitadas as observações médicas sobre o momento adequado.

(...)

§ 2º Eventual contraindicação das videochamadas por parte do profissional de saúde assistente deverá ser justificada e anotada no prontuário.

(...)

§ 4º As videochamadas serão realizadas mesmo no caso de pacientes inconscientes, desde que previamente autorizadas pelo próprio paciente enquanto gozava de capacidade de se expressar de forma autônoma, ainda que oralmente, ou por familiar.

§ 5º O serviço de saúde zelará pela confidencialidade dos dados e das imagens produzidas durante a videochamada e exigirá firma do paciente, dos familiares e dos profissionais de saúde em termo de responsabilidade, vedada a divulgação de imagens por qualquer meio que possa expor pacientes ou o serviço de saúde.

Art. 3º Os serviços de saúde são responsáveis pela operacionalização e pelo apoio logístico para o cumprimento do estabelecido nesta Lei.

Dos dispositivos citados, pode-se considerar que a legislação regulamentadora da televisitação além de se preocupar com a garantia do direito em favor do paciente, entendendo assim a visitação como método eficaz no processo do cuidado, também se preocupou com a garantia dos direitos dos familiares, permitindo acesso à informação e condições de saúde do paciente, a exemplo do que preceituou o art. 2º, §4º⁹⁷ já transcrito. Como também considerou a motivação do ato profissional, quando o estado de saúde do paciente não permitir a realização do referido método de visitação.

Ou seja, a legislação regulamentadora da televisitação conseguiu, de forma curta, mas objetiva, garantir um processo adequado de cuidado que beneficia todos os atores envolvidos na assistência, sendo esse método contribuinte para a humanização do atendimento e o acolhimento do paciente.

⁹⁶ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁹⁷ Idem.

Cumpra ressaltar, ainda com relação à lei que regulamentou a teleconsulta, em especificamente o art. 2º, §5º⁹⁸, que os serviços de saúde serão os responsáveis por zelar pela confiabilidade dos dados e imagens produzidas durante a videochamada da teleconsulta, a qual deve ser compartilhada pelos profissionais, paciente e familiares através de termo de responsabilidade próprio, sendo vedada a divulgação por qualquer meio que possa expor pacientes ou o próprio serviço de saúde.

Essa premissa de tratamento dos dados e responsabilização se coaduna com a política de tratamento dos dados sensíveis regulamentados pela Lei nº. 13.709/2018⁹⁹, seja pela autorização expressa, seja no cuidado do tratamento dos dados produzidos.

Deveras ainda salientar que para garantia do direito a teleconsulta, conforme preceitua o art. 3º da Lei nº. 14.198/2021¹⁰⁰, os serviços de saúde são responsáveis pela operacionalização e pelo apoio logístico de toda infraestrutura necessária à realização da consulta por meio de videochamada, portanto, devem-se garantir todos os equipamentos e sistemas necessários, aptos a preservar a confiabilidade dos dados e imagens transmitidos, além de disseminar uma política interna de educação permanente para os profissionais que irão utilizar a ferramenta, bem como os pacientes e seus familiares.

Diante de tudo que fora exposto na presente pesquisa, pode-se concluir que a Lei nº. 14.198/2021 se relaciona com os ditames normativos da Lei n. 13.709/2018, considerando-se assim os dados transmitidos pelas videochamadas como dados sensíveis relacionados à saúde do paciente, devendo-se assim exigir dos serviços de saúde e de todos os usuários da infraestrutura disponibilizada para teleconsulta, que respeitem o processo de tratamento dos dados e imagens, para assim garantir a sua confidencialidade e preservar tanto os pacientes e profissionais, quanto o próprio serviço de saúde.

⁹⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

⁹⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

¹⁰⁰ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

Após a constatação teórica da adequação dos procedimentos preconizados na Lei nº. 14.198/2021¹⁰¹, acerca do método de televisitação, com as políticas nacionais de humanização e atenção hospitalar e ainda com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais¹⁰², passa-se a analisar no próximo capítulo o objetivo geral da presente pesquisa, qual seja, a avaliação se o município de Aracaju adotou ações eficazes a implementar a televisitação como forma de acolhimento humanizado em favor dos usuários assistidos pelos serviços públicos hospitalares de saúde do seu território.

¹⁰¹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

¹⁰² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

4 A EXECUÇÃO DA VISITA VIRTUAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU

O município de Aracaju, sendo ente federado que compartilha a responsabilidade e execução das políticas públicas de saúde através do Sistema Único de Saúde – SUS, tem o dever de respeitar as diretrizes e normativas expedidas pelo Ministério da Saúde ao definir o escopo dos serviços a serem executados dentro do sistema. Essa premissa pode ser observada do teor dos artigos 4º, 8º e 9º, todos da Lei nº. 8.080/90¹⁰³.

Nesse sentido, não resta dúvida que a rede de saúde pública municipal deve ser estruturada de forma adequada a garantir a execução dos serviços de saúde em consonância com os regramentos da política assistencial definida pela macro gestão do SUS. Portanto, o SUS Aracaju deve cumprir integralmente a Política Nacional de Humanização - PNH¹⁰⁴ e a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP, instituída pela Portaria 3.390/2013¹⁰⁵.

Por outro lado, em estrita obediência ao princípio da legalidade estrita, versado no art. 37, *caput*, da Constituição Federal¹⁰⁶, deve o município de Aracaju da mesma forma respeitar integralmente os preceitos normativos da Lei n. 14.198/2021¹⁰⁷, a qual garante o direito à teleconsulta dos pacientes internados, bem como garantir a confidencialidade dos dados transmitidos em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais¹⁰⁸.

¹⁰³ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, 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 correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 dezembro de 2022.

¹⁰⁴ BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

¹⁰⁶ BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁰⁷ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹⁰⁸ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

O foco problemático desta pesquisa, além da defesa da base teórica anteriormente apresentada, é verificar de que forma o Sistema Único de Saúde de Aracaju, no seu âmbito territorial, tem executado as obrigações a ele inerentes, inseridas na Lei n. 14.198/2021¹⁰⁹.

Para avaliar a efetiva implantação do direito à teleconsulta no âmbito de atuação do SUS Aracaju, foi realizada pesquisa de campo junto a todos os hospitais vinculados ao sistema de saúde pública sob a gestão do Município de Aracaju, sejam estas unidades instituições hospitalares administradas diretamente pela Administração Pública Municipal, sejam aquelas contratualizadas pelo Poder Público (Município de Aracaju) como forma de complementar a rede assistencial do sistema.

Atualmente, sob a gestão do SUS Aracaju, atuam cinco unidades hospitalares, sendo elas: Hospital Municipal Fernando Franco, Hospital Municipal Nestor Piva, Hospital e Maternidade Santa Isabel, Hospital São José e o Hospital Universitário. Dentre estas unidades, a primeira é gerida diretamente pela Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju e respeita integralmente as regras de direito público aplicáveis à Administração Pública. A segunda unidade se encontra com a gestão delegada à empresa privada com fins lucrativos, vencedora de processo licitatório deflagrado para este fim. A terceira e quarta unidades hospitalares prestam serviços de saúde ao SUS através de contrato administrativos, sendo estas de natureza privada e sem fins lucrativos. E por fim, a última unidade hospitalar, administrada por uma empresa pública federal sem fins lucrativos e que presta serviço ao SUS Aracaju através de contrato administrativo¹¹⁰.

Em que pese a possibilidade de individualização da pesquisa de forma nominal para cada unidade hospitalar, os dados foram coletados sem identificação do nome da instituição, considerando-se apenas a natureza jurídica da instituição, para com isso evitar a exposição das fragilidades da rede de saúde de forma personificada.

A pesquisa foi realizada durante o mês de outubro de 2022, através da disponibilização de questionário junto ao setor da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, responsável pela supervisão técnica das unidades hospitalares vinculadas ao SUS, para serem distribuídos e preenchidos pelo corpo técnico da própria secretaria, através dos servidores

¹⁰⁹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹¹⁰ SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ARACAJU. Plano Municipal da Saúde 2018-2021. 2017. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/saude/27_01_2020-Versao-ADEQUADA-do-PMS-Final-PMS-2018-2021.pdf. Acesso em 15 jan 2022.

municipais responsáveis pela fiscalização de cada unidade assistencial, sem identificação do profissional ou do hospital avaliado, com o objetivo de aferir o efetivo cumprimento das determinações contidas na Lei n. 14.198/2021.

Ademais todos os questionários utilizados na pesquisa foram incluídos no apêndice único deste trabalho, permitindo assim que futuros estudos possam ser realizados e que outros pesquisadores possam cruzar os dados de acordo com o interesse de cada pesquisa.

Dentre os questionamentos apresentados durante a realização da pesquisa, estão:

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à televisitação dos pacientes internados?

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à televisitação em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

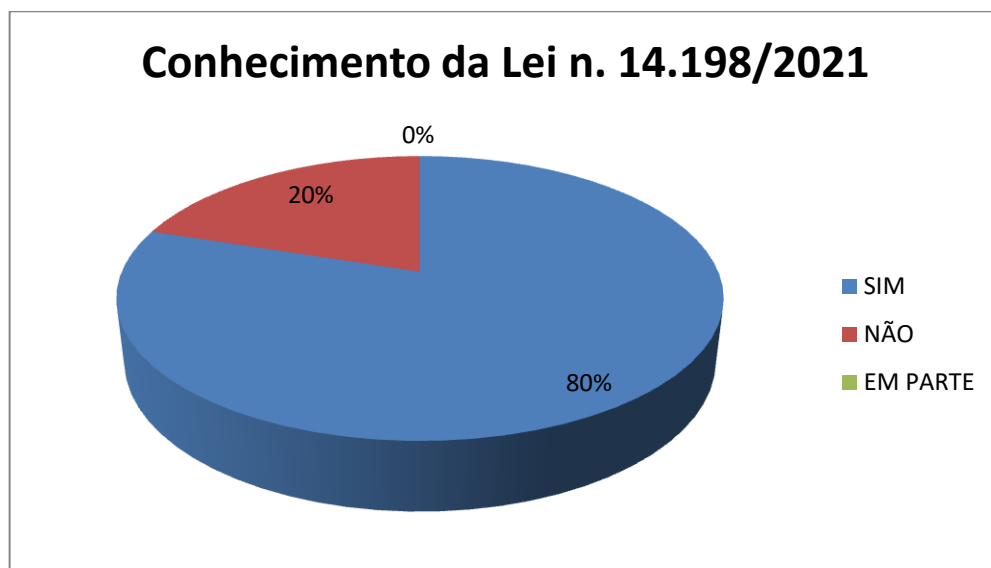
10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da televisita?

Após a coleta, tabulação, passa-se a análise e discussão dos dados. Assim, pôde-se observar o seguinte cenário no âmbito das unidades hospitalares vinculadas ao sistema público de saúde de Aracaju, relacionado à efetividade do direito à televisitação dos pacientes internados:

O primeiro questionamento da pesquisa foi relacionado ao grau de conhecimento dos responsáveis técnicos da unidade hospitalar acerca das obrigações constantes da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual estabelece o direito à televisitação dos pacientes internados e que estão impossibilitados de receber visitas presenciais.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 04 deles afirmaram conhecer o teor da Lei nº. 14.198/2021, aduzindo apenas um único hospital que desconhece completamente o teor da referida lei. Transcreve-se o gráfico:

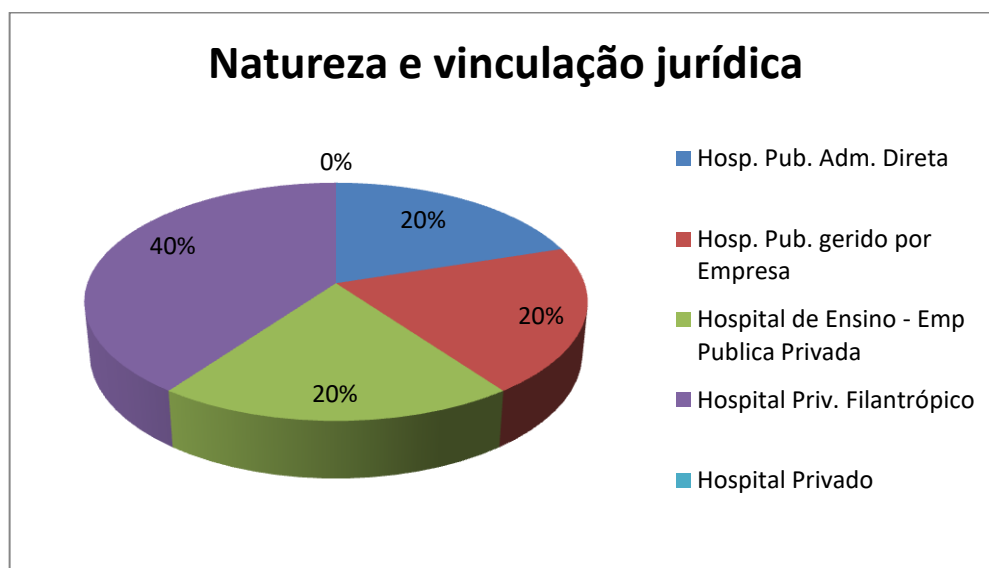


Depreende-se dos dados apresentados que a maioria dos hospitais vinculados ao sistema público de saúde conhece integralmente o teor das obrigações legais acerca da garantia do direito à televisitação, situação que denota que apesar da recente inovação legislativa, as unidades hospitalares estão constantemente se atualizando acerca das novas regras sanitárias. Não podendo, assim, considerar o desconhecimento da norma, um fator a justificar o seu descumprimento.

O segundo questionamento da pesquisa foi relacionado à natureza jurídica da unidade hospitalar e o tipo de vinculação ao SUS, com isso pôde-se observar quais os modelos atualmente utilizados pelo SUS Aracaju para fins de contratualização e prestação de serviços de assistência hospitalar, como também permitiu que por cada tipo de instituição,

seja ela pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, se identificasse quais modelos conseguiram atender de forma mais eficaz o direito à televisação.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 01 unidade hospitalar é de natureza jurídica de direito público, gerida diretamente pela administração direta do poder executivo municipal, 01 hospital é de natureza jurídica de direito público, mas gerido atualmente por uma empresa privada com fins lucrativos, através de contrato administrativo resultante de processo licitatório, 01 unidade hospitalar é habilitada como hospital de ensino, vinculado a universidade pública federal e gerido por empresa pública federal sem fins lucrativos e de direito privado, 02 hospitais são de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, prestadores de serviço ao SUS através de contrato administrativo e nenhum hospital privado, com fins lucrativos, é contratado diretamente pelo SUS para prestação de serviços hospitalares. Transcreve-se o gráfico:



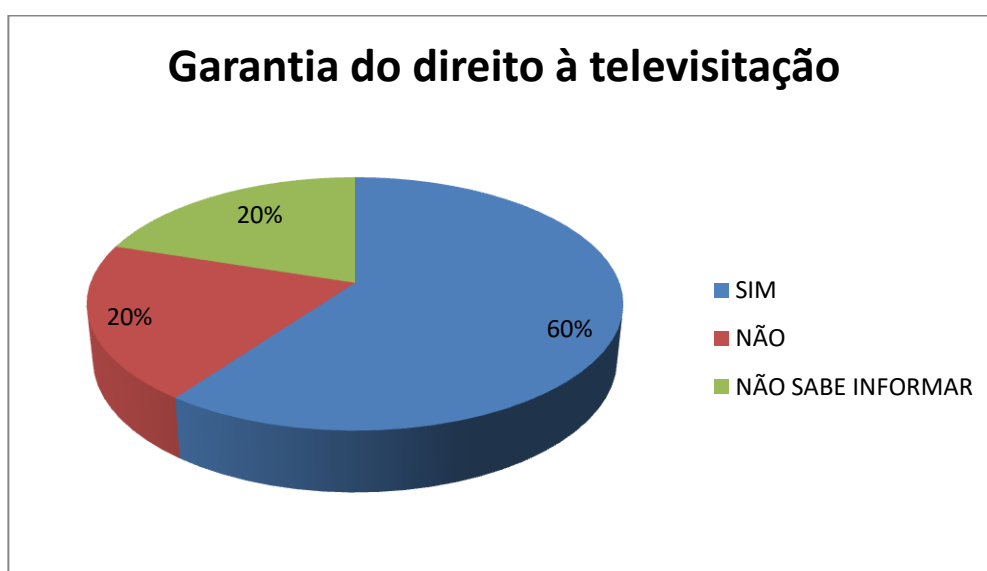
Depreende-se dos dados apresentados uma multiplicidade de vínculos firmados entre o poder público municipal e as diversas unidades hospitalares. Essa diversidade não reflete de plano uma deficiência do sistema de saúde, mas pode-se considerar que seja decorrente de um processo de desestatização natural que faz com que a Administração Pública a aproveite a infraestrutura e um modelo gerencial menos burocrático e mais célere, otimizando assim o resultado na execução dos serviços públicos.

Observa-se que apenas 20% da rede hospitalar é gerida diretamente pela Administração Direta, submetida às regras de direito público, enquanto que 80% das unidades, independente da distinção dos vínculos contratuais firmados, submetem-se às regras de direito privado.

Ao analisar de forma cruzada os dados do primeiro e segundo questionamentos da pesquisa, vê-se que a única unidade hospitalar que desconhece o conteúdo da Lei nº. 14.198/2021, foi uma unidade gerida sob os ditames gerais do direito privado, informação que permite concluir que a natureza jurídica pública não pode ser considerada um fator prejudicial à garantia do direito à televisitação.

O terceiro questionamento da pesquisa foi relacionado à garantia ou não do direito à televisitação em favor dos pacientes em áreas de isolamento. Com esse questionamento pôde-se observar o grau de efetividade da Lei nº. 14/198/2021 e constatar, dentre as diversas unidades quais aquelas que realizam a televisitação.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 03 deles afirmaram que garantem o direito à televisitação, uma unidade afirmou não garantir o referido direito e outra unidade não soube informar se a televisitação estava sendo garantida. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que 60% das unidades hospitalares garantem o direito à televisitação dos pacientes internados, portanto, 40% da rede hospitalar do SUS Aracaju ainda descumpra as obrigações preconizadas na Lei Federal nº. 14.198/2021, não garantindo assim o direito a televisitação aos assistidos, situação que prejudica significativamente a qualidade da assistência, descumprindo as diretrizes da humanização do cuidado e do acolhimento adequado em respeito à dignidade do paciente.

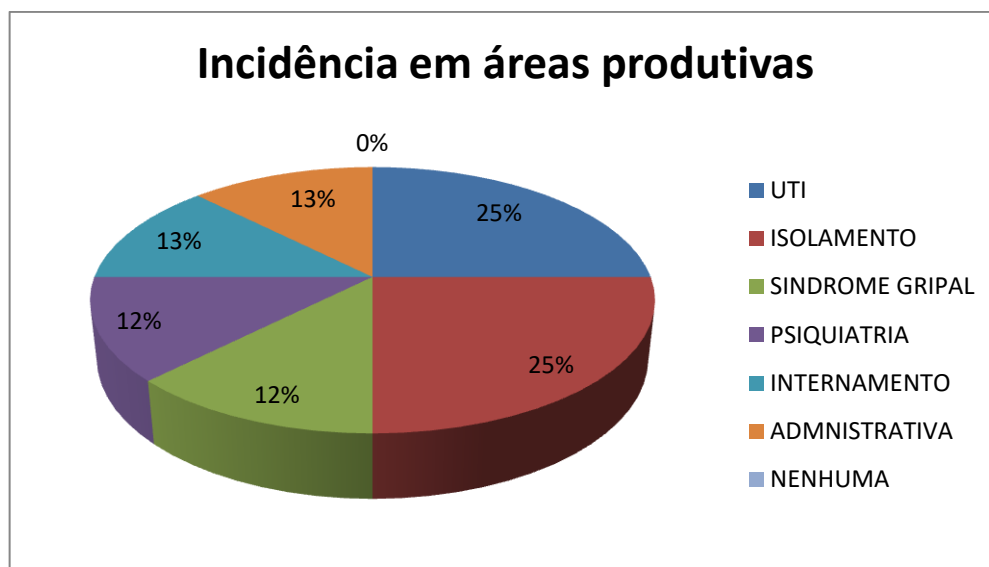
Ao cruzar os dados deste questionamento com o do segundo questionamento, relacionado à natureza jurídica das unidades, observa-se que a unidade hospitalar que afirma não garantir o direito à televisitação apesar de titularidade pública, está sendo gerida por

empresa privada com fins lucrativos, exigindo-se assim a atuação do Poder Público Municipal no tocante à fiscalização da empresa com fim a exigir a sua adequação estrutural e assistencial com o fim de respeitar a legalidade estrita.

Por outro lado, há de se destacar que todos os hospitais filantrópicos contratualizados pelo SUS garantem o direito à televisitação, como também o hospital público gerido integralmente pela Administração Direta, informação que demonstra de forma clara que o cumprimento da lei e a garantia do direito à televisitação não se relacionam a natureza jurídica da instituição, ao tipo de sua atividade se é lucrativa ou não, ou ao modelo do vínculo contratual firmado com o poder público, sendo este cumprimento diretamente relacionado ao interesse e qualificação gerencial e técnica.

O quarto questionamento da pesquisa foi relacionado ao local, unidade produtiva da unidade assistencial, em que as televisitas eram realizadas em favor dos pacientes internados. Esse questionamento foi relevante para identificar se as videochamadas que foram comuns no período de pandemia, em alas de tratamento de pacientes com síndrome gripal, continuaram a ser realizadas após a redução ou estabilização dos números de casos de covid-19 confirmados, até mesmo em unidades produtivas que no seu perfil assistencial não são precipuamente áreas de isolamento.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 02 deles afirmaram que garantem o direito à televisitação em unidades de terapia intensiva, 02 afirmaram executar a televisitação em leitos de isolamento, apenas 01 unidade afirmou realizar o método de visita em área de atendimento de síndrome gripal, 01 unidade afirmou realizar a televisitação em ala psiquiátrica, 01 unidade afirmou realizar em ala de internamento e 01 unidade afirmou realizar televisita em área administrativa. Vale destacar que a pesquisa realizada permitiu cada um dos hospitais colocar todas as unidades produtivas que realizavam a televisitação. Transcreve-se o gráfico:



Depreendem-se dos dados apresentados que nas unidades objeto da pesquisa, as áreas produtivas que mais realizaram teleconsulta em favor dos pacientes foram as unidades de terapia intensiva e alas de isolamento. Deve-se destacar nesse cenário, que a unidade de terapia intensiva, apesar da restrição do método de visita, não é considerada uma área que de forma geral o paciente fica impossibilitado de receber visitas, diferentemente, dos leitos de isolamento, que estes sim, por razões sanitárias o contato físico fica restrito.

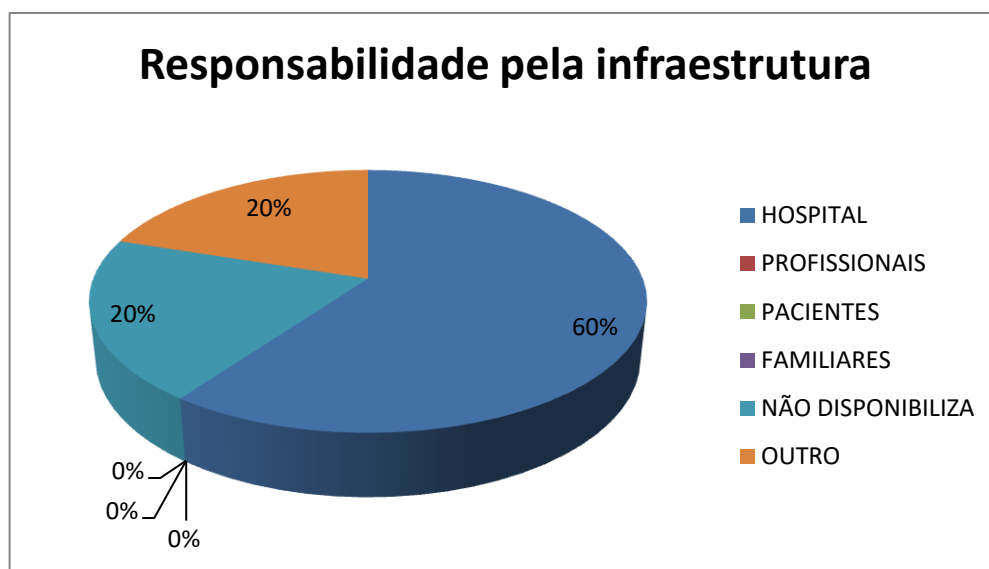
Uma situação semelhante a da unidade de terapia intensiva, são as áreas de assistência psiquiátrica e de internamento, as quais juntas apresentaram uma incidência de realização de 25% das unidades pesquisadas. Esse cenário demonstra que a teleconsulta, após os reflexos da pandemia, vem sendo realizada em diversas áreas, não só e razão da impossibilidade dos pacientes de receberem visitas, mas para garantir uma nova forma de sua realização, quando o uso desta tecnologia seja apropriado e adequado ao estado de saúde do paciente e possa vir trazer benefícios ao processo do cuidado.

Ao cruzar os dados deste questionamento com o do segundo questionamento, relacionado à natureza jurídica das unidades, observa-se que o hospital público, gerido pela administração pública direta, limitou-se a realização da teleconsulta às alas de isolamento, as quais pela sua característica ordinária proíbe o contato do paciente com seus familiares, não se utilizando deste método para outras unidades produtivas. Esse fato demonstra a dificuldade do poder público em acrescer a abrangência da Lei n. 14.198/2021, usando a mesma tecnologia para auferir outros benefícios à assistência.

O quinto questionamento da pesquisa foi relacionado ao responsável pela disponibilização da infraestrutura necessária para realização da teleconsulta. Pela lei nº.

14.198/2021¹¹¹, no seu art. 3º, a unidade hospitalar deve garantir a operacionalização e o apoio logístico para a realização das videochamadas.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 03 deles afirmaram que disponibilização a estrutura necessária à realização da teleconsulta, 01 unidade afirmou não disponibilizar a infraestrutura e 01 unidade não soube informar. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que 60% das unidades pesquisadas disponibilizam a infraestrutura necessária para a realização da teleconsulta, arcando assim com os custos de implementação do método e auxiliando os pacientes e familiares no uso da tecnologia. Assim, a grande maioria da rede hospitalar do SUS atende a obrigações legais na garantia do referido direito, entretanto, ao mínimo 20% das unidades ainda não disponibilizam, deixando os pacientes impossibilitados de receber visitas, quando estes estiverem impedidos de contato presencial.

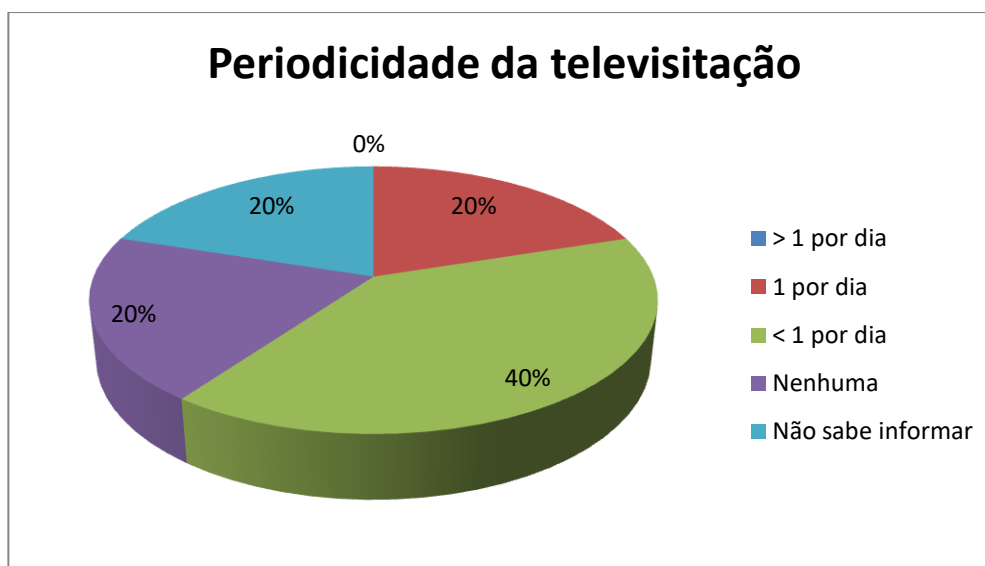
Ao cruzar os dados deste questionamento com o do segundo questionamento, relacionado à natureza jurídica das unidades, observa-se que a unidade hospitalar que afirma não disponibilizar a infraestrutura necessária para garantir o direito à teleconsulta apesar de titularidade pública, está sendo gerida por empresa privada com fins lucrativos, exigindo-se assim a atuação do Poder Público Municipal no tocante à fiscalização da empresa com fim a

¹¹¹ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

exigir a sua adequação estrutural e assistencial com o fim de respeitar a legalidade estrita esculpida no art. 3º da Lei n. 14.198/2021¹¹².

O sexto questionamento da pesquisa foi relacionado à quantidade e periodicidade da realização de teleconsultas para cada paciente que usufrui desse direito. Já foi abordado neste estudo que a Lei nº. 14.198/2021¹¹³, no seu art. 2º, garante a realização de ao menos uma videochamada por dia de internamento.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, apenas um único hospital afirmou realizar ao menos uma teleconsulta por dia de internação, 02 hospitais afirmaram realizar menos de uma videochamada por dia de internação, 01 hospital afirmou não realizar teleconsulta e outro não soube informar. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que apenas 20% das unidades hospitalares respeitam o número mínimo de videochamadas, da forma adequada que o paciente assistido tem o direito de usufruir, enquanto que ao mínimo 60% das unidades realizam de forma insuficiente o número de videochamadas, ou até mesmo não realizam, percentual este que subiria para 80% considerando a unidade hospitalar que não tinha a referida informação.

Ao cruzar os dados deste questionamento com o do segundo questionamento, relacionado à natureza jurídica das unidades, observa-se que a unidade hospitalar que afirma não realizar nenhuma videochamada por dia de internação em favor do paciente, observou-se

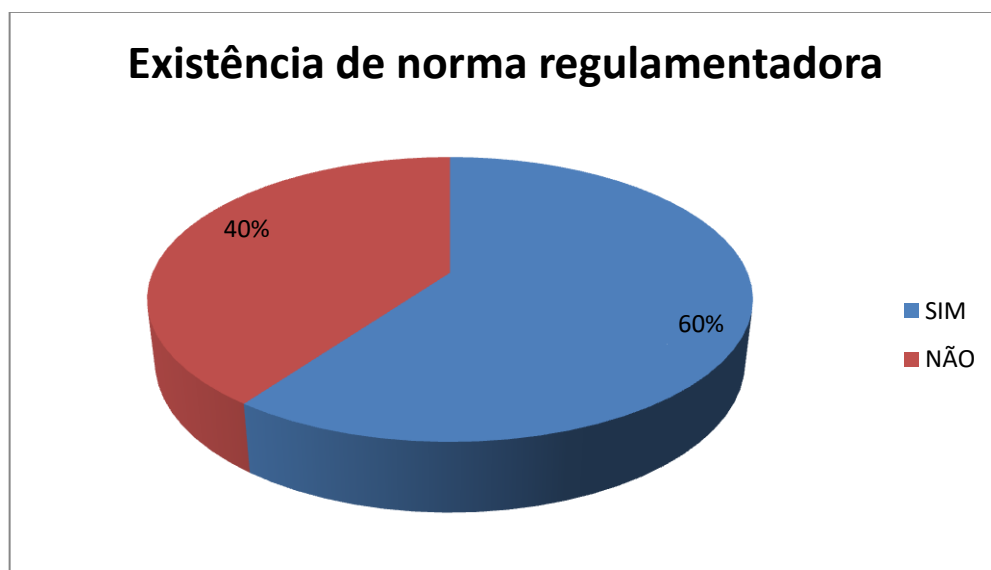
¹¹² BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

¹¹³ Idem.

que esta apesar de titularidade pública, está sendo gerida por empresa privada com fins lucrativos, exigindo-se assim a atuação do Poder Público Municipal no tocante à fiscalização da empresa com fim a exigir a sua adequação estrutural e assistencial com o fim de respeitar a legalidade estrita.

O sétimo questionamento da pesquisa foi relacionado à existência ou não de norma regulamentadora acerca do método de realização da televisitação no âmbito da unidade hospitalar. A relevância do presente questionamento está no fato de que a regulamentação de processos de trabalho é fundamental para garantir a eficiência e a integridade das rotinas institucionais. A norma bem elaborada padroniza a atuação dos agentes e permite estabelecer padrões claros de conduta e responsabilidade, contribuindo assim para a transparência e a confiança dos indivíduos e das instituições envolvidas nesse processo.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 03 unidades afirmaram possuir norma institucional regulamentadora da televisitação e 02 unidades afirmaram não possuir o referido regulamento. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que apenas 60% das unidades hospitalares possuem norma regulamentadora própria acerca da televisitação, enquanto que 40% das unidades ainda não possuem regramento para o exercício do referido processo de trabalho.

Necessário se faz destacar que a ausência de norma regulamentadora para o método da televisitação pode gerar problemas significativos para a instituição e também para o paciente assistido, a exemplo da imprecisão das ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde no exercício de suas funções, a ausência de identificação de condutas e a

consequente responsabilização pela omissão, o risco elevado da violação de direitos e ainda uma perda de eficiência no processo de trabalho e seus resultados.

O oitavo questionamento da pesquisa foi formulado sobre a perspectiva assistencial e referiu-se ao reflexo positivo da televisitação na melhoria do estado de saúde do paciente. Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, todos eles afirmaram que a televisitação contribui para a melhoria do estado de saúde do paciente. Transcreve-se o gráfico:



Como já fora abordado no capítulo 3 deste estudo, há de se reforçar que a visitação a pacientes internados é essencial para a melhoria do seu estado de saúde. Isso se deve a vários fatores, incluindo o apoio emocional, o aumento da comunicação e a promoção de uma sensação de normalidade. Esse benefício torna-s muito maior quando se trata de paciente em que o seu estado de saúde o impede de usufruir dessa prática assistencial, pois neste caso, a tecnologia irá suprir uma necessidade que originalmente não poderia ser suprida por razões sanitárias.

O nono questionamento da pesquisa também foi formulado sobre a perspectiva assistencial e referiu-se a possibilidade de utilização da televisitação como ferramenta de qualificação do cuidado. Nesse ponto, dos cinco hospitais participantes da pesquisa, todos eles afirmaram que a televisitação é considerado uma ferramenta de qualificação do cuidado. Transcreve-se o gráfico:



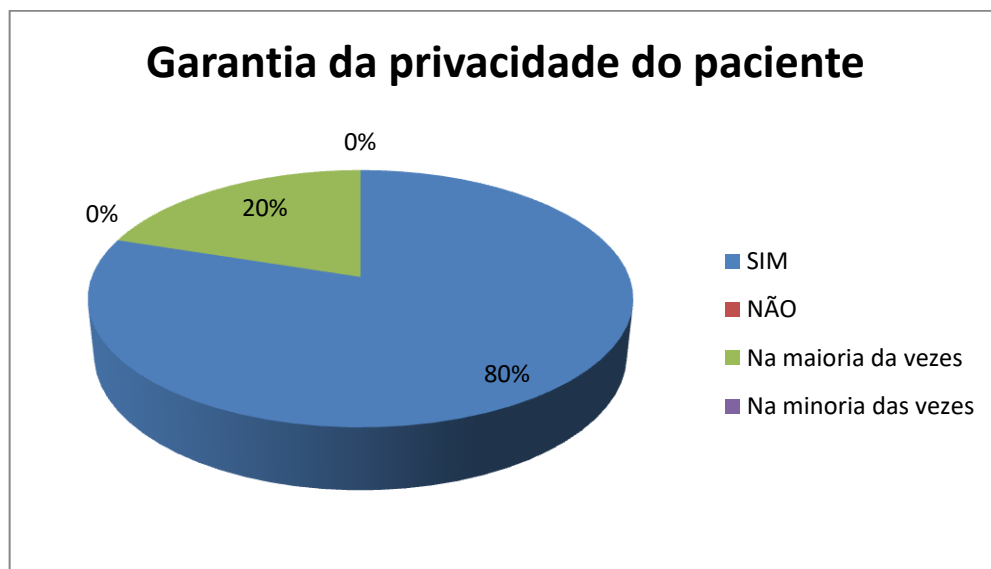
Ao cruzar os dados deste questionamento com o do nono (melhoria do estado de saúde do paciente) e do quarto (incidências nas áreas produtivas do hospital) questionamentos, pode-se perceber que a perspectiva assistencial das unidades de que o método da televisitação é eficaz para garantir a melhora do quadro clínico do paciente e incrementar a qualificação do cuidado, respeitando a política de humanização e a dignidade dos pacientes, é um fator determinante para que a utilização do método de televisitação tenha sido estendido a unidades produtivas, que sequer são áreas de isolamento que proíbem a visita presencial.

É de se considerar que práticas humanísticas, como a da televisitação, contribuem significativamente para a melhoria do cuidado do paciente e para qualificação do cuidado, pois buscam entender e atender às necessidades únicas de cada paciente, e em tratá-los como indivíduos completos, não apenas como doenças a serem curadas, mas como seres humanos merecedores de dignidade.

O décimo questionamento da pesquisa foi relacionado à garantia da privacidade do paciente no momento da realização da televisitação. Já fora abordado no item 3.3 deste trabalho a necessidade da adequação da televisitação aos preceitos e condições exigidas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais¹¹⁴, na medida em que os dados transmitidos pelas videochamadas devem ser considerados dados sensíveis, por tratar do estado de saúde da pessoa, e assim podem causar danos mais graves em caso de tratamento inadequado.

¹¹⁴ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 04 unidades afirmaram garantir a privacidade dos pacientes assistidos no momento da realização da videochamada, enquanto que um único hospital afirmou garantir a privacidade do paciente na maioria das vezes que são realizadas as videochamadas. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que apenas 80% das unidades hospitalares respeitam o direito à privacidade dos pacientes durante a realização da teleconsulta, enquanto que apenas uma unidade hospitalar afirma não garantir integralmente o referido direito, mas que na maioria das vezes em que a videochamada é realizada a privacidade é garantida.

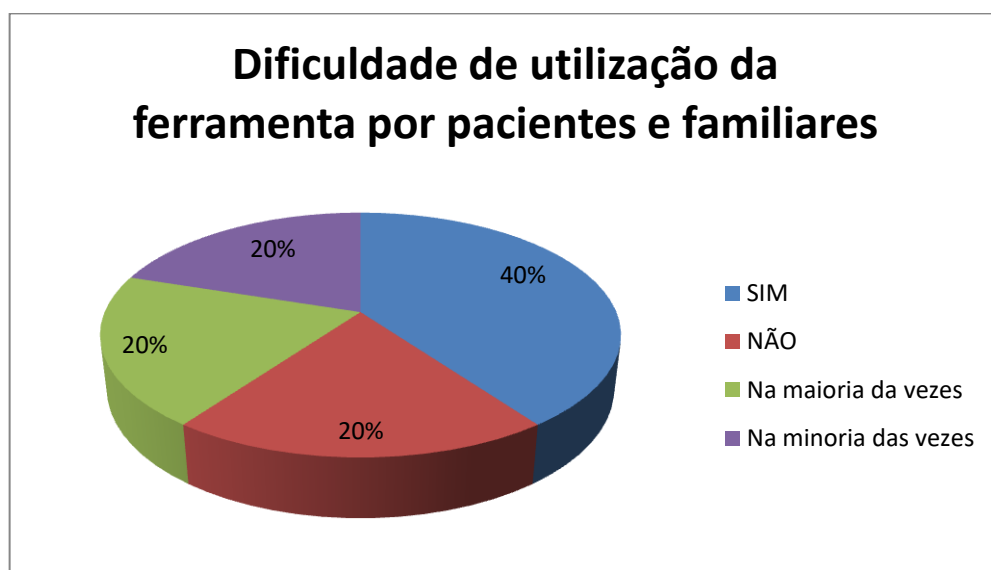
Esses dados demonstram que a privacidade do paciente vem sendo respeitada, mas no sentido assistencial, na mesma intensidade em que a privacidade é garantida nos momentos de realização de quaisquer outros procedimentos clínicos e não, com a segurança exigida pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais¹¹⁵, a exemplo da coleta de termo de consentimento expresso ou com a definição das pessoas do controlador, operador e encarregado dos dados.

Por fim, o ultimo questionamento da pesquisa, o qual refere-se à percepção da unidade hospitalar acerca da existência de dificuldade dos pacientes e familiares em utilizar a infraestrutura disponibilizada para a realização da teleconsulta. Este questionamento é de extrema relevância para garantir a efetividade da Lei nº. 14.198/2021, pois mesmo que a unidade assistencial disponibilize as condições estruturais e capacite seus funcionários para

¹¹⁵ BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

utilizarem a tecnologia, se os pacientes e familiares não forem alcançados por esse conhecimento e habilidade, a garantia do direito estaria frustrada.

Dos cinco hospitais participantes da pesquisa, 02 unidades afirmaram existir dificuldade de utilização da ferramenta de teleconsulta por parte dos pacientes e familiares, 01 hospital afirmou não existir essa dificuldade, 01 hospital afirmou existir a dificuldade na maioria das vezes que realiza o método de teleconsulta e 01 hospital afirmou existir essa dificuldade na minoria das vezes que realiza a teleconsulta. Transcreve-se o gráfico:



Depreende-se dos dados apresentados que apenas 40% das unidades hospitalares observam a dificuldade dos familiares e pacientes em utilizar a ferramenta disponibilizada para realização da teleconsulta, situação esta que se agrava quando acrescida dos percentuais de unidades que afirmaram existir a mesma dificuldade em maior ou menor proporção do número total de procedimentos realizados, chegando-se nesse caso a um percentual de 80% de constatação de dificuldade por parte dos pacientes e familiares.

Ao cruzar os dados deste questionamento com o do terceiro (garantia do direito à teleconsulta) e do sexto (periodicidade de realização da teleconsulta) questionamentos, pode-se perceber que o número expressivo de hospitais que realizam a videochamada em número insuficiente, abaixo do mínimo exigido pela Lei nº. 14.198/2021, tal déficit pode decorrer tanto em razão da não implantação do método de visita na unidade, quanto em razão da dificuldade existente relacionada ao uso da ferramenta pelos próprios pacientes e familiares.

Para encerrar este capítulo, após a demonstração da metodologia de coleta dos dados, sua respectiva análise e discussão, pode-se concluir que a execução do método da

televisitação no âmbito do SUS Aracaju, apesar de ter sido implantada na maioria dos hospitais vinculados à rede assistencial, e ser considerado como ferramenta de qualificação do cuidado e acolhimento humanizado, ainda assim carece de efetividade, permanecendo a atuação do poder público abaixo do nível preconizado pela Lei nº. 14.198/2021 no tocante ao número de televisitações realizadas por dia de internamento do paciente.

De certo que o descumprimento parcial da Lei nº. 14.198/2021 pode decorrer de inúmeros fatores, alguns deles, inclusive, externos à própria vontade da Administração Pública, entretanto, as dificuldades existentes devem ser superadas, com adoção de medidas administrativas eficazes a garantir o direito dos pacientes internados já expressos em texto estrito de lei.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para tecer as considerações finais do presente estudo há de se resgatar a problemática central da pesquisa, qual seja, verificar se o município de Aracaju na execução da sua política pública de saúde adotou ações eficazes a implementar a televisitação como forma de acolhimento humanizado em favor dos usuários assistidos nas unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

Na busca de resolver a problemática apresentada, foi proposto como primeiro objetivo da pesquisa, a reflexão acerca do paciente como ser humano, como um indivíduo singular, possuidor de características próprios e titular de direitos fundamentais, o qual apesar de estar caracterizado em um estado de vulnerabilidade, contribui de forma direta com o processo do cuidado.

O segundo capítulo deste trabalho alcançou o referido objetivo, demonstrando como o acolhimento adequado, e desejado pelo paciente, pode interferir nos resultados assistenciais e como o respeito às vontades e desejo do assistido pode refletir positivamente no processo do cuidado.

Ficou evidente que essa prática humanística de cuidar respeita os direitos fundamentais e a singularidade de cada indivíduo assistido, afastando-se, portanto, dos padrões clássicos de uma assistência médica voltada exclusivamente para a doença, e passando a se aproximar cada vez mais do indivíduo enquanto ser humano, respeitando assim o corolário da dignidade da pessoa humana.

Demonstrou-se que o acolhimento humanizado está regulamentado nas políticas públicas do SUS, com texto expresso nas políticas nacionais de humanização e de atenção hospitalar, além de ser intrinsecamente relacionado com declarações internacionais que defendem a autonomia e relevância dos direitos do paciente, como também na própria carta de direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde normatizada pelo Ministério da Saúde, sendo, portanto, um dever a ser cumprido e um direito a ser garantido por todas as unidades assistenciais vinculadas ao Sistema Único de Saúde.

Como segundo objetivo proposta da pesquisa, tornou-se necessário analisar a adequação do método da televisitação, garantida como direito dos pacientes internados que

não podem receber visitas presenciais, com as políticas sanitárias regulamentadoras da atenção hospitalar humanizada.

Nesse sentido, o terceiro capítulo alcançou o referido objetivo na medida em que demonstrou a relevância da utilização da telemedicina no processo do cuidado, fato sensivelmente constatado durante a pandemia da Covid-19, especialmente em razão do elevado nível de disseminação da doença, sua gravidade e a rotina assistencial do isolamento.

Pôde-se considerar que a telemedicina se mostrou uma ferramenta valiosa no diagnóstico e tratamento de doenças, oferecendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Essa percepção de relevância se acentua quando se observa a teleconsulta, como método tecnológico de realização de visitas e favor dos pacientes que, em razão do seu quadro de saúde, estão impossibilitados de receber visitas presenciais.

Ademais, pode-se concluir que o método utilizado para realização da teleconsulta encontra-se em perfeita consonância com as diretrizes e princípios das Políticas Nacionais de Humanização e de Atenção Hospitalar do SUS, na medida em que respeita a autonomia do assistido, viabiliza as condições necessárias para realização de visitas virtuais, quando este estiver impossibilitado de contato físico, preserva a dignidade do paciente e supri sua necessidade fundamental, além de que é uma ferramenta capaz de contribuir para a evolução do quadro clínico do paciente e a melhoria do seu estado de saúde.

O quarto objetivo proposto para a pesquisa foi verificar de forma empírica se o município de Aracaju adotou as medidas administrativas necessárias para garantir a efetiva implementação das visitas virtuais como método de cuidado e acolhimento humanizado no âmbito das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju.

De certo que a rede de saúde pública municipal tem o dever de se estruturar de forma adequada para garantir a execução dos serviços de saúde em consonância com os regramentos da política assistencial definida pela macro gestão do SUS, bem como garantir os direitos dos pacientes assegurados em leis específicas, como no caso o direito à teleconsulta.

Para se atingir o referido objetivo, e consequentemente resolver a problemática central deste estudo, utilizou-se como ferramenta a metodologia de pesquisa de campo através da disponibilização de questionário ao setor da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, responsável pela supervisão técnica das unidades hospitalares vinculadas ao SUS, para serem distribuídos e preenchidos pelo corpo técnico, sem identificação do profissional ou da unidade de saúde avaliada.

Assim o campo de amostragem abordou 100% dos hospitais contratualizados pelo referido município, permitindo com isso uma coleta de dados fidedigna com a realidade constatada na totalidade da rede assistencial.

Após a coleta, análise e discussão dos dados, observou-se que a televisitação apesar de ser considerada, de forma unânime, um método de cuidado qualificado e uma ferramenta de acolhimento humanizado, a sua execução no âmbito das unidades hospitalares vinculadas ao SUS Aracaju tem deixado a desejar, na medida em que desrespeita direitos dos pacientes já preconizados em lei.

Observou-se que o direito à televisitação, apesar do método virtual ter sido implementado em 60% das unidades hospitalares pesquisadas, ainda assim carece de efetividade, permanecendo a atuação do poder público abaixo do nível preconizado pela Lei nº. 14.198/2021 no tocante a garantia do número mínimo de televisitações a serem realizadas por dia de internamento em favor paciente.

Destacou-se também, as dificuldades apresentadas pelos pacientes e seus familiares no uso da tecnologia disponibilizada para a realização da videochamada, fato que agrava ainda mais o índice de não efetividade do respectivo direito.

Para tanto, diante dos dados coletados pôde-se concluir que apesar do descumprimento parcial da Lei nº. 14.198/2021, por parte do SUS Aracaju, o qual decorre de inúmeros fatores, alguns deles, inclusive, externos à própria vontade da Administração Pública, necessário se faz que o Poder Público adote medidas administrativas aptas a superar as dificuldades existentes, para assim garantir o direito dos pacientes internados já expressos em texto estrito de lei, além de otimizar a conduta assistencial dos usuários às políticas públicas de saúde que exigem um acolhimento humanizado e um cuidado qualificado do cidadão.

Com isso, se finda o presente estudo, deixando na oportunidade o aglomerado de reflexões acerca da importância do cuidado qualificado e do acolhimento humanizado em favor dos pacientes assistidos em serviços públicos de saúde, da relevância da incorporação da tecnologia nas práticas de cuidado, aliada ao tratamento adequado dos dados sensíveis transmitidos, a necessidade de estruturação contínua da infraestrutura pública e processos de trabalho na saúde pública para garantir o atendimento das políticas regulamentadas e dos direitos dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXY, Robert; HECK, Luís Afonso (trad.). **Constitucionalismo Discursivo**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011. 10 p.
- AMERICAN PATIENT RIGHTS ASSOCIATION (APRA). **AHA Patient's Bill of Rights**. Mount Dora: APRA, 1992. Disponível em: <https://www.americanpatient.org/aha-patients-bill-of-rights>. Acesso em: 20 maio 2022.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 14(1). Jan/fev. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/dyHDHRtQTZyGpg8RJRdrpPK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.
- BARROS, N. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade**. v. 30. 30(1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZWLzwgpCHB3DWnThLqXdFt/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/?lang=pt>. Acesso em 20 maio 2022.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº. 1.998/2020**. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. Brasília: Câmara dos Deputados, 2020. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node05b4ivlnvbk3z1axjdilgpq6k521352368.node0?codteor=1883996&filename=PL+1998/2020. Acesso em: 23 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em 20 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública internacional para novo coronavírus**. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-para-novo-coronavirus>. Acesso em 17/05/2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1970, de 25 de outubro de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1970_25_10_2001.html. Acesso em 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 569, de 1º de junho de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Planalto. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Planalto, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Planalto. **Decreto nº. 10.212, de 30 de janeiro de 2020**. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei geral de proteção de dados pessoais (LGPD). Brasília: Planalto, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.853, de 08 de julho de 2019**. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13853.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm. Acesso em: 23 Fev. 2022.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.198, de 02 de setembro de 2021**. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Brasília: Planalto, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14198.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 14.510, de 27 de dezembro de 2022**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1980, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional., e a Lei 13.146, de 06 de julho de 2015; e revoga a Lei 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília: Planalto, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.510%2C%20DE%2027,15%20de%20abril%20de%202020. Acesso em: 15 de janeiro. 2023.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.080, 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 correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Planalto. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jan. 2022.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. p.2. Campinas, 2003. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>. Acesso em: 30 maio 2022.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ser educador hoje?** Da arte à ciência: a morte do educador. In: BRANDÃO, C. R.; CHAUÍ, M.; FREIRE, P. (org.). O educador: vida e morte. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº. 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº. 2.217/18, alterada pelas Resoluções CFM nº. 2.222/2018 e 2.226/2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

COUTINHO, Rogério. **Velório de vítimas da Covid-19 sensibilizam até quem trabalha diretamente com funerais no Rio**. G1 Globo.com. abr./2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/21/velorio-de-vitimas-de-covid-19-sensibilizam-ate-quem-trabalha-diretamente-com-funerais-no-rio.ghtml>. Acesso em: 10 mar. 2022.

- EUGÊNIO, C. S. et. al.. Comparação entre as percepções de familiares e as de profissionais de saúde a respeito de um modelo de visita flexível em uma unidade de terapia intensiva adulto: estudo transversal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, 34(3), jul. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/79Dgy5VGNWz9NdbJZjqKMBp/?lang=pt#>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.
- GUIMARÃES, J.M. M. et. al. Tecnologias interativas aplicadas ao projeto “produção de vidas no contexto da covid-19. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 26. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xwnSGFn7CyfXFR6bSvCK46j/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.
- KHOURI, Sumaia Georges El. **Telessaúde: análise da sua evolução no Brasil**. 2003. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-24102007-143128/publico/sumaiagekhouri.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.
- MENDES, V.L.F.M. **Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- NIEBLAS. B. et. al. Impacto e futuro da telemedicina em meio à pandemia de COVID-19: uma revisão sistemática do estado da arte na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**. 27(8). Ago/2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DWwXJ6F9qxzjYrcbB9w8nwJ/?lang=en#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.
- NILO, Alessandro Timbó; AGUIAR, Mônica. O minimum minimorum existencial do direito fundamental à saúde e o modelo hermenêutico no procedimento decisório: um olhar sob a perspectiva da alteridade. **Revista da AGU**. v. 18. n. 01. jan./mar. Brasília: AGU, 2019, p. 22.
- OLIVEIRA, A. E. F.; LIMA, A. R. S.; BARROS, A. S.; SILVEIRA, F. C. S. M. S.; FONTES, K. C.; SANTOS, M. F. D.; PETRIS, S. R. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política**. Livro do aprendiz 8. Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2012.
- OMS. **Coronavirus (Covid-19) Dashboard**. Disponível em <https://covid19.who.int>. Acesso em 17 mar. 2022.
- OMS. **Coronavirus (Covid-19) Dashboard**. Disponível em <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em 17 mar. 2022.
- OMS. **Relatório Situacional nº. 17**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200206-sitrep-17-ncov.pdf?sfvrsn=17f0dca_4. Acesso em 17 mar. 2022.
- ONU. UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 20 maio 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração **sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa**. Amsterdam, 1994. Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/patientrights.html>. Acesso em: 20 de maio de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração sobre os Direitos dos Pacientes e a Co-responsabilidade dos Cidadãos**. Copenhagen, 1999. Disponível em: <http://lists.essential.org/med-privacy/msg00294.html>. Acesso em 20 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manejo de cadáveres no contexto do novo coronavírus (Covid-19). Recomendações provisórias, 18 de março de 2020**. Washington: OPAS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51957>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PEIXOTO, M. R.; FERREIRA, J. B.; OLIVEIRA, L. Motivadores para a aceitação da teleconsulta no Brasil: a perspectiva dos pacientes durante a pandemia de covid-19. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 26. 26(2). 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/sj8CshfJp5ZMvxTL8TLgvzw/?lang=en#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

PEREIRA, A. D. et. al. Atendendo para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 31.(1). mar/2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/CJyFSLMw3fzByzDSLsy6Gfn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 de dezembro de 2022.

REDE CIDADANIA ATIVA. **Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes**. Roma, 2002. Disponível em: http://www.activecitizenship.net/files/patients_rights/charter-of-rights/the-charter-in-several-languages/full-text/Portugal.pdf. Acesso em: 20 maio 2022.

ROCHA, Júlio César de Sá da (org.). **Direitos humanos em perspectiva: desafios jurídicos emancipatórios**. Salvador: EDUFBA, 2019, p.29.

ROSSI, Amélia Sampaio. Direitos fundamentais e direitos humanos: o estreitamento das fronteiras conceituais e a necessidade de um diálogo entre a órbita jurídica interna e internacional. **Opinião Jurídica**. vol. 18. n.37. jul/dez. Colombia: 2019, p. 211-212. Disponível em: <<https://doi.org/10.22395/ojum.v18n37a8>> Acesso em: 20 de maio de 2022.

SCHRODER, A. C. et. al. Telessaúde em um centro de referência em diabetes mellitus: uma análise transversal. **Escola Ana Nery**. v. 25. 25(1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MCQ8Czrzhy7r456jMW8Qkd/?lang=pt#>. Acesso em 15 de dezembro de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE ARACAJU. **Plano Municipal da Saúde 2018-2021**. 2017. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2020/saude/27_01_2020-Versao-ADEQUADA-do-PMS-Final-PMS-2018-2021.pdf. Acesso em 15 jan 2022.

SEGOBIA, M. M. M.; NOVOA, C. G.; SILVA, C. I.; LAVID, G. L. S. F.; ALMEIDA, J.; MARCON, M. M. **Videocolaboração nas ações de teleconsulta no Hospital Militar de Área de São Paulo (HMASP) para apoio familiar no combate ao Covid-19: estudo de caso**. In: VII Workshop “O Futuro da Videocolaboração” (WCT-Video 2020), São Luís, Brasil. Anais Estendidos do Simpósio Brasileiro de Sistemas Multimídia e Web (WebMedia). Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Computação, 2020.

SILVA, E. D. J. A ética aristotélica como caminho que conduz o homem a felicidade plena. **Revista Húmus**. v.3, n.7, 2013. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1501>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SIQUEIRA, J. E. de; MEIRELES, J. M. L. **Reflexões bioéticas sobre o morrer com dignidade: análise do caso Nancy Cruzan**. In: RIBEIRO, Diaulas Costa. (org.). Medicina e direito: dilemas da modernidade. Brasília: CFM, 2019.

UNIÃO EUROPÉIA. Regulation of the European Parliament and of the Council. **Regulation (EU) 2016/679**. Disponível em: <https://www.legislation.gov.uk/eur/2016/679/contents>. Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.

APÊNDICE ÚNICO

QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

DATA: 24 / 10/ 2022

OBSERVAÇÕES GERAIS:

O presente questionário compõe pesquisa de campo realizada diretamente pelo pesquisador junto aos supervisores técnicos das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, com relação a garantia do direito à televisitação dos pacientes internados.

As informações inseridas neste questionário devem ser preenchidas diretamente pelo supervisor técnico da unidade hospitalar, sem identificação do nome do profissional e da Instituição, na presença do pesquisador.

Só será disponibilizado um único questionário para cada unidade hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, tendo o campo de pesquisa um total de 05 (cinco) unidades/questionários.

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à televisitação dos pacientes internados?

- () Sim
(☒) Não
() Em parte

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

- () Hospital Público, gerido diretamente pelo ente público
() Hospital Público, gerido por empresa privada através de contrato
(☒) Hospital de Ensino, vinculado a Universidade Pública
() Hospital Filantrópico, contratualizado pelo SUS
() Hospital Privado, contratualizado pelo SUS

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à televisitação em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

- () Sim

() Não

(☒) Não sabe informar

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

() Unidade de Terapia Intensiva

() Leitos de Isolamento

() Área de Atendimento à Síndrome Gripal

() Nenhuma

(☒) Outra: Administrativa

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

() Hospital

() Profissionais de Saúde

() Pacientes

() Familiares do Paciente

() Não se disponibiliza infraestrutura

(☒) Outro(a): Não sabe informar

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

() Mais de uma televisita por dia de internação

() Uma televisita por dia de internação

() Menos de uma televisita por dia de internação

() Nenhuma televisita

(☒) Não sabe informar

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

() Sim

(☒) Não

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Na maioria das vezes

(☐) Na minoria das vezes

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da televisita?

(☐) Sim

(☐) Não

(☒) Na maioria das vezes

(☐) Na minoria das vezes

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

DATA: 13 / 10/ 2022

OBSERVAÇÕES GERAIS:

O presente questionário compõe pesquisa de campo realizada diretamente pelo pesquisador junto aos supervisores técnicos das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, com relação a garantia do direito à teleconsulta dos pacientes internados.

As informações inseridas neste questionário devem ser preenchidas diretamente pelo supervisor técnico da unidade hospitalar, sem identificação do nome do profissional e da instituição, na presença do pesquisador.

Só será disponibilizado um único questionário para cada unidade hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, tendo o campo de pesquisa um total de 05 (cinco) unidades/questionários.

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à teleconsulta dos pacientes internados?

- (☒) Sim
(☐) Não
(☐) Em parte

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

- (☐) Hospital Público, gerido diretamente pelo ente público
(☐) Hospital Público, gerido por empresa privada através de contrato
(☐) Hospital de Ensino, vinculado a Universidade Pública
(☒) Hospital Filantrópico, contratualizado pelo SUS
(☐) Hospital Privado, contratualizado pelo SUS

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à teleconsulta em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

- (☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não sabe informar

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

(☒) Unidade de Terapia Intensiva

(☐) Leitos de Isolamento

(☐) Área de Atendimento à Síndrome Gripal

(☐) Nenhuma

(☐) Outra: _____.

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

(☒) Hospital

(☐) Profissionais de Saúde

(☐) Pacientes

(☐) Familiares do Paciente

(☐) Não se disponibiliza infraestrutura

(☐) Outro(a): _____.

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

(☐) Mais de uma televisita por dia de internação

(☐) Uma televisita por dia de internação

(☒) Menos de uma televisita por dia de internação

(☐) Nenhuma televisita

(☐) Não sabe informar

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

(☒) Sim

(☐) Não

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Na maioria das vezes

(☐) Na minoria das vezes

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da teleconsulta?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Na maioria das vezes

(☐) Na minoria das vezes

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

DATA: 18 / 10/ 2022

OBSERVAÇÕES GERAIS:

O presente questionário compõe pesquisa de campo realizada diretamente pelo pesquisador junto aos supervisores técnicos das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, com relação a garantia do direito à televisitação dos pacientes internados.

As informações inseridas neste questionário devem ser preenchidas diretamente pelo supervisor técnico da unidade hospitalar, sem identificação do nome do profissional e da instituição, na presença do pesquisador.

Só será disponibilizado um único questionário para cada unidade hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, tendo o campo de pesquisa um total de 05 (cinco) unidades/questionários.

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à televisitação dos pacientes internados?

- (☒) Sim
(☐) Não
(☐) Em parte

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

- (☐) Hospital Público, gerido diretamente pelo ente público
(☐) Hospital Público, gerido por empresa privada através de contrato
(☐) Hospital de Ensino, vinculado a Universidade Pública
(☒) Hospital Filantrópico, contratualizado pelo SUS
(☐) Hospital Privado, contratualizado pelo SUS

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à televisitação em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

- (☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não sabe informar

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

(☒) Unidade de Terapia Intensiva

(☒) Leitos de Isolamento

(☒) Área de Atendimento à Síndrome Gripal

(☐) Nenhuma

(☒) Outra: Psiquiatria

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

(☒) Hospital

(☐) Profissionais de Saúde

(☐) Pacientes

(☐) Familiares do Paciente

(☐) Não se disponibiliza infraestrutura

(☐) Outro(a): _____

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

(☐) Mais de uma televisita por dia de internação

(☒) Uma televisita por dia de internação

(☐) Menos de uma televisita por dia de internação

(☐) Nenhuma televisita

(☐) Não sabe informar

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

(☒) Sim

(☐) Não

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

(☒) Sim

() Não

() Não possui opinião formada sobre o questionamento

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

(☒) Sim

() Não

() Não possui opinião formada sobre o questionamento

10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

(☒) Sim

() Não

() Na maioria das vezes

() Na minoria das vezes

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da televisita?

() Sim

(☒) Não

() Na maioria das vezes

() Na minoria das vezes

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

DATA: 20 / 10/2022

OBSERVAÇÕES GERAIS:

O presente questionário compõe pesquisa de campo realizada diretamente pelo pesquisador junto aos supervisores técnicos das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, com relação a garantia do direito à televisitação dos pacientes internados.

As informações inseridas neste questionário devem ser preenchidas diretamente pelo supervisor técnico da unidade hospitalar, sem identificação do nome do profissional e da instituição, na presença do pesquisador.

Só será disponibilizado um único questionário para cada unidade hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, tendo o campo de pesquisa um total de 05 (cinco) unidades/questionários.

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à televisitação dos pacientes internados?

- (☒) Sim
(☐) Não
(☐) Em parte

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

- (☒) Hospital Público, gerido diretamente pelo ente público
(☐) Hospital Público, gerido por empresa privada através de contrato
(☐) Hospital de Ensino, vinculado a Universidade Pública
(☐) Hospital Filantrópico, contratualizado pelo SUS
(☐) Hospital Privado, contratualizado pelo SUS

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à televisitação em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

- (☒) Sim

() Não

() Não sabe informar

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

() Unidade de Terapia Intensiva

(☒) Leitos de Isolamento

() Área de Atendimento à Síndrome Gripal

() Nenhuma

() Outra: _____

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

(☒) Hospital

() Profissionais de Saúde

() Pacientes

() Familiares do Paciente

() Não se disponibiliza infraestrutura

() Outro(a): _____

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

() Mais de uma televisita por dia de internação

() Uma televisita por dia de internação

(☒) Menos de uma televisita por dia de internação

() Nenhuma televisita

() Não sabe informar

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

(☒) Sim

() Não

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

(☒) Sim

(☐) Não

(☐) Não possui opinião formada sobre o questionamento

10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

(☐) Sim

(☐) Não

(☒) Na maioria das vezes

(☐) Na minoria das vezes

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da televisita?

(☐) Sim

(☐) Não

(☐) Na maioria das vezes

(☒) Na minoria das vezes

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

DATA: 27 / 10/ 2022

OBSERVAÇÕES GERAIS:

O presente questionário compõe pesquisa de campo realizada diretamente pelo pesquisador junto aos supervisores técnicos das unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, com relação a garantia do direito à teleconsulta dos pacientes internados.

As informações inseridas neste questionário devem ser preenchidas diretamente pelo supervisor técnico da unidade hospitalar, sem identificação do nome do profissional e da instituição, na presença do pesquisador.

Só será disponibilizado um único questionário para cada unidade hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde de Aracaju, tendo o campo de pesquisa um total de 05 (cinco) unidades/questionários.

1) Você conhece o teor da Lei Federal nº. 14.198/2021, a qual garante o direito à teleconsulta dos pacientes internados?

☒ Sim

☐ Não

☐ Em parte

2) A instituição hospitalar que você trabalha, vinculada ao SUS Aracaju, é de natureza:

☐ Hospital Público, gerido diretamente pelo ente público

☒ Hospital Público, gerido por empresa privada através de contrato

☐ Hospital de Ensino, vinculado a Universidade Pública

☐ Hospital Filantrópico, contratualizado pelo SUS

☐ Hospital Privado, contratualizado pelo SUS

3) A instituição hospitalar que você trabalha garante o direito à teleconsulta em favor dos pacientes internados em áreas de isolamento?

☐ Sim

☒ Não

☐ Não sabe informar

4) Em quais áreas produtivas da unidade assistencial que você trabalha se realiza a televisitação?

☐ Unidade de Terapia Intensiva

☐ Leitos de Isolamento

☐ Área de Atendimento à Síndrome Gripal

☐ Nenhuma

☒ Outra: Internamento

5) A infraestrutura tecnológica (equipamentos e sistema) utilizada para realização da televisitação na unidade em que você trabalha é disponibilizada pelo(s):

☐ Hospital

☐ Profissionais de Saúde

☐ Pacientes

☐ Familiares do Paciente

☒ Não se disponibiliza infraestrutura

☐ Outro(a): _____

6) Qual periodicidade da realização de televisitas para cada paciente na unidade hospitalar em que você trabalha?

☐ Mais de uma televisita por dia de internação

☐ Uma televisita por dia de internação

☐ Menos de uma televisita por dia de internação

☒ Nenhuma televisita

☐ Não sabe informar

7) Existe alguma regulamentação interna na instituição hospitalar em que você trabalha acerca da garantia do direito de acesso à televisitação do paciente internado?

☐ Sim

☒ Não

8) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode contribuir para melhoria do estado de saúde do paciente?

☒ Sim

() Não

() Não possui opinião formada sobre o questionamento

9) Na sua perspectiva assistencial, a televisitação pode ser considerada uma ferramenta de qualificação do cuidado?

☒ Sim

() Não

() Não possui opinião formada sobre o questionamento

10) A televisitação quando realizada nas unidades produtivas da instituição hospitalar em que você trabalha garante a privacidade do paciente?

☒ Sim

() Não

() Na maioria das vezes

() Na minoria das vezes

11) A instituição hospitalar em que você trabalha observa alguma dificuldade dos pacientes ou familiares em utilizar a ferramenta colocada à disposição para fins de realização da televisita?

☒ Sim

() Não

() Na maioria das vezes

() Na minoria das vezes