**A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PEDIÁTRICA SEGUNDO CRIANÇAS-USUÁRIAS: significações sobre as práticas de saúde**

*Andréia Maria de Lima Assunção[[1]](#footnote-1)*

Trabalho financiado por CAPES/ CNPq

**EIXO TEMÁTICO:** Políticas Públicas para as crianças e com elas

**RESUMO**

Este trabalho teve como intuito a proposição de subsídios para o estabelecimento de entrelaçamentos entre a infância e as políticas públicas em saúde. Procedeu-se com a análise das entrevistas realizadas com 26 crianças-usuárias de hospital público. A discussão sustenta-se segundo a análise dos marcos regulatórios das políticas públicas de saúde. A partir do exercício análise empreendido, depreende-se que a utilização de serviços públicos de saúde oportuniza circunstâncias para que as crianças-usuárias forjem brechas institucionais para exercício de cidadania.

Palavras-Chave: Crianças; Hospitalização Pediátrica; Políticas Públicas em Saúde.

**INTRODUÇÃO**

Este trabalho busca estabelecer interlocuções entre infância e políticas públicas em saúde a elas destinadas. Com base neste intento, entrevistas com crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica de um hospital público do município de Cuiabá/MT, produzidas no âmbito da pesquisa de mestrado intitulada “Representações sociais sobre profissionais de saúde segundo crianças: implicações identitárias no contexto da hospitalização pediátrica” (ASSUNÇÃO, 2018), desenvolvida no interior do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso (PPGE/UFMT), foram revisitadas com o intuito de mobilizar reflexões que desvelassem os modos de inscrição e as redes de significações partilhados por crianças-usuárias frente às práticas de cuidado em saúde a elas dirigidas.

A investigação ora mencionada subsidia-se pela inspiração metodológica do tipo etnográfica (ANDRÉ, 2003), mediante o emprego dos procedimentos de observação participante, entrevistas e análise documental. Contudo, a presente discussão privilegiou particularmente os materiais textuais advindos da transcrição das entrevistas desenvolvidas com as participantes da pesquisa.

O delineamento desta investigação contemplou a realização de entrevistas com 26 crianças com idades entre sete e doze anos internadas na enfermaria pediátrica de um hospital público da cidade de Cuiabá/ MT. Diante da especificidade geracional que abrange os sujeitos que a compõem, esta pesquisa considerou a necessidade de adequação e refinamento de seus procedimentos, pertinente a uma modalidade de pesquisa *com* crianças.

Neste sentido, a entrevista adquiriu os contornos de um *roteiro lúdic*o (ASSUNÇÃO, 2018) que se distingue dos protocolos de organização e realização dos inquéritos e da escuta de participantes adultos/as.

O aporte teórico que subsidiou a análise e a construção de reflexões elucidadas considerou-se as contribuições das discussões em torno dos marcos regulatórios das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990; 2004; 2018; PASCHE, 2013).

Diante das conjecturas analíticas empreendidas, elucidou-se que as participantes, ao expressarem seus processos de elaboração e partilha acerca de suas experiências de hospitalização, anunciaram também, por intermédio deste exercício de enunciação, os atravessamentos suscitados pelos arranjos institucionais de organização e gestão dos serviços de assistência em saúde, exprimindo as formas pelas quais interpretavam e imprimiam sentidos às práticas de cuidado ofertadas pelas equipes de saúde que compunham a instituição enfocada.

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A INFÂNCIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

No que se refere às políticas de saúde direcionadas à infância e adolescência, após a instituição do SUS pela Constituição de 1988, foi sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) que instituiu a proteção integral e resolveu questões que perpassam a atenção em saúde desta população, como por exemplo os direitos do neonato, as obrigações hospitalares e dos/as profissionais de saúde, o direito à permanência em tempo integral do pai, da mãe ou do responsável legal em regime intensivo, enfermarias e demais setores de atenção pediátrica e neonatal (BRASIL, 1990).

Posteriormente, foi aprovada a Resolução nº 41 (de 13 de outubro de 1995) do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), fundamentada no texto formulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Neste documento, instituiu-se dimensões não antes abarcadas pela lei anterior, enfatizando a importância de a perspectiva da criança ser levada em conta, apontando a necessidade desta ser escutada e instruída em seus processos de adoecimento e tratamento em saúde (BRASIL, 2004).

No que se refere à Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, esta preconiza os processos de negociação coletiva, suscitando a corresponsabilidade, a autonomia e a participação dos/as diferentes atores/atrizes sociais para a reconstrução das relações de saber, de poder e de afeto a partir de orientações, princípios e métodos ético-políticos que privilegiam o exercício da inclusão e do diálogo (PASCHE, 2013).

Em continuidade a este processo histórico de promulgação de políticas, enfatiza-se a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), implementada em 2015 fundou-se por princípios, diretrizes e eixos estratégicos que se estruturam com o objetivo de promoção e proteção da saúde da criança e do aleitamento materno, da gestação aos nove anos de idade, por intermédio de uma rede de ações de cuidado integral que coadune para a atenção à primeira infância e às populações vulneráveis. Este delineamento aspira como propósito alçar a redução da morbimortalidade, bem como ensejar condições dignas ao desenvolvimento e à existência humanos (BRASIL, 2018).

Apesar de não realizar menções particulares à infância e adolescência, sob o uso da terminologia de usuários/as, crianças, adolescentes, adultos/as e idosos/as têm sido entendidos/as no bojo da PNH como sujeitos e agentes dos processos de atenção e gestão em saúde segundo as orientações ético-políticas de inclusão, diálogo, protagonismo, autonomia e corresponsabilidade. Na PNAISC, por sua vez, essas concepções foram reiteradas mais frequentemente atreladas às famílias, como, por vezes, também dirigidas às crianças-usuárias enfocadas por esta política, contudo, sem pormenorizar sua aplicabilidade e efeitos.

Diante do exposto, é importante salientar que como categorias geracionais específicas, a infância e a adolescência possuem especificidades sociais, históricas e culturais que lhes atribuem marcas sociais que as diferenciam dos/as adultos/as e que precisam ser pensadas a partir da complexidade que as encerram.

**A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PEDIÁTRICA SEGUNDO CRIANÇAS-USUÁRIAS**

Após a leitura dos segmentos de texto que abarcaram o conjunto selecionado para a presente discussão, verificou-se que o delineamento do mote “Quem cuida de mim no hospital?”, estruturante do *roteiro* *lúdico* empregado. O narrar e o desenhar elaborados pelas crianças recursos que sintetizaram os processos de classificação e nomeação das crianças, engendrando exercícios de seleção de conteúdos e afetos sobre os sujeitos focalizados e suas ações, resgatados pela vivência da criança diante deste universo de cuidado que permeia o *quem* desempenha e o *como* é percebido.

Ah, ela, quando eu tava com dor ela foi ver eu, como que tava meu coraçãozinho e ela foi lá na sala na hora que eu tava lá, mediu pressão, um monte de coisa. Fez bastante coisa pra mim. Ela olhou meu coração, viu como tava a pressão e viu se eu tava com febre. A médica. Ela é daqui de cima mesmo, da pediatria. (Flor[[2]](#footnote-2), 10 anos)

A de pressão. Escreve a de pressão. Ela mede nossa pressão, se está alta ou baixa. Só. Eu vou desenhar você! Porque sim, você é legal. Eu posso desenhar você? Eu não sei o que desenho mais. Eu já desenhei a de agulha, a de pressão... É... Como é esse assim que a gente coloca assim e fica medindo assim? É... É de pressão quase, né? Termômetro. Mas é a mesma pessoa que cuida da pressão? Acho que não. Mas tá bom só esses desenhos. (Raissa, 9 anos)

Vem ver se eu tô com febre. Ela coloca aquele negocinho no meu sovaco pra ver se eu tá com febre. Ela tem vez que troca o meu curativo. Tava esquecendo. É que ela é a mulher que passa e vem ver a minha pressão, vê se eu tô com febre e troca meu curativo. (Rafael, 12 anos)

Vou fazer o doutor cardiologista. Primeiro o cabelo. O olho grande ele. Esse aqui saiu melhor. O cardiologista. De vez em quando ele passa aqui para olhar algum, olhar como é que o braço está melhorando. (Gabriel, 10 anos)

Agora só falta desenhar os meninos no hospital. Eu vou desenhar ela me arrumando o soro. Sabe o que que é isso? É um hospital. Mas é tipo uma casa. (Beatriz, 7 anos)

Ela é da equipe do *Superman*. Ela levanta minha camisa e coloca aquele negócio de axila... Como que é o nome? É. O trermômeto. Aí quando ela não acha no meu braço, ela coloca no meu, na axila. (Lilo, 10 anos)

O instrumento de pesquisa possibilitou, a partir disso, uma dinâmica que encorajou processos reflexivos acerca de elementos já naturalizados pela criança, desencadeados pela produção de certo estranhamento em relação a tais conteúdos, principalmente aqueles motivados pela formulação de uma questão com resposta aparentemente óbvia no contexto de inserção dos/as participantes.

Os excertos elucidaram que as crianças percebem a existência de pessoas que desempenham o ofício do cuidado, bem como as atividades que estas realizam para fazê-lo, porém, os sujeitos da ação dos segmentos de texto muitas vezes apresentaram-se nomeados de maneira vaga e/ou genérica, apesar da existência de detalhamento em relação às práticas de saúde, explorando inclusive seu aparato instrumental.

Na medida em que elaboraram seus discursos por intermédio de uma fala dirigida para si mesmos/as, como em um exercício de autorregulação que os/as apoiaram na produção de um saber, as crianças explicitaram a descrição de um modelo de cuidado marcado por uma conotação operacional dessa prática, revelando seus modos de ação protocolares.

Se uma criança chegasse falaria que ela ia apertar, né, nossa mão pra saber se tá com febre, se não, coloca um trermômeto de axila, de baixo do suvaco. [...] É do mesmo jeito. É o mesmo jeito de medir também. Eles mandam a mesma coisa, né, fazer. Pra ver, apertar o braço pra, pra saber se tá com febre, se não, colocar o trermômeto de axila. [...] Não, eu não fiquei sabendo, eu descobri que ela fazia assim comigo. Ah, eu tava de boa, né, achei que ninguém, né, ia cuidar de mim. Risos. Só vinha com trermômeto assim pra conferir, colocar e vê se eu tava com febre ou não. Aí eu tava aqui deitado, de repente chega ela. Aí ela foi e fez do mesmo jeito, aí veio essa outra aí que eu desenhei e fez do mesmo jeito. Aí eu descobri, aí eu já sabia que vinha outra e ia fazer. Aí eu gostei dessa daqui. (Lilo, 10 anos)

Tem um monte de... É um monte de doutora que vem aqui aplicar. Uma hora vem uma, outra hora vem outra. No total que vem aplicar é umas três. Acho que é por causa do turno, né? Vou desenhar o doutor. O doutor lá, o cabelo dele é liso. (Gabriel II, 10 anos)

Aqui é aquela “Anny”. É daqui mesmo. Agora lembrei o nome. Ela cuida a mesma coisa da “Luisa”, ela vem para cá para ver se eu estou com febre e ver minha pressão. (Rafael, 12 anos)[[3]](#footnote-3)

A ação descritiva da criança avançou na compreensão da dinâmica de cuidado, ensejando a formulação de hipóteses que referendam a existência de um *script* de práticas em saúde seguido pelos/as profissionais. Os discursos revelaram um modo de operar a promoção do cuidado que implica a repetição de um “mesmo jeito” ou a execução de uma “mesma coisa”, cuja realização é intercalada entre membros da equipe “uma hora vem uma, outra hora vem outra” que, por conseguinte, são distribuídos/as sob o regime de “turnos”.

As narrativas das crianças desvelam ainda a atribuição de sentidos às experiências que anunciam um aspecto desagradável e não desejável da dinâmica de promoção de saúde.

Ela cuida mal, porque era... Minha veia tava doendo né, daí era pra ela olhar e arrumar certinho né, aí ela foi e puxou tudo de uma vez assim e ficou doendo o meu braço. Porque uma outra enfermeira, ela conseguiu arrumar, ela olhou e arrumou certinho a veia. E ela puxou de uma vez. A outra arruma certinho na veia de volta. [...] Acho importante que ela não cuidou de mim. Ela podia ter machucado o meu braço. É que ela puxou de uma vez o negócio. Até a mãe falou assim: “Vai com cuidado, só dá uma olhada, vê se tá fora da veia” e ela foi puxando assim e eu falei: “Ai meus pelinhos!”. Bem assim e ela puxou de uma vez assim e arrancou tudo. Nesse braço aqui. (Moana, 12 anos)

É chato levar injeção para tirar sangue. Tirei duas vezes ontem. Esse aqui foi hoje, esse daqui foi ontem. Esse foi com borboletinha. E esse aqui não. Prefiro sem borboleta. Porque agulha com borboleta demora pra pegar sangue. E a sem vai puxando assim, é rapidão. Quando foi a da borboletinha eu só dei um grito. Sem borboletinha não precisou gritar. (Raissa, 9 anos)

A que tira sangue é que ela é má, ela é muito má. Soube porque eu vi elas fazendo em mim. Ainda mais essa daqui que tira sangue que é muito chata. Machuca muito o braço, ontem eu tive que dormir com o braço assim, ó! (Raissa, 9 anos)

Esse aqui eu já tomei doze. Só nessa veia. Eu tomei um grandão, daqueles grandão... Eu conto. Mas craro. Pra vê se não passou da hora. Mãe, vai ter que chamar a muié. Tá pingando aqui. Aí depois vai ter que lavar. Lavar dói, eu que não falava nada! Dói... Lava com água. A veia enche. Manda essa mulher aí lavar, mãe. Eu não vou falar que dói. Ah, aí vão querer trocar de veia. Eu não quero. Ela troca de veia, e eu não quero. (Batman, 12 anos)

Até gelou aqui agora, até gelou. Acho que apertou tanto... Sai até o couro. Esparadrapo puxa cabelo. (Batman, 12 anos)

Os trechos salientados transmitem em seus conteúdos descritivos a compreensão de que as crianças nomeiam a presença de uma dimensão do cuidado que é qualificada como adversa e hostil, que pode ser acentuada pela postura e a conduta adotadas pelos/as profissionais quando a ação é desempenhada e/ou pela maneira com que é percebida pela criança que a recebe.

As ações desagradáveis e repelidas recordam modalidades de intervenções que são antagônicas às associadas ao que os/as participantes classificam como desejáveis e positivas, pormenorizando-as com o suporte de verbos como *puxar*, *machucar*, *arrancar*, *levar*, *tirar*, *demorar*, *pegar*, *gritar*, *fazer*, *tomar*, *lavar*, *doer*, *encher*, *trocar*, *apertar*, *sair*. O emprego dessas terminologias denota a percepção das ações de cuidado como incisivas, abruptas, dolorosas e invasivas, distintas daquelas características nomeadas pelas crianças ao discorrer sobre episódios identificados pelos sentidos de proximidade, diálogo e disponibilidade.

A conjuntura analítica empreendida pelos segmentos de texto apresentados permite formular a hipótese da existência de uma importante fonte de informação que decorre diretamente da experiência corporal delineada pelas práticas de saúde, atitudes e prescrições que incidem sobre o corpo da criança, configurando as relações de instrução face a face e/ou anônimas. Essa ordem de saberes se constitui como fonte por protagonizar processos comunicacionais que operam sob a égide das relações mediatizadas pelo corpo ao fornecer o escopo para a transmissão de conhecimentos sociais, sendo as ações que lhes são dirigidas significadas pela criança a partir de diferentes conotações.

**REFERÊNCIAS**

ANDRÉ, M. E. D. A. Etnografia da prática escolar. Série Prática Pedagógica. 9ª Edição. Campinas, SP: Papirus, 2003.

Assunção, A. M. L. Representações sociais sobre profissionais de saúde segundo crianças: implicações identitárias no contexto da hospitalização pediátrica*.* Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Mato Grosso, 2018. Disponível em: <https://www1.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/fe4505ccfc0b867f1d92a04c1be49149.pdf>.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/L8069.html>.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. In Brasil. Resoluções, junho de 1993 a setembro de 2004 (p. 58-60). Organizado pela Secretaria Executiva da Conanda. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\_Nacional\_de\_Atencao\_Integral\_a\_Saude\_da\_Crianca\_PNAISC.pdf>

Pasche, D. F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais do Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS – Atenção hospitalar. Vol. 3, 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\_humanizasus\_atencao\_hospitalar.pdf>

1. Psicóloga e Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Educação, ambos pela Universidade Federal de Mato Grosso, sendo o mestrado financiada pela CAPES. Atualmente, é Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da Universidade de São Paulo. Contato: andreiaml@live.com. [↑](#footnote-ref-1)
2. Os nomes informados ao longo deste relatório de pesquisa são fictícios e foram eleitos pelas próprias crianças hospitalizadas participantes do estudo ao final da realização de cada entrevista. [↑](#footnote-ref-2)
3. Os nomes dos/as profissionais de saúde apresentados ao longo do relatório de pesquisa são fictícios e foram escolhidos pela própria pesquisadora. [↑](#footnote-ref-3)