

\* Artigo Original

## As diversas faces do acompanhamento de crianças hospitalizadas

**Angela Hygino Rangel**

Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
angelahygino@br.inter.net

**Joana Garcia**

Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
joanag@hotmail.com

DOI: 10.3395/receis.v6i1.464pt

---

### Resumo

Este artigo aborda as implicações técnicas e políticas do acompanhamento de crianças hospitalizadas em um hospital de grande porte do município de Rio de Janeiro nas últimas duas décadas. Para isso, retoma estudos prévios, considerando os seguintes aspectos: as condições de hospitalização de crianças e seus acompanhantes na rede pública; o exame das funções exercidas pelos acompanhantes; as condições de trabalho a que estão submetidos os profissionais de saúde e as condições gerais de funcionamento de um serviço público. Conclui que as implicações do acompanhamento não se restringem ao cuidado e à garantia de proteção da criança, mas interferem na dinâmica institucional de maneira intensa. A participação de terceiros na condução médico-assistencial das crianças hospitalizadas em unidades públicas e privadas de saúde tem conseqüências diretas sobre a qualidade do serviço, mas também sobre as estruturas de poder instituído.

**Palavras-chave:** acompanhamento; infância; saúde

### Introdução

Este artigo tem como tema central o processo de “hospitalização acompanhada” de crianças. Sem pretensões generalizadoras, busca analisar como certas condições materiais (estrutura física, espaço para o alojamento dos acompanhantes, qualidade do ambiente) e políticas (de relacionamento dos acompanhantes entre si e com as equipe de saúde) vêm se concretizando quotidianamente, em um serviço de pediatria da rede pública municipal de saúde para a efetivação do direito dos responsáveis de acompanharem crianças hospitalizadas.

Com os resultados deste estudo, buscamos oferecer nossa contribuição para uma reflexão acerca da garantia do cumprimento dos direitos sociais tão arduamente conquistados e da obrigação constitucional do Estado de prover indistintamente o acesso universal e igualitário a todos os serviços públicos de saúde de qualidade. Para tanto, consideramos os seguintes aspectos: as condições de hospitalização de crianças e seus acompanhantes na rede pública; o exame das funções exercidas pelos acompanhantes, ao longo das duas últimas décadas, no serviço de pediatria; as condições de trabalho a que estão submetidos os profissionais de saúde e as condições gerais de funcionamento dos hospitais públicos, numa conjuntura em que os problemas de saúde são freqüentemente apresentados como questões técnicas, cuja eficiência e eficácia são avaliadas pela relação custo/benefício.

Utilizamos como parâmetro de referência o serviço de pediatria de um hospital de grande porte vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade do Rio de Janeiro. Tal unidade, antecipando-se à legislação, foi a primeira a oficializar e pôr em prática um plano que não admitia a separação mãe e filho diante da necessidade de hospitalização da criança, apesar da inexistência de condições materiais para manter as acompanhantes junto às crianças internadas e de avaliação e/ou capacitação prévia da equipe para conviver com a nova realidade.

Este artigo resulta de uma pesquisa de campo realizada em três tempos, ocorridos nos anos de 1985 (RANGEL et al, 1988; RANGEL, 2007), possibilitando um olhar diacrônico acerca do acompanhamento de crianças hospitalizadas. O primeiro evento de pesquisa se deu em janeiro de 1985, quando ocorreu uma negociação inédita entre mães acompanhantes e profissionais de saúde, que resultou na permanência de 60 mães na unidade de internação da pediatria do referido hospital. Durante este processo, realizou-se entrevistas semi-estruturadas com as mães que lograram participar do atendimento de seus filhos, bem como com os profissionais de saúde.

Os temas, nesta altura discutidos com estes atores, foram reprisados e complexificados nas duas etapas seguintes de pesquisa e, em linhas gerais, versaram sobre: as funções exercidas pelas mães acompanhantes, representação acerca da presença do acompanhante no serviço, levando em conta as visões dos profissionais e dos próprios acompanhantes, existência e natureza das regras rotineiras. Mais adiante, somou-se a estes temas, os aspectos passíveis de negociação e aqueles que não eram negociados (RANGEL, 2007).

Outra técnica permanentemente usada, de forma privilegiada, foi a observação participante. Adotando um procedimento mais intenso do que a visita institucional, uma das autoras deste artigo freqüentou a unidade de saúde nos três tempos indicados, permanecendo na unidade, na condição de pesquisadora, por um período diário superior a quatro horas. Como roteiro de observação, interessava resgatar os seguintes aspectos, sistematizados em diários de campo: observação das condições materiais de hospitalização das crianças e de seus acompanhantes, dinâmica relacional entre acompanhantes e equipe, expressa nas hierarquias de poderes, no caráter participativo dos usuários, nos padrões de negociação interna e externa aos profissionais na sua relação com os acompanhantes. No último evento de pesquisa realizado em 2005 este processo de observação teve a duração de nove meses.

Além destes instrumentos, foram realizados cinco estudos de caso, considerados exemplares, por terem sido avaliados desde a fase de internação até a alta da criança, favorecendo um exame mais completo das questões que se pretendia investigar. Tais estudos de caso variaram em torno da análise do quadro clínico da criança e dos cuidados médicos exigidos. Estas variáveis permitiram dimensionar a importância do acompanhamento em diferentes níveis de vulnerabilidade da criança e de seus familiares.

### **Antecedentes da Política de Acompanhamento de Crianças Hospitalizadas**

Na rede de hospitais públicos brasileiros, adultos e crianças foram freqüentemente internados sem acompanhantes. Um olhar sobre a arquitetura da instituição hospital indica que seu projeto original não considerava a possibilidade de se alojar ali, além dos especialistas, outros que não os chamados "pacientes". A instituição médica supõe a possibilidade de, além de curar, atender a todas as necessidades do "paciente" e, portanto, não se justifica a presença de acompanhantes no interior da mesma. Esta situação, tão naturalizada, sempre foi característica dos hospitais públicos e aceita como implicitamente correta.

Existem dois aspectos importantes a serem considerados como referências de causalidade a esta naturalização. A primeira e mais complexa diz respeito à condição de pauperização que o segmento social que faz uso de instituições públicas de saúde está submetido. Pobreza indica, neste contexto, uma relação de subordinação a priori, indicando que pobre não deve opinar, apenas se submeter aos favores que lhe são concedidos. A outra espécie de aceitação passiva e naturalizada desta lógica está referida ao saber médico e a todo aparato que este saber recruta. A instituição de saúde é o lócus privilegiado deste aparato. Organizar o espaço e introduzir corpos disciplinados faz parte do poder capitaneado por este saber médico.

Diversamente nos hospitais privados, embora não se registre alterações substantivas no que se refere à concepção arquitetônica dos prédios, uma análise dos serviços de hotelaria indica que a permanência dos acompanhantes é prevista e rentável. Embora a dimensão espacial nem sempre figure como um indicador de relevância no estudo das relações de poder, a divulgação da obra de Michel Foucault reclama por uma nova incursão na análise do poder institucional, no que diz respeito não somente à relação entre homens, mas inclusive nos recursos materiais que são utilizados, de forma eficaz, na expressão das relações de dominação. O espaço edificado é uma referência obrigatória para a análise destes recursos. A discussão que o autor faz acerca do "Olho do Poder" é extremamente elucidativa a este respeito. A referência ao panóptico (FOUCAULT, 1987), como um olho invisível monitorando e adestrando os corpos individuais e coletivos, indica a importância da organização espacial como elemento de controle e reprodução das normas e condutas sociais, além de assegurar a apropriação do poder pelos que vêem através deste "olho" invisível.

A cada conjunto de quartos corresponde a uma enfermaria nos hospitais. Esta central de atendimento e de referência para os pacientes e suas enfermidades, que pode ser localizada dentro ou fora das enfermarias, funciona, da mesma forma, como um posto de observação e controle, assim como cada quarto é um microcosmo regido pelas leis que organizam a instituição como um todo, portanto introduzir um elemento adicional na lógica deste controle equivale a uma possibilidade de desestabilizar esse controle. Por isso, diagnosticada e definida a doença, sua terapêutica passa naturalmente a ser controlado pelos especialistas médicos e a maioria segue à risca as determinações institucionais consagradas pela prática tradicional do saber e da dominação médicas, sobretudo aquelas relacionadas aos deveres dos usuários em hospitais, seja públicos ou privados.

Quando havia necessidade de internação de crianças no hospital público, efetuava-se sua

internação sem que se permitisse à mãe, ou ao outro responsável, a permanência junto à mesma, durante o tempo que durasse a hospitalização. Não seria exagero afirmar que a retirada brusca da criança do seu meio familiar, o desconforto da mãe ao entregá-la compulsoriamente aos cuidados da instituição, o desespero da criança, compunham a rotina institucional como algo natural e, como tal, não caberiam questionamentos, ao menos no interior da instituição.

Questões relacionadas ao impacto da hospitalização e suas conseqüências em casos de separação mãe e filho e de complicações adicionais decorrentes da falta dos cuidados maternos, embora expressadas pelo discurso médico, não se refletiam nas internações que se sucediam na rede de serviços públicos, ao menos concretamente – as rotinas consagradas seguiam seu curso e os potenciais agravos à saúde da criança e os conflitos eram controlados. O hospital é um ambiente hostil para a criança e para seus pais e só a permanência de referências significativas para a criança pode amenizar o sofrimento e o medo que experimenta. É a permanência dos pais que ajuda a vivenciar e suportar o incômodo e a dor da hospitalização a medida que à ela não se acrescentaria o sofrimento pela perda do ambiente e dos vínculos familiares.

Em 1985 esta situação foi modificada no serviço de pediatria do Hospital Municipal Souza Aguiar, quando se instituiu um plano que permitia a todas as mães permanecerem junto aos seus filhos, acompanhando-os pelo tempo que fosse necessária sua internação. Este hospital público é uma referência importante no sistema público de saúde do Rio de Janeiro, por se tratar de uma unidade de emergência, pela condição de grande porte e pela localização central. O contexto em que este trabalho foi implantado também é digno de nota. Trata-se de uma década em que os direitos sociais assumem o lugar de destaque na agenda política e todas as dimensões de poder instituído são revistas a partir da idéia de uma sociedade ativa, participativa e crítica. O usuário dos serviços públicos se qualifica como cidadão portador de direitos, o que o habilita a discutir o mérito da organização do sistema como usuário, contribuinte e como cidadão interessado. Neste embate, o alvo privilegiado deste ator político é a relação de poder entre técnicos e leigos.

Naquela ocasião havia sessenta leitos infantis e a maioria absoluta das crianças internadas passou a contar com a proteção da mãe durante 24 horas por dia, literalmente. O projeto foi encaminhado sem que se promovesse nenhuma alteração nos espaços físicos dos serviços e nenhuma preparação da equipe para enfrentar a nova realidade. O cenário da nova realidade era a convivência diuturna de mães acompanhantes, profissionais de saúde, crianças internadas e pessoal de apoio – cenário potencial para conflitos inevitáveis. E eles se sucederam envolvendo uma intrincada rede de relações das quais ninguém saiu ileso.

Os membros da equipe de saúde passaram a reconhecer o direito que mães e crianças internadas tinham de permanecerem juntos durante o tempo que durasse a hospitalização da criança. O reconhecimento tinha por fundamento os evidentes benefícios que esta situação efetivamente resultava na recuperação das crianças, na redução dos riscos da hospitalização e nas respostas mais rápidas e positivas às terapêuticas. No entanto, a convivência diária entre mães e profissionais, num contexto em que as condições materiais e subjetivas não foram consideradas, expôs, de modo contundente, as contradições da equipe e da qualidade do serviço prestado. Com isso, o entendimento acerca da necessidade da presença materna junto à criança internada – o que se aplicava perfeitamente às mães e crianças usuárias dos serviços particulares, assumia uma face distinta na instituição pública, gerando inúmeros conflitos entre os diferentes atores envolvidos no processo.

Esta medida permitiu que as usuárias do serviço explicitassem suas demandas apropriando-se do vocabulário técnico especializado. Passaram, sobretudo, a utilizá-lo para apontar as deficiências do serviço – a falta de pessoal, a falta de medicamentos, as condições gerais em que os serviços eram prestados. Não faltava nada mais para que surgissem os conflitos, que pareciam intermináveis, envolvendo diretamente os profissionais da equipe, não raro seguidos de ameaças. Os conflitos tinham sua origem naquilo que objetivamente a realidade revelou sobre as condições materiais efetivas de funcionamento dos serviços públicos e, de modo preponderante, sobre a essência dos propalados "direitos": a contrapartida para permanecerem na instituição pública, acompanhando seus filhos hospitalizados, implicava na execução de tarefas que não lhes competiam e que nem estavam qualificadas para tal – constituíam-se atribuições específicas dos auxiliares de enfermagem. A carência de pessoal qualificado, fator significativo no processo de concessão dos direitos, somente agora se revelara. O desdobramento conseqüente e lógico do desenvolvimento destas tarefas foi a introdução de elementos estranhos e singularmente insistentes à prática médica institucional: a vigilância permanente do desempenho dos profissionais; o controle sobre a terapêutica e sobre todos os recursos disponíveis ou não; o exercício do controle sobre a totalidade das ações desenvolvidas e a exigência da participação nas decisões de caráter "estritamente terapêutico". Este foi o núcleo essencial da existência dos conflitos que ocorreram naquela ocasião e que ocorrem ainda hoje quando a universalização do atendimento e o controle social é regulamentado por lei.

## **Tendências da Prática do Acompanhamento nos Dias Atuais**

Estudos prévios realizados por Lamy (1995); Ribeiro (1999); e Collet (2001), são referências para este artigo, especialmente no que diz respeito às relações vivenciadas entre profissionais de saúde e entre estes e acompanhantes de crianças internados em serviços de pediatria.

Lamy (1995) dedicou-se a investigar as situações vivenciadas por pais de crianças recém nascidas internadas em unidade de terapia intensiva neonatal. Posteriormente, seguindo a mesma linha de investigação, essa autora novamente volta sua atenção para o atendimento em unidade neonatal, agora enfocando as interações que se estabelecem nesta unidade a partir da participação efetiva das mães na hospitalização do filho, numa convivência diária com os profissionais de saúde.

Ribeiro (1999) desenvolveu um amplo estudo com crianças hospitalizadas, de três a seis anos de idade, objetivando compreender o significado das interações vivenciadas por elas durante a hospitalização e construir um modelo teórico sobre o significado dessa experiência. A autora identificou e destacou em seu trabalho dois fenômenos a que estão sujeitas as crianças hospitalizadas: o sofrimento que a criança experimenta e o esforço que a criança empreende na busca de recursos para enfrentar esse sofrimento.

Collet (2001) investigou como a inserção de acompanhantes e seu envolvimento no processo terapêutico caracteriza um componente fundamental à compreensão da dinâmica das relações entre os profissionais que prestam o cuidado. A autora chama atenção para o fato de que a participação de um novo ator no cuidado à criança internada implica não somente na reestruturação física do serviço, mas, também, em mudanças de atitudes dos profissionais de saúde em relação a esta participação, resultando em alterações na dinâmica do trabalho desenvolvido na instituição.

Dados atualmente levantados (RANGEL, 2007) reforçam o entendimento de que a presença da mãe ou de um acompanhante junto às crianças hospitalizadas se constitui um dos fatores que contribui para a recuperação mais rápida da criança, para a redução dos riscos da hospitalização e para sustentação das atividades terapêuticas.

De acordo com as observações realizadas em enfermarias pediátricas, percebe-se, nos dias atuais, melhor receptividade dos acompanhantes pela equipe de saúde, registrando-se ainda melhoria significativa no relacionamento entre acompanhantes e as equipes de saúde, configurada pela redução dos conflitos, o que pode ser, em parte, explicado pela redução das atividades profissionais, mais especificamente as do pessoal de enfermagem.

Outro dado relevante foi a substancial modificação física em todas as enfermarias da pediatria. Reformas introduziram nova pintura – em substituição aos tons brancos e assépticos anteriores – numa tentativa de diminuir o impacto negativo que a hospitalização provoca, melhorando a aparência física do ambiente. As enfermarias foram reformadas em sua aparência, agora mais receptivas aos olhares infantis. Foram adquiridas poltronas para uso exclusivo dos acompanhantes que, embora não garantam um sono confortável, são melhores que o chão – onde, no início do programa, as mães "dormiam".

Registra-se continuidade no processo de descaracterização da função do acompanhante, evidenciado, de modo contundente, na consolidação de suas responsabilidades pela execução de tarefas que não são de sua competência, fenômeno ligado intrinsecamente à cultura da prestação do serviço público como favor e reforçado pela política de privatização dos serviços públicos de saúde e sua conseqüente redução de pessoal.

Ressaltou-se a garantia do cumprimento da legislação quanto à segurança, à proteção e ao afeto necessários ao desenvolvimento da criança. Da mesma forma efetivou-se o controle social diretamente sobre a qualidade dos serviços prestados e ainda o processo de modificação gradual da consciência sanitária dos atores envolvidos, sobretudo no que se refere ao entendimento da saúde como um direito universal.

## **Análise Exploratória sobre Hospitalização de Crianças Acompanhadas**

A apresentação dos resultados deste estudo será feita por intermédio de quadros sínteses. Em cada um deles será destacado um aspecto da presença do acompanhante nas relações sociais ali presentes. Foram ressaltados quatro aspectos principais: a dimensão protetiva, técnica, fiscalizadora e participativa da presença do acompanhante. Nos quadros serão apresentados os desdobramentos possíveis daquela relação apresentada, a receptividade junto à equipe e as dimensões político-culturais. Interessa-nos indicar os impactos endógenos e exógenos à cultura institucional e à efetivação dos direitos das crianças e adolescentes.

É importante indicar que tais caracterizações, embora fruto de um trabalho de investigação, são aqui apresentadas na forma de um modelo interpretativo e prescritivo, não se apresentando de modo necessariamente idêntico nas experiências reais. Não pretendemos, deste modo, ensaiar generalizações absolutas acerca dos aspectos aqui analisados, mas indicar sua força como

referência predominante na cultura institucional.

**Quadro 1:** A dimensão protetiva do acompanhante.

FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE	DESDOBRAMENTOS DESTA FUNÇÃO	RECEPTIVIDADE JUNTO À EQUIPE	DIMENSÕES POLÍTICO-CULTURAIS
<b>Protetor</b>	Trato mais humanizado com a criança; Favorece a recuperação da criança pela via do afeto; Segurança e tranquilidade para a criança; Vínculo familiar mantido; Diminuição do impacto negativo da hospitalização; Humanização do atendimento.	<u>Aspectos favoráveis:</u> clima mais propício ao trabalho; resposta mais rápida ao tratamento médico.  <u>Aspectos desfavoráveis:</u> mãe excessivamente insegura; solicita demasiadamente a equipe.	Assegura o direito previsto em lei, no que diz respeito à segurança, proteção, afeto, necessários ao desenvolvimento bio-psico-social da criança; Contribui para a mudança da cultura em relação aos direitos da criança no ambiente institucional; Fortalece a materialização do conceito de cidadania infantil.

Atualmente percebemos que o acompanhante de crianças hospitalizadas exerce a função de protetor da criança. Tal função implica na manutenção do vínculo familiar, resultando na diminuição do impacto negativo que a hospitalização tem para a criança. Em termos do funcionamento do serviço como um todo, o exercício desta função pode contribuir para a humanização do atendimento hospitalar, resultado de alterações na forma de tratar a criança. O acompanhante presente pode constituir-se, portanto, como um dos fatores determinantes da qualidade da atenção e acolhimento dispensado pelos membros da equipe de saúde. A equipe pode ser beneficiada também na medida em que o acompanhante funciona como um elemento facilitador do acesso à criança.

Por outro lado, esta presença pode também desagradar à equipe se o acompanhante interferir ou questionar os procedimentos, solicitando, ou mesmo exigindo, esclarecimentos mais detalhados. A equipe ou alguns profissionais podem considerar esta atitude como uma interferência indevida de um leigo em torno de uma atividade que exige especialização.

No que diz respeito ao reforço de uma cultura cívica em torno dos direitos da criança, esta medida cumpre um papel importante. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (CURY; DE PAULA; MARÇURA, 1991), a criança, entendida como pessoa em desenvolvimento, necessita de um amplo leque de recursos para que seu bem estar seja assegurado. Da mesma forma que serviços e bens materiais são requisitos necessários, não são, contudo, suficientes, se desconectados de um suporte afetivo. Além desta dimensão, o cumprimento da Lei favorece a consolidação do Estado de Direito, ainda em processo de tênue decantação na cultura política brasileira. A partir deste cenário já instituído, a reversão deste direito parece improvável.

**Quadro 2:** A dimensão “técnica” do acompanhamento.

FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE	DESDOBRAMENTOS DESTA FUNÇÃO	RECEPTIVIDADE JUNTO À EQUIPE	DIMENSÕES POLÍTICO-CULTURAIS
<b>Auxiliar de serviços</b>	Compartilhamento das tarefas de responsabilidade da equipe técnica; Atenção permanente e individualizada; Sustenta o funcionamento das atividades a despeito da precariedade de recursos humanos disponíveis; Agiliza o processamento dos atos médicos necessários à recuperação da criança; Contribui para o atendimento extensivo da enfermagem, no caso de crianças sem acompanhantes.	<u>Aspectos considerados favoráveis:</u> desonera a equipe de enfermagem de parte das tarefas: banho, limpeza, remédios, curativos. maior controle da qualidade do serviço prestado.  <u>Aspectos desfavoráveis:</u> ampliação do escopo de tarefas conferidas ao acompanhante, à revelia da equipe técnica;	Distorção do papel de acompanhante; Depreciação da qualidade técnica do serviço; Expõe a fragilidade institucional em termos de gestão de recursos; Intensificação do processo de trabalho da enfermagem no que diz respeito à tensão, acúmulo e presteza do atendimento.

Observamos que a função de auxiliar de serviços foi reforçada desde o primeiro período de observação deste processo, em 1985. Se no passado, o discurso médico reconhecia que a presença – exclusivamente das mães – representava uma das condições para a recuperação da criança, na atualidade o acompanhante é valorizado de modo indistinto: seja a mãe, o pai ou outro responsável. É importante salientar que, embora os discursos – de antes e de agora – reforcem valores de proteção, na prática o que se observa é uma ênfase na responsabilização do acompanhante por funções de apoio médico-assistencial.

Uma consequência relevante deste processo foi a ampliação da consciência do acompanhante – particularmente das mães – como parte integrante e constitutiva do cuidado. Independente de assumirem funções que não lhe competem, consideram que seu espaço na instituição deve ser ocupado para garantia do bem estar da criança. No entanto, ao ocuparem este espaço por interesse e entendimento de sua importância no tratamento, concomitantemente passam a fazer parte de um processo de trabalho, por conveniência e delegação da equipe técnica. Registrou-se, no período mais recente da pesquisa, uma atitude mais enfática, por parte da equipe técnica, na cobrança da presença do responsável, o que indica uma variação de atitude: o que antes representava uma insistente demanda das mães, hoje parece constituir-se uma obrigação.

Tal postura sistemática acaba por contribuir na desqualificação do papel do acompanhante, deslocando a questão do direito para uma forma de obrigação (resultado de um favor) de estar ao lado da criança assumindo tarefas que não são de sua competência. Esta observação torna-se mais evidente quando agora, profissionais da equipe exigem a presença do acompanhante com a mesma veemência com que justificavam anteriormente que estes não poderiam ficar no hospital. Não raro, um acompanhante poderá ser chamado ao Conselho Tutelar para explicar o fato de não estar acompanhando a criança (direito transformado em obrigação).

Quando a demanda se transforma em direito e o acompanhante efetivamente se torna presente no cuidado à criança, a visão deste processo é expressa de modo distinto pelos atores envolvidos. Ressignificar o acompanhante pode implicar, inclusive, em não considerar sua presença como fruto de uma demanda pela proteção da criança. Há dois aspectos decorrentes desta ressignificação do papel do acompanhante que devem ser assinalados como típicos de um contraste de posições e valores. Em primeiro lugar, a presença do acompanhante favorece a obtenção de informações valiosas para o diagnóstico e monitoramento do tratamento. Nesta hora, valoriza-se seu relato como de um informante qualificado. No entanto, quando este mesmo informante apresenta suas próprias questões para a equipe técnica, sua condição de leigo é ressaltada, gerando uma interação menos ativa do que quando se prestava a informar. Assim, perde a função de co-partícipe do tratamento e retoma sua condição passiva.

Em segundo lugar, observa-se uma variação em torno das medidas ou protocolos relativos ao risco de infecção. No passado, os constrangimentos à presença do acompanhante eram fundamentados pela possibilidade de transmissão de infecção. O saber médico sobrepunha-se, então, à importância da proteção afetiva. A criança era resguarda em um aspecto estritamente médico, tutelada pela equipe e privada em relação ao seu estado de vulnerabilidade emocional. Atualmente, tais protocolos técnicos foram relativizados e a presença do acompanhante é facultada até mesmo em unidades de assistência às crianças queimadas e de tratamento intensivo infantil, unidades sabidamente de acesso restrito. É necessário salientar que esta mudança foi favorável ao pressuposto de que a assistência médica à criança não deve prescindir da presença do acompanhante. Entretanto, cabe indagar se esta variação de postura médica se deu por um avanço nos estudos sobre infecção hospitalar ou se a presença do acompanhante foi considerada importante para a recuperação da criança, compensando possíveis riscos.

O acompanhante, ao assumir funções de natureza técnica, como: banho, limpeza, remédios, pequenos curativos, vigilância constante, desonera parte das tarefas reservadas à equipe de enfermagem, produzindo uma atitude mais favorável à sua presença na instituição. Todavia, ao cumprir parte das tarefas deste segmento profissional, contribui para um quadro de degradação do serviço público e da precarização das relações salariais no sentido da não contratação de novos profissionais e do não investimento na qualificação profissional. Além disso, observa-se uma visão paradoxal: ao tempo em que o acompanhante é legitimado por colaborar, ele promove uma ampliação das tarefas conferidas a ele, sem contar necessariamente com anuência da equipe. Instaura-se, assim, uma disputa de poder derivada da atuação "técnica" do acompanhante.

Finalmente, em termos de processo de trabalho, a divisão do trabalho e a vigilância exercida pelo acompanhante pode resultar na intensificação do trabalho da enfermagem, no que diz respeito à tensão, acúmulo e presteza do atendimento. Além das cobranças institucionais já esperadas, somam-se novas cobranças endereçadas por estes novos agentes.

**Quadro 3:** A dimensão fiscalizadora do acompanhamento.

FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE	DESDOBRAMENTOS DESTA FUNÇÃO	RECEPTIVIDADE JUNTO À EQUIPE TÉCNICA	DIMENSÕES POLÍTICO-CULTURAIS
<b>Fiscalizadora</b>	Controle rigoroso da execução do tratamento médico; Vigilância quanto a distribuição e qualidade das atividades técnicas; Cobrança do ritmo, intensidade e qualidade do atendimento.	<u>Aspectos favoráveis:</u> monitoramento permanente do paciente; cumprimento das prescrições médicas com exatidão.  <u>Aspectos desfavoráveis:</u> individualização do controle pelo acompanhante; desestabilização das redes de hierarquia e funções; indisposição da equipe técnica em relação ao controle; tensão, conflito junto à equipe e aos demais acompanhantes; exposição do processo de trabalho e de atendimento da equipe, gerando tensão.	Modificação na relação de poder na instituição; Maior transparência do processo de atendimento; Modificação do caráter subalterno do usuário do serviço de saúde; Maior visibilidade da prestação de serviços de saúde pela rede.

O acompanhante continua exercendo a função de fiscalizar a assistência prestada e o acolhimento dado pela equipe às crianças hospitalizadas. Foi observado que os acompanhantes fiscalizam, com um rigor cada vez maior, todos os procedimentos médico-assistenciais aos quais sua criança está sujeita. Pode-se afirmar que a fiscalização tem início no momento da entrada da criança no hospital, de forma que os primeiros a serem fiscalizados são os médicos responsáveis, acompanhando todo o período de hospitalização da criança até nos procedimentos relativos à alta hospitalar.

Vale ressaltar que, dada a posição do profissional médico na hierarquia institucional, nem sempre estes são frontalmente questionados pelos acompanhantes. Desta forma, particularmente para o pessoal de enfermagem, os acompanhantes reservam todo um repertório de queixas, insatisfações e incompreensões, sobrecarregando-os com solicitações que deveriam ser encaminhadas aos médicos e outras relativas à distribuição e à qualidade das atividades técnicas desempenhadas pela equipe. Tal sobrecarga acaba tendo consequências diretas no ritmo, na intensidade e na qualidade do trabalho desenvolvido. Sendo mais "cobrados" pelos acompanhantes, os profissionais de enfermagem não respondem sozinhos à dinâmica da atenção à saúde das crianças hospitalizadas. A qualquer momento sua presença é demandada pelo acompanhante, o que em última instância, resulta no monitoramento constante da criança hospitalizada.

Este comportamento do acompanhante nem sempre é aceito por todos os membros da equipe de saúde. De forma geral, médicos se mostram menos receptivos às críticas e cobranças, quando questionados. Esta postura parece ainda guardar íntima relação com a posição de autoridade da medicina e seus representantes no campo da saúde. Quanto aos profissionais de enfermagem, nota-se uma clara divisão entre aqueles que aceitam receber críticas acerca de seu trabalho e outros que sequer admitem ouvir o acompanhante fiscalizador. Os profissionais de enfermagem que discutem seu trabalho e, muitas vezes, acatam sugestões dos acompanhantes, tendem a



valorizar a presença do acompanhante para além da ajuda que estes possam oferecer. Outros que apresentam maior resistência a ouvir as demandas dos acompanhantes tendem a valorizar preferencialmente a contribuição circunstancial que possam receber. No entanto, nada parece modificar a disposição do acompanhante em tornar mais transparentes as ações, de forma que estas lhes sejam compreensíveis, tendo um sentido e um objetivo claro a serem alcançados.

O acompanhante, ao permanecer praticamente residindo no hospital, influi de forma significativa para que sejam alteradas as relações de poder na instituição, desmontando a hierarquia institucional, na medida em que se recusa a assumir o papel de mero observador do trabalho da equipe de saúde. Neste sentido, considerando que o objetivo maior assumido pelas equipes de saúde é buscar a recuperação da criança enferma, sua presença termina por proporcionar às crianças um atendimento mais acolhedor e adequado e à equipe de saúde uma oportunidade de repensar a questão da relação usuário x equipe de saúde, tornando o primeiro como um aliado.

**Quadro 4:** A dimensão participativa do acompanhamento.

FUNÇÃO DO ACOMPANHANTE	DESDOBRAMENTOS DESTA FUNÇÃO	RECEPTIVIDADE JUNTO À EQUIPE TÉCNICA	DIMENSÕES POLÍTICO-CULTURAIS
<b>Participativa</b>	Presença afetiva junto ao paciente; Trato humanizado e politizado do atendimento; Integração da população usuária ao mecanismo de execução das políticas de saúde; Coletivização das questões referentes ao atendimento de saúde	Favorece a análise do processo de trabalho da equipe técnica e do mecanismo de implementação das políticas de saúde determinado constitucionalmente.	Apropriação do processo de implementação das políticas de saúde; Participação efetiva no atendimento ao usuário; controle social do serviço de saúde; Aliança entre equipe técnica e população usuária dos serviços de saúde; Cotidiano da população usuária atravessa a realidade institucional; materialização do conceito ampliado de saúde; Percepção das condições sociais, culturais e econômicas da população usuária; Garantia da cidadania.

A idéia de que o acompanhante deve participar ativamente do tratamento médico-social dispensado à sua criança, parece receber o estatuto de um controle social individualizado. É claro que este tipo de participação, embora extremamente relevante, não se constitui o cerne do exercício do controle social em saúde, visto que este tipo de atividade cabe aos conselhos de

saúde. Entretanto, a presença de uma pessoa cuja familiaridade com a criança em muito contribui para que os profissionais de saúde tenham um melhor acesso a criança enferma é o que de fato se configura como elemento importante neste contexto. Trata-se de uma presença que garante o afeto necessário à criança despojada de seu ambiente familiar, agora presente em outro ambiente, completamente estranho, hostil e assustador.

Por outro lado, quando os usuários do sistema público de saúde têm a oportunidade de conhecer seu funcionamento e sua dinâmica por dentro, isto os qualifica para compreender, para além dos procedimentos relativos à atenção médico-social dispensada à criança, a qualidade da política de saúde promovida pelo gestor responsável. Ao conviverem com os trabalhadores da saúde, passam a conhecer e vivenciar, cotidianamente, os problemas que estes enfrentam por conta da precarização do seu trabalho e da destinação de recursos materiais e humanos sempre insuficientes e inadequados para o atendimento de demandas cada vez mais volumosas, quando a saúde é garantida como direito humano universal.

## Considerações Finais

Este artigo procurou abordar uma dimensão pouco explorada de um vasto conjunto de direitos da criança e do adolescente no Brasil. Quando analisado de modo estrito, o direito à saúde contraria o prescrito na clássica definição da VIII Conferência<sup>1</sup> e se reduz ao acesso ao atendimento, medicamentos e hospitalização, quando necessária. Refletir sobre a qualidade de uma etapa, quase sempre evitada, não tem representado uma prioridade política, nem tem se traduzido em um tema de reflexão acadêmica. Os estudos sobre este tema se resumem a explorar a doença, a dimensão do cuidado médico e suas implicações.

Nas duas últimas décadas no Brasil, o exercício do “controle social” tem como meta a efetivação de leis que garantam direitos. Efetivar leis implica em torná-las práticas sociais e não apenas referências normativas. Exercer o controle social é, neste caso, acompanhar a gestão das políticas públicas em todos os níveis de implementação, com o objetivo de assegurar uma relação ótima entre a lei e sua execução. Uma forma de exercício do controle social no âmbito das políticas de proteção à infância e juventude pode ser incentivada com a participação da sociedade nos espaços institucionais onde os serviços são prestados. As instituições, antes fechadas, passaram a ser mais receptivas à contribuição, acompanhamento e fiscalização por parte dos cidadãos interessados.

A dimensão participativa na área da saúde, preconizada no movimento pela Reforma Sanitária, incorporada na Constituição Federal (1988) e reforçada pelas leis que defendem direitos de segmentos específicos, representa o fundamento maior do controle social. Frequentemente os conselhos de direito operam em nome dos segmentos que representam. Quando se trata da proteção de crianças e jovens, o controle social é exercido de modo duplamente indireto, na medida que os principais interessados nem sempre são capazes de reclamar seus direitos, ou mesmo escolher seus representantes. Não obstante a perspectiva do direito de crianças e jovens ser assegurada, observa-se ainda uma forte dissonância entre um poder formalmente constituído e as condições objetivas que facultam sua concretização.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram que não tem conflitos de interesse.

## Referências Bibliográficas

COLLET, N. **Criança hospitalizada**: participação das mães no cuidado 2001. Tese de (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CONANDA - CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução n. 41, de 13 de outubro de 1995. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. 1995

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro. Liv. F. Bastos, 1988

CURY, M.; DE PAULA, P. A. Garrido; MARÇURA, J. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado**. São Paulo: Ed. R. dos Tribunais, 1991.

FOUCAUT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis, Vozes, 1987.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal** . Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

RANGEL, A. M. H. et al. O Programa de Hospitalização da Criança Acompanhada (PHOCA) do Hospital Municipal Souza Aguiar: análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. **J Pediat**; v. 64, n. 6, p. 242-247, 1988.

Rangel, A. M. H. **A dinâmica cotidiana da negociação da ordem hospitalar entre profissionais de saúde e acompanhantes de crianças internadas**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz – IFF / FIOCRUZ Programa Saúde da Mulher e da Criança, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=46148](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailheObraForm.do?select_action=&co_obra=46148)>.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13, 2008. **Relatório**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>.

RIBEIRO, C. A. **Crescendo com a presença protetora da mãe**: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

## Nota

1. Segundo o relatório da VIII Conferencia Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, "Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida."

Recebido em: 14/04/2011

Aceito em: 21/03/2012