

REINTERNAÇÃO INFANTIL: DESCORTINANDO OS DETERMINANTES SOCIAIS DO FENÔMENO*

CHILD HOSPITAL READMISSION:
HIGHLIGHTING THE SOCIAL DETERMINANTS OF THE PHENOMENON

REINTERNACIONES INFANTILES:
ACLARAMENTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DEL FENÓMENO

LÉLIA MARIA MADEIRA**

Resumo

Buscando elucidar os determinantes sociais das reinternações infantis procedeu-se ao presente estudo, com os seguintes objetivos: identificar determinantes de reinternações de crianças, relacionados às suas condições de vida e aos serviços de saúde; conhecer as representações de familiares sobre o processo saúde-doença da criança que se reinterna, e evidenciar as contradições existentes entre a realidade vivida e a representação de familiares sobre o fenômeno da reinternação infantil. Os resultados, em sua essência, explicitam a determinação social das reinternações infantis e as contradições entre as reais condições de existência dessa população e as representações das entrevistadas acerca do fenômeno.

Palavras-chave: *Processo Saúde-Doença, Criança Hospitalizada, Condições Sociais.*

A assistência à criança tem sido alvo de preocupação e discussão de diversos segmentos da sociedade, sendo priorizada não só pela sua representatividade numérica mas, principalmente, devido ao crescente estado de empobrecimento da população da qual faz parte a maioria das crianças.

A preocupação com a qualidade de vida e com a assistência à saúde da criança se faz presente ao longo de duas décadas de nossa vida profissional. Como profissional da área da saúde, seja no ensino ou na assistência, lidando com a criança no domicílio, ambulatório e hospital é possível visualizar a realidade de vida da população, em sua grande maioria, pertencente ao contingente mais pobre e proveniente da periferia dos grandes centros urbanos.

Temos percebido, ao longo dos anos, uma grande contradição: há uma piora crescente das condições de vida da população, provocando aumento da demanda nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, esta população cada dia mais carente, se defronta com serviços de saúde cada vez mais ineficientes, quantitativa e qualitativamente, incapazes de atender às suas necessidades. Verifica-se a expansão da assistência hospitalar, com privilégio da cura, adotando-se tecnologia cada vez mais sofisticada. Ao mesmo tempo, o acesso aos serviços torna-se mais difícil; não ocorre a necessária integração entre os diferentes níveis de assistência, inexistindo, praticamente, o sis-

tema de referência e contra-referência, o que favorece a livre demanda e a descontinuidade da assistência nas instituições.

Percebe-se, ainda, que na maioria dos hospitais, a assistência à criança é abruptamente interrompida no momento da alta; a responsabilidade do profissional e da instituição com seu cliente encerra-se na porta do hospital, não havendo nenhuma preocupação com seu destino, ou seja:

- de onde veio a criança?
- para onde está retornando?

Esses e outros aspectos ligados à assistência e às condições de vida podem estar determinando quadros mórbidos, que se expressam pela alta incidência de internações hospitalares e, principalmente, de internações sucessivas de uma mesma criança.

A hospitalização de uma criança é uma conduta que só deveria ser efetivada quando já tivessem sido esgotadas todas as outras possibilidades de tratamento. São inúmeros os malefícios que a hospitalização pode trazer para a criança, sendo os aspectos emocionais os mais destacados pelos estudiosos do assunto, aos quais acrescentam-se outros que a hospitalização pode trazer para esta e sua família, além do custo que representa para a sociedade.^(1,2)

Ao ser hospitalizada, a criança é exposta aos agravos físicos e emocionais. Após a alta, dependendo da sua origem, volta a ser

* Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

** Doutora em Enfermagem; Professora Adjunto da Escola de Enfermagem da UFMG.

submetida às condições hostis do domicílio, que poderão afetar sua recuperação ou mesmo desencadear nova hospitalização.

Pesquisas questionam a necessidade de tantas internações de crianças e confirmam que as internações desnecessárias representam risco significativo para as mesmas. A permanência em hospitais é ameaçadora para os pequenos pacientes, interrompem suas relações com os familiares, além de expô-las às iatrogenias com conseqüências a curto e a longo prazos.

Ao se destacar as questões relativas às **reinternações infan-tis**, o presente estudo refere-se à criança na faixa etária de 0 a 12 anos, hospitalizada por mais de uma vez, independente do diagnóstico e do intervalo entre uma hospitalização e outra. Esta definição ampla se justifica, uma vez que existem poucos estudos sobre a problemática no País. Também, deixam a desejar as estatísticas hospitalares por não computarem os dados sobre reinternação ou por utilizarem critérios ou definições que não refletem a extensão do problema.

Refinetti et al.⁽³⁾ fizeram um estudo retrospectivo de crianças de 0 a 3 anos, reinternadas em um hospital do Município de São Paulo. Nesse estudo, relacionaram as reinternações ao grau de desnutrição das crianças e verificaram que este indicador eleva grandemente o número de internações na infância. Os mesmos autores mencionam a limitação da literatura sobre o tema e sugerem a implementação de pesquisas mais aprofundadas.

Atualmente, existem diversos estudiosos preocupados com as internações sucessivas de crianças, apesar de não serem referentes à nossa realidade. Estes predominam em países desenvolvidos, onde exige-se qualidade na assistência à criança e, principalmente, onde preo-cupa-se com o custo-benefício na prestação de assistência à saúde.^(4, 5, 6, 7)

A realidade concreta do cotidiano da saúde da criança brasileira aponta a precariedade não só das condições de vida dessa população, como também dos serviços de saúde. Portanto, o presente estudo busca elucidar a problemática das reinternações em pediatria, reafirmando a importância deste objeto feno-mênico e de suas interfaces, sob a ótica do materialismo histó-rico e dialético, com os seguintes objetivos:

- identificar determinantes de reinternações de crianças, relacionadas às suas condições de vida e aos serviços de saúde;
- conhecer as representações de familiares sobre o processo saúde-doença da criança que se reinter-na;
- evidenciar as contradições existentes entre a realidade vivida pela família e a representação de familiares sobre o fenômeno da reinternação infantil.

Método

O estudo das rehospitalizações infantis, suas interfaces com a condição de vida e com a qualidade da assistência prestada e a representação social do processo saúde-doença sob a ótica do usu-ário, indicam o materialismo histó-rico e dialético (MHD), dentro do leque de referenciais teórico-filosóficos, como referencial de escolha, uma vez que se propõe a estudar a realidade das rehospitalizações infantis, buscando suas multideter-

minações e as representações soci-ais dos sujeitos envolvidos no processo.

Percurso exploratório

Cenário do estudo

Optamos por estudar o fenômeno da reinternação no Centro Geral de Pediatria (CGP) que é uma instituição pública, estadual, que atende à grande massa da população infantil de Belo Horizonte, na faixa etária de 0 a 12 anos, provenientes da Capital e de outras cidades do Estado de Minas Gerais e, em menor número, de outros Estados.

Essa instituição localiza-se no Distrito Sanitário Centro Sul, área central da cidade; está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS); oferece assistência à criança em serviços ambulatori-ais; possui uma unidade de semi-internação para crianças em observação e em terapia de rehidratação oral (TRO), e os leitos de internação estão distribuídos nas unidades de: doenças infecto-contagiosas (DIC), com 45 leitos, clínica geral com 68 leitos e centro de tratamento intensivo (CTI), com 12 leitos.

Ao nos aproximarmos da Instituição para o estudo da reinternação infantil, verificamos que esta constitui motivo de preocupação para os profissionais que nela atuam. Há o entendimento de que **reinternação** refere-se à internação da criança que retorna ao hospital, dentro do prazo máximo de 30 dias após a alta, portando **exatamente o mesmo diagnóstico** da internação anterior. No Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) o levantamento de dados de reinternação são anotados pelo funcionário leigo do setor, segundo este entendimento.

Devido à necessidade de se precisar a magnitude do problema das reinternações, foi realizado um estudo retrospectivo sobre crianças reinternadas na instituição durante o ano de 1993. Nesse estudo, foi adotada uma definição mais ampliada de reinternação, ou seja, foi considerada como **reinternada toda criança que tivesse o registro de mais de uma hospitalização, independente do diagnóstico, da idade e do intervalo entre uma e outra internação**. O estudo possibilitou visualizar a grave realidade das reinternações, não só do ponto de vista quantitativo e institucional, mas, principalmente, no que diz respeito às características das crianças que se reinternam. Verificou-se, dentre outras características, que a maioria das crianças reinternadas encontravam-se na faixa etária de 0 a 2 anos e provinham de bairros da periferia da cidade onde se localizam os bolsões de pobreza, principalmente, das favelas dos Distritos Sanitários Leste, Centro-Sul e Nordeste.⁽⁸⁾

Estes dados permitiram indicar a população alvo da etapa qualitativa da investigação e, também, definir o CGP como a Instituição de referência para o primeiro contato com o familiar da criança reinternada que se interessasse em participar da presente pesquisa.

O CGP foi, portanto, o local onde foram identificadas as crianças reinternadas e o ponto de referência para traçar a trajetória das mesmas, antes e após a hospitalização. Isto significa que, além do Hos-pital (CGP), foram englobados também os Distritos

Sanitários de origem: Centro-Sul, Leste e Nordeste e o domicílio das crianças estudadas, como cenários dessa pesquisa.

Fonte dos dados empíricos

Os dados secundários foram coletados por meio de documentos, registros e informações de profissionais do CGP, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) e dos Distritos Sanitários de origem das famílias entrevistadas.

Os dados primários foram coletados com 11 entrevistadas, 9 mães e 2 avós responsáveis pelo cuidado das crianças no momento da pesquisa, sendo 5 residentes no Distrito Sanitário Centro-Sul, 5 no Leste e 1 no Nordeste.

A coleta dos dados foi realizada ao longo do estudo, no período de agosto de 1993 a dezembro de 1995, sendo que os dados primários foram coletados em momentos e locais diferentes, ou seja, no Centro Geral de Pediatria (GCP) e durante visitas domiciliares, utilizando-se de um questionário, um roteiro de entrevista semi-estruturada e da observação de campo como instrumentos de obtenção das informações.

Os depoimentos das mães/avós foram submetidos à técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e Savioli.⁽⁹⁾ Os temas depreendidos dos discursos constituíram-se em categorias empíricas, relacionadas à problemática das reinternações das crianças e que serão apresentadas e analisadas posteriormente.

Perfil social da população infantil

Focalizando-se a reinternação infantil como objeto do estudo e suas interfaces com as condições de vida, produção e consumo, faz-se imprescindível o conhecimento do perfil social da população.

Em se tratando da população jovem de 0 a 17 anos, segundo informações do Censo Demográfico de 1991, 72% das crianças e adolescentes brasileiros residiam nas áreas urbanas e 28 % em áreas rurais.⁽¹⁰⁾

Sabóia⁽¹¹⁾ estudando a evolução da distribuição de renda e da pobreza em regiões metropolitanas do País durante a década de 80, afirma que a distribuição de renda no Brasil encontra-se entre as piores do mundo. Utilizando a renda mensal per capita de até fi salário mínimo como indicador do limite de pobreza verificou que, em 1989, 30,1% das pessoas nas regiões urbanas podiam ser consideradas pobres, sendo os jovens, crianças e adolescentes até 17 anos, os mais atingidos pela pobreza.

Em 1989, o Brasil contava com 41% de sua população, 59 milhões, na faixa etária de 0 a 17 anos e desta, cerca da metade, 50,5% faziam parte de famílias que viviam na faixa de pobreza (renda mensal per capita de até fi salário mínimo) e 27,4% viviam em famílias que percebiam / ou menos do salário mínimo.⁽¹²⁾

Na região metropolitana de Belo Horizonte, Sabóia⁽¹¹⁾ verificou que, apesar de ter havido redução das taxas de pobreza na última década, em termos absolutos havia mais pobres em 1989, 960 mil; do que em 1981, 830 mil. Ressalta que, no final da década, a pobreza atingia 38,3% da população jovem até os 17 anos, nesta cidade.

Quanto aos aspectos relativos à morbi-mortalidade infantil sabe-se que a faixa-etária mais vulnerável está nos primeiros anos de vida e que a desnutrição, desencadeadora de uma série de outros agravos à saúde, acomete as crianças urbanas mais precoce-mente. Analisando as tendências da mortalidade infantil no País, de 1980 a 1988, Ortiz⁽¹³⁾ mostra que houve uma redução de 76 por mil nascidos vivos em 1980 para 51 por mil nascidos vivos em 1987. No entanto, o autor menciona ser este coeficiente muito alto se comparado com outros países em condições similares de desenvolvimento.

Embora os dados apontem para um processo real de declínio da mortalidade infantil no País, existem ainda extensas áreas onde esta persiste em níveis muito elevados, especialmente nas classes e estratos sociais mais pobres e/ou menos instruídos que consti-tuem grande parte da população de regiões mais atrasadas econômica e socialmente. Como exemplo, tem-se a taxa de mortalidade infantil em 1989, na região Sudeste, 33 por mil nascidos vivos e, no Nordeste, 75 por mil nascidos vivos.⁽¹⁴⁾ Neste documento afirma-se que, dentre os fatores sociais, os mais importantes para se considerar em estudos sobre a mortalidade infantil são: condições ambientais, oferta de serviços de saúde, educação materna, renda familiar, deficiências nutricionais e baixo peso ao nascer.

A cidade de Belo Horizonte, com uma população de 2.038.176 habitantes, em 1990, apresentava uma taxa de mortalidade infantil de 35,7 por mil nascidos vivos sendo as principais causas de óbi-tos de menores de 1 ano: causas perinatais, 51,0%; doenças do aparelho respiratório, 16,2%; doenças infecciosas e parasitárias, 13,0%; anomalias congênitas, 7,0%; desnutrição e anemias, 6,6%, dentre outras.⁽¹⁵⁾ Estas taxas, refletindo a realidade de todo o País, apresentam enormes diferenças em sua distribuição interna, mostrando o mesmo padrão de qualquer grande cidade brasileira. Fundada em 1701 e transformada em Capital do Estado de Minas Gerais em 1897, a cidade é dividida em 9 Administrações Regionais que, por sua vez, são compostas por 6 departamentos: administração e finanças, controle urbano, desenvolvimento econômico e social, distrito sanitário, educação e manutenção,^(16, 17) sendo os Distritos Sanitários organizados de acordo com a distribuição das Administrações Regionais.

Retomando-se os dados do estudo retrospectivo realizado no CGP, no ano de 1993, constatamos o significativo número de crianças reinternadas provenientes dos Distritos Sanitários Leste, Centro-Sul e Nordeste. Essa distribuição das crianças segundo o distrito sanitário de origem mostra certa consonância com os dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) e pela Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL), relativos à distribuição da população residente em áreas de risco e mortalidade infantil por distrito sanitário. Os 3 distritos de maior afluência de crianças para reinternação, Leste, Centro-Sul e Nordeste, contêm considerável parcela da população em áreas de risco (23,7%; 21,8% e 12,8% respectivamente) e também apresentam taxa de mortalidade infantil superior à do Município que é de 36,6/1.000 nascidos vivos, sendo de 56,7/1.000 nascidos vivos para o Distrito

**REINTERNAÇÃO INFANTIL:
DESCORTINANDO OS DETERMINANTES SOCIAIS DO FENÔMENO***

Sanitário Leste; 44,1/1000 nascidos vivos para o Distrito Sanitário Centro-Sul e 37,3/1000 nascidos vivos para o Distrito Sanitário Nordeste.⁽¹⁸⁾

Aproximando-se um pouco mais da realidade de vida dessa parcela da população realizou-se o mapeamento dos bairros com maior número de crianças reinternadas no período, o que indicou com nitidez sua localização na periferia do município onde reside a população carente de recursos, ou seja, os socialmente excluídos.

Os resultados do estudo, dentre outros aspectos, reforçaram a necessidade de se dar continuidade e de se aprofundar no conhecimento do fenômeno da reinternação infantil, direcionando o caminho a ser trilhado na busca de respostas para o problema da reinternação, diretamente com aqueles que a estão vivenciando.

Como já foi mencionado, foram entrevistadas 11 famílias, sendo 5 residentes no Distrito Sanitário Leste, 5 no Centro-Sul e 1 no Nordeste, e em todas elas as entrevistas foram realizadas com mulheres mães ou avós, por serem estas as que efetivamente cuidavam das crianças por ocasião do estudo. Foram entrevistadas, na presença das mães, duas avós que se mostravam melhor informadas sobre as respectivas crianças.

Partindo-se das informações coletadas das famílias que compuseram o estudo verificou-se que a faixa etária das crianças variava entre 3 meses a 1 ano e 11 meses, estavam vivenciando de 2 a 4 internações, à exceção de Marika, com 1 ano e 11 meses, que já estava em sua 9ª internação. A maioria das entrevistadas relata estar fazendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo apenas 4 em Postos de Saúde, as demais no Ambulatório do CGP ou com especialista, e 3 delas afirmaram nunca terem feito acompanhamento de saúde da criança. Quanto aos diagnósticos de internação, seja da internação atual ou das anteriores, mais uma vez, constata-se a preponderância das doenças respiratórias, seguidas das doenças digestivas, infecciosas e carenciais, incluindo 2 crianças portadoras de doença cardíaca congênita.

A tabela 1 mostra as principais características sócio-econômicas das famílias e que apresentam implicações diretas sobre o processo saúde-doença, não só da criança alvo do estudo, mas também para todos os componentes da família.

A faixa etária das mães variou entre 19 e 40 anos; estas apresentam nível de escolaridade de 1º grau incompleto, sendo que IRC relata ter concluído o 1º grau e parado seus estudos no 1º ano do 2º grau. Coerente com o nível de escolaridade, encontra-se o relato das ocupações das mães, todas relacionadas àquelas que não exigem qualificação específica, como trabalho doméstico, de faxina, de lavadeira, além da maioria que menciona estar desempregada.

Mesmo estando patente o decisivo papel das mães e avós na responsabilidade do sustento e no cuidado dos filhos/netos, ao serem questionadas sobre o chefe da família, a maioria das entrevistadas mencionou a figura masculina, o pai ou o avô. Somente 2 entrevistadas declaram ter a avó materna como chefe da família. Por sua vez, os chefes das famílias têm ocupações similares às das mães do ponto de vista da desqualificação, quando não estão desempregados, à exceção do pai de Karine, casado com IRC, que é comerciante. Nessa exceção, IRC, além de apresentar o mais alto nível de escolaridade entre as entrevistadas, se dedica ao trabalho voluntário como crecheira.

A renda familiar mensal, em geral, tem uma contribuição pouco expressiva das mães, e, em sua maioria, revela as condições de vida das famílias. Considerando-se o número de residentes no domicílio, a renda familiar per capita não ultrapassa fi salário mínimo que é o indicador de pobreza utilizado pelos estudiosos do assunto.⁽¹²⁾ Analisando-se as informações referentes à renda familiar destacam-se 2 famílias - de IRC e MRT - que possuem renda diferenciada; a primeira porque o marido possui negócio próprio e a segunda porque, apesar de residir em área de favela, possui um imóvel de 2 pavimentos sendo um deles alugado. No outro extremo, encontram-se as famílias de NB e EMA que, no momento da pesquisa, estavam sem nenhuma fonte de renda, vivendo com a ajuda de amigos e parentes,

Tabela 1 - Características sócio-econômicas da família

Mãe*	Idade (a)	Escol. mãe	Ocupação mãe	Ocupação chefe	R. F. mensal	Nº Pessoas
MAS	35	4ª série	desempregada	servente pedreiro	1,5 SM	3
NB	29	2ª série	faxineira (esporádico)	desempregado	variável	5
MPM*	20	5ª série	desempregada	ajudante (esporádico)	1,5 SM	13
EMA	31	4ª série	desempregada	desempregado	variável	4
CS	22	6ª série	lavadeira (esporádico)	faxineira c/ carteira	3 SM	15
SMS	19	2ª série	desempregada	doméstica c/ carteira	1 SM	4
IRC	24	1º ano - 2º grau	crecheira - voluntário	comerciante	5 SM	5
MRT	21	3ª série	lavadeira (esporádico)	pedreiro	5,7 SM	5
RCA	20	5ª série	desempregada	aux. escritório	1,5 SM	3
MGC	40	3ª série	dom. c/ carteira	servente pedreiro	2,5 SM	9
NGC*	19	4ª série	dom. s/ carteira	aposentado	4,5 SM	8

* Apesar de terem sido entrevistadas as avós, neste quadro decidiu-se destacar as características das mães a fim de homogeneizar as informações.

sendo que NB relata que o companheiro está doente e ainda pagam aluguel na favela onde moram.

Houve predomínio de famílias com 2 e 3 filhos vivos, merecendo destaque à família de MGC que relata 11 gestações, com 1 aborto e 2 filhos falecidos no primeiro ano de vida.

Verifica-se que, em relação às condições de moradia, 2 famílias pagam aluguel e o restante possui casa própria, sendo que mais da metade das casas são de 1 e 2 cômodos. As construções são todas de alvenaria, apesar de nem todas serem rebocadas e de todas as coberturas serem de telha de amianto sem lage, o que facilita a ocorrência de umidade, fiação e mofo por ocasião das chuvas.

As famílias, em sua maioria, ainda vivem em precárias condições de saneamento básico: 4 utilizam água canalizada cedida pelo vizinho e uma família usa água de caminhão pipa fornecido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), porque o bairro não conta com rede de abastecimento d'água; o esgotamento sanitário é precário, havendo relato do uso de fossa, esgoto a céu-aberto e uma família que faz suas necessidades no urinol, e 5 famílias não são beneficiadas com a coleta domiciliar de lixo, informando que o mesmo é queimado ou jogado em áreas abertas próximas ao domicílio.

Quanto aos serviços de saúde é interessante destacar que todas relatam a existência de postos de saúde nos bairros. No entanto, ao serem questionadas sobre o uso desse serviço, apenas 3 recorrem ao posto de saúde de sua área de residência; a maioria procura pronto-atendimento de hospitais, tal como o Ambulatório do CGP, que implica na necessidade de dispêndio de dinheiro para condução e tempo para chegar até o hospital. Como motivo da não utilização do posto de saúde mais próximo, elas apontam a falta de garantia de atendimento para a necessidade do momento. Estas informações são compatíveis com as referentes à conduta da família quanto à trajetória da criança antes da internação atual. Com exceção de 2 crianças que foram encaminhadas para internação a partir de consultas pediátricas em postos de saúde, as demais procuraram atendimento médico em ambulatórios de hospitais, seja para controle pós-alta (3 crianças) ou mesmo buscando pronto-atendimento (6 crianças no ambulatório do CGP).

Com a apresentação desses dados coletados das entrevistadas pretendeu-se revelar alguns traços do perfil social das mesmas, principalmente para mostrar sua similaridade com indicadores mais amplos já apresentados no trabalho. Acredita-se que esta pequena população de 11 famílias possa refletir, em suas condições de existência, a realidade vivida por uma parcela significativa de cidadãos brasileiros.

Apresentação e análise das representações

Nesse momento, propõe-se analisar as contradições inerentes à realidade vivida pelas famílias pesquisadas e seu modo de pensar essa realidade, expresso em suas representações do fenômeno da reinternação da criança.

Os questionamentos feitos às mães e avós acerca da problemática das reinternações das crianças permitiram-lhes a reflexão e a expressão de suas representações, não só sobre o

fenômeno em sua especificidade, como, também, sobre a qualidade da assistência que tem sido oferecida pelos Serviços de Saúde e sobre suas condições de vida.

Neste sentido, procedeu-se à análise dos discursos das entrevistadas e, a partir dos temas apreendidos, foi possível a formação de 4 categorias empíricas.

Assistência institucional oferecida à criança

As representações das entrevistadas sobre as repetidas internações da criança expressam, de forma concreta, o imediatismo do seu cotidiano, uma vez que estão vivenciando a reinternação do filho/neto no momento da entrevista e tiveram a mesma experiência com as internações anteriores, em passa-do muito recente.

As entrevistadas são unânimes em apontar deficiências na assistência hospitalar recebida anteriormente, como principal motivo da doença/internação atual da criança:

- "...eu não gostei, porque ele não foi bem cuidado, né. As vezes que eu tive lá e que eu ia falar alguma coisa eu não era bem aceita, né. ...Ele saiu, eu creio, que pior do que ele entrou, né. Porque ele entrou com broncopneumonia só, ele não entrou com varicela, ele não entrou com desidratação, né, ele tava simplesmente com broncopneumonia. E ele saiu cansado do mesmo jeito, com varicela, né, todo assadinho!"

As dificuldades de acesso à internação, a falta de um sistema organizado e eficiente de referência e contra referência entre os diversos serviços e a péssima qualidade da assistência recebida, podem ser inferidos pelos depoimentos das entrevistadas.

Nas descrições do concreto vivido pelas mães/avós em suas idas e voltas aos diferentes serviços de saúde em busca de assistência para o filho/neto doente, percebem-se as contradições entre o que se preconiza como responsabilidade do Estado e direito do cidadão, do que em realidade sucede. Chauí⁽¹⁹⁾ discorrendo sobre ideologia, ressalta as contradições existentes entre as forças produtivas e as relações sociais que são mantidas ocultas nos discursos acerca dos direitos dos cidadãos. Afirma-se que saúde é direito de todo cidadão; no entanto, isto não ocorre na realidade como pode ser confirmado na fala das entrevistadas. A contradição se encontra no fato de que aqueles (os trabalhadores) que subsidiam a saúde com o imposto oriundo do seu trabalho são, ao mesmo tempo, excluídos dos benefícios do sistema, ou seja, não usufruem dele por não terem acesso ou mesmo porque lhes sobram as escórias da assistência.

No momento que são capazes de perceber a baixa qualidade da assistência hospitalar e sua associação com a piora do estado de saúde da criança e mesmo como fator desencadeante de novas hospitalizações, algumas responsáveis pelas crianças arriscam reivindicar melhores condições de assistência, embora deixem transparecer no seu discurso o respeito pela onipotência do profissional médico, sendo o mesmo mencionado até como "representante de Deus":

- "Porque às vezes no caso, a gente leva 2, 3 vezes, dá o remédio e a gente volta novamente e com o mesmo problema. ... Para

internar lá, eu tive que ir lá, o que... 3 vezes. ... Na 3ª vez que eles foram descobrir que o menino estava com pneumonia! Mesmo assim porque eu quase briguei, pedi, fiquei cutucando para poder conseguir o raio X. Senão não conseguia, se eu não tivesse brigado mesmo, né! Desacatado até a médica. Porque isto é um desacato, né!"

Para Minayo,⁽²⁰⁾ na sociedade capitalista onde as relações sociais se fazem a partir da diferenciação de classes, as concepções sobre saúde-doença estão marcadas por contradições, não expressando essas desigualdades nem explicitando os efeitos do modo de produção sobre a vida e a morte dos indivíduos. Ao contrário, as formulações ideológicas embutidas nas representações tentam escamotear as contradições da vida real.

Continuando a abordagem sobre a assistência hospitalar, as entrevistadas expressam suas percepções sobre o sistema de internação conjunta, prática adotada no Centro Geral de Pediatria (CGP) e pouco freqüente nos hospitais privados, ressaltando seus benefícios para a mãe acompanhante e para a criança, principalmente, ligados a seu processo de recuperação.

Em se tratando da internação conjunta, todas ressaltam seus benefícios e consideram estar sendo agraciadas pelo hospital ao permitir-lhes acompanhar o filho/neto doente. Nenhuma entrevistada mencionou ter conhecimento de que a internação conjunta é um direito da família, já consagrado na legislação sobre os direitos da criança e do adolescente e que, como cidadã, poderia estar reivindicando esse direito.

Causas de doença/internação da criança

Além de mencionarem as deficiências dos serviços de saúde como determinantes ou desencadeantes imediatos das doenças/reinternações das crianças, as entrevistadas também apontaram outras causas, tais como as relacionadas à falta de cuidados maternos e de uma boa alimentação para a criança. Entretanto, percebe-se nas falas que, em geral, ao se constatar o descuido materno como fator determinante ou desencadeante de doença/reinternação da criança, a entrevistada coloca-se fora da situação, ou seja, está sempre se referindo à outra pessoa, tal como a avó se referindo à mãe da criança ou a mãe se referindo a uma conhecida. A frase temática abaixo expressa as verbalizações das entrevistadas:

- Em muitos casos ocorre a internação por causa dos pais que não tratam a criança corretamente (medicamento certo em horário certo).

SMS, mãe de Marcos, interroga-se a si mesma se é por descuido seu que a criança precisa ser internada e afirma:

"Descuidado... ah, descuidado num é, né! ...Que eu faço de tudo pra ele.....Deve é frio... pra mim só pode ser! ...que tem vez que eu descuido dele um pouquinho, tem vez que eu tô lavando roupa, ele tá ali comendo terra. Enche a boca de terra, quando cê vai ver, chega até engasgando, de tanta terra. Num sei se é mingau mal cozido... eu cozinho muito bem!"

Na fala dessa mãe percebe-se o grande conflito em admitir que pode ser por culpa sua que a criança adoeece; demonstra uma relativa consciência de que a saúde do filho depende de

seu cuidado mas, ao mesmo tempo, procura se convencer de que está fazendo o melhor por ele.

A falta de recursos financeiros para a sobrevivência da família e para suprir as necessidades da criança após a hospitalização foi indicada por algumas entrevistadas como determinante de novos quadros mórbidos e conseqüente reinternação:

"...Porque dentro de casa a gente não tem condições! Condições assim, porque o pai dela fica mais desempregado do que trabalha e eu também num tô trabalhando! Tem hora que ela precisa de um remédio lá em casa eu não tenho dinheiro pra comprar... Precisa de um alimento direito, num tem dinheiro pra comprar. Então, passo aperto mais é por causa disto."

Aliadas à falta de recursos financeiro para a subsistência básica da família, ressaltam-se as condições ambientais, considerando-se as condições insalubres em que mora a maioria das entrevistadas. São mencionadas diversas condições insalubres que podem estar provocando ou desencadeando doenças nas crianças, no entanto, quase todas se referem a estas como sendo condições próprias da natureza, tais como: mudanças climáticas (frio e calor), vento, poeira, umidade, etc. Poucas foram aquelas que demonstraram ter clareza das deficiências de suas condições de moradia, como pode ser visto no fragmento do discurso:

"...A poluição daqui, só essa poluição daqui já contribui muito com a enfermidade! Num tem uma rede de esgoto...já contribui demais com a enfermidade! ...poeira afetada, né... É tudo jogado aí pras ruas... a céu aberto... Isso facilita para que as crianças adoecem direto, né! Por mais que as mães tenham cuidado, elas não conseguem evitar que o filho não adoeca!"

Crenças e mitos relacionados ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança, bem como ao processo saúde-doença, surgiram nos discursos das entrevistadas:

- A ocorrência de diarreia é devido à erupção dentária (criança de 4 meses), portanto só levou a criança ao médico após a piora do seu estado geral.

Depara-se, mais uma vez, com a tentativa das mães/avós em atribuírem às causas naturais a determinação da doença/internação da criança. Entretanto, nas entrefalas, é possível depreender as contradições que permeiam essas assertivas pois, mesmo sentindo-se impotentes face ao determinismo das doenças, elas também acreditam que, em sua maioria, as condições mórbidas dos filhos podem ser oriundas de alguma falta sua, cometida por ocasião da gravidez, tais como: não ter tomado vitamina; exposição à friagem, umidade, chuva e trabalho pesado. Com isso, demonstram enorme sentimento de culpa pela situação do filho e se apegam às causas da natureza como uma forma de amenizar esse sentimento.

Uma sociedade capitalista, dominada pelos interesses das classes privilegiadas, tem no seu sistema de saúde o reflexo desse domínio. Assim, a busca de soluções para os problemas das classes subalternas, em geral, ficam relegadas a segundo plano. Conforme afirma Minayo,⁽²⁰⁾ as doenças relacionadas às precárias condições de existência são, apenas, superficialmen-

te, abordadas como tal. Ao contrário, "são socialmente "desconstruídas", despidas de seu caráter social e transformadas em "culpa", "descuido", "ignorância popular". A compreensão de seu caráter apela para mudanças sociais abrangentes que se referem ao conjunto das relações de produção e reprodução"⁽²⁰⁾

Sentimentos face à internação da criança

As entrevistadas foram levadas a refletir sobre seus sentimentos relativos à experiência de terem seus filhos/netos reinternados. Os discursos evidenciam a profundidade do significado da hospitalização da criança; muitas representam a experiência vivida como sendo sinônimo de perda da criança, uma vez que a constatação de um estado mórbido não controlável no domicílio e a conseqüente necessidade de hospitalização levam à incerteza quanto ao processo de recuperação e à insegurança quanto ao que será feito com a criança no hospital. Estes sentimentos ficam patentes no fragmento do discurso:

"Ah, meu coração doía! Porque desde quando ele nasceu era só hospital, só hospital. ...Como é que eu vou ficar com o menino doente dentro de casa? Fazer o quê? Tem aquele ditado em primeiro lugar Deus, em segundo os médico, mais fazer o quê? Pegar na mão de Deus e pedir, mais nada, né. E levar ele, pra vê o que que faz. ...o médico falou pra mim que precisava. Fazer o quê? Falar que não, vou teimar, se ele é médico, ele é que sabe, num posso fazer nada ..."

Além de muito medo de perder o filho, ou seja, de que este venha a falecer no hospital, estão presentes e associados diversos sentimentos, tais como: preocupação com os outros filhos e familiares que ficaram em casa; pena da criança que está sendo exposta aos procedimentos hospitalares traumáticos (punções venosas) e muita tristeza, sempre verbalizada.

As entrevistadas também percebem os sentimentos da criança em relação à internação e se referem à experiência como sendo emocionalmente difícil para ela.

Faz-se necessário observar que todos esses sentimentos expressos pelas mães/avós deixam transparecer a forte sensação de incapacidade, de impotência e conseqüente aceitação face à situação de reinternação da criança. Mesmo sendo capazes de identificar causas determinantes/desencadeantes das doenças/internações das crianças, em nenhum momento questionam se o filho/neto, realmente precisaria ter sido levado ao hospital. Muito ao contrário, referem-se sempre à internação/reinternação como uma situação dada, decidida por uma autoridade, o médico, e sobre a qual elas nada podem fazer.

Minayo,⁽²⁰⁾ falando sobre as diferentes formas de representar a doença, destaca as "doenças do espírito" que são "doenças sentidas", e diz que estas representam um dos maiores desafios para a medicina biomédica. Este modelo é capaz de propor a cura de uma doença localizada, mas não possui instrumentos para lidar com as sensações experimentadas no corpo, marcado pela exclusão dos bens necessários à manutenção da vida individual e social.

Com a expressão de seus sentimentos e de como percebem os efeitos da hospitalização sobre a criança, as entrevista-

das mostram como têm vivenciado a experiência com o filho/neto hospitalizado.

Prevenção das doenças/internações

Da mesma forma como vêem os determinantes das doenças /internações das crianças como fatores externos, fora de seu alcance e de seu controle, as entrevistadas, em sua maioria, apontam soluções também vinculadas e dependentes de terceiros. Como o acesso e a qualidade da assistência institucional foram mencionados como principais causadores de reinternações, as mães/avós percebem os serviços de saúde, em especial os médicos, como os responsáveis imediatos pela possível prevenção de novas hospitalizações. Assim, as reinternações poderiam ser evitadas com:

- prescrições médicas adequadas (remédios, vitaminas, dietas);
- prescrição do medicamento certo para ser ministrado em casa;
- distribuição suficiente de medicamentos pelos postos de saúde.

Algumas entrevistadas vislumbraram a melhoria das condições de saúde num horizonte mais coletivo que exija participação popular e sendo de responsabilidade do Estado, como expressam as frases temáticas abaixo. Para elas, as doenças/reinternações da criança poderiam ser evitadas com:

- educação para a saúde para a população, nas vilas e nas escolas, promovida pelo governo, por intermédio dos postos de saúde;
- envolver ativa participação coletiva: conversar, dialogar, até brigar.

Conforme menciona Minayo⁽²⁰⁾, as representações sociais não são necessariamente conscientes; são uma mistura das idéias das elites, das grandes massas, de filosofias correntes, e expressam as contradições vividas no plano das relações sociais de produção. Por isso, nelas estão presentes elementos tanto de dominação como de resistência, tanto das contradições e conflitos quanto do conformismo.

As entrevistadas, em sua maioria, deixam transparente em seus discursos a percepção da doença/reinternação como algo inevitável, associado ao destino da criança e que as decisões de se ter saúde e, portanto, evitar as internações sucessivas estariam nas mãos de Deus e seriam benesses concedidas aos privilegiados.

A compreensão crítica do processo saúde-doença não é fácil para as classes dominadas. Além de estarem impregnadas pelas concepções dominantes, legitimando o poder do grupo dominante ao atribuir vocação salvadora ao médico, atribuem ainda a razão e o futuro da humanidade à sua reconciliação com Deus. Por um lado, reafirma-se o poder de um grupo sobre o mal, por outro, transfere-se para o transcendente a causa e a solução da infelicidade.⁽²⁰⁾

Essa visão de inevitabilidade da doença/reinternação da criança pode ser confirmada no fragmento do discurso abaixo:

"Ah, é o destino, num é não? ...Cada um tem um destino, ué. Eu tenho o meu destino, ele tem o dele, o destino dele. O destino dele é esse. ...Eu tenho o meu destino de ficar só dentro de casa, a Senhora num tem seu destino de trabalhar? Então, ele também tem o destino dele, só fica no hospital, internado, sofrendo, tadinho, já nasceu sofrendo!... Fazer o quê?"

A avó lembra de um filho que faleceu no primeiro ano de vida com quadro semelhante ao da neta e diz:

"Sei lá. Começou assim também, tossindo igual ela tá. Começou tossindo e, em casa, num teve jeito... eles tratou no hospital, num teve jeito também. Que tinha que morrer mesmo, né! Quando tem que morrer novo, morre novo. Quando tem que morrer velho, morre velho!"

As representações das mães/avós acerca dos determinantes das reinternações, seja no que se refere à qualidade da assistência recebida, aos fatores ligados às condições familiares ou mesmo no que diz respeito às próprias emoções ao enfrentar as reinternações das crianças, são permeadas pelas contradições dialéticas e, em sua essência, expressam uma visão ingênua, permeada pelas ideologias dominantes, sobre os determinantes do processo saúde-doença da criança.

Síntese

A compreensão dos determinantes sociais das reinternações infantis sob a ótica do materialismo histórico e dialético indicou a análise do fenômeno das reinternações em sua especificidade, das condições reais de existência das famílias que compuseram o estudo e das representações das entrevistadas acerca do processo saúde-doença das crianças. No entanto, faz-se necessário ir mais além para captar a essência do fenômeno em estudo, para buscar compreender o geral, por meio das expressões do singular e do particular e, principalmente, para elucidar as contradições que permeiam o modo de vida dessas famílias e o seu pensar acerca dele. Esse movimento, permitido e orientado pelo método dialético, visou compreender a realidade estudada, não só quanto aos aspectos de manutenção do status quo mas, principalmente, no sentido de elucidar aqueles que possuem o germe da transformação dessa mesma realidade.

O conhecimento do modo de vida, das condições de assistência, retratados pela representação social do processo saúde-doença da criança permitiu explicitar as contradições dialéticas existentes entre a forma de viver dessas pessoas e como elas pensam esse viver. Nesta análise identificou-se, por meio do movimento de consciência das entrevistadas, a existência de uma visão ingênua acerca do processo saúde-doença da criança, permeada pelas ideologias dominantes, próprias de uma sociedade capitalista. Ao mesmo tempo, a busca das contradições dialéticas permitiu também identificar alguns flashes de consciência crítica, no momento em que algumas entrevistadas foram capazes de apontar com objetividade os determinantes de doenças/internações de seus filhos/netos. Apesar disso, elas ainda não conseguem fazer nenhum movimento para mudar a situação em que se encontram. Seria necessário

o desencadeamento de um processo que lhes permitisse a mudança da consciência ingênua para outra mais crítica e, nesse sentido Lowy,⁽²¹⁾ reafirma a visão marxista de que a transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade são processos que caminham juntos. É na medida que lutamos para transformar a realidade que a entendemos, e é na medida em que melhor a entendemos que mais lutamos para transformá-la.

A realidade descortinada impõe o redirecionamento do olhar para a práxis dos profissionais da saúde, em especial, para os profissionais da enfermagem. A necessidade de mudança de uma consciência ingênua para outra mais crítica só será possível junto à atuação desses profissionais. Faz-se imprescindível a implementação de ações educativas junto a essa população, dentre tantas outras a médio e longo prazos, para que as pessoas possam, de alguma forma, tomar consciência da situação em que vivem e, assim, se fortalecerem. É necessário esse trabalho junto à população marginalizada para que as pessoas sintam-se muito mais construtoras da própria história do que meras expectadoras, apenas recebendo os impactos de decisões tomadas por representantes de classes dominantes.

Kaseje,⁽²²⁾ discorrendo sobre o papel da enfermagem na assistência à saúde de populações que vivem em contextos de extrema injustiça social, afirma que compete à enfermagem trabalhar em favor das populações vulneráveis, reivindicando do governo o respeito aos direitos humanos, com reconhecimento do status da mulher e a credibilidade nos cidadãos, redução dos gastos indevidos e maior investimento no setor social, dentre outras, para que seja possível "eliminar a pobreza e não os pobres".

Summary

Trying to elucidate the social determinants of child hospital readmissions, we have carried this project with the objectives: a) to identify the factors related to living conditions and to the health services that contribute to the readmission, b) to determine the parents' understanding of the health/illness process of the readmitting child and c) to highlight the dialectics contradictions between the life and health conditions and the parents' representation on their child readmission. The results highlight the social determinants that relate to child readmission and the contradictions between their living conditions and the parents' representation about their child readmission observed in the interviews.

Key-words: Health Disease Process, Child, hospitalized, Social Conditions

Resumen

Buscando aclarar los determinantes sociales de las reinternaciones infantiles se condució al presente estudio, con los objetivos que se siguen: identificar los determinantes de las reinternaciones de niños, relacionados con las condi-

ciones de vida y con los servicios de salud; conocer las representaciones de los familiares acerca del proceso salud-enfermedad del niño que vuelve a se internar y evidenciar las contradicciones existentes entre la realidad vivida y la representación de los familiares acerca del fenómeno de la reinternación infantil. Los resultados, en su esencia, muestran la determinación social de las reinternaciones y las contradicciones entre las reales condiciones de existencia desta población y las representaciones de las entrevistadas acerca del fenómeno.

Unitermos: *Proceso Salud Enfermedad, Niño Hospitalizado, Condiciones Sociales*

Referências Bibliográficas

- 1 - Barbosa LT. Aspectos psico-sociais da assistência à criança. São Paulo: Nestlé - Serviço de Informação Científica, s.d. (Temas de Pediatria, 9).
- 2 - Ranna W et al. Atuação da equipe multidisciplinar em enfermagem pediátrica com pais participantes. *Pediatria*, 1993; 15 (2):5-11.
- 3 - Refinetti P et al. Análise das reinternações e estado nutricional em crianças hospitalizadas. *J. Pediatr.*, 1982; 52 (5):331-4.
- 4 - Douglas JWB. Early hospital admissions and later disturbances of behaviour and learning. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 1975; 17 (4):456-80.
- 5 - Wynne J, Hull D. Why are children admitted to hospital? *Br. Med. J.*, 1977; 2 (6095):1140-42.
- 6 - Kitchen WH et al. Health and hospital readmissions of very low-birth-weight and normal-birth-weight children. *Am. J. Dis. Child.* 1990; 144 (2):213-8.
- 7 - Spencer NJ, Lewis MA. Multiple admissions under 2 years of age. *Arch. Dis. Child.*, 1991; 66 (8):938-40.
- 8 - Madeira LM et al. Reinternação pediátrica: conhecendo a magnitude do problema. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem - UFMG, 1995. (Mimeografado)
- 9 - Fiorin JL, Savioli FP. Para entender o texto: leitura e redação. 8ª ed, São Paulo: Ática, 1994.
- 10 - Censo Demográfico 1991. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 199__ . (Minas Gerais, 18).
- 11 - Saboia J. Distribuição de renda e pobreza metropolitana no Brasil. In: Minayo MCS (Org.) O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua no Brasil. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993; cap. 2:31-64.
- 12 - Ribeiro R., Saboia AL. Crianças e adolescentes na década de 80: condições de vida e perspectivas para o terceiro milênio. In: Rizzini I. (Org.) A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1993: 15-39.
- 13 - Ortiz LP. Características da mortalidade no Brasil - São Paulo. In: Spinola AWP et al. (Coord.) Pesquisa social em saúde. São Paulo: Cortez, 1992: 152-65.
- 14 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro, 1992; v. 4
- 15 - Minas Gerais. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral. Superintendência de Estatística e Informações. Boletim Bioestatístico. 1990.
- 16 - Oliveira OVM. Apresentando o Centro de Saúde Boa Vista: partindo do nível nacional, municipal e distrito sanitário para entender uma unidade local de saúde. (Monografia, Especialização) Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1993.
- 17 - França LP. Análise da assistência prestada pelo Centro de Saúde Salgado Filho da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, situando-o dentro da Administração Oeste, no ano de 1993. (Monografia, Especialização) Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1993: 48
- 18 - Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto de vigilância à mortalidade infantil. Belo Horizonte, 1993.
- 19 - Chauí M. O que é ideologia. 13ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- 20 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.
- 21 - Lowy M. Ideologia e ciência social: elementos para uma análise marxista. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- 22 - Kaseje D. The role of nursing in health care in the context of unjust social, economic, and political structures and systems. *N & HC: Persp. Com.*, 1995; (16): 209-13.