

Subjetividade e cuidado na hospitalização pediátrica

RESUMO

Objetivo: Compreender como a subjetividade da criança é interpretada e atendida pelos profissionais de saúde na internação hospitalar. **Método:** Foi realizado um levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde, com as palavras chave: subjetividade e hospitalização; subjetividade e hospitalização infantil; subjetividade e cuidado em saúde. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, ficaram 12 artigos para análise, resultando nas categorias: A subjetividade como centro do cuidado na hospitalização infantil; Hegemonia biomédica e limitações no processo de cuidado na hospitalização infantil; Gestão e trabalho: intersubjetividade e cuidado hospitalar; Vulnerabilidades das crianças com necessidades especiais e subjetividade. **Resultados:** Para interpretar o processo de saúde, doença e morte, é preciso dialogar com as ciências sociais. O modelo biomédico hegemônico não é suficiente para uma assistência de qualidade porque a demanda do cuidado parte do sujeito, não é prescritiva. **Conclusão:** O cuidado hospitalar é uma artesanaria, que envolve aspectos tecnológicos, científicos e intersubjetivos. A valorização da subjetividade do profissional de saúde é importante para realização de um trabalho autêntico e eficiente. O trabalho com crianças com condições crônicas e complexas de saúde é um desafio, exige destreza e sensibilidade dos profissionais para o reconhecimento e interpretação da subjetividade.

DESCRITORES: Subjetividade e Hospitalização; Subjetividade e Hospitalização Infantil; Subjetividade e Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

Objective: Understand how the subjectivity of the child is interpreted and attended by health professionals during hospitalization. **Method:** A survey was conducted at the Virtual Health Library, with the keywords: subjectivity and hospitalization; subjectivity and child hospitalization; subjectivity and health care. After applying the inclusion and exclusion criteria, 12 articles were left for analysis, resulting in the following categories: Subjectivity as a center of care in child hospitalization; Biomedical hegemony and limitations in the care process in child hospitalization; Management and work: intersubjectivity and hospital care; Vulnerabilities of children with special needs and subjectivity. **Results:** To interpret the process of health, disease and death, it is necessary to dialogue with the social sciences. The hegemonic biomedical model is not enough for quality care because the care demand from the subject is not prescriptive. **Conclusion:** Hospital care is a craftsmanship that involves technological, scientific and intersubjective aspects. The appreciation of the subjectivity of the health professional is important for performing an authentic and efficient work. Working with children with chronic and complex health conditions is a challenge, requiring professional skills and sensitivity for the recognition and interpretation of subjectivity.

KEYWORDS: Subjectivity and Hospitalization; Subjectivity and Children's Hospitalization; Subjectivity and Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo los profesionales de la salud interpretan y atienden la subjetividad del niño durante la hospitalización. **Método:** se realizó una encuesta en la Biblioteca Virtual en Salud, con las palabras clave: subjetividad y hospitalización; subjetividad y hospitalización infantil; subjetividad y cuidado de la salud. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se dejaron 12 artículos para su análisis, dando como resultado las siguientes categorías: subjetividad como centro de atención en la hospitalización infantil; Hegemonía biomédica y limitaciones en el proceso de atención en hospitalización infantil; Gestión y trabajo: intersubjetividad y atención hospitalaria; Vulnerabilidades de niños con necesidades especiales y subjetividad. **Resultados:** Para interpretar el proceso de salud, enfermedad y muerte, es necesario dialogar con las ciencias sociales. El modelo biomédico hegemónico no es suficiente para una atención de calidad porque la demanda de atención del sujeto no es prescritiva. **Conclusión:** La atención hospitalaria es una artesanía que involucra aspectos tecnológicos, científicos e intersubjetivos. La apreciación de la subjetividad del profesional de la salud es importante para realizar un trabajo autêntico y eficiente. Trabajar con niños con condiciones de salud crónicas y complejas es un desafío, que requiere habilidades profesionales y sensibilidad para el reconocimiento e interpretación de la subjetividad.

PALABRAS CLAVE: Subjetividad y Hospitalización; Subjetividad y Hospitalización infantil; Subjetividad y Cuidado de la Salud.

RECEBIDO EM: 09/10/2019 APROVADO EM: 11/10/2019

Rosilene Aparecida dos Santos

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz).

Maria Cecília de Souza Minayo

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves) / Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) Fundação Oswaldo Cruz.

INTRODUÇÃO

As instituições hospitalares possuem características próprias que vão sendo moldadas conforme modelos de gestão e filosofias de cuidado. Porém, todas têm em comum o fato de serem ambientes de recuperação da saúde ou estabilidade de quadros clínicos através das diversas modalidades terapêuticas, de caráter humano e tecnológico. Nas últimas décadas, o trabalho em saúde tem sido reconfigurado pela aquisição e utilização de tecnologias de ponta e por uma lógica de produção em que, muitas vezes, o capital financeiro perpassa a real necessidade dos usuários dos serviços de saúde⁽¹⁾.

A lógica do trabalho em saúde deve ser centrada nas necessidades do usuário, levando em consideração as suas singularidades. Para que a assistência seja integral, o território das relações, das interpretações e construções de sentidos deve ser indissociável das técnicas manuais e tecnológicas de cuidado. Para isso, no contexto da internação hospitalar, principalmente nos hospitais públicos, é importante observar a estrutura física das enfermarias. O Ministério da Saúde (MS) orienta, através da Política Nacional de Humanização - PNH⁽²⁾, como deve ser a ambiência hospitalar, visando garantir privacidade, individualidade e bem-estar para gestores, trabalhadores e usuários. A singularidade do sujeito deve ser levada em conta no planejamento das estruturas e equipamentos, em sintonia com os cuidados técnico e relacional.

Nos hospitais públicos, a produção do cuidado acontece sob o olhar de equipes de saúde, de acompanhantes e de outros usuários, havendo pouca privacidade para os doentes.

É nesse contexto que as questões deste artigo são levantadas, tomando como foco a criança internada: Como ela é percebida,

atendida, interpretada e cuidada no ambiente hospitalar? O processo de trabalho estabelecido leva em conta a subjetividade dessa criança? No mesmo sentido, as questões individuais são problematizadas?

A valorização da subjetividade da criança deve ser vista sob dois aspectos. O primeiro diz respeito à sua interioridade psicológica; o segundo, a sua história de vida, como sujeito social, fruto do ambiente político, social e estrutural em que está inserido⁽³⁾. A “noção de subjetividade possui um regime de materialidade institucional e, por isso, sua análise deve ir além da exegese textual, incluindo também as condições socioinstitucionais, o regime de verdade de sua produção”^(3:833). Nesse processo de produção de cuidado, na ótica do ambiente hospitalar, a junção das diferentes definições e interpretações de sujeito é necessária para que as práticas assistências sejam intersubjetivas, valorizando os sentidos da ciência e os sentidos da vida cultural por meio do qual a criança e sua família interpretem o adoecimento e a hospitalização. Essa articulação propicia e fortalece vínculos e torna as experiências de internação mais suaves e positivas.

Na hospitalização, o sujeito tem sua intimidade e fragilidade muito expostas. Há uma precarização da sua autonomia, pois seu “corpo doente” é gerido por invasões científicas e tecnológicas que, muitas vezes, o fragmentam e controlam⁽⁴⁾. O poder biomédico é predominante nas instituições hospitalares, pois o domínio sobre o corpo e a vida é institucionalizado, cabendo ao sujeito a adesão ao tratamento e a submissão às rotinas das unidades de internação⁽⁴⁻⁶⁾.

A hospitalização na infância merece um olhar perspicaz e integral. Há uma ruptura da criança com o seu meio. A transformação produzida pelo adoecimento somada com a experiência da internação pode ser traumática e costuma desencadear proble-

mas emocionais. Para a criança, a hospitalização mesmo que temporária, pode significar abandono⁽⁷⁾. O alicerce da construção da confiança são as experiências: “O espaço potencial entre o bebê e mãe, entre a criança e família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança”^(8:142). O processo de cuidado no hospital, deve, portanto, ser pautado pela dimensão intersubjetiva, por meio da aliança indissociável entre as tecnologias relacionais, científicas e técnicas, para que o ambiente seja para a criança o mais humanizado possível, com potencial de produção de saúde e sentidos positivos.

Quando se direcionam às questões aqui tratadas para o caso da criança cronicamente adoecida e hospitalizada, a reflexão ganha mais profundidade, porque muitas se enquadram nas seguintes especificidades: internações frequentes e longas; utilização de equipamentos tecnológicos necessários à manutenção da vida, que podem limitar suas atividades e expressões; limitações ou incapacidades de expressão verbal e não verbal, conseqüentes da patologia ou da condição clínica; necessidade de múltiplas “invasões” (físicas e de intimidade) por parte da equipe de saúde; exposição física e emocional, por ficarem em enfermarias coletivas, como acontece, principalmente, nos hospitais públicos. Na internação hospitalar, em parte, a criança deixa de pertencer a sua família e passa a ser de domínio da equipe hospitalar. Essa “condição” tem seu lado positivo, como o estabelecimento de vínculos afetivos e relações de confiança entre usuários, familiares e equipe de saúde.

A partir da metade do século XIX, a saúde passou a ser associada à questão social⁽⁹⁾. Depois de uma pausa marcada pelo avanço da Microbiologia⁽¹⁰⁾, no século XX, em particular a partir da Segunda Guerra Mundial, as questões social e ambiental voltaram a se associar fortemente à compreen-

são da saúde e da doença. Um marco nesse processo foi a chamada “Carta de Otawa”, fruto da Assembleia Mundial de Saúde de 1986. Mesmo conservando a hegemonia biomédica, o campo da saúde se complexificou e incluiu, definitivamente, as ciências sociais nas suas abordagens⁽¹¹⁾. Assim, a assistência que antes era pautada numa clínica formal do saber médico estruturado foi sendo reformulada e as questões sociais, econômicas, culturais, familiares e subjetivas, passaram a serem vistas como peças indispensáveis para a interpretação do processo de saúde, doença e morte⁽¹²⁾. Foi sob essa ótica que este texto buscou compreender como a subjetividade da criança hospitalizada é interpretada e atendida pelos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e caráter descritivo, com atenção à subjetividade da criança hospitalizada, no processo de cuidado.

Para a construção do corpus da pesquisa, foi realizada uma revisão integrativa de literatura⁽¹³⁾, em maio de 2019, de publicações disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “hospitalização”, “cuidado”, “criança” e “saúde”. As palavras chave foram: i - subjetividade e hospitalização; ii - subjetividade e hospitalização infantil; iii - subjetividade e cuidado em saúde. Embora a palavra subjetividade não seja um descritor, ela foi inserida no processo de busca por ser fundamental nesse estudo.

Foram encontrados, respectivamente 19, 1 e 290 publicações. Após a leitura exploratória dos títulos e resumos, foram pré-selecionados os que se referiam diretamente à temática da subjetividade no cuidado em saúde. Depois de uma segunda análise, excluíram-se os duplicados e foram seguidos os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: serem sobre subjetividade e cuidado em saúde, terem sido publicados a partir de 2010, disposição do texto completo na base de dados, estando disponíveis em português. Foram ex-

cluídos: estudos de revisão bibliográfica, estudos teóricos, teses ou dissertações.

Para análise final ficaram 12 artigos, das bases de dados LILACS e BDENF, compreendidos entre os anos de 2010 e 2018, publicados nas seguintes revistas: *Ciência & Saúde Coletiva*, *Psicologia em Revista de Minas Gerais*; *Revista de Enfermagem da UERJ-Rio de Janeiro*; *Revista de Terapia Ocupacional da USP/São Paulo*; *Saúde & Sociedade de São Paulo*, *Interface: Comunicação Saúde & Educação de Botucatu* e *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Os textos foram impressos para avaliação.

Foi realizada uma análise temática para conhecer os núcleos de sentido encontrados no material. Para Bardin, “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

As categorias decorrentes da leitura dos artigos foram sendo elaboradas de acordo com o conteúdo elucidado. Inicialmente, a proposta era de discutir a subjetividade apenas no âmbito da internação pediátrica. Porém, a escassez de material sobre a clientela pediátrica e a percepção da importância de dialogar sobre essas questões com os profissionais de saúde e de gestão levaram à ampliação do escopo do estudo.

As temáticas que emergiram da leitura dos textos foram: A subjetividade como centro do cuidado em saúde na hospitalização infantil, Hegemonia biomédica e limitações no processo de cuidado na hospitalização infantil, Gestão e trabalho: intersubjetividade e cuidado hospitalar e Vulnerabilidades das crianças com necessidades especiais e subjetividade

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A subjetividade como centro do cuidado em saúde na hospitalização infantil

O fato do desenvolvimento da criança com condições complexas e crônicas de saúde se dar no ambiente hospitalar demonstra, de um lado, o “avanço das possibilidades terapêuticas”; de outro, o obrigatório “contato dos profissionais de saúde com ressonâncias psíquicas próprias

às dimensões éticas e alteritárias envolvidas no cuidado ao bebê e seus familiares”^(14:284). Essas dimensões demandam do profissional uma habilidade capaz de abarcar destreza na comunicação, conexão entre linguagens, sentidos e sintonias. Esses atributos são lapidados ao se escutar e interpretar as necessidades do bebê e da criança. A prática profissional nesse ambiente e contexto ultrapassam os limites biomédicos e passam a incluir as funções de holding e handling (Winnicott) e de contingência (Bion), que englobam experiências corporais e psíquicas. Nessas circunstâncias, a subjetividade da criança pode ser melhor percebida e atendida graças à dimensão intersubjetiva que propicia sintonização, afetividade, empatia e “sentir-se com”. Pfeil e Azevedo⁽¹⁴⁾, após observação participante em cenário de internação hospitalar infantil, compartilham suas reflexões acerca da comunicação intersubjetiva do bebê, expressa na linguagem não verbal. Destacam, como exemplo, as particularidades da linguagem do bebê traqueostomizado, na qual “haveria uma espécie de sinestesia em uma comunicação complexa e sensível, envolvendo todos os sentidos e a sensibilidade do cuidador”^(14:290). É na dimensão da alteridade que se percebe que nem todo sinal ou alteração clínica se refere a distúrbio fisiopatológico. No encontro entre o cuidador e a criança, a comunicação não verbal também é mediadora para a interpretação da singularidade, porque revela o sentido da conexão estabelecida, que vai além do corpo físico.

No ambiente hospitalar, o cotidiano da criança é muito diferente do ambiente domiciliar. Sua subjetividade é construída baseada em experiências de cuidado, de afeto e até de dor. Pfeil e Azeredo⁽¹⁴⁾ revelaram que, profissionais de saúde entrevistados, disseram que ao tocar o corpo da criança hospitalizada, notaram maior sensibilidade “nas zonas que foram objeto de intervenções médicas”. Os aparatos tecnológicos exercem, nesse contexto, função de regulação do corpo e da vitalidade. Fazem parte da vida da criança que os naturalizam de tal forma que chegam a ser usados como brinquedos. As mesmas autoras ressaltam que o exercício do cuida-

do é necessário, importante, restaurador, estabilizador, mas também apresenta limites. Há benefício, mas há invasão, medo, dor e desconforto. Daí a importância de se fazer do momento da rotina de cuidado técnico, um momento de encontro pessoal de forma a ajudar a criança a superar o sofrimento, brincar, sonhar e fantasiar.

Pensar na subjetividade de crianças que têm acopladas ao seu corpo equipamentos e possuem limitações de comunicação, de movimento, de expressões verbais e não verbais é um desafio necessário para uma prática de cuidado sensível e qualificado.

Santos et al⁽¹⁵⁾ fazem uma abordagem do exercício da enfermagem ao cuidar da integralidade do ser, numa perspectiva estética e sociopoética. Consideram que, para cuidar da integralidade do ser é necessário abarcar quatro dimensões: corpo físico, alma, espírito e pneuma - sopro ou o Espírito Santo^(15:13). Rompem assim com o modelo biomédico unívoco.

Motta et al⁽¹⁶⁾ ao falarem do processo criativo de pacientes internados para tratamento quimioterápico, embora se baseiem em pesquisa realizada com adultos, frisam o processo de constituição do ser, também lançando mão de conceitos winnicottianos, como: adaptação, mãe suficientemente boa, fenômenos e objetos transicionais, viver criativamente. Frisam a importância de se compreender a pessoa que pode estar em estado de sufocamento do processo criativo pelas condições do adoecimento e internação hospitalar. No entanto, mesmo em condição de adoecimento, é possível desenvolver relacionamentos, construir projetos, criar e manter-se vivo.

A reflexão acima se aplica perfeitamente à internação pediátrica por incitar a aplicação de estratégias lúdicas e didáticas visando conhecer e compreender os sentidos atribuídos pelas crianças doentes sobre o que ocorre a seu redor. Para Motta et al⁽¹⁶⁾, a interpretação da vivência no hospital está atrelada à maneira como o tempo é investido, se o cotidiano é só de espera ou se constrói algo criativo e prazeroso. O brincar na hospitalização funciona como conexão entre o mundo externo e o interno em que objetos, ações, ideias e sentimentos se entre-

laçam e produzem sentidos e significados. As atividades realizadas durante a hospitalização significam o oposto da passividade, imposta aos que se encontram no papel de paciente. Ou seja, é possível promover um ambiente de criação, transformação, transicionalidade e ressignificação. A valorização e o reconhecimento da subjetividade do paciente pelo profissional de saúde enriquecem a ambos e podem proporcionar satisfação e alívio do sofrimento.

Os artigos que compuseram essa categoria se correlacionam e se complementam por constatarem positivamente a importância de se levar em conta a questão da subjetividade na internação hospitalar, oferecendo espaço à alma, ao espírito e à arte, junto com as tecnologias leves e duras. O lugar do afeto e da empatia para com quem sofre é insubstituível!

Hegemonia biomédica e limites do processo de cuidado na hospitalização infantil

Gomes e Próchno⁽⁴⁾ fazem uma leitura a partir da psicanálise sobre o sujeito hospitalizado buscando interpretar o saber e o sentir, problematizando a condição de corpo saudável e de corpo doente. Enfatizam que na hospitalização, o poder do indivíduo sobre si é despotencializado, inclusive pelo título que recebe ao ser internado: “paciente”:

“De um lado, o homem-tecnologia, capaz de tudo ver, tudo medir, tudo experimentar: e, do outro, o homem-paciente, que a tudo se submete, em tudo é experimentado, explorado, demandado e, ainda assim, no mesmo polo, o impaciente, que quase nada suporta, quase nada posterga, quase nada tolera”(4:782).

A pessoa hospitalizada passa a ter seu corpo e vida controlados, sendo frequentemente interpretada pela lógica biomédica como uma “doença hospitalizada”^(4:782).

Atualmente “o hospital é uma instituição que personifica o mito da cura e do poder sobre a vida, sobre a doença e sobre a morte”^(4:786). Enquanto a noção de saúde

é globalizada e glamourizada, o sentimento de dor e de sofrimento não são valorizados. A instituição hospitalar, que se coloca para o paciente como detentora do saber e da verdade, impõe-lhe regras que contribuem para a fragmentação de sua vida, para vivências traumáticas, excessos, objetivação de saberes superespecializados e até desumanização. Os estudos sobre as experiências dos enfermos mostram que é preciso escutá-los em seus desejos, dores, saberes e afetos. O entrelaçado do olhar, da escuta e do cuidado técnico-científico é fundamental para atribuição de sentidos à trajetória terapêutica.

Para Palmeira e Gewehr⁽¹⁷⁾, a ação do psicólogo aparece como complementar à prática médica, embora ela não signifique necessariamente um espaço para expressão da subjetividade do paciente, uma vez que o tratamento e a prática clínica são embasados em estruturas específicas do saber sobre as doenças. Porém, nunca é demasiado lembrar que ela se sustenta na experiência e compreensão do sujeito sobre o adoecimento, pois é necessário seu reconhecimento como integrante do processo saúde-doença-cura. O encontro da medicina com o desejo do paciente, de um lado é obter o melhor tratamento técnico possível; de outro, não o dissociar do ser humano integral que está sendo tratado. Se houve um grande avanço científico que informa o tratamento por evidência, é preciso que cresça também o esforço de compreensão do doente como pessoa, por meio de um olhar de empatia e uma comunicação intersubjetiva na escuta clínica, na valorização da experiência e na compreensão e interpretação dos sentidos atribuídos pelo paciente ao processo que vivencia.

Algumas palavras aplicadas rotineiramente pela medicina ou para a medicina, sinalizam a pseudo objetividade do campo: técnica, aplicação do saber, doenças, teorias, impessoalidade, conhecimento científico e biológico, sistematização do pensamento, reducionismo mecanicista, normatizações e unilateralidade. E todo esse campo semântico faz sentido, se amplia e se enriquece pelo olhar que inclui a experiência do adoecimento e a interpretação

do paciente sobre o médico e suas crenças sobre o tratamento. É sobre isso que Raynaut⁽¹⁸⁾ se indaga num artigo sobre o tema:

“Como fazer para que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico — sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive de afetos e de fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos — seja para curá-los, seja para educá-los — admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que, até certo ponto, marcam e orientam seu comportamento”^(18:43).

E essa relação já havia sido detidamente tratada por Lévy-Strauss⁽¹⁹⁾ em “O feitiço e seu feitiço”. Por meio de pesquisas, o autor constatou que todos os seres humanos dependem (além do uso das tecnologias) da eficácia simbólica criada pela relação de confiança interativa entre o médico, o paciente e as expectativas sociais em torno do modelo praticado. O que significa dizer que não há racionalidade biomédica independente do ambiente cultural e histórico em que é exercida. No entanto, a hegemonia biomédica tende a desconhecer ou a menosprezar a importância da relação simbólica.

Palmeira e Gewehr⁽¹⁷⁾ sinalizam como essa demanda chega ao profissional de psicologia no contexto hospitalar. Ela acontece quando “as demandas de atendimento chegam frequentemente como recurso dos profissionais quando encontram dificuldade para gerir a relação com os pacientes. [...] A subjetividade aparece como dificultador da relação e não como parte do raciocínio terapêutico”^(17:2475). Abarcar a subjetividade exige romper com práticas reducionistas, numa compreensão interdisciplinar e horizontal, concebendo o paciente de forma integral.

Gestão e trabalho: intersubjetividade e cuidado hospitalar

A qualidade do cuidado nos hospitais tem estado cada vez mais nas agendas dos gestores. As equipes de saúde são o cerne para a realização de um trabalho qualificado e humanizado. Na visão de Backes e Azevedo⁽²⁰⁾, o trabalho assistencial nas organizações de saúde deve ser pensado além da lógica da produção de bens e serviços. As autoras defendem um cuidado aliado à produção de sentido e à criatividade por parte dos profissionais, como numa artesanaria em que a mobilização subjetiva do profissional seja a ferramenta básica do processo de trabalho que envolve autonomia, cogestão e qualificação da assistência.

Quando as autoras descrevem o cenário onde realizaram seu estudo (CTI pediátrico), deixam clara a complexidade tecnológica da unidade. E fazem questão de ressaltar a “vivacidade no trabalho”, a não naturalização do ambiente pelos profissionais, a atenção aos elementos subjetivos que envolvem as práticas do trabalho centrado no paciente. Ressaltam que há fatores inerentes à tecnologia e ao ambiente que são perceptíveis não por estarem prescritos, mas pelo comprometimento e envolvimento com o trabalho. Até a organização dos plantões, que estrutura o trabalho, produz sentido para o grupo que compartilha as vivências no decorrer desses momentos⁽²⁰⁾.

O round (reuniões para a discussão dos casos atendidos), trata de elementos objetivos e subjetivos dos pacientes e articula diferentes saberes e dimensões intersubjetivas dos atores envolvidos no processo de cuidado e trabalho. Já na assistência direta às crianças, as autoras relatam uma experiência de articulação das especializações, de relação de confiança entre profissionais, de expressões singulares e criativas. O investimento na capacidade de improvisar, construir, inventar, confiar e compartilhar possibilita a articulação entre os indivíduos e o coletivo, gerando um processo de trabalho integrado, cooperativo e vivo⁽²⁰⁾.

Backes e Azevedo⁽²⁰⁾ percebem na equipe atuante no CTI pediátrico que analisaram, a constituição de um grupo coeso,

com projetos comuns fundamentados na interpretação e produção de sentidos, afetividades, qualidade das interações e valores. Na dinâmica coletiva, constata-se satisfação e compartilhamento do sentido do trabalho, embora observem algumas fragilidades estruturais de equipe, o que pode contribuir para a geração de lacunas na assistência. Uma enfermeira relatou para as pesquisadoras:

“E a humanização? Não dá para humanizar com 11 leitos e três técnicos. Às vezes eu saio daqui e não sei o nome da criança da qual cuidei. Só sei que dei a medicação, troquei os curativos, fiz todos os cuidados. [...] O mais importante do nosso trabalho que era conhecer a mãe, a criança, perguntar o que aconteceu, porque às vezes elas soltam coisas para a gente que não soltam para os médicos. Contam coisas que, de repente, são importantes no diagnóstico da criança, mas não se tem tempo para isso”^(20:84).

A sobrecarga operacional toma um espaço que poderia ser dedicado a conversar e compreender melhor as pessoas, com um cuidado atento a seus desejos e necessidades. A presença é básica nesse processo.

Sá e Azevedo⁽²¹⁾ que também discutem o trabalho gerencial em saúde, associando sua qualidade à integralidade do cuidado, apontam a relevância da característica grupal/intersubjetiva e nos processos organizacionais. Trazem para o centro de análise, as relações de subjetividade e gestão, por compreenderem que a efetividade do trabalho e a realização dos profissionais de saúde só são possíveis quando se valorizam os sujeitos. E articulam três eixos de pensamentos: a abordagem da psicossociologia francesa sobre as organizações e a sociedade contemporânea; a abordagem psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais; e a psicodinâmica do trabalho que focaliza as relações entre prazer e sofrimento no trabalho. Ressaltam que a intersubjetividade não deve estar dissociada da técnica.

As autoras chamam atenção também

para as expressões de violência “como ataque aos vínculos, nas organizações de saúde”^(21:2349), o que para elas se manifesta “no mal-estar, boicote, comportamento autoritário, proliferação de mentiras e comportamentos paranoides por parte de indivíduos e grupos”^(21:2349).

Para o avanço e em prol da qualidade da assistência, é preciso olhar atentamente para o que está minando a efetivação dos processos de construção coletiva. O trabalho em saúde ocorre por meio de pessoas e por isso: “a fragilização da função da liderança ou ao que ela representa, enquanto possibilidade de ligação, de investimento psíquico e identificação, pode indicar um ataque aos vínculos na organização, fortalecendo a compulsão à repetição e à fragmentação”^(21:2349).

As crises estruturais degradantes nos serviços de saúde pública, para Sá e Azevedo⁽²¹⁾, contribuem para uma crise de sentido para os atores e influenciam o processo de consolidação de vínculos, liderança, assistência e gestão. E, por ser o trabalho em saúde, vivo e relacional, os processos psíquicos dos profissionais de saúde têm influência direta na qualidade e na integridade da assistência.

Gomes e Ramos⁽²²⁾ discutem a capitalização das empresas ou instituições de saúde versus produtividade voltada para a real necessidade individual e coletiva de cuidado em saúde. Se as organizações têm uma ideologia mais focada no mercado financeiro, no consumo e na lucratividade, a subjetividade e as relações intersubjetivas entre os profissionais de saúde ficam de lado no atual “metabolismo social”^(22:2592). Afirmam haver diferenças entre o serviço público estatal e serviço privado no que tange a produção de serviços, postura do trabalhador (engajamento, qualidade, modernidade, caráter produtivo, destreza e eficácia). Essas competências nem sempre são observadas paralelamente com questões intrínsecas às necessidades dos profissionais como o desejo e a realização pessoal e profissional.

Gomes e Ramos⁽²²⁾ destacam a lógica produtivista do mercado privado de saúde em que até decisões clínicas, como é o caso do pedido de exames e o tempo

gasto nas consultas, que são baseados na produção de lucro.

“As decisões profissionais subordinam-se à capitalização em situações onde: (1) é solicitada uma produtividade para ampliação do ganho na relação com planos ou convênios de saúde; (2) são relacionadas produtividade e remuneração do trabalhador; (3) as relações precarizadas de trabalho sustentam o medo da perda do emprego, o que pressiona a tomada de decisões; (4) os interesses empresariais são assumidos como os próprios interesses profissionais (maior identificação do profissional com o capital que com o trabalho); (5) as inovações tecnológicas e superespecializações sobrepõem interesses particulares às reais necessidades e interesses do paciente”^(22:2594).

Por isso, os citados autores⁽²²⁾ consideram que os gestores precisam estar atentos às necessidades subjetivas do profissional para que possam, por sua vez, exercer um cuidado empático para com o paciente. Considerá-los como sujeitos e não máquina de trabalho, é fundamental. Pois, o excesso de preocupação com a produtividade pode bloquear o exercício da autonomia, da criatividade, das relações de confiança e, em consequência, dificultar o fortalecimento de equipes assistenciais. Por isso, Gomes e Ramos⁽²²⁾ valorizam a interdisciplinaridade, a reflexão, o questionamento, e os modos coletivos de atuar.

“O trabalho com sentido de pertencimento a algo maior, coletivo e social, parece desempenhar papel essencial na elaboração permanente da subjetividade, permitindo que o trabalhador se aventure fora de si mesmo, inscrito numa história comum”^(22:2598).

Reforçando o pensamento de Gomes e Ramos⁽²²⁾, Azevedo et al⁽²³⁾ reafirmam que o reconhecimento das necessidades e da subjetividade do profissional pelo gestor e

chefias imediatas é um dos elementos que impulsiona a vitalidade institucional, fortalece os grupos e qualifica a assistência de forma dialógica e articulada. Até as ferramentas como protocolos, prescrições, códigos, escalas e outros, desempenham, conforme o seu desenho, um papel que mobiliza as pessoas por dar “segurança e proteção psíquica na mediação que os profissionais [fazem] no confronto com o paciente e seu sofrimento”^(23:1996). Essa dinâmica sistematizada também revela singularidades, subjetividades e percepções dos profissionais sobre si, sobre as equipes e sobre a clientela. Os aspectos intersubjetivos mobilizam relações de confiança e de trabalho, aspectos grupais e moldam o perfil organizacional. A assistência hospitalar é um trabalho vivo, onde profissionais buscam além da remuneração, um sentido para as práticas, nos processos micropolíticos e intersubjetivos.

Para Busanello et al⁽²⁴⁾ “a subjetividade é manifestada a partir do comportamento, do desejo, das atitudes, da linguagem e da percepção de mundo das pessoas”^(24:141). Portanto, as escolhas determinam comportamentos, relações e ações que estão constantemente interconectadas com as demais vertentes que compõem a essência, o ser humano. Esses autores estudaram a relação entre a produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. Eles afirmam que se o enfermeiro tem espaço para “ser” no trabalho, sua capacidade de decidir e agir pode transcender a lógica do mercado ou a mera repetição de protocolos. A subjetividade no trabalho entra na produção e a organização.

A sujeição do profissional às regras do mercado, na leitura de Busanello et al⁽²⁴⁾, reflete uma subjetividade controlada e tolhida na sua autonomia e liberdade para tomar iniciativas e decisões. A disciplina, no ambiente hospitalar, demonstra dominação e normatização, onde corpos e subjetividades são moldados por rotinas e protocolos institucionais.

A subjetividade do profissional no processo de cuidado, quando valorizada e usada como mola propulsora para ação, motivação e inovação, contribui para um processo de trabalho vivo, autêntico, eficiente e feliz.

Vulnerabilidades das crianças com necessidades especiais e subjetividade

Silveira e Neves⁽²⁵⁾ discutem a vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais que necessitam de cuidados médicos complexos, por causa de doenças crônicas ou incapacitantes, malformações congênitas, prematuridade e doenças sindrômicas. O estudo aponta as dificuldades, fragilidades individuais e sociais que enfrentam na prática, principalmente no acesso a serviços especializados. Os principais problemas assinalados são lacunas no tratamento, desarticulação, e entraves nos acessos e na assistência qualificada.

Do ponto de vista das famílias, as autoras ressaltam que elas se sentem oprimidas pelo sistema e pouco acolhidas e escutadas. Em geral, elas se queixam da trajetória do tratamento, da demora dos diagnósticos e das dificuldades de acesso. Silveira e Neves⁽²⁵⁾ sugerem aos profissionais de enfermagem que ouçam e reconheçam as demandas das famílias, e aproveitem esse momento para trocas de educação em saúde, fortalecendo a qualidade do cuidado domiciliar.

Othero e Ayres⁽²⁶⁾ debruçaram-se sobre a subjetividade de pacientes que tiveram perda muito grande da sensibilidade motora e cognitiva, a partir de acometimentos neurológicos. Afirmam que, apesar da condição de dependência grave, a pessoa continua sendo um sujeito que atribui significados a sua situação por meio de linguagem verbal e não verbal, o que muitas vezes se apresenta como um desafio para os profissionais de saúde. Para eles, o cuidado integral considera “o direito do outro ser como é, sujeito e protagonista histórico, com suas singularidades e diferenças, abrindo-se à possibilidade de uma relação intersubjetiva de fato”^(26:82). O trabalho com pacientes nessas condições neurológicas apresenta, além dos desafios físicos, os referentes à sua

expressão subjetiva. Só no encontro é possível alcançar a dimensão desse ser humano em situação de sofrimento. Há atrelado à doença e à limitação, uma história de vida, uma identidade, que precisa ser compreendida na relação face a face. Portanto, a identidade e a subjetividade do paciente devem ser pauta de reflexão da assistência, porque o sentido existencial do adoecimento faz parte do processo de tratamento e de cura.

Embora as discussões de Othero e Ayres⁽²⁶⁾ tenham sido baseadas em pesquisa realizada com adultos, a proposta se adequa à clientela pediátrica que, em geral, exige ainda mais delicadeza e compreensão. O público infantil tem diferentes características de acordo as fases da infância e o meio social no qual está inserido.

CONCLUSÃO

A produção do cuidado na internação pediátrica precisa levar em conta as singularidades da criança, convergindo ciência, técnica e relações. Valorizar a subjetividade significa olhar, analisar e compreender contexto de vida, interpretações e sentidos atribuídos à experiência.

A inclusão das ciências sociais no campo da saúde contribuiu para a emancipação do cuidado, por auxiliar na interpretação do processo de saúde e doença. O olhar sobre o sujeito deixa de ser focado somente nas questões biológicas e passa a abarcar questões subjetivas e sociais, como: história de vida, desejos, linguagens, identidade e contextos cultural e socioeconômico. Para que a assistência seja humanizada, a criança tem que ser concebida de forma integral, com plano de cuidados singular, horizontal e interdisciplinar. A demanda de cuidado parte do sujeito, não é uniforme, não é estática, não é prescritiva. O modelo biomédico hegemônico não é suficiente para uma assistência de qualidade.

O estudo demonstrou que:

i) É na dimensão da alteridade, do encontro e da sensibilidade, que o profissional de saúde poderá se conectar com a criança e conhecer a sua singularidade. É na disposição, no “estar com”, que o profissional interpretará o que não lhe ficou claro devido a limitações ou ausência de comunicação verbal, limitações nas expressões corporais por questões clínicas ou dependência de aparatos tecnológicos, resistência da criança para se comunicar, especificidades da idade etc;

ii) A hegemonia biomédica é limitadora por, muitas vezes, despotencializar o indivíduo através do controle e domínio de seus corpos. A lógica objetiva dos saberes superespecializados não dá conta das demandas subjetivas do enfermo. Ele tem também demandas de interações e afetos, atribui sentidos para as suas experiências;

iii) O cuidado no ambiente hospitalar é uma artesanaria que funciona conforme: sentidos atribuídos ao trabalho pelos profissionais, operacionalização das relações entre equipes de plantão e gestores, estrutura dos grupos, compartilhamento das vivências e motivações. As relações intersubjetivas fazem do serviço de atenção à saúde um trabalho vivo. E essa dinâmica relacional pode funcionar como mola propulsora de realização pessoal e profissional, ou de embotamento dos sujeitos. O reconhecimento e valorização da subjetividade dos profissionais é fundamental para um trabalho autêntico e eficiente;

iv) Reconhecer e interpretar a subjetividade de crianças com condições especiais é um grande desafio para os profissionais de saúde, exigindo destreza e sensibilidade. Além das barreiras ocasionadas pelo quadro clínico, enfrentam outros entraves no acesso à uma assistência de qualidade. É preciso conhecer e refletir sobre as características etárias e sociais da criança, que rede de apoio ela possui e qual o sentido por ela atribuído ao adoecimento e à existência. ■

REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2014.
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Polí-

tica Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – o que é e como implantar [Internet]. Brasília – novembro/2010 [acesso em 17 jun 2019]. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dis-

REFERÊNCIAS

positivos_da_pnh1.pdf.

3. Neto JLF, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 20 mai 2019]; 27:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/02.pdf>.

4. Gomes DRG; Prôchno CCSC. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 [acesso em 20 mai 2019]; 24:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00780.pdf>.

5. Morsch DS, Aragão PM. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In Deslandes SF. (organizadora). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Coleção Criança e Mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 235-260.

6. Pitta A. *Hospital: dor e morte como ofício.* São Paulo: Hucitec; 2008.

7. Mitre RMA. O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. In: In Deslandes SF. (organizadora). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Coleção Criança e Mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 283-300.

8. Winnicott DW. A localização da experiência cultural. In: Winnicott DW. *O brincar & a realidade.* Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975.

9. Mckeown T. *Los orígenes de las enfermedades humanas.* Barcelona: Editorial Crítica; 1990.

10. Nunes ED. *Sociologia da Saúde.* 2. Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

11. Paim JS. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

12. Contatore AO, Malfitano APS, Barros NF. Cuidados em saúde: Sociabilidades cuidadoras e subjetividades emancipadoras. *Psicologia & Sociedade* [Internet]. 2018 [acesso em 20 mai 2019]; 30:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v30/1807-0310-psoc-30-e177179.pdf>.

13. Souza MT, Silva MD, Raquel C. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Eistein* [Internet]. 2010 [acesso em 20 mai 2019]; 8:4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.

14. Pfeil NC, Azevedo CS. Na fronteira da psicanálise: a dimensão intersubjetiva do cuidado ao bebê no contexto de internações prolongadas e condições crônicas de saúde. *Psic. Rev.* [Internet]. 2017 [acesso em 20 mai 2019]; 26:21. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/30372/24038>.

15. Santos I, Caldas CP, Erdmann AL, Gauthier J, Figueiredo NMA. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço no domínio da enfermagem. *Rev. Enf. UERJ* [Internet]. 2012 [acesso em 20 mai 2019]; 20:5. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3967/2750>.

16. Motta MR, Camargo MJG, Pinheiro NN. O processo criativo de pacientes internados para tratamento quimioterápico: uma contribuição a partir do pensamento de D. W. Winnicott. *Rev. Ter.*

Ocup. Univ. São Paulo [Internet]. 2013 [acesso em 20 mai 2019]; 24(2):7. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/51652/pdf_17.

17. Palmeira ABP, Gewehr RB. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 20 mai 2019]; 23:9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2469.pdf>.

18. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia.

Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Revista Brasileira*

de Epidemiologia [Internet]. 2002 [acesso em 20 mai 2019]; 5:13.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5s1/06.pdf>.

19. Lévi-Strauss C. *Structural Anthropology.* Nova York: Basic Books; 1963.

20. Backes JC, Azevedo CS. Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico). *Interface* [Internet]. 2017 [acesso em 20 mai 2019]; 21:10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150875.pdf>.

21. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 20 mai 2019]; 15:9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a10.pdf>.

22. Gomes D, Ramos FRS. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 20 mai 2019]; 20:9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2591.pdf>.

23. Azevedo CS, Sá MC, Cunha M, Miranda L, Graboio V. Racionalização e construção de sentido na gestão do cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 20 mai 2019]; 22:11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1991.pdf>.

24. Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. *Rev. Gaúcha de Enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 20 mai 2019]. 34(2):7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a18.pdf>.

25. Silveira A, Neves ET. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 20 mai 2019]; 33:8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n4/22.pdf>.

26. Othero MB, Ayres JRCM. Resgate biográfico como estratégia de assistência a pacientes com condições neurológicas muito graves. *Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo* [Internet]. 2014 [acesso em 20 mai 2019]; 25:8. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/58466/pdf_44.