

O CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: INTERAÇÕES SIMBÓLICAS ENTRE AS DIMENSÕES PROFISSIONAL E LEIGA

CARE TO HOSPITALIZED CHILDREN: SYMBOLIC INTERACTIONS BETWEEN THE
PROFESSIONAL AND LAY DIMENSIONS

Martha Cristina Nunes Moreira¹
Romeu Gomes²

RESUMO: O estudo objetiva analisar os significados da atenção à saúde de crianças hospitalizadas pela ótica dos profissionais atuantes nessa área. O método de natureza qualitativa, fundamentado na perspectiva interacionista simbólica, envolve a análise de 22 entrevistas semiestruturadas de profissionais de saúde. Como resultado da análise, configuram-se duas temáticas: (1) as tensões no reconhecimento de crianças como sujeito de fato e de direito: conflitos e negociações entre cuidado leigo e profissional e (2) as dificuldades no manejo das relações e a construção da identidade profissional no campo da saúde da criança: disputas e hierarquizações. Dentre as conclusões, destaca-se que propiciar uma interlocução efetiva entre promoção da saúde e direito à saúde e à vida de crianças significa levar à radicalidade a noção de sujeitos de fato, no sentido de valorizar elementos simples do diálogo comum, da vida cotidiana como necessários ao crescimento, desenvolvimento, adaptação de linguagens e ação na interação e cuidado à saúde de crianças na atenção secundária e terciária à saúde.

Palavras-chave: criança; hospitalização; interacionismo simbólico; profissionais de saúde.

ABSTRACT: The study aims to analyze the meanings of health care of hospitalized children in the view of working professionals. The qualitative method, based on symbolic interactionism perspective, involves the analysis of 22 semi-structured interviews with health professionals. As the result of the analysis, two topics are configured: (1) the tensions in the recognition of children as a subject of fact and law: conflicts and negotiations between lay and professional care and (2) the difficulties in managing the relations and in building the professional identity in the field of child health: disputes and hierarchies. Among the findings, it is noteworthy that providing an effective dialogue between health promotion and the right to health and life of children means taking the radical notion of subject in fact, thus appreciating the simple elements of the common dialogue of everyday life as necessary for growth, development, language adaptation and action in the interaction and health care of children in secondary and tertiary care health.

Key-words: child; hospitalization; symbolic interactionism; health team.

¹ Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ-Brasil.

² Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ-Brasil.

Introdução

O cuidado à saúde de crianças no ambiente de internação hospitalar envolve diferentes significados, construídos nas interações cotidianas entre adultos e crianças com inúmeras combinações de valores. Essa dimensão relacional traz um desafio de pensar não somente as bases fisiopatológicas da doença infantil, mas – acima de tudo – refletir sobre a experiência de adoecimento e as estratégias de enfrentamento da mesma no contexto das ações de saúde.

Para isso, é importante assumir que as políticas e as formações profissionais necessitam de ser lidas à luz das situações, contextos e figurações simbólicas surgidas nos encontros cotidianos. Não são poucos os estudos que tratam das especificidades das crianças nos ambientes de cuidado à saúde¹⁻⁵, ou ainda estudam a trajetória da deficiência na infância e as fronteiras da qualidade de vida e da sexualidade⁶⁻⁸.

Dando continuidade à exploração da temática, o artigo objetiva analisar os significados da atenção à saúde de crianças hospitalizadas pela ótica dos profissionais atuantes nessa área. Realizar essa discussão significa contribuir para avançar nas dimensões do protagonismo dos sujeitos envolvidos na atenção e gestão do cuidado, suas ações, postos como prioridade nos eixos do acolhimento, corresponsabilização e vínculo⁹. Isso pode subsidiar a literatura e gerar reflexões sobre a dimensão simbólica e interacional que, junto com o conhecimento sobre a fisiopatologia dos quadros clínicos, pode contribuir para uma clínica ampliada da hospitalização infantil^{5,10,11}.

Metodologia

A abordagem do estudo é qualitativa, aqui entendida como aquela que se centra na interpretação do significado das ações sociais¹². Este trabalho integra uma pesquisa mais ampla – financiada pelo CNPq – que teve como objetivo compreender como os princípios da humanização da atenção e gestão à saúde, tais como colocados pela Política Nacional de Humanização – PNH⁹, são interpretados no ambiente de hospitalização pediátrica.

Participaram do estudo dois hospitais situados no município do Rio de Janeiro, aqui denominados de H1 e H2. A escolha se deu em função de três critérios, que não precisavam ser concomitantes: 1) estar situado no município do Rio de Janeiro; 2) possuir uma comissão de Humanização ativa e participante na Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro ou reunir iniciativas de apoio social ou educativo; 3) ser referência para atenção infanto-juvenil com leitos para internação.

O H1 é um hospital de gestão federal, que engloba atenção de média e alta complexidade, internação e ambulatorios para homens, mulheres, crianças e adolescentes. Possui 15 leitos de pediatria clínica e 9 de pediatria cirúrgica, totalizando 24 leitos. O H2 é um hospital de gestão municipal, com 113 leitos exclusivos para crianças e adolescentes, de média e alta complexidade, para internação e tratamento ambulatorial.

Neste artigo o acervo de campo trabalhado advém apenas das entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro buscou quatro ordens de questões: a) história do próprio trabalho com crianças; b) especificidades, desafios e descobertas no cuidado à saúde com crianças; c) cursos, estudos e parcerias construídas para esse trabalho; d) significado de humanização nesse campo de atuação.

O critério de encerramento da inclusão de sujeitos se deu por saturação teórica e empírica¹³. Ou seja, quando as questões da pesquisa foram suficientemente respondidas e o cruzamento das categorias analíticas com as categorias empíricas ocorreu.

Os sujeitos do estudo seguiram os critérios: profissionais de saúde que atuavam com crianças, coordenadores de equipes relacionados ao atendimento e pessoas relacionados com a temática da gestão e da humanização. Foram realizadas 30 entrevistas nos dois serviços selecionados, sendo 4 com gestores, 4 com representantes de associações ou pessoas responsáveis por iniciativas de promoção de direitos à educação de crianças e adolescentes e 22 com profissionais de saúde.

A análise dos dados fundamentou-se na perspectiva hermenêutica na matriz interacionista simbólica^{14,15}, que valoriza os significados das interações *face-a-face*, das dimensões de pertencimento, do engajamento em projetos e da sociabilidade dos sujeitos nos diversos grupos. Nessa abordagem, pressupõe-se que a organização simbólica dos atores (valores, crenças, intenções, exercício de papéis/funções) ocorre a partir da situação em que se encontram¹⁵.

Além dessa perspectiva, a análise leva em conta, como marco conceitual, o poder simbólico de Bourdieu¹⁶. Segundo o autor, esse poder – quase que mágico – não é obtido pela força física ou econômica, mas pela mobilização, pela sua invisibilidade e pelo reconhecimento. Ele ocorre a partir da “cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”¹⁶ (p. 8).

O tratamento analítico das entrevistas partiu de uma leitura compreensiva do conjunto do material, passando pela identificação de eixos estruturantes dos depoimentos para se chegar a categorias empíricas e chegando a um diálogo entre as categorias analíticas (interações *face-a-face*, pertencimento, engajamento e poder simbólico) e as categorias empíricas acionadas pelos sujeitos na interpretação de suas experiências.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro sob o número 139/08 em 04/08/2008.

Resultados e Discussão

No diálogo entre categorias analíticas e empíricas surgem dois campos de evidências discursivas: (1) as tensões no reconhecimento de crianças como sujeito de fato e de direito: conflitos e negociações entre o cuidado leigo e o profissional e (2) as dificuldades no manejo das relações e a construção da identidade profissional no campo da saúde da criança: disputas e hierarquizações.

- (1) As tensões no reconhecimento das crianças como sujeitos de fato e de direito: conflitos e negociações entre o cuidado leigo e o profissional

Essa primeira análise se beneficia da ideia de que a criança vive e se desenvolve a partir das referências, mediações e regulações construídas pelo mundo dos adultos, refletindo o imaginário social da infância, que etimologicamente significa a ausência de fala¹⁷. Nesse sentido, a criança passa ser vista como um ser que não tem voz e cabe aos adultos falar por ela.

No ambiente de hospitalização da criança, as preocupações com o risco à vida e à saúde fazem com que os adultos – profissionais ou familiares – falem ainda mais por ela, retirando dela, nos momentos onde é possível, sua capacidade de negociar, compreender e ter adaptadas as informações para sua interpretação¹.

Em relação às crianças que têm doenças que evoluem cronicamente, exigindo suportes tecnológicos para sua vida, se torna premente a convivência entre profissionais e acompanhantes, na sua maioria mulheres com a função de mãe, que passam a ter acesso a outros conhecimentos, mediados pela técnica, linguagem e procedimentos, que até então elas não tinham acesso.

É interessante observar que alguns profissionais dão início ao seu raciocínio evocando a criança e logo em seguida acionam a mãe e suas necessidades, como numa estrutura de díade:

“Humanização é a criança ter um tempo para ela. (...) Pra mim é reconhecer o desejo daquela criança. Às vezes a mãe fala, eu preciso dar um pulinho na rua, preciso arejar minha cabeça, preciso pensar. Pra mim isso é humanização” (Técnica de Enfermagem 2/H1).

“Trabalhar com criança é mais fácil do que com adulto. Apesar que tem os pais (...) que você tem que estar ali, tem que escutar, pagar um lanche” (Técnica de Enfermagem 1/H2).

Contribuir para que crianças doentes em hospitais e seus acompanhantes sejam percebidos como seres integrais. Esse é um dos desafios que cabem na superação dialética das funções, reduções e valores que os circunscrevem, assim como a nós mesmos profissionais, a um único papel. Essas reduções impedem a identificação das demandas – construídas socialmente e investidas afetivamente – para além das necessidades de tratamento e recuperação. Para isso é importante que os profissionais contribuam para que acompanhantes possam manter algumas rotinas fora do hospital e flexibilizem algumas rotinas a fim de que se garanta o espaço para a expressão humana em sua diversidade.

A atenção profissional à saúde da criança exige que os adultos responsáveis por esse campo técnico revisitem suas memórias afetivas sobre os seus próprios momentos enquanto crianças, realizando movimento que envolve aproximação, afastamento e requalificação para que melhor possa compreender o lugar da criança. Além desse movimento, se dá também a reflexão acerca do relacionamento entre o trabalhador de

saúde e outro adulto, e nesse caso mais uma vez é evocado o acompanhante da criança no sentido dos conflitos e dificuldades que essas relações face-a-face e encontros desencadeiam:

“o relacionamento (...) com os pais, é difícil!!! A gente tem que ter essa sensibilidade para perceber o momento, e como se direcionar naquele momento aquela mãe.” (Enfermeira 4/ H1).

“O relacionamento com as mães muitas vezes é conflituoso, porque não há um entendimento da ação profissional muitas vezes percebida como uma agressão. Uma punção venosa numa criança não é fácil, uma veia de uma criança é muito menor que do adulto, e a dificuldade é vista pelo acompanhante primeiro como inabilidade, e segundo como uma maldade” (Médico 2/H1).

Frente à não compreensão imediata **da importância** do acompanhante, **faz-se necessário** que o profissional acione componentes que permitam conquistar a confiança do acompanhante, indo além da razão que instrumenta a técnica, possibilitando o encontro com a sensibilidade. Assim, a gestão do cuidado passa a ser também uma gestão das emoções que mediam o cuidado e a atenção pediátrica.

Apesar de o direito das crianças e dos adolescentes serem acompanhados ter sido instituído na década de 90 do século 20, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na atualidade a presença do acompanhante na rotina da hospitalização infantil, em alguns momentos, ainda ocorre com conflitos, deflagrando disputas e muitas identificações:

“(...) o acompanhante é nosso maior inimigo (...) te tratam bem ali, você virou as costas (...) estão te metendo o malho (...) No outro hospital eu trabalho com adulto (...) então é proibido acompanhante” (Auxiliar de Enfermagem/H1).

O acompanhante é percebido como alguém que não somente prejudica o processo de trabalho, como – por vezes – o desqualifica com componentes valorativos, de aspectos negativos, que terminam sendo prejudiciais à imagem do profissional. Nesse contato, uma das estratégias se pauta o estabelecimento e distinções claras, de barreiras entre o profissional e o acompanhante que reificam as diferenças:

“Eu não gosto de muita liberdade com as mães (...) O que precisar a gente atende, na medida do possível também, de boa vontade, mas ela lá no cantinho dela com o filhinho dela, e eu aqui no meu” (Auxiliar de Enfermagem/ H1).

A postura de diferenciação e afastamento pode proteger o profissional e ser vista como uma contribuição para o bom andamento do serviço. Por vezes nessa postura, principalmente na equipe de enfermagem, observa-se um espelhamento **entre o** cuidado da mãe e o cuidado do profissional, atravessado pelo modelo protetor que envolve o cuidado feminino. Nessa linha de discussão, uma entrevistada aponta para sua experiência pessoal como um momento onde consegue permanecer reconhecendo a dificuldade do profissional, sem abandonar a posição de mãe no acompanhamento de seu filho:

“Uma vez eu ouvi eu ‘tenho horror de hospital, de corredor de hospital’ [em uma novela] e fiquei rindo sozinha, porque me sinto em casa. É difícil ficar do outro lado. Não é tranquilo. (...) Quando eu vim aqui pra fora [saiu do CTI para enfermaria], eu fazia uma resistência grande às crianças de hematologia, (...) eles vão morrer e eu não quero me apegar. Depois que eu voltei da licença de morte de um parente meu, eu consigo brincar com todos eles. Eu aceitei isso melhor, mas há uma dificuldade. Eu até hoje me lembro da primeira criança que eu vi morrer e isso me dói até hoje. Tem aquela história da mãe que acaba fazendo vínculo com você, eu acho que aqui é que está o grande problema. A mãe é pentelha, mas também é legal.” (Enfermeira 4/H1).

O cultivo dessa capacidade de reconhecer a dificuldade do profissional demonstra a possibilidade de: 1) resgatar o fato de gostar de estar no hospital como trabalhadora, mas ser difícil quando se é usuário, e se tenta ser um usuário comum; 2) evocar sua experiência pessoal de ser cobrada ou examinada pelo acompanhante quando cuidava da criança, e perceber o incômodo e a pressão que essa relação gera; 3) integrar os dois lados de sua experiência pessoal, de forma refletida como mãe e enfermeira, suspendendo o julgamento de valor sobre a adequação ou não da técnica exercida, de forma a acompanhar a realização do procedimento. No caso, o único lugar que nossa entrevistada não queria ocupar era o da “mãe pentelha” ou da “mãe profissional”.

Não importa se está adequada ou inadequada a reflexão empreendida pela entrevistada sobre sua experiência pessoal. O que importa é sua interpretação dos acontecimentos constituintes de sua experiência, que para ela contribuem para a construção de um suporte e um apoio coerente a uma situação de doença e morte no seu universo familiar, e que reafirmam sua competência e escolha profissional.

Ainda sobre as relações estabelecidas com o acompanhante no âmbito do cuidado, observa-se a necessidade de mediação, pela possibilidade de realizar o exercício de imaginar-se no lugar do outro:

“O acompanhante (...) se torna algumas vezes chato e sem reconhecer o seu lugar, quando eles são chatos mesmo de incomodar a gente senta e conversa (...)’Se você tá sendo grossa, você tem que dirigir a grosseria pra quem você tá achando. Eu vim de longe pra cuidar do teu filho, eu não moro aqui perto’. (...) Tem horas que você tem que mostrar” (Técnica de Enfermagem 2/H2).

“Tem mãe que entende, apoia, tem mãe que tudo questiona. Ainda quer impedir que faça as coisas que tem que ser feitas. Tem que chamar o médico pra conversar com a mãe. Quando as crianças estão melhores, quase todos os momentos fica melhor, quando as crianças estão mais graves realmente é pior pras mães (...) ficam mais tensas, chorando, tem que dividir a atenção da criança com a mãe” (Auxiliar de Enfermagem 1/H2).

A interpretação sobre o cuidado à criança passa pela interpretação da mediação do cuidado leigo, encarnado no acompanhante, predominantemente a mãe. Essa complexidade de interpretações está ancorada não somente nas distinções sobre hierarquias de poder simbólico¹⁶, na disputa entre quem dá a última palavra (médico ou

enfermeira), mas sobre interações muito intensas entre mulheres situadas em posições diversas: as da equipe de enfermagem e as que cuidam como mães. E aqui valem as análises sobre as dimensões de gênero e o protagonismo da enfermagem nas marcas do feminino¹⁸.

Junto a isso, há a dimensão hierárquica ocupada por aquele profissional que realiza o cuidado direto. Predomina na equipe de enfermagem um conjunto de procedimentos que demarcam no interior do processo de trabalho diferenciações, distinções, valores, *status* atribuídos, entre os níveis superior e médio. A distância do leito e a proximidade da mesa é um símbolo que demarca, para a totalidade dos trabalhadores de nível médio entrevistados, o (a) enfermeiro (a)¹⁸.

Para uma das entrevistadas acima um recurso para abrir um espaço de escuta e de atenuação do conflito reside também na afirmação de que sua função está marcada por uma posição de pouca decisão, e por um cuidado direto à criança. O fato de afirmar ter vindo de longe para cuidar das crianças é a possibilidade de aproximar-se da mãe, distanciando-se daqueles que de alguma maneira decidem e que também estão distantes dela. Muito embora nossa pesquisa não tenha se dedicado a pesquisar variáveis como gênero, origem social, renda, nível de escolaridade, de maneira sistemática, a observação de campo permite apontar que existem muitos aspectos que aproximam os trabalhadores do nível médio de enfermagem dos acompanhantes. E essa aproximação, com muitos conteúdos comuns, é um terreno fértil para as alianças, mas principalmente para os conflitos. Reatualiza-se no cotidiano um confronto no interior de um ambiente onde as variáveis que aproximam são muitas, mas ao mesmo tempo sofrem uma redução e submissão às relações de poder, de afirmação de território, de domínio. Geralmente os acompanhantes “chatos” são aqueles que denunciam essa ordem e tentam reintegrar as dimensões que foram isoladas e reduzidas.

Já no outro trecho de entrevista, surge muito claramente a perspectiva que consegue avaliar a função do acompanhante no interior do processo de cuidado a partir da situação vivida, seja pelo filho que acompanha (se está grave, ou não), seja pelo ambiente do conjunto da enfermaria. Esses fatores influenciam nas relações e permitem que não se atribua ao acompanhante somente um lugar positivo ou negativo. Algumas vezes sua presença junto à criança precisa ser negociada com a própria criança, e com seu acompanhante esclarecendo que para aquele adulto estar ali é muito difícil, e que sair um pouco, no momento do cuidado, pode ser bom. A capacidade de relativizar, avaliando as posições dos atores, a partir da situação afetiva em que se encontram pode ajudar no encaminhamento dos processos de atenção à saúde, evitando exigências e sobrecargas para todos os envolvidos na situação: criança, profissional e acompanhante.

O acompanhante também se torna um elemento na atenção pediátrica:

“Você tem que lidar com o universo da mãe (...) que traz uma série de problemas pra nós e que afetam a criança (...) E muda até o que você tem que tratar na criança, espiritual, mental, moral, todo psicológico dela modificado. Pode ser benéfico e pode ser maléfica a presença. A gente tem que atuar ao lado da mãe, lá dentro [no CTI] é

diferente você tem que respeitar a criança (...) quando a criança transfere pra fora é que você vai olhar o universo da família” (Enfermeira 2/ H2).

Esse universo – associado ao mundo dos valores do núcleo familiar da criança, que necessariamente não é delimitado pelas relações de parentesco – complexificam o cenário da atenção da enfermagem de pediatria geral. Essa complexificação, curiosamente, é apontada como menor nas unidades fechadas onde a atenção focaliza a criança, e o familiar não é um acompanhante, mas uma visita.

(2) As dificuldades no manejo das relações e a construção da identidade profissional no campo da saúde da criança: disputas e hierarquizações

No campo das especialidades médicas, a pediatria – assim como a psiquiatria – parece mimetizar com o encantamento que provocam seus objetos de intervenção: compartilham da admiração por conseguirem lidar com o universo da loucura e da infância. Por outro lado estão vinculadas a uma valoração como especialidades menores, pois os sujeitos a que se referem as suas práticas – crianças e loucos – estão submetidos a outros, principalmente familiares, e com isso suas práticas ganham em complexidade. Essa complexidade entra em conflito com a tradição da restrição dos objetos, focalização e hiper-especialização que atribui *status* científico. Além disso, os sujeitos da intervenção não comungam exatamente dessa condição, por estarem com sua capacidade de construção de autonomia, inviabilizada pelo processo de tomada de decisão, seja pela condição da loucura, seja pela condição de ser criança.

Ao mesmo tempo **destacamos o desenvolvimento de** um *ethos* interno às profissões de saúde que relega aquelas especialidades dedicadas à criança um lugar de menor prestígio, e aqui a pediatria se localiza. Essa segunda perspectiva é fortemente compartilhada no interior da formação profissional, contrastando com a importância atribuída pelo senso comum aos pediatras e aos profissionais da enfermagem pediátrica.

A análise anterior merece destaque na relação estabelecida entre o campo da atuação profissional, o contexto público de apresentação de si como pessoa através do trabalho, o prestígio no campo profissional e social, e por fim a identificação com os valores associados ao campo de intervenção. Nesse afã de alcançar maior reconhecimento entram em cena as hiperespecializações dentro das especialidades maiores^{19,20}.

O processo de trabalho em saúde com crianças no âmbito hospitalar envolve índices de invisibilidade pela restrição de acesso, pela característica dos sujeitos a quem são destinadas as ações e a função social das mesmas. Ao mesmo tempo, esse espaço torna-se muito visível e suas práticas muito comuns para aqueles que neles trabalham, ou para os sujeitos-alvo das ações: doentes e seus familiares ou redes de apoio.

Geralmente os saudáveis desconhecem e admiram-se da capacidade de exercer funções de trabalho no interior do hospital, e ainda mais com crianças cuja visão do senso comum coloca-as em posição de fragilidade, e também de marcas de saúde e

vigor que não combinam com dor, doença e morte. O prestígio do exercício de um trabalho liga-se ao objeto e ao lugar em que é exercido, às condições desse trabalho, a sua remuneração. Ou seja, as questões materiais e objetivas – lugar, remuneração, objeto de intervenção e campo de ação – não se sustentam socialmente sem todos os recursos simbólicos que avaliam as condições objetivas e lhe atribuem significados. O prestígio ou a desvalorização, a admiração e o horror, estão *lado-a-lado* com a capacidade de poder publicamente apresentar-se como trabalhador ou profissional de determinada área.

“Você vai numa roda de amigos é difícil. E tem uma amiga dona de loja que diz assim fui, comprei coisas assim, contratei um vitrinista, (...) eu vou falar o que, a criança que tem leucemia (...) E aí você tenta buscar o lado bom da coisa, mas, é muito estranho (...) eu fiz um curativo de uma criança que perdeu o pé, perdeu o braço” (Enfermeira 3/H1)

Da mesma forma que causa horror a doença e a morte na infância, provocando admiração e sofrimento naqueles que tem acesso a essa experiência, por vivência ou informação, a profissional de enfermagem vê-se acima lançada no mesmo campo valorativo. E ver-se nesse campo desafia aos atores com ele envolvidos profissionalmente uma intensa identificação com essa opção profissional, a fim de sustentar pública e pessoalmente a experiência.

Mais do que agrupamentos e corporações com suas regras e acesso garantido por uma formação que produz um determinado dialeto esotérico, as profissões encontram-se comprometidas com os objetos sobre os quais são demandadas a intervir, com o contexto cultural em que atuam e com as demais profissões que se encontram em um campo de parentesco: no nosso caso a enfermagem e a medicina no campo sanitário. Os profissionais representam, com seus discursos e práticas, um grupo que, a primeira vista homogêneo, conforma-se em uma arena de interesses, representações e compromissos muitas das vezes heterogêneos **e em disputa**.

No caso da pediatria como especialidade é percebida como posição secundária no interior do campo médico:

“Os pediatras se deixaram ver pelas outras especialidades como os médicos da hidratação e da mamadeira. Eles permitiram e assumiram essa posição secundária” (Médico 2/H1).

“Os cirurgiões em geral diziam que pediatria não é uma coisa séria, que não é uma elite da medicina” (Psicólogo/H1).

Em sintonia com a análise de Bourdieu ¹⁶, reconhecemos que o processo de afirmação de uma profissão e/ou de uma especialidade incorpora mecanismos complexos, jogos de posição, valores, atribuição de *status* que referem posições no conjunto dos saberes e práticas. E tudo isso vai contribuir e influenciar nas opções profissionais, e na identificação com a construção da ação técnica, revelando dimensões de disputa por afirmação e hegemonia.

Essa construção do campo da pediatria mais sintonizada com a demanda gerada pela clientela, sua singularidade, as exigências que coloca na relação com a doença, a

morte e a hospitalização, acaba por ter que ser acionada no contexto da residência. A formação médica – assim como de outros campos disciplinares – acaba por deixar de fora ou dar menos ênfase ao campo relacional, que evoca a dimensão de conteúdo na definição de Simmel¹⁵, ou as questões relativas ao agir em competência, acionando afeto, capacidade de avaliação, a partir da situação, e técnica²¹. As formações profissionais valorizam a dimensão formista, o núcleo duro da competência, que pretende neutralizar o mundo da vida, colonizá-lo²².

O trecho a seguir, de uma das entrevistas, oferece pistas interessantes dignas de análise:

“É muito dura a formação de um residente em pediatria (...) teve uma onda de casos de conselho tutelar, de situações jurídicas, e eles dizem que querem que acabe isso tudo que eles querem ver pediatria. (...) eles ficaram muito mobilizados por essa diversidade que pode acontecer entre mães, pais e seus filhos. Como uma mãe pode abandonar? Como uma mãe pode agredir? Como um pai pode seviciar? Como essas coisas podem acontecer?” (Médica 3/H1).

Frente à emergência de um mundo humano muito bárbaro, que evoca o horror, as reações de jovens em formação, e mesmo de profissionais não tão jovens e mais antigos no serviço, carecem de mediações, de sínteses explicativas que deem conta das combinações inesperadas reveladas por ocasião de uma internação de uma criança.

As dicotomias, segundo Habermas²², encontram-se movendo o compromisso da modernidade, que inclui em seu percurso obstáculos de mediação. O projeto moderno construiu, através da cultura dos especialistas, as unilaterizações como estratégia de análise das práticas cotidianas, o que gerou, segundo Habermas²², problemas de mediação na relação com essas práticas. O autor pontua ainda, que as diversas cisões nos domínios do conhecimento, atualizadoras de correntes de pensamento, pretendiam de alguma maneira partir da cisão para uma pretensa unidade, baseada na racionalidade construída no interior da cultura dos especialistas. O projeto da modernidade científica, da cultura dos especialistas, reduziu a complexidade dos problemas cotidianos às antinomias organizando uma pretensa totalidade. Desta totalidade reduzida aos binômios fez parte também o processo de neutralização dos compromissos de ordem ética e solidária. O apelo ao ideal de neutralidade científica não deixou de estar alojado no interior do campo da medicina científica moderna.

A cultura dos especialistas ou segundo Chauí²³ o discurso competente tem como um dos seus efeitos a ocupação do mundo da vida com normativas que desqualificam o saber comum, suas práticas e experiências. E para uma de nossas entrevistadas seu lugar no processo de trabalho em pediatria, enquanto profissional de saúde mental, é permitir o trânsito discursivo, o diálogo sobre temas e questões que por princípio podem incomodar, **se não forem** reveladas, exploradas, debatidas e revistas:

“Eu fui fazer pediatria, eu ouvi de um residente, porque eu quero cuidar daquelas crianças cujas mães cuidam mal delas. Que coisa mais pesada, que missão salvadora. Por outro lado ser capaz de dizer isso é muito mais do que achar e não dizê-lo. Porque

esse que diz, ele consegue sair desse lugar e mudar esse lugar, ser questionado (...) agora tem gente que se coloca nesse lugar de todo bom pra criança no lugar dos pais” (Médica 3/H1).

Um ponto digno de nota diz respeito à tarefa de formação e/ou transmissão de saber em hospitais que recebem residentes, estagiários ou acadêmicos das graduações as mais variadas. A capacidade de incluir essa tarefa como componente do processo de trabalho, em um ambiente cujo fim é o cuidado de crianças adoecidas e hospitalizadas, é referida como:

“A coisa vai se processar, vai acontecer no olho do furacão ali. (...) Eles querem um curso de desenvolvimento, muito bonitinho, muito bonitinho [tom de crítica]. Sabe o que que é, as escolas médicas não dão, não dão! Eles não tem o que é a noção de morte de acordo com a faixa etária. Eles tem intuitivamente, eles se batem aos trancos e barrancos, lidam com a morte todo dia. Eles aprendem no pau, no pau!!” (Médica 3/H1).

Nas instituições públicas de atenção à saúde, onde relações se constroem, no confronto com temas e noções muito provocadoras de revisões, é preciso compartilhar formas de transmissão de conhecimento que aproveitem os espaços, todos, que se configurem como encontros. A informalidade, nomeada acima como o campo do imprevisto, do “olho do furacão”, onde tudo acontece, é o espaço para acionar mecanismos de suporte e troca. Mas para isso é preciso que os profissionais de todas as especialidades, muitas das vezes localizados como os da saúde mental, mas não só eles possam gerar intercessões afetivas e técnicas. Essa disposição, também identificada como disponibilidade, precisa ser cultivada, é do terreno da aquisição, pode ser desenvolvida, identificada nos grupos, e acionada. Ela tanto pode ser experimentada entre os membros de um grupo de profissionais, quanto entre os cuidadores das crianças. São aquelas pessoas que assim como existem os mais habilidosos com o manejo dos diagnósticos clínicos, das punções, ou da atualização da literatura, ou ainda com os cuidados gerenciais, teremos também aqueles que poderão assumir por um momento a condução de uma entrevista terapêutica, fornecer um suporte afetivo a alguém que vive um momento de descontrole, ou ainda que conseguem focalizar visualmente uma criança, adequando o tom de voz, e transmitir segurança.

Conclusões

Muito embora a pesquisa, da qual deriva esse artigo, tenha partido de uma perspectiva sobre a PNH, o desenho metodológico da mesma contribuiu para ver o ambiente que articula macro e micro por meio das produções simbólicas entre os atores. Na necessidade de desmontar a falsa oposição entre teoria e prática, reencontramos a tensão entre o que é genérico e específico, seja pensando nos sujeitos-alvo do cuidado na saúde, seja refletindo sobre os ambientes onde se estruturam os cuidados.

O debate sobre os direitos e o protagonismo das crianças é muito importante como tema para humanização, se beneficiando de dois nichos de tensões que estruturam

ações e saberes: o reconhecimento da criança como sujeito de direito e a restrição sobre sua autonomia, pois suas decisões são mediadas por adultos, por ser considerada um “ser em desenvolvimento”. Esse ser cujas capacidades racionais, motoras, de linguagem e entendimento não estão plenamente estabelecidas o que compromete sua capacidade de participar nas decisões. Acreditamos que nossa responsabilidade de tutela, gerência do cuidado profissional, responsabilidade técnica poderia ser colocada à disposição de um cuidado que encontrasse tecnologias de escuta e expressão que recolocassem a criança como um sujeito, cuja autonomia é regulada, mas deve ser considerada. A dimensão do direito à escolha e de sua capacidade de elaboração e entendimento do que a cerca, é fundamental para o reconhecimento da criança como sujeito. Ainda que a doença na criança não combine com o imaginário comum da felicidade, da expressão da fantasia e da alegria.

O cuidado no âmbito pediátrico hospitalar revela-se como complexo e multifacetado, não só pelas particularidades técnicas que impõe, mas pela interação entre mundos simbólicos: do adulto cuidador-responsável-leigo e o adulto-cuidador-responsável-técnico-profissional. Ou seja, campos de disputa de poder, nas interações entre o cuidado leigo e profissional e nas negociações entre as especialidades da medicina e da enfermagem: os médicos e enfermeiros que atuam em pediatria, afirmam serem percebidos como fazendo parte de um universo menos valorizado no interior do *ethos* de seus campos profissionais.

Crianças adoecidas e hospitalizadas evocam e exigem atenção às relações e combinações que surgem a partir da interação com seus adultos de referência. Esses adultos podem ser seus familiares / responsáveis ou os profissionais de saúde que assumem o mandato social de oferecer cuidado e tratamento de saúde qualificado. A interação entre crianças e adultos, e dos adultos situados tecnicamente ou familiarmente, vai oferecer um plano importante no que concerne a linha de cuidado oferecido, o que se reconhece e valoriza na atenção ao segmento de crianças, como se reconhece a participação e a autonomia não somente dos responsáveis nos processos de tomada de decisão, mas das próprias crianças. Para tanto, como se estabelece contato (olhar, toque, fala) e como se busca negociar e incluir verdadeiramente crianças como sujeitos de seus tratamentos?

Nessa direção, ressaltamos que refletir sobre uma linha de promoção de saúde para crianças em situação de hospitalização significa assumir como transversal a interface entre saúde e direito. O direito representado pelo discurso da proteção que baseia o Estatuto da Criança e do Adolescente e que induz mudanças na forma de olhar para crianças, no seu reconhecimento como *sujeitos de direito*. No entanto, propiciar uma interlocução efetiva entre promoção da saúde e direito à saúde e à vida de crianças significa levar à radicalidade a noção de *sujeitos de fato*. Um dos maiores desafios é trabalhar a autonomia desse segmento, ainda que referida aos adultos, revendo as formações profissionais e os modelos de atenção à saúde no sentido de valorizar elementos simples do diálogo comum, da vida cotidiana como necessários ao

crescimento, desenvolvimento, adaptação de linguagens e ação na interação e cuidado à saúde de crianças na atenção secundária e terciária à saúde. Valorizar as crianças como sujeitos de fato e de direito significa: 1) valorizar as formações profissionais que se dedicam a esse segmento, desde a graduação, possibilitando um diálogo efetivo e intenso entre as especialidades e corporações profissionais sobre valores; 2) associar saúde e direito de maneira efetiva em estratégias de reorientação de modelo assistencial onde seja considerado estratégico articular linha de cuidado para crianças adoecidas e hospitalizadas com o enfoque da autonomia, de forma a gerar acúmulo técnico sobre um modelo de atenção criança-centrado. Neste deve-se buscar articular a participação e reconhecimento através da mediação do olhar, toque, linguagem adequada, negociação na busca de entendimento sobre o que está acontecendo, sendo dito e realizado no processo de cuidado. Consideramos importante essa conexão entre promoção da saúde e direito. Mas também cabe problematizarmos, principalmente quando se trata da intervenção frente à doença ou diante do risco de morte, ou ainda quando se trata de casos em que os sujeitos não têm condições ou consciência de escolha de seus direitos; 3) Por fim, recuperar de forma transversal o conhecimento sobre direito à saúde e cuidado à saúde como fundamental na atenção qualificada às crianças adoecidas e em situação de hospitalização.

Referências

1. Mello DB, Moreira MCN. A hospitalização e o adoecimento pela perspectiva de crianças e jovens portadores de fibrose cística e osteogênese imperfeita. *Ciênc. saúde colet.* 2010 Mar; 15(2):247-254
2. Mitre RMA, Gomes R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciênc. saúde colet.* 2007 Out; 12(5):1277-1284.
3. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc. saúde colet.* 2004; 9(1):147-154.
4. Moreira MCN, Macedo AD. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. *Ciênc. saúde colet.* 2009 Abr; 14(2):645-652.
5. Moreira MCN; Macedo AD. A construção da subjetividade infantil a partir da vivência com o adoecimento: a questão do estigma. *Arq. bras. psicol.* 2003 Jun; 55(1):31-41.
6. Maia ACB, Camossa DA. Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 2002; 12(24):205-214.
7. Pinto GU, Goes MCR. Deficiência mental, imaginação e mediação social: um estudo sobre o brincar. *Rev. bras. educ. espec.* 2006; 12(1):11-28.
8. Bastos OM, Deslandes SF. A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. *Cad. Saúde Pública* 2008 Set; 24(9):2141-2150.
9. Moreira, MCN, Souza, WS. Uma Cartografia dos Dispositivos Institucionais de Humanização da Atenção à Saúde em Ambientes Hospitalares: um enfoque a partir do processo de trabalho e do associativismo em saúde [Relatório Técnico

- Edital Universal / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq]: Rio de Janeiro; 2009. 180p.
10. Campos GWS; Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde colet.* 2007; 12(4):849-859.
 11. Ayres JR. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. *Ciênc. saúde colet.* 2004; 9(1):15-17.
 12. Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ, orgs. *Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde.* Petrópolis: Editora Vozes; 2004. p. 99-120.
 13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Jan; 24(1):17-27.
 14. Simmel G. *Sociologia: estudios sobre las formas de socialización.* Madri: Revista de Occidente; 1927.
 15. Simmel G. *Questões fundamentais da sociologia.* Rio de Janeiro: Zahar; 2006.
 16. Bourdieu P. *O poder simbólico.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
 17. Lajolo, M.. *Infância de papel e tinta.* In: Freitas MC, org. *História social da infância no Brasil.* São Paulo: Cortez Editora – USF; 1997. p. 225-246
 18. Moreira MCN. *Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1999 Jan; 7(1):55-65.
 19. Campos GWS. *Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS.* *Cad. Saúde Pública* 1997; 13:141-144.
 20. Campos GWS. *Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde.* *Cad. Saúde Publica* 1999; 15(1):187-93.
 21. Schwartz, Y. *Uso de si e competência* Exposição de Yves Schwartz . Trad.: Paulo Cezar Zambroni de Souza e Maria Eliza Borges, 2007.
 22. Habermas, J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo.* Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1989.
 23. Chauí, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.* São Paulo: Cortez, 1990.