

# Necessidades de cuidados de crianças e adolescentes em cenários hospitalares: a ética do cuidado para a produção de vida

## *Care needs in hospital settings: ethics of care for life production*

Claudia Pellegrini Braga<sup>1</sup>, Gabriela Martins Silva<sup>2</sup>, Rebeca Faria da Silva<sup>3</sup>,  
Juliana Campos Romualdo<sup>4</sup>, Sandra Maria Galheigo<sup>5</sup>

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e204810>

Braga CP, Silva GM, Silva RF, Romualdo JC, Galheigo SM. Necessidades de cuidados de crianças e adolescentes em cenários hospitalares: a ética do cuidado para a produção de vida. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e204810.

**RESUMO:** O estudo teve como objetivo identificar e analisar as necessidades de cuidado de crianças, adolescentes e seus cuidadores em um cenário hospitalar a partir das perspectivas da integralidade e da humanização. Foi realizado estudo retrospectivo, de caráter qualitativo, a partir de análise documental. Os resultados indicaram que as necessidades de cuidado estavam relacionadas ao impacto da situação de adoecimento, ao impacto da situação de hospitalização e ao impacto nas redes sociais, de serviço e de suporte. A análise transversal aponta para a exigência de considerar o sujeito protagonista de seu processo saúde-doença para uma leitura complexificada das necessidades de cuidado e articuladas com a história de vida do sujeito; indica que a própria instituição também produz necessidades, o que torna relevante a transformação das relações e da própria lógica da instituição; e assinala os desafios de compreender as necessidades de cuidado que se colocam para além das possibilidades da ação institucional. Conclui-se que é fundamental constituir modos mais potentes de escuta e leitura das necessidades de cuidado em cenários hospitalares para uma produção de saúde como produção de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia ocupacional; Hospitais; Assistência integral à saúde; Criança; Adolescente.

Braga CP, Silva GM, Silva RF, Romualdo JC, Galheigo SM. Care needs in hospital settings: ethics of care for life production. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.; 32(1-3):e204810.

**ABSTRACT:** The purpose of this study was to identify and analyze the care needs of children, adolescents and their caregivers in a hospital setting from the perspectives of integrality and humanization. A retrospective and qualitative study was conducted, based on documentary analysis. The results indicated that the care needs were related to the impact of the process of illness, the impact of the hospitalization and the impact on social, service and support networks. The analysis points to the need of considering the person as protagonist of his health-illness process, for a complexified understanding of care needs, articulated with the person's life history; indicates that sometimes the institution itself produces needs, which makes relevant the transformation of relations and of the logic of the institution; and points to the challenges of comprehend the care needs that go beyond the possibilities of institutional action. The study concluded that it is fundamental the constitution of more potent means of understanding the care needs in hospital settings, for a health production as a production of life.

**KEYWORDS:** Occupational therapy; Hospitals; Comprehensive health care; Child; Adolescent.

1. Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados. <https://orcid.org/0000-0002-6061-7972>. E-mail: [claudia.braga@usp.br](mailto:claudia.braga@usp.br)

2. Espaço Atos. <https://orcid.org/0000-0002-7877-7800>. E-mail: [gbmartins.silva@gmail.com](mailto:gbmartins.silva@gmail.com)

3. Instituto de Reabilitação Lucy Montoro. <https://orcid.org/0000-0001-5561-477X>. E-mail: [rebecafariato@gmail.com](mailto:rebecafariato@gmail.com)

4. JCR Terapia Ocupacional. <https://orcid.org/0000-0003-4531-2369>. E-mail: [juliana.to@hotmail.com](mailto:juliana.to@hotmail.com)

5. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <https://orcid.org/0000-0002-3295-0188>. E-mail: [sandramg@usp.br](mailto:sandramg@usp.br)

**Endereço para correspondência:** Sandra M. Galheigo. FOFITO. R. Cipotânea, 51 - Vila Butantã, São Paulo, SP. CEP: 05360-160

## INTRODUÇÃO

O hospital pode ser vivido por muitos como um lugar de estranhamento e instabilidade da vida em razão do sofrimento agudo vivenciado, da repentina ordenação de outros cenários e da própria intensidade normativa de seu cotidiano. Esta condição provoca atravessamentos de todas as ordens: o dia a dia é organizado de acordo com o modo como a equipe técnica define os procedimentos, dá-se o afastamento dos vínculos sociais e afetivos cotidianos e mesmo as visitas são programadas segundo a ordem hospitalar. De acordo com Sant’anna<sup>1</sup>, no hospital as experiências e singularidades da pessoa “tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, reconstruía sua identidade” (p.31).

Quando isto é vivido por crianças e adolescentes, os impactos podem ir além dada a “condição particular de pessoas em processo de crescimento, sua dependência do cuidado do outro, o pouco repertório para lidar com a infinidade de situações e exposições a que estão submetidos na internação”, dentre outras questões (p.139)<sup>6</sup>. Ainda, a experiência se estende também aos acompanhantes, “que se revezam ou não na administração dos cuidados, na espera dos procedimentos e notícias, na espera do que podem ou não fazer durante o período que ficam no hospital” (p.139)<sup>6</sup>.

Tal experiência de hospitalização relaciona-se com o lugar destinado ao sujeito que é internado e com a relação estabelecida com ele. O hospital, segundo Foucault<sup>2</sup>, foi historicamente reorganizado no âmbito de uma tecnologia política: a disciplina, entendida como técnica para efetivar, por meio de diversos mecanismos, um exercício de poder e de gestão sobre os corpos; esta tecnologia política se expressa no hospital em estratégias disciplinares, compostas de mecanismos de distribuição espacial dos sujeitos, manutenção de uma vigilância perpétua, controle do desenvolvimento das ações de cada um, registro contínuo dessas ações em prontuários, dentre outros<sup>2</sup>. Soma-se a isso a prática de objetificação da pessoa em um órgão doente, de maneira que as práticas se destinam apenas a este objeto específico de intervenção e se pode afirmar que a trama de relações de poder do cotidiano hospitalar é desenvolvida de modo a destinar para os sujeitos o lugar de paciente<sup>1,3,4</sup>.

Assumindo que é preciso construir condições de possibilidade de viver outras experiências em uma situação de internação, é necessário transformar esta situação. Trata-se não apenas de tomada de posição ética, posto que essa experiência de hospitalização se coloca na contramão de uma relação de cuidado, mas de compreender e agir para que as

práticas produzidas nos hospitais se alinhem politicamente ao disposto no Sistema Único de Saúde (SUS). A produção do cuidado com vistas à integralidade é um princípio e um desafio do SUS que se coloca em uma dupla perspectiva: o desenvolvimento de ações conjuntas entre serviços e programas construindo a integralidade das ações em rede e a compreensão do usuário de serviços a partir de sua complexidade de demandas, necessidades, sofrimentos e desejos<sup>5,7</sup>. Essa perspectiva exige uma mudança de atitude por parte dos profissionais de modo que eles “se relacionem com os sujeitos e não com objetos” (p.1414)<sup>7</sup>.

Assim, há uma dimensão relacional fundamental para a transformação da lógica hospitalar hegemônica, na qual os profissionais, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, precisam estar dispostos a entrar em relação com os usuários do serviço e escutá-los em suas necessidades. Quando, em 2004, foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), esta foi acolhida como um caminho para transformar as relações nas práticas em saúde. Isso porque, em seus princípios e diretrizes, ela colocava a necessidade de transformação dos modos de relação entre profissionais, usuários e gestores, construindo a possibilidade para que esses possam devir atores sociais que estejam implicados com a complexidade do viver, construindo outros itinerários terapêuticos junto com os sujeitos da atenção, instaurando inéditas formas de relação, abrindo espaço para atos de criação em um processo de ampliação da potência de vida de todos<sup>8,9</sup>. Esta política, assim como muitas outras políticas públicas e sociais, foi descontinuada após 2016. Ainda assim, toma-se ela aqui – em par com o princípio da integralidade – como um referencial e um horizonte do que se almeja para a constituição de prática de cuidado usuário-centrado.

Este cuidado requer dos profissionais, incluindo o terapeuta ocupacional, buscar ativamente compreender as necessidades reais dos sujeitos. É nesse sentido que, em uma perspectiva de terapia ocupacional crítica a partir da qual se entende que as ações dessa profissão se fundam na “retomada histórica e contextualizada do sujeito em sua inserção participante no coletivo” (p.108)<sup>10</sup> e que é preciso desenvolver uma prática que se propõe à elaboração crítica das situações de hospitalização e de adoecimento e de identificação das necessidades singulares dos sujeitos relacionadas aos processos de adoecimento, hospitalização e condições de vulnerabilidade social que vivenciam em seus contextos reais de vida. Também se entende que é partir deste lugar que se instauram momentos de transformação da própria instituição hospitalar pela compreensão da relação entre as necessidades dos sujeitos e as práticas tradicionalmente desenvolvidas na instituição – muitas das quais provocam impactos e sofrimentos diversos.

Reconhecendo as descontinuidades provocadas nos cotidianos de vida - compostos de necessidades, valores e relações - quando se dá uma situação de hospitalização, é preciso exercitar uma prática de cuidado que envolva a recomposição dos modos de estar e fazer singulares e coletivos no cenário hospitalar, com uma ressignificação do cotidiano naquele momento e espaço de vida. Tal postura parte do posicionamento de que um trabalho crítico deve acontecer no encontro entre as necessidades singulares e coletivas.

Agora, como afirmado, para desenvolver práticas de cuidado é preciso, primeiro, saber que necessidades são essas. Neste sentido que, considerando as questões assinaladas, esse estudo busca identificar, analisar e discutir as necessidades de cuidado de crianças, adolescentes e seus acompanhantes e refletir sobre caminhos para o cuidado.

## MÉTODO

Trata-se de estudo retrospectivo, de caráter qualitativo, realizado a partir de análise documental em que os dados consultados ainda não haviam recebido tratamento analítico e eram internos à instituição<sup>11</sup>. Os documentos analisados referem-se aos registros e relatórios próprios da terapia ocupacional produzidos por estudantes e residentes de terapia ocupacional no contexto das atividades de extensão universitária e referentes a atendimentos realizados em uma enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário.

Em relação ao local de estudo e a caracterização da população atendida, se trata de uma enfermaria pediátrica situada em um hospital universitário de média complexidade que conta com uma equipe multidisciplinar e com estudantes de graduação e residentes de profissões da saúde. A população atendida abrange bebês, crianças e adolescentes, de trinta dias de vida a 14 anos, e os seus cuidadores, que geralmente são familiares e frequentemente do sexo feminino, moradores na região de referência do hospital ou parte da comunidade universitária. Na média, as internações costumam ser breves, com duração de três a cinco dias.

Um dos perfis mais frequentes de internação se refere às crianças internadas (e reinternadas) em decorrência de adoecimentos do aparelho respiratório. Há também as situações de primeira internação de bebês em que os cuidadores não apenas desconhecem a dinâmica da instituição com seus procedimentos e rotinas, mas não se sentem apropriados dos cuidados básicos de seus bebês. Um terceiro perfil diz respeito às crianças e adolescentes internados por acometimentos diversos, desde doenças infecciosas e parasitárias até acidentes domésticos; frequentemente são situações relacionadas à vulnerabilidade social e às condições de miséria que os sujeitos vivenciam

e há circunstâncias em que se evidenciam situações de violência.

O período compreendido pelo estudo foi de janeiro de 2009 a dezembro de 2015. Nesse período, foram produzidos 543 registros, dos quais foram excluídos aqueles que não explicitavam as necessidades de cuidado, resultando em 291 registros e relatórios referentes a atendimentos pela terapia ocupacional de bebês, crianças, adolescentes e seus cuidadores. Com esse material, foi realizada análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo<sup>15</sup>. Segundo Minayo (p.316)<sup>11</sup>, o processo de análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado”. Assim, tendo em vista o objetivo do estudo, o material levantado foi classificado inicialmente em categorias temáticas e em unidades temáticas, possibilitando a organização da leitura. A partir disso, considerando o conjunto das categorias temáticas e unidades temáticas, foi feita a análise transversal dos dados, resultando na classificação de três eixos de discussão que abarcam as necessidades de cuidado. A discussão sobre as necessidades de cuidado foi realizada a partir das perspectivas e conceitos do campo da saúde coletiva e da ética do cuidado. A pesquisa obteve aprovação dos devidos Comitês de Ética (CAAE 45547515.7.3001.0076 – HU e CAAE 45547515.7.0000.0065 – HCFMUSP).

## RESULTADOS

### Necessidades de cuidado

A leitura e análise dos resultados indicou que as necessidades de cuidado de bebês, crianças, adolescentes e seus cuidadores podem ser compreendidas em três categorias temáticas (Quadro 1).

Acerca da primeira categoria, os registros apontaram que as necessidades dos bebês, crianças e adolescentes em situação de hospitalização e de seus cuidadores estavam relacionadas aos impactos da situação de adoecimento, tendo sido identificadas necessidades de cuidado relativas às modificações que os sujeitos em situação de hospitalização experimentavam no próprio corpo, e relacionadas ao desconhecido e às incertezas do processo de adoecimento e da dinâmica de cuidado diante de determinado diagnóstico. Também foram identificadas necessidades relacionadas aos estranhamentos em relação aos procedimentos e às práticas realizados pela equipe, em particular aos procedimentos dolorosos, como troca de acesso e punção de líquidos; eram comuns cenas em que crianças não mexiam o braço em que estava o acesso por dor, medo ou outros.

**Quadro 1** – Necessidades de cuidado dos sujeitos da atenção

<b>NECESSIDADES DE CUIDADO</b>		
<b>Categorias Temáticas</b>	<b>Unidades temáticas</b>	<b>Amostra de registros</b>
Impactos da situação de adoecimento	Apropriação do processo de adoecimento	“Ela manifestava medo e tinha dificuldade para relaxar seu corpo”
		“(..) respondeu que as vezes pensa que deve ficar no hospital ‘porque só assim vão descobrir se eu tenho mesmo alguma coisa’”
		“Mostra-se muito assustado, amedrontado, estando em uma postura um tanto quanto assujeitada em relação ao processo/falta de repertório de estratégias p/ o enfrentamento do processo de hospitalização/passivo”
	Apropriação dos procedimentos e práticas realizados pela equipe	“Mostra-se assustado com aproximações iniciais. Segundo o pai, se deve ao fato dos inúmeros procedimentos que vem sofrendo”
		“C. mostrou-se angustiada, pois a residente de cirurgia havia dito de forma pouco sensível e confusa para ela que seria necessário que a ‘abrisse para limpar’, o que deixou C angustiada e amedrontada”
		“Mostra-se com medo dos acessos e anteriormente com receio e medo do dreno em seu corpo”
Impactos da situação de hospitalização	Apropriação crítica e reflexiva da rotina e do espaço institucional	“Consideramos a necessidade de atendimento para que ele pudesse sentar e mesmo que de cadeira de rodas conhecer os espaços do hospital”
		“Avalio que sua irritabilidade se deve à dor que refere, mas principalmente ao medo e à arbitrariedade das regras impostas pela situação de hospitalização”
		“As duas pareciam não compreender o motivo da não permissão da visita”
	Ressignificação da relação com os profissionais	“Assustado não apenas com os procedimentos, mas também com os profissionais (chora e pede colo ao ver que alguém está entrando no quarto)”
		“Em um primeiro momento não permitiu muita aproximação/evitou olhar-nos, sua mãe relatou o medo do avental e das roupas brancas”
		“A criança prestou atenção nela (mãe) e se cobria para responder as minhas perguntas”
	Retomada e legitimação de elementos do cotidiano da vida	“Ausência de objetos e momentos lúdicos na enfermaria, de acordo com o que foi observado e apontado pela mãe”
		“Expressa o desejo de se locomover e explorar, mas precisa que alguém a acompanhe e convide”
		“Os recursos lúdicos disponíveis parecem precários, sendo importante uma atuação para complexificar esse cenário, aumentando o repertório de brincadeiras, e ampliando as possibilidades em seu cotidiano hospitalar, uma vez que ela se encontra sozinha no quarto com sua mãe”
	Ampliação e fortalecimento do repertório de cuidado	“Momentos de apatia c/ alguns membros da equipe: ‘Elas (enfermeiras) acham que eu (mãe) cuido/faço errado’”
		“Mãe reclama de falta de comunicação com a equipe e tem questionamentos sobre os medicamentos”
		“Não conhece todos os profissionais que atendem seu filho”

Continua...

**Quadro 1** – Necessidades de cuidado dos sujeitos da atenção

Continuação

NECESSIDADES DE CUIDADO		
Categorias Temáticas	Unidades temáticas	Amostra de registros
Impactos nas redes sociais, de serviço e de suporte	Fortalecimento do vínculo com cuidadores	“Resgatar o repertório de brincadeiras com a mãe, trabalhar a interação com a criança e a forma de olhar o filho internado”
		“Em seu leito não havia nenhum brinquedo e aparentemente sua mãe apresenta dificuldade em reconhecê-lo como alguém que brinca”
	Agenciamento de uma rede de sustentabilidade relacional	“Está sozinho no hospital, pois sua mãe trabalha.... parecia estar materialmente apropriado do espaço, mas ainda sem uma teia de relações”
		“E. está sozinho e sem ter com que compartilhar o que sente em relação à hospitalização. Importante a inclusão em brincadeiras grupais para que ele tenha suporte na elaboração do processo de hospitalização”
		“Parece necessário construir uma rede relacional e de suporte/ (mãe) construir uma rede relacional e de suporte, para que ela possa compartilhar e ouvir a experiência de outras famílias”
	Agenciamento de uma rede de suporte e de serviços	“Avalia-se como importante o contato com a UBS da família para a continuidade do apoio ao fortalecimento de suas redes sociais de suporte”
		“Pedido de interconsulta para o ambulatório de Terapia ocupacional em reabilitação física”
		“Seria importante a articulação c/ outros serviços que deem suporte à família após a alta”

Outro conjunto de necessidades identificado nos resultados se refere aos impactos da situação de hospitalização em si. Uma das dimensões desse conjunto é relativa às dificuldades e fragilidades que podem atravessar a relação com os profissionais. Os registros indicaram que, ao encontrar um profissional do serviço, era comum as crianças e os adolescentes expressarem receio (ou mesmo desespero). Ainda, foi identificado que as interrupções dos cotidianos e contextos de vida reais, com a consequente abrupta inserção em um lugar diverso, acarretavam outras duas dimensões desse conjunto de necessidades: a apropriação crítica e reflexiva da rotina e espaço institucional e a retomada e legitimação do cotidiano da vida. Foram identificadas situações em que, mesmo após alguns dias de internação, as crianças não frequentavam a brinquedoteca porque não sabiam (afinal, não haviam sido informadas) que poderiam fazê-lo e que crianças e acompanhantes cuidadores que compartilhavam um mesmo quarto não se conheciam.

Ainda em relação às necessidades relacionadas ao impacto da situação de hospitalização, foram identificadas necessidades próprias dos cuidadores que, por um lado, buscavam evitar contato com profissionais da equipe em razão de uma desconfiança e, por outro, delegavam plenamente

o cuidado à equipe por não ser afirmada a sua importância e habilidades de cuidado. Os registros indicaram situações em que os cuidadores apresentavam sensível diminuição do protagonismo no uso do repertório de cuidado prévio, dado o impacto experimentado pelos cuidadores diante da situação de adoecimento dos bebês e crianças pequenas e, em particular, diante dos equipamentos hospitalares, sendo delegado o cuidado para a equipe.

Como resultados do estudo, foi identificado um terceiro conjunto de necessidades dos sujeitos em situação de hospitalização e seus acompanhantes relativo às relações sociais estabelecidas, denominado de impacto nas redes sociais, de serviço e de suporte. Uma primeira dimensão dessas necessidades está articulada à presença dos acompanhantes cuidadores e refere-se à possibilidade de fortalecimento do vínculo entre esses com os bebês, crianças e adolescentes; por vezes, a situação de hospitalização acarretava fragilidades nessas relações, e por vezes era oportunidade para que os profissionais identificassem essa necessidade e construíssem estratégias e possibilidade de cuidado. Uma segunda dimensão é relativa à importância de possibilitar espaços de trocas sociais para as crianças e adolescentes em situação de hospitalização, focando no

agenciamento de uma rede de sustentabilidade relacional entre as diferentes pessoas que se encontram na instituição; destaca-se que muitos registros apontaram essa necessidade, em particular em se tratando de crianças e adolescentes que com frequência estavam sozinhas em seus leitos e quartos. Por fim, foram identificadas situações em que se fazia necessário um agenciamento mais específico de uma rede de suporte e de serviços, considerando as complexas necessidades de cuidado apresentadas pelos sujeitos relacionadas à situação de adoecimento.

Importante destacar que apesar de destacarmos no Quadro 1 alguns registros, não foi possível arrolar uma lista final de todas as situações-exemplo e nem seria, considerando que as necessidades são apresentadas em um processo, que estão vinculadas às histórias, contextos e relações de vida pessoais e de diversos coletivos e que estão relacionadas a um determinado cenário, essas sempre se apresentarão de distintos modos e com variadas nuances. Assim, os resultados apresentados podem ser tomados como exemplos que sustentam a análise temática acerca das necessidades.

A partir da leitura e análise transversal dos resultados, foram constituídos três eixos de discussão: necessidades de bebês, crianças e adolescentes e seus cuidadores relacionadas às condições adversas colocadas pelo adoecimento e pela hospitalização; necessidades coletivas relacionadas às condições adversas colocadas pelo cotidiano institucional; e necessidades que se colocam para além do cenário hospitalar.

## DISCUSSÃO

Como observação geral das necessidades identificadas, na perspectiva crítica de terapia ocupacional assinalada, as necessidades de cuidado foram compreendidas a partir da escuta dos sujeitos em relação às suas demandas, necessidades, sofrimentos e desejos, aos modos como se apresentam corporalmente e afetivamente, e às formas que se relacionam com outros usuários, cuidadores e profissionais da equipe. Essa posição de escuta envolve o reconhecimento do contexto institucional e daquilo que a própria instituição produz para os sujeitos. Assim, foi no processo de compreensão das necessidades que no trabalho desenvolvido buscava, através de um olhar atento para a cena da atenção e considerando o modo de expressão do outro – seja o diálogo, seja o lúdico, seja outra forma de comunicação e criação de si no mundo –, pistas sobre o que constituía para o sujeito uma necessidade real em uma situação particular.

### **Primeiro eixo: necessidades de bebês, crianças e adolescentes e seus cuidadores relacionadas às condições adversas colocadas pela hospitalização e adoecimento**

O primeiro eixo trata das necessidades específicas de crianças, bebês e adolescentes relacionadas ao próprio processo de adoecimento e ao modo como se relaciona cada sujeito com as condições adversas e impactos ocasionados pela situação de hospitalização. Em linhas gerais, considerando as propostas de atenção desenvolvidas a partir das perspectivas da integralidade e da humanização, entendemos que essas necessidades se referem à produção de um cuidado mais focalizado, com a construção de projetos de atenção singulares e o agenciamento de redes de sustentabilidade relacional entre os diferentes sujeitos que circulam na instituição enquanto estratégias de cuidado. Para essas estratégias serem desenvolvidas é fundamental a ideia de que o sujeito é protagonista de seu processo saúde-doença e de vida.

Ora, nessa perspectiva a saúde é entendida não mais como ausência de doença – tal como o é nas práticas hegemônicas em cenários hospitalares –, mas como um processo dinâmico e singular em que o sujeito amplia seus graus de saúde ao instaurar novas normas para si<sup>12</sup>, que fazem sentido em seu processo porque estão conectadas à sua experiência, cotidiano e história. Daí ser fundamental considerar, por exemplo, a relação que o sujeito constrói com sua própria situação de adoecimento para construir sentidos e narrativas próprios sobre seu processo saúde-doença, para além daqueles normatizados por diferentes profissionais.

A questão aqui é como o sujeito pode se apropriar de seu processo. Apropriar-se de si, da experiência de adoecimento e de hospitalização não é o mesmo que aprender diagnósticos, técnicas e procedimentos – um entendimento desse tipo poderia significar a criação de um procedimento padrão para todos os sujeitos da atenção, independente do que esses apresentam, de fato, como necessidade. Se este aprendizado fizer sentido para o sujeito, até pode ser uma via de compreensão do processo de adoecimento e de recuperação, mas, para além disso, a apropriação de si e do próprio processo remete às possibilidades de os sujeitos criarem narrativas afetivas sobre si e sua história, construindo sentidos próprios para aquela experiência e possibilidades de exercitarem o cuidado de si. Inclusive, tais narrativas podem coincidir com aquelas apresentadas pela equipe ou não, como com frequência acontece com crianças que criam histórias e dotam de significados diversos a experiência de hospitalização e adoecimento a partir de seus recursos e linguagens.

Os sentidos construídos pelos sujeitos para sua experiência de adoecimento e hospitalização são diversos e, quando abrem a possibilidade de reinscrição dessa experiência na própria história de vida, podem ampliar os graus de saúde na medida em que a produção de saúde é considerada no sentido de possibilidade de criação de inéditos modos de ser e estar no mundo frente às adversidades apresentadas pela vida<sup>12</sup>. Ora, segundo Canguilhem<sup>12</sup>, a saúde é a “possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (p.148). Nesse sentido, a ampliação dos graus de saúde de um sujeito está relacionada à sua possibilidade de criar novas normas frente às adversidades do meio – seja, aqui, o adoecimento ou a situação de hospitalização em si; também nesse sentido que a atenção em relação a como se cuida de alguém está relacionada à produção de saúde e à própria produção de vida.

A possibilidade de criação de outros modos de si, de novas narrativas para os sofrimentos que se apresentam, de inéditas maneiras de estar, se torna fundamental nessa compreensão e a produção de saúde pode ser entendida enquanto potência de criação de si e de invenção de mundos. A constituição do cuidado de si se coloca nesse âmbito, envolvendo as possibilidades de ampliação do reconhecimento do sujeito sobre seus processos e de uma ação que se coloque em uma perspectiva ética em relação a si e aos outros. Aqui, o cuidado de si é entendido em termos de ocupar-se e preocupar-se consigo mesmo, com uma relação com uma prática social<sup>13</sup>, perspectiva que compreende que os sujeitos apresentam de antemão um conjunto de modos de fazer e de cuidar de si mesmos e de uns dos outros, relacionados a contextos, valores e culturas diversos.

Em cenários hospitalares, que já apresentam um conjunto determinado de valores e formas normatizadas de cuidado, é preciso criar condições de possibilidade para que os sujeitos exerçam práticas de si, tornando-se protagonistas de seus processos saúde-doença, recuperando a dimensão cuidadora das práticas no interior dessa instituição<sup>3,4,6</sup>; para tanto, é preciso, evidentemente, transformar a própria lógica da instituição, sendo de fundamental importância a constituição de outros modos de relação entre os atores sociais que a compõe<sup>8</sup>. Esse é um dos elementos que indica quão vinculado está a produção de cuidado realizada junto com os sujeitos e a prática de transformação da instituição.

### **Segundo eixo: necessidades de um coletivo relacionadas às condições adversas colocadas pelo cotidiano institucional**

O segundo eixo trata da discussão de um conjunto de necessidades que se coloca para um coletivo de sujeitos.

A partir da análise dos registros, é preciso reconhecer que essas necessidades, de certo modo, são produção do próprio cotidiano institucional, por isso tende a abranger diferentes sujeitos; a questão aqui é que a própria instituição, por meio de sua lógica, pode ser produtora de sofrimentos e adversidades para os sujeitos. Assim, de certo modo, trata-se de um conjunto de necessidades apresentadas pelos sujeitos em situação de hospitalização, mas que são criadas pela própria instituição hospitalar, já que esta, de modo geral, se constitui em uma lógica disciplinar e normativa, com uma perspectiva biomédica hegemônica em que a atenção, objetificada em uma doença, é procedimental e fragmentada<sup>2,3,5</sup>. Portanto, o que esse eixo de discussão estabelece é a indispensabilidade de transformar a própria instituição.

A preocupação com as necessidades de âmbito coletivo se funda na perspectiva de que a prática do cuidado de si está vinculada ao cuidado dos e com outros, de tal modo que as práticas de cuidado se colocam em um campo de ação entre sujeitos, sendo o próprio cuidado de si exercido em um âmbito de práticas sociais ampliadas. Desse modo, a discussão acerca do protagonismo de cada sujeito em relação a seu processo aqui se amplia. Em uma perspectiva ética, torna-se relevante compreender as necessidades que podem ser de mais de um e que remetem a um trabalho de transformação institucional.

Diante disso, a partir das perspectivas da integralidade e humanização do cuidado, compreendemos que se torna urgente a construção de práticas pautadas na ética do cuidado, com a criação e a sustentação de um cotidiano diferenciado na instituição, que busque criar outros modos de relação entre os sujeitos e outras práticas de cuidado, voltados para a produção de vida. Vale afirmar que entendemos que a ética significa, antes de tudo, a autêntica disposição para o encontro com o outro em sua alteridade; encontro esse que em uma relação de mútua afetação possibilita o aumento da potência de vida de ambos. A postura ética para escuta das necessidades de um coletivo não é garantida por meio de normas e procedimentos padronizados, mas, sim, por um processo relacional, em uma perspectiva que reconhece e acolhe as diferenças e singularidades de cada sujeito envolvido na relação, construindo ações que ampliem a potência de vida de todos.

O reconhecimento dessas necessidades e, mais do que isso, a compreensão de que é a própria instituição com sua lógica, perspectiva hegemônica e na relação com os sujeitos que produz essas necessidades, invoca a importância da transformação dos modos de relação e das perspectivas dos papéis sociais estabelecidos hegemonicamente, tal como assinalado pela PNH<sup>8</sup> e coloca a necessidade da integralidade

do cuidado como horizonte<sup>3,5,7</sup>. Aqui, é notável a articulação entre ambas perspectivas, já que a integralidade emerge das práticas e do encontro com o outro em suas diferenças, com o acolhimento das necessidades e sofrimentos dos sujeitos e produção de respostas que potencializem a vida, ampliando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos em relação aos seus processos saúde-doença; a integralidade como horizonte requer a transformação das relações e construção de interações democráticas entre os diferentes atores envolvidos nos processos e situações. Nessas bases, pode ter lugar uma produção de cuidado que busque resgatar aos sujeitos usuários dos serviços o seu lugar de protagonista nas ações em saúde e que crie uma cotidianidade que amplie a compreensão de cuidado a partir de uma dimensão ética.

### **Terceiro eixo: necessidades que se colocam para além do cenário hospitalar**

O terceiro eixo de discussão contempla as necessidades que se apresentam para além das possibilidades de cuidado da instituição hospitalar, seja pela própria função da instituição e seu lugar específico na rede de serviços, seja pelos limites que a instituição hospitalar apresenta na produção de cuidados.

Nas situações em que se mostrava necessário a continuidade da atenção em decorrência do adoecimento que acarretou a hospitalização, os registros indicaram que era padrão a articulação com a rede de serviços por parte da instituição; não é possível afirmar, no entanto, se tal articulação significava a produção de encaminhamentos qualificados e responsáveis. Ainda, notou-se que nas situações em que o sujeito da atenção apresentava alguma outra condição que demandaria um cuidado continuado, como a necessidade de reabilitação física, era realizado o encaminhamento para um serviço da rede.

Acerca disso, importante afirmar que, enquanto princípio, a integralidade implica em uma dupla dimensão. Primeiro, como já assinalado, que as ações desenvolvidas no campo da saúde estejam relacionadas com a compreensão do usuário de serviços a partir de sua complexidade de demandas, necessidades, desejos e sofrimentos, em uma compreensão integral a dinâmica da situação trazida pelo sujeito. Mas ainda, que as ações sejam desenvolvidas com os demais serviços e programas, construindo a integralidade das ações em rede e em ações articuladas e continuadas nos âmbitos individual e coletivo<sup>7</sup>. Assim, esse eixo trata dessa importante dimensão da perspectiva da integralidade.

Mas, para além das necessidades de continuidade da atenção, a leitura e análise dos registros indicou que era usual

que, no intervalo de tempo da situação de hospitalização, um conjunto de necessidades e sofrimentos apresentados pelos sujeitos e relacionados a outras situações e esferas da vida cotidiana surgisse. Em relação a esse aspecto nota-se a fragilidade da instituição hospitalar, que pouco consegue se firmar como uma “estação de cuidado”<sup>7</sup>, não compondo com a rede de serviços ampla – incluindo aí não apenas os serviços de saúde, mas os sociais, educacionais e outros. Note-se que, ainda que se busque reconhecer a complexidade de vida do sujeito e se aproximar da história de vida do outro, é preciso ter em vista que a instituição hospitalar, enquanto cenário de práticas de cuidado, frequentemente não é o cenário cotidiano dos sujeitos da atenção. Desse modo, a nosso ver, a articulação com outros serviços considerando a complexidade de necessidades dos sujeitos a partir desse cenário de práticas ainda hoje se apresenta como um desafio.

### **CONCLUSÃO**

Defende-se que a transformação dessas práticas implique na constituição de novos modos de produção de saúde em uma ética do cuidado que compreenda a necessidade de entrar em relação com os sujeitos, reconhecendo os seus modos de vida, contextos e histórias singulares e tecendo diálogos com seus diferentes modos de expressão no mundo. Em novas práticas cuidadoras é preciso partir do entendimento de que o sujeito que se apresenta em situação de hospitalização tem uma história, um contexto de vida e uma rede de relações, com um conjunto de valores culturais, que a princípio são desconhecidas pelos profissionais que atuam em instituições hospitalares, pois estão distanciados do território existencial dos sujeitos em razão das características próprias dessas instituições. Sendo assim, a produção de novas práticas cuidadoras em cenários hospitalares apresenta um conjunto de desafios, exigindo novas perspectivas de cuidado e envolvendo as formas de aproximação e de relação com os sujeitos da atenção e entre os diversos profissionais da instituição hospitalar.

Ainda assim, há que se afirmar que as práticas em cenários hospitalares têm um desafio importante que se refere à possibilidade de constituir vínculo e construir um projeto terapêutico junto com o outro em um certo limite de tempo e em um cenário que não é parte de seu território existencial. Além disso, é preciso reconhecer que a transformação da própria instituição e de suas práticas em sentido mais amplo enfrenta barreiras e desafios diversos que se colocam para além do cotidiano de cada um dos cenários hospitalares, já que a lógica predominante da instituição hospitalar é uma construção sócio-histórica que envolve jogos de poder diversos.

Por isso, é crucial que a ação do cuidado, que entende a integralidade de ações e da rede como um horizonte e a humanização como constituição de modos de relação

orientados para a ética da vida, possa ser colocada em prática por muitos: gestores, profissionais, usuários do serviço, cuidadores e a própria sociedade.

**Participação dos autores:** Braga CP e Galheigo SM - delinearão e orientaram a pesquisa da qual decorre este texto, trabalhando em todas as suas etapas. Silva GM, Silva RF, Romualdo JC - organizaram a matriz de dados, após estudo dos prontuários e realizaram a análise preliminar dos resultados. Braga CP e Galheigo SM - redigiram o texto final desse artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

**Financiamento:** O projeto contou com o apoio de bolsas do Programa Aprender com Cultura e Extensão e do Programa Unificado de Bolsas, ambos da Universidade de São Paulo.

---

## REFERÊNCIAS

1. Sant'Anna D. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade; 2001.
2. Foucault M. *O nascimento da clínica*. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Record; 2014.
3. Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, Camargo K, organizadores. *Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.
4. Mitre R, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):147-154. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100015>
5. Pinheiro R, Mattos R, Camargo K, organizadores. *Construção da integralidade, cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003.
6. Galheigo SM, Angeli A. Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do projeto ACCALANTO. *Rev Ter Ocup USP* 2008;19(3):137-146. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i3p137-143>
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-1416. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: MS; 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
9. Deslandes SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005;9(17):389-406. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200017>
10. Galheigo SM. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2003;14(3):104-149. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i3p104-109>
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
13. Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault M. *Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

