



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CARLA PETERSEN DE OLIVEIRA SANTOS

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA DE
ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SALVADOR
2021

ANA CARLA PETERSEN DE OLIVEIRA SANTOS

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA DE
ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa: “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clímene Laura de Camargo
Co-orientadora: Prof. Dr.^a Mara Ambrosina de Oliveira
Vargas

SALVADOR
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas
(SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Santos, Ana Carla Petersen de Oliveira

Violência institucional à criança hospitalizada na
perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde
/ Ana Carla Petersen de Oliveira Santos. -- |
Salvador, 2021.

202 f. : il

Orientadora: Climene Laura de Camargo.

Coorientadora: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em
Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da
Bahia, Escola de Enfermagem, 2021.

1. Violência infantil. 2. Criança hospitalizada.
3. Cuidado da criança. 4. Humanização da assistência.
5. Negligência com a criança. I. Camargo, Climene
Laura de. II. Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira.
III. Título.


ANA CARLA PETERSEN DE OLIVEIRA SANTOS


**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA DE
ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

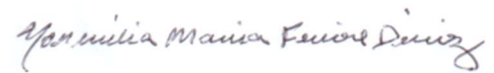
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

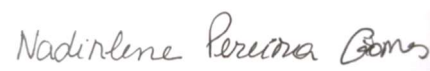
Aprovada em 26 de Fevereiro de 2021

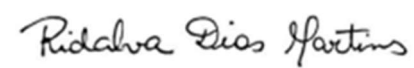
BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo 
Pós-Doutora em Sociologia da Saúde. Professora Titular da Escola de Enfermagem da UFBA.

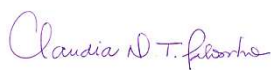
Vânia Nora Bustamante Dejo 
Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada do Instituto de Psicologia da UFBA.

Normélia Maria Freire Diniz 
Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA.

Nadirlene Pereira Gomes 
Pós-Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFBA.

Ridalva Dias Martins 
Pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFBA.

Maria Carolina Ortiz Whitaker 
Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Escola de Enfermagem da UFBA.

Claudia Nery Teixeira Palombo 
Pós-Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem UFBA.

Dedico essa tese à minha família por saberem esperar, se alegrar, chorar e sonhar
juntos. #semprejuntos

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Federal da Bahia pela oportunidade de aprender e crescer profissionalmente. Pela compreensão com a qual fui tratada nesses quatro anos de doutorado. Por ter me concedido um justo e produtivo período de afastamento.

Ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, pela presteza, agilidade e cuidado nas tratativas administrativas.

Às professoras Larissa Chaves e Nadirlene Gomes pela compreensão, atenção e respeito com todas as demandas se fizeram necessárias para que o período do doutorado ocorresse de forma mais humana e tranquila.

Às professoras que participaram da Banca de qualificação I e II, por terem enriquecido essa pesquisa com suas contribuições.

Às colegas Rochelle Estrela, Luciana Santana e Almira Rosário, por terem lutado junto comigo incansavelmente para que o período do doutorado se desenvolvesse de forma profícua.

Aos profissionais de saúde e acompanhantes que aceitaram participar desta pesquisa, pela disponibilidade e respeito para com a equipe de pesquisa e por aceitarem compartilhar um pouco dos seus dilemas e aflições do dia a dia na luta pela preservação da vida.

As minhas colegas de doutorado: Cristina Nunes Vítor e Denise Santana, por serem parceiras de doutorado. Foi um grande prazer e privilégio ter a companhia de vocês nesse período. Quem sabe um pós-doutorado nos espera pela frente? rrsr

Ao grupo de estudos CRESCER (melhor grupo não há!). Obrigada por todo aprendizado. Vocês são fantásticos!

A equipe de pesquisa que trabalhou e se esforçou para que a coleta de dados e a análise ocorresse em tempo hábil. Obrigada Thais Piton, Lara Almeida, Mirna Prado, Caroline Nino, Marimeire Moraes, Luana Barbosa, Simone Batista, Marisa Reis, Marta Rosa e Thaisla.

Às minhas cunhadas Cleide, Sandra, Lílian e Laís pelas orações e por serem sempre tão amorosas no cuidado comigo e com minha família.

Aos meus irmãos e irmãs em Cristo (família Litoral Norte) Por todas as orações, encorajamento e acolhimento que tanto me fortaleceram.

Aos meus pais, Eliana e Carlos, minha avó, Jessélia, minha irmã e cunhado, Léa e Sila meu irmão Daniel e cunhada Maria, por todo suporte, incentivo e orações.

À professora Climene, pessoa que Deus me concedeu o privilégio de ser minha orientadora. Sou muito grata a senhora por todo ensino e direcionamento. Nesses quatro anos

busquei aprender com sua experiência, mas particularmente devo dizer que sua sensibilidade e genialidade foram o que mais me encantaram.

À professora Mara, por aceitar me co-orientar e me conduzir com maestria, zelo e suavidade nas (des)continuidades desta pesquisa. Por todo carinho, atenção, presteza com o qual fui recepcionada no tempo em que estive em Florianópolis. Por toda atenção, empenho e paciência na leitura das linhas de cada discurso. Suas contribuições foram imprescindíveis para que essa pesquisa chegasse tão longe.

Ao meu esposo Júnior e aos meus filhos Tito e Pedro, por sempre fazerem as coisas que eu “invento” valerem a pena. Sem a ajuda de vocês esse sonho não seria possível. Amo vocês demais!

Por fim e mais importante, agradeço a Deus, meu Pai querido, criador, dono de tudo que tenho, meu amado Jesus e ao Espírito Santo por terem me sustentado e fortalecido em tudo; por ter feito com que, de fato, todas as coisas cooperassem para o meu bem sempre. A Ele a glória hoje e sempre, amém!

“Saber se se pode pensar diferente do que se pensa e perceber diferente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”
(FOUCAULT, 2006, 195p.)

RESUMO

SANTOS, A.C.P.O. **Violência institucional a criança hospitalizada na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde.** 2021. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

A violência institucional (VI) é definida como aquela exercida nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, justiça, educação, que inclui uma ação ou omissão, desde a falta de acesso à má qualidade destes serviços, tendo como principal causa as relações assimétricas de poder entre usuários e profissionais. Quando a vítima é uma criança, o evento torna-se ainda mais grave, considerando a condição de vulnerabilidade desta, acarretando problemas que poderão repercutir no desenvolvimento infantil. Esta pesquisa tem como objetivo geral: Compreender a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou aproximações com o pensamento foucaultiano, realizado em um hospital universitário de grande porte em Salvador-Bahia. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2018 a outubro de 2019. Participaram da pesquisa 10 acompanhantes (mães) e 39 profissionais de saúde (assistente social, enfermeiras, farmacêuticas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, médicas, nutricionistas, psicóloga e técnicas de enfermagem). Como instrumentos de coleta utilizou-se um roteiro semi-estruturado para entrevistas, caderno de observações e um folder informativo. Os dados foram analisados em duas etapas: na primeira etapa, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, tendo utilizado o software NVIVO12 para ajudar na categorização dos dados; na segunda etapa, os dados foram analisados pela análise do discurso. A pesquisa respeitou os critérios contidos na resolução 466/2012 e na resolução 510/2018, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer: CAEE nº 99681518.0.0000.5531. De acordo com os resultados obtidos pela análise de conteúdo, foi evidenciado que os acompanhantes e profissionais das diversas categorias reconhecem a VI à criança hospitalizada de maneira distinta. A VI foi reconhecida pelos participantes através de três grandes elementos: problemas na estrutura hospitalar; problemas na relação entre profissionais de saúde, criança e família; problemas relacionados às práticas de saúde no cuidado à criança. Também foi identificado que alguns profissionais e acompanhantes não reconhecem a presença da VI à criança no cuidado hospitalar, além de que grande parte dos profissionais de enfermagem afirmavam desconhecer ou conhecer parcialmente ou direitos infantis. De acordo com a análise do discurso, a VI à criança hospitalizada foi compreendida como um fenômeno marcado pelas invisibilidades. O pensamento foucaultiano contribuiu para melhor compreender a engrenagem dos jogos de poder por trás dessas invisibilidades. Seja na baixa oferta dos serviços, no atendimento focado em normas e rotinas, seja pelo desconforto das instalações hospitalares, abuso de poder e perda da autonomia, foi possível reconhecer a presença das tecnologias de poder como a disciplina e o discurso biopolítico influenciando as ações que permeiam o cuidado à criança. É premente considerar a necessidade de ampliação das discussões sobre a VI à criança hospitalizada para que se possa ofertar um atendimento de qualidade. Para tanto, profissionais, gestores, comunidade acadêmica e usuários devem ampliar seus conhecimentos sobre este tipo de violência, para que o serviço de saúde não seja produtor, mas sim um aliado no seu enfrentamento.

Palavras-chave: Violência infantil. Criança hospitalizada. Cuidado da criança. Humanização da assistência. Negligência com a criança.

ABSTRACT

SANTOS, A.C.P.O. **Institutional violence against hospitalized children from the perspective of companions and health professionals.** 2021. 202f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

Institutional violence (VI) is defined as that exercised in / by institutions providing services in the area of health, justice, education, which includes an action or omission, from the lack of access to the poor quality of these services, having as main cause the asymmetric power relations between users and professionals. When the victim is a child, the phenomenon becomes even more serious, considering the child's vulnerable condition, causing problems that may have an impact on child development. This research has the general objective: To understand the institutional violence experienced by hospitalized children from the perspective of companions and health professionals. This is a qualitative study that used approximations with Foucauldian thinking, carried out in a large university hospital in Salvador-Bahia. Data collection took place from November 2018 to October 2019. 10 companions (mothers) and 39 health professionals (social worker, nurses, pharmacists, physiotherapists, speech therapists, doctors, nutritionists, psychologists and nursing technicians) participated in the research). As collection instruments, a semi-structured interview script, observation notebook and an information folder were used. The data were analyzed in two stages. In the first stage, the content analysis technique was used, using the NVIVO12 software to help categorize the data. In the second stage, the data were analyzed by discourse analysis. The research respected the criteria contained in resolution 466/2012 and in resolution 510/2018, being approved by the Research Ethics Committee, opinion: CAEE n° 99681518.0.0000.5531. According to the results obtained by the content analysis, it was evidenced that the companions and professionals of the different categories recognize the VI to the hospitalized child in a different way. The VI was recognized by the participants through three main elements: problems in the hospital structure; problems in the relationship between health professionals, children and family; problems related to health practices in child care. It was also identified that some professionals and companions do not recognize the presence of VI to the child in hospital care, in addition to the fact that a large part of the nursing professionals claimed to be unaware or partially know about children's rights. According to the discourse analysis, the VI to the hospitalized child was understood as a phenomenon marked by invisibilities. Foucault's thinking contributed to better understand the gear of power games behind these invisibilities. Whether in the low supply of services, in care focused on norms and routines, or by the discomfort of hospital facilities, abuse of power and loss of autonomy, it was possible to recognize the presence of power technologies such as discipline and biopolitical discourse influencing the actions that permeate child care. It is urgent to consider the need to expand discussions about VI to hospitalized children so that quality care can be offered. Therefore, professionals, managers, the academic community and users must expand their knowledge about this type of violence, so that the health service is not a producer, but an ally in its confrontation.

Keywords: Child violence. Hospitalized child. Child care. Humanization of assistance. Neglect with the child.

RESUMEN

SANTOS, A.C.P.O. **Violencia institucional contra niños hospitalizados desde la perspectiva de acompañantes y profesionales de la salud.** 2021. 202f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2021.

La violencia institucional (VI) se define como la ejercida en / por instituciones que prestan servicios en el área de salud, justicia, educación, que incluye una acción u omisión, de la falta de acceso a la mala calidad de estos servicios, teniendo como causa principal las relaciones asimétricas de poder entre usuarios y profesionales. Cuando la víctima es un niño, el hecho se agrava aún más, considerando la vulnerabilidad de la víctima, provocando problemas que pueden repercutir en el desarrollo infantil. Esta investigación tiene como objetivo general: Comprender la violencia institucional que viven los niños hospitalizados desde la perspectiva de acompañantes y profesionales de la salud. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó aproximaciones con el pensamiento foucaultiano, realizado en un gran hospital universitario de Salvador-Bahía. La recolección de datos se realizó desde noviembre de 2018 hasta octubre de 2019. Participaron de la investigación 10 acompañantes (madres) y 39 profesionales de la salud (trabajadora social, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, logopedas, médicos, nutricionistas, psicólogos y técnicos de enfermería). Como instrumentos de recolección se utilizó un guión semiestructurado para las entrevistas, un cuaderno de observación y una carpeta de información. Los datos se analizaron en dos etapas: en la primera etapa, se utilizó la técnica de análisis de contenido, utilizando el software NVIVO12 para ayudar a categorizar los datos; en la segunda etapa, los datos fueron analizados mediante análisis del discurso. La investigación respetó los criterios contenidos en la resolución 466/2012 y en la resolución 510/2018, siendo aprobada por el Comité de Ética en Investigación, dictamen: CAEE nº 99681518.0.0000.5531. De acuerdo con los resultados obtenidos por el análisis de contenido, se evidenció que los acompañantes y profesionales de las diferentes categorías reconocen el VI al niño hospitalizado de manera diferente. El VI fue reconocido por los participantes a través de tres grandes elementos: problemas en la estructura hospitalaria; problemas en la relación entre los profesionales de la salud, los niños y la familia; problemas relacionados con las prácticas de salud en el cuidado infantil. También se identificó que algunos profesionales y acompañantes no reconocen la presencia de VI al niño en la atención hospitalaria, además de que gran parte de los profesionales de enfermería manifestaron no conocer o conocer parcialmente los derechos del niño. Según el análisis del discurso, el VI al niño hospitalizado se entendía como un fenómeno marcado por invisibilidades. El pensamiento de Foucault contribuyó a una mejor comprensión de los juegos de poder detrás de estas invisibilidades. Ya sea en la escasa oferta de servicios, en la atención centrada en normas y rutinas, o por el malestar de las instalaciones hospitalarias, el abuso de poder y la pérdida de autonomía, se pudo reconocer la presencia de tecnologías de poder como la disciplina y el discurso biopolítico que influyen en las acciones que impregnan el cuidado infantil. Es urgente considerar la necesidad de ampliar las discusiones sobre VI a los niños hospitalizados para que se pueda ofrecer una atención de calidad. Por tanto, los profesionales, gestores, la comunidad académica y los usuarios deben ampliar sus conocimientos sobre este tipo de violencia, para que el servicio de salud no sea un productor, sino un aliado en su enfrentamiento.

Palabras-clave: Violencia infantil. Niño hospitalizado. Cuidado de los niños. Humanización de la asistencia. Descuido con el niño.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01-	Distribuição dos profissionais que atuam na UPED e dos profissionais que participaram da pesquisa.....	56
Gráfico 01-	Tempo de atuação em pediatria dos profissionais de saúde de um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.....	63
Gráfico 02-	Distribuição da ocupação dos profissionais de saúde da pediatria, em um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.....	64
Gráfico 03-	Reconhecimento da VI à criança hospitalizada segundo acompanhantes e profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.....	65
Gráfico 04-	Reconhecimento da VI à criança hospitalizada pelos profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.....	66
Quadro 02-	Reconhecimento da VI à criança hospitalizada e suas características pelos profissionais de saúde.....	67
Figura 01-	Caracterização da VI à criança hospitalizada por categorias profissionais.....	69
Gráfico 05-	Caracterização da VI à criança hospitalizada pelos seus acompanhantes em um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.....	70
Quadro 03-	Reconhecimento da VI à criança hospitalizada e suas características de acordo com os acompanhantes.....	71
Figura 02-	(Figura 1 do Artigo 2) Nuvem de palavras da compreensão das profissionais de enfermagem sobre a VI à criança hospitalizada. Salvador, BA, Brasil, 2020	94
Figura 03-	(Figura 2 do Artigo 2) Nuvem de palavras da compreensão das profissionais de enfermagem sobre a VI à criança hospitalizada nas relações entre profissionais, criança e família. Salvador, BA, Brasil, 2020.....	95

LISTA DE TABELA

Tabela 01-	Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da unidade de internação pediátrica de um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.....	62
-------------------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VI	Violência Institucional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	22
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL.....	22
2.1.1 Enfermagem e o cuidar da criança hospitalizada.....	25
2.2 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
2.2.1 Características da violência institucional nos serviços de saúde.....	29
2.2.1.1 <i>Violência institucional como um problema de poder.....</i>	29
2.2.1.2 <i>Violência institucional como um problema de direito.....</i>	32
2.3 OS DIREITOS DA CRIANÇA E SUA INSERÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
2.4 A HISTÓRIA DA INFÂNCIA, DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO FOUCAULTIANO.....	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	45
4 MÉTODO.....	50
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	50
4.2 O CAMPO.....	51
4.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	55
4.4 A COLETA DE DADOS.....	56
4.4.1 Técnica de coleta de dados – a entrevista.....	56
4.4.2 Instrumentos da coleta de dados.....	57
4.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	62
5.1.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde.....	62
5.1.2 Perfil sociodemográfico dos acompanhantes.....	64
5.1.3 Caracterização do internamento infantil.....	64
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DE ACORDO COM OS RELATOS DOS PARTICIPANTES.....	65
5.2.1 Apresentação dos resultados.....	65
5.2.2 Discussão.....	71

5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EM FORMA DE ARTIGOS, CAPÍTULOS DE LIVROS E PRODUTO.....	77
5.3.1 Artigos.....	77
5.3.1.1 <i>Artigo 1 - Percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada.....</i>	78
5.3.1.2 <i>Artigo 2 - Violência institucional à criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem.....</i>	89
5.3.1.3 <i>Artigo 3 - Elementos da estrutura hospitalar demarcando (in)visibilidades da violência institucional infantil.....</i>	104
5.3.1.4 <i>Artigo 4- Violência institucional nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família.....</i>	121
5.3.1.5 <i>Artigo 5- Elementos da violência institucional nas práticas de cuidado à criança hospitalizada: olhar sob a perspectiva foucaultiana.....</i>	141
5.3.2 Capítulos de Livro.....	162
5.3.3 Produto.....	162
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS.....	167
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	183
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS ACOMPANHANTES PRINCIPAIS.....	185
APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	186
APÊNDICE D – FOLDER INFORMATIVO SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL.....	187
APÊNDICE E – CAPÍTULOS DE LIVRO.....	188
APÊNDICE F – RELATÓRIO FINAL CURSO DOS DIREITOS DA CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	192
APÊNDICE G -PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	195

1 INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) é definida como aquela exercida nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, justiça, educação, que inclui uma ação ou omissão, desde a falta de acesso à má qualidade desses serviços (FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013). Pode também ser caracterizada como aquela que se realiza dentro das instituições, por meio de suas regras, normas de funcionamento, relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas, cometidas em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais. (SANTOS; SOARES; NOGUEIRA, *et al.*, 2011; BRASIL, 2002)

Diferente dos demais tipos de violência (física, sexual, psicológica, entre outras), a violência institucional vem sendo discutida de forma ainda bastante incipiente, o que dificulta a compreensão daqueles que estão envolvidos nessa trama, por isso, na maioria das vezes, vítimas e agressores, permanecem sem aperceber-se desta comum, porém naturalizada, forma de violência.

Com efeito, a dificuldade de compreensão desta temática e de suas medidas de enfrentamento é respaldada pela escassez de informações e discussões a este respeito, repercutindo negativamente no engajamento tanto de gestores, como dos profissionais que atuam diretamente com os usuários daqueles serviços.

Corroborando com esta afirmação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vislumbra a violência como um problema evitável, em que faz-se necessário o fortalecimento dos mecanismos e recursos institucionais que possibilitem sua ampla discussão (OMS, 2014). Entretanto, a pouca ênfase dada às discussões sobre violência institucional nos relatórios de prevenção à violência da Organização das Nações Unidas (ONU) bem como da OMS refletem a incipiente preocupação destes órgãos ao debaterem as questões sobre este agravo de forma mais específica e analítica.

Em 2015, a ONU incluiu na agenda de 2030 como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável: “Paz, justiça e instituições eficazes”, evidenciando, uma maior preocupação dos órgãos internacionais com as questões relacionadas à violência dentro das instituições. Este objetivo tem como escopo reduzir significativamente todas as formas de violência, promover sociedades pacíficas e inclusivas; construir instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis. (ONU, 2018)

Considerando de forma mais específica a natureza da violência institucional, Minayo (2007) revela que os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos, de instituições reprodutoras deste tipo de violência referenciadas pela

própria população. Dessa forma, é possível perceber a contradição que existe na origem e no espaço onde ocorre esse tipo de violência, uma vez que as instituições que prestam serviços à sociedade deveriam atendê-la de forma adequada e não violentá-la.

Atentando para a ocorrência da violência institucional nos serviços de saúde, a preocupação torna-se ainda maior, pois tais instituições têm por finalidade cuidar do ser humano no seu processo de saúde e doença, seja por meio de ações preventivas ou curativas, o que faz com que desempenhem importante papel como rede de apoio aos indivíduos que sofrem violência, papel este que não coaduna com um cenário onde se perpetua a violação desses direitos.

A violência institucional nos serviços de saúde tem como principal causa as relações assimétricas de poder, podendo ser agravadas pela precarização desses serviços, falta de investimento no setor e condutas erradas adotadas pelos profissionais para com os pacientes. Todavia, é no campo das relações entre profissionais e pacientes que se encontram situações de VI difíceis de serem percebidas como tal pelos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara na anulação da autonomia e discriminação de suas vítimas. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013)

Ademais, a violência institucional nos serviços de saúde também pode ser caracterizada como uma atitude de omissão ou comissão. A violência por omissão ocorre nos casos em que há negligência, omissão total ou parcial de assistência de saúde. Já a violência por comissão, relaciona-se com as práticas dentro dos serviços de saúde, sejam elas por procedimentos indesejáveis e desnecessários que trazem dano ao usuário do serviço. (DINIZ; LOPES; ARRAZOLA, 2004)

Estudo em 2017 sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência praticada dentro dos serviços obstétricos revelou que 15% destes referiu já ter cometido este tipo de violência e 80% referiu tê-la presenciado sendo cometida pelos seus colegas (CARDOSO; COSTA; ALMEIDA *et al.*, 2017). Esses dados apontam para a necessidade de uma maior compreensão da VI pelos profissionais de saúde, uma vez que a naturalização destes atos mascara o caráter multifacetado e complexo da VI, dificultando seu real entendimento.

Na prática, a violência institucional em serviços de saúde pode ocorrer em várias dimensões. Pode ser evidenciada pela violação dos direitos da clientela, que incluem desde a peregrinação do usuário a diversos serviços à procura de atendimento, até os abusos e proibições durante o período de hospitalização, que infringem os direitos dos pacientes, como por exemplo: desqualificação da experiência de vida do usuário diante do saber dos profissionais de saúde; maus tratos frente aos usuários motivados por negligência, violência

física ou qualquer tipo de maltrato de cunho simbólico ou psicológico praticados no âmbito institucional. (SOUZA; SILVA; ALVES *et al.*, 2016; BRASIL, 2002)

De acordo com os seus marcos teóricos e conceituais, a violência institucional é vista como um problema de poder, por estar associada à relação desigual construída com base na autoridade dos profissionais de saúde; em detrimento da autonomia do indivíduo, não permitindo a possibilidade de flexibilização e negociação. Desta forma, a vítima passa a adotar um comportamento de submissão, passividade e subordinação. (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al.*, 2014)

Para Michel Foucault, o hospital desde a sua origem é um lugar disciplinador, estabelecido pela ordem médica, evoluindo para a despersonalização do paciente internado. Neste espaço, o corpo dos indivíduos é considerado ao mesmo tempo alvo e objeto de poder. Assim, o profissional controla, prescreve e monitora comportamentos, muitas vezes através de castigos, ameaças, gritos, acessos de raiva. Não obstante, a humilhação e desmoralização tem por finalidade manter o paciente passivo e inofensivo, o que contribui para dificultar o enfrentamento deste problema. (FOUCAULT, 1987; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI *et al.*, 2014)

Foucault (1987) considera que as relações de poder nas instituições como escolas e hospitais são fortemente marcadas pela disciplina. Tais instituições também são denominadas como instituições de sequestro ou instituições totalitárias, onde os indivíduos são formalmente controlados e administrados. Desta forma, para que esse controle efetivamente seja realizado, é necessário empregar tecnologias de poder que pertencem ao dispositivo disciplinar.

O dispositivo constitui um conjunto heterogêneo de instituições, leis, enunciados científicos, decisões regulamentares, discursos e concepções filosóficas que agem em prol de produzir verdade sobre um determinado fato. Ainda dentro do hospital, podemos perceber que a atuação do dispositivo disciplinar, o qual dita regras e normas de conduta para os indivíduos. Assim, na disciplina praticada dentro dos hospitais pode ocorrer desde a aplicação de regras e normas institucionais, até a utilização de medicamentos para controlar os indivíduos, com a finalidade de exercer um controle minucioso do corpo, o que se denomina docilização dos corpos. (CICOLELLA; KRUSE, 2016)

Nos serviços de saúde, a violência institucional pode ser perpetrada por profissionais de diversas áreas: enfermagem, medicina, serviço social, dentre outras. Assim, este tipo de violência permanece enraizada e expandida em diversos ambientes onde esses serviços são ofertados, comprometendo a segurança de um maior número de usuários. (SOUZA; SILVA; ALVES *et al.*, 2016; SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI, 2009)

Quando a vítima da violência institucional é uma criança, o fenômeno torna-se mais grave considerando a condição de vulnerabilidade desta, devido a imaturidade do sistema neuro cognitivo, motor, acarretando consequências que poderão repercutir no desenvolvimento infantil, já que o processo de hospitalização nesta faixa etária, por si só é um fator de estresse. (SCHATKOSKI; WEGNER; ALGERI, 2009)

Sobre os efeitos nocivos da hospitalização, estudos confirmam que crianças hospitalizadas apresentam maior disposição para desenvolver distúrbios psiquiátricos a médio e longo prazo. A ansiedade também foi evidenciada como um problema muito comum em crianças durante ou após o período de hospitalização, que pode se tornar mais intensa quando esta é também vítima de algum tipo de violência dentro do serviço de saúde. (SILVA; FRANÇA; MUNHOZ *et al.*, 2018; GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016)

Sobre a percepção de familiares e crianças acerca dos cuidados de enfermagem na hospitalização infantil, pesquisas evidenciaram que alguns pais referiram um descontentamento em relação ao atendimento oferecido à criança nos serviços de saúde. Já as crianças queixaram-se da forma como eram abordadas por alguns membros da equipe de enfermagem (imperativa e inflexível) demonstrando que estas percebem quando o cuidado está prejudicando ao invés de ajudar no atendimento das suas necessidades. (COSTA; MORAIS, 2017; SANTOS; SILVA; DEPIANTI *et al.*, 2016; GOMES; XAVIER; PINTANEL, *et al.*, 2015; MELO; MARCON; UCHIMURA, 2010)

Considerando os dados acima apresentados, é possível inferir que os entraves causados pela violência institucional nos serviços de saúde relacionados ao atendimento da criança hospitalizada são inúmeros e podem levar ao agravamento do seu quadro de saúde. Por isso, acreditamos ser necessário o desenvolvimento de estudos nessa linha de investigação, além da implantação e implementação de políticas públicas específicas voltadas para o enfrentamento da violência institucional.

Com o objetivo de reduzir estes e outros problemas relacionados à hospitalização infantil, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), através da Resolução n. 41 de 13 de Outubro de 1995, aprovou na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria que menciona os Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados. Entretanto, acredita-se que na prática clínica as ações e decisões que asseguram a autonomia e o protagonismo das crianças, bem como a garantia de um cuidado seguro e humanizado, nem sempre estão pautados nessa resolução, e sim na escolha dos profissionais, ocasionando em alguns casos, a violação dos direitos desses indivíduos. (BUBADUÉ; CABRAL; CARNEVALE *et al.*, 2016; BRASIL, 1995)

A proposta de realização deste estudo, surgiu da minha inquietação, enquanto enfermeira técnica administrativa de um hospital universitário, trabalhando há 18 anos nas enfermarias pediátricas. Nesse ambiente, pude observar as inúmeras interfaces da violência institucional que acometem as crianças e seus familiares por estarem em condições de vulnerabilidade física e emocional, em uma instituição totalitária como o hospital. Desta forma, pude perceber o quanto este ambiente pode favorecer, ou até mesmo ocasionar a piora do estado de saúde destas crianças, quando os profissionais e a estrutura institucional não ofertam atendimento de qualidade respaldado em suas reais necessidades.

A busca preliminar por estudos para sobre violência institucional à criança em serviços de saúde, possibilitou-me identificar a escassez de pesquisas dessa natureza, pois a maioria dos artigos publicados sobre violência institucional traz como sujeitos de estudo a mulher e as pessoas idosas.

Dito isso, trago nesta tese a seguinte questão norteadora: Como se dá a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas?

Outros questionamentos também surgiram e subsidiaram o encontro com o objeto e objetivos de estudo, foram eles: Quais fatores interferem na ocorrência da violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas? Qual a percepção deste tipo de violência para as famílias das crianças em estudo? Quais as percepções dos profissionais de saúde sobre esse tipo de violência? Quais outros tipos de violência podem estar presentes dentro da trama que constitui a violência institucional?

Em face a essas considerações, este estudo buscará comprovar a tese de que a VI interfere negativamente nos processos que envolvem a humanização, o tratamento e resolutividade do atendimento à criança em hospitais, trazendo prejuízos para estas e suas famílias. Assim, apresentamos os seguintes objetivos:

OBJETIVOS

Geral:

- Compreender a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde.

Específicos:

- Aprender as percepções de acompanhantes e profissionais de saúde sobre a VI à criança hospitalizada;
- Identificar os elementos que compõe a VI em crianças hospitalizadas na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde;

- Analisar os elementos da estrutura hospitalar que delimitam a VI à criança hospitalizada na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde;
- Compreender a VI nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde;
- Descrever os elementos da VI nas práticas de saúde, no cuidado à criança hospitalizada na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde;

Assim, apresentamos como premissas do estudo:

- A) A violência institucional à criança hospitalizada existe e pode ser constatada através dos discursos dos profissionais de saúde e acompanhantes;
- B) A violência institucional à criança hospitalizada é evidenciada pelos problemas na estrutura dos serviços de saúde; nas relações entre profissionais de saúde, crianças e família; e nas práticas de saúde que violam a autonomia e a dignidade da criança.

A justificativa deste estudo é respaldada considerando a necessidade de atender as metas contidas nos Objetivos do Milênio para 2030, proposto pela ONU, no que tange a redução de todas as formas de violência (16.1) (ONU, 2018); bem como, contribui para a ampliação do conhecimento sobre o cuidado seguro e de melhor qualidade à criança hospitalizada, pois ao desvelar as características da violência institucional, possibilita que profissionais de saúde, gestores e usuários possam planejar ações para o seu enfrentamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

A hospitalização infantil é um evento marcante na vida de uma criança. Sentimentos como medo, tristeza e ansiedade tornam-se inevitáveis frente aos estressores que encontram-se dentro dos serviços de saúde, independente da estrutura do serviço, do atendimento, ou até mesmo do sucesso do tratamento. (ESTEVEVES; CAIRES; MOREIRA, 2016)

Por ocasião da hospitalização, a criança experimenta um período de privações de ordem: afetiva, cognitiva e lúdica devido ao afastamento do seu contexto – escola, família e amigos. Essas carências são destacadas como os principais causadores de desequilíbrios psicoafetivos nos infantes e se tornam de grande relevância pois tornam-se uma ameaça constante à saúde mental da criança durante aquele período. (ESTEVEVES; CAIRES; MOREIRA, 2016; COSTA; MORAIS, 2017)

Dentre os fatores considerados como potencializadores de stress e causadores de insegurança em crianças no período da sua hospitalização, podemos destacar: o distanciamento dos seus familiares e amigos, o ambiente estranho, contato com pessoas desconhecidas, isolamento, privação da autonomia, exposição do corpo, dependência, bem como limitações impostas pela doença e pelas próprias instituições, devido à presença das rotinas hospitalares. (ESTEVEVES; CAIRES; MOREIRA, 2016; LUZ; MARTINI, 2012; COSTA; MORAIS, 2017; SANTOS; SILVA; DEPIANTI, *et al.*, 2016)

Um aspecto importante a ser destacado sobre os efeitos da hospitalização infantil é que a idade influencia na percepção e adaptação da criança neste ambiente. Durante os primeiros anos de vida, a hospitalização torna-se uma experiência mais difícil e traumática devido à dependência materna. Já as crianças entre 3 e 6 anos de idade tem dificuldade de lidar com o abstrato, a temporalidade e as relações de causa e efeito, por isso, vislumbram o hospital como um mundo de fantasia, mistério e terror, pois não conseguem distinguir o imaginário da realidade. (ESTEVEVES; CAIRES; MOREIRA, 2016)

Outros fatores que também podem influenciar na hospitalização infantil incluem: as experiências prévias de hospitalizações, a qualidade do atendimento recebido, o suporte emocional dos pais, o tipo de diagnóstico, tempo de internamento e os procedimentos médicos realizados durante este período. (ESTEVEVES; CAIRES; MOREIRA, 2016)

As implicações e efeitos da hospitalização no comportamento de criança a curto prazo são manifestos ainda no período de internação e podem ser: gritos, choros, recusa a permanecer

no hospital, atitudes de regressão (sugar o dedo), pesadelos, problemas com alimentação, distúrbio do sono, problemas no controle de esfínteres, estados depressivos, ansiedade. (ESTEVEZ; CAIRES; MOREIRA, 2016; GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016)

Um estudo que teve como objetivo identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças internadas na clínica pediátrica de um hospital escola utilizando a Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem (CIPE) revelou que o diagnóstico mais frequente (88,5%) foi ansiedade decorrente da hospitalização. (SOUZA; SILVA; MEDEIROS, 2013)

Os efeitos da hospitalização no comportamento de crianças à médio e longo prazo também são evidentes. Pesquisa que teve como objetivo avaliar a evolução à longo prazo dos efeitos da hospitalização nos primeiros 48 meses de vida e o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos entre os 6 e 11 anos, revelou que crianças hospitalizadas nos primeiros dois anos de vida são mais propícias a desenvolver transtornos psiquiátricos dos 6 aos 11 anos de vida, em relação às que não foram hospitalizadas naquele período. Em outro estudo também foi destacado a ocorrência de dificuldades de aprendizagem e atraso no desenvolvimento. (RIBEIRO; GOMES; SILVA, *et al.*, 2016; SILVA; FRANÇA; MUNHOZ, *et al.*, 2018)

Além disso, é necessário compreender que a família também vivencia os efeitos da hospitalização infantil. Algumas pesquisas relatam que crianças e suas famílias vivenciam momentos de ansiedade quando estão recebendo cuidados da equipe de saúde. Pesquisa que buscou analisar a vivência da criança sobre o processo de hospitalização revelou que estas percebem os cuidados hospitalares como estritamente relacionados à realização de procedimentos técnicos, que causam dor, deixando-as tristes e ansiosas, levando-as a expressar sua fragilidade de maneira agressiva. Já a família demonstrou sentimentos de preocupação, ansiedade, medo pela piora do quadro de saúde da criança, sobretudo pela infecção hospitalar, e o temor gerado pela falta de conhecimento sobre o tratamento e cuidados específicos que seus filhos recebem. (GOMES; XAVIER; PINTANEL, *et al.*, 2015; COSTA; MORAIS, 2017; COSTA; MORAIS, 2017)

Estudos revelam que algumas estratégias são de grande valor na redução do estresse e problemas emocionais em crianças que vivenciaram o processo de hospitalização. Essas estratégias incluem: a utilização do brincar; a presença da escola; a comunicação clara; a interação da equipe de saúde com a criança e a família; bem como a permanência da família em tempo integral durante a internação. (GOMES; XAVIER; PINTANEL, *et al.*, 2015; COSTA; MORAIS, 2017; PACHECO; RODRIGUES; DIONÍSIO, *et al.*, 2013; SANTOS; SILVA; DEPIANTI, *et al.*, 2016)

Outros estudos mostram que a comunicação dos profissionais com a criança hospitalizada e família é eficaz na redução de ansiedade de ambos, além de aumentar a adesão aos tratamentos, favorecendo também a autonomia dos pais. A interação entre equipe de enfermagem e a criança/família também facilita a prestação de cuidado e pode diminuir os traumas gerados pela hospitalização. (GOMES *et al.*, 2015a; MELO; FERREIRA; LIMA, *et al.*, 2014)

O brincar também foi identificado como uma excelente estratégia com a finalidade de superar os efeitos nocivos da hospitalização, através da descontração e da diversão. Esta estratégia ajuda a criança a ressignificar este período delicado como um momento de prazer e bem-estar. Em algumas pesquisas, a presença da brinquedoteca se mostrou-se relevante na promoção de prazer e bem-estar durante o período da hospitalização infantil. Crianças identificam como positivas as estratégias lúdicas, sobretudo antes de procedimentos dolorosos. (COSTA; MORAIS, 2017; SANTOS; SILVA; DEPIANTI, *et al.*, 2016)

Também tem sido demonstrado como benéfico o brincar com crianças e suas famílias no ambiente hospitalar. Para Bustamante *et al.* (2014) o momento do brincar entre crianças, suas famílias e profissionais envolvidos nessa abordagem, além de possibilitar momentos prazerosos, favorecem o protagonismo da criança, família fortalecendo as experiências de integralidade.

Sobre as implicações da presença dos pais durante a hospitalização de crianças é importante destacar que a presença destes, seja qual for a fase do processo de crescimento e desenvolvimento que a criança esteja inserida, é importante para a redução do estresse durante o período mencionado. Nos primeiros meses de vida, a criança necessita de um ambiente acolhedor e afetuoso para o seu adequado desenvolvimento, o que ocorrerá com a presença da sua mãe. Em idades mais avançadas, a presença da família faz com que a criança se sinta mais protegida, minimizando a ansiedade. A ausência da mãe gera na criança angústia, insegurança, o que pode levar esse indivíduo a se tornar um adulto emocionalmente desequilibrado. (GONÇALVES, 2009; PACHECO; RODRIGUES; DIONÍSIO, *et al.*, 2013)

Ademais, a presença dos pais interfere no tempo de internação hospitalar, além de estar relacionada com a diminuição da incidência de infecção hospitalar, por conseguinte, nos índices de mortalidade infantil. (GONÇALVES, 2009; PACHECO; RODRIGUES; DIONÍSIO, *et al.*, 2013)

Em face a essas considerações, por entender que a criança é um indivíduo em processo de crescimento e desenvolvimento, que se diante da necessidade de internação hospitalar se depara com inúmeros aspectos, elementos concernentes à complexidade da estrutura hospitalar,

percebe-se a necessidade de considerar a criança como um indivíduo em situação de vulnerabilidade, necessitando, portanto, de cuidados especiais. (GOMES; XAVIER; PINTANEL, *et al.*, 2015)

2.1.1 A Enfermagem e o cuidar da criança hospitalizada

O cuidado à criança hospitalizada se desenvolveu por volta do século XIX, quando da criação dos primeiros hospitais. Nesse período, Florence Nightingale descreveu em seus livros como a enfermagem deveria cuidar de crianças sob seus cuidados. (NIGHTINGALE, 1989)

Para Florence, o cuidado à criança precisava se diferenciar do cuidado ao adulto, por considerá-la mais frágil e delicada. Desta forma, o cuidado deveria ocorrer mediante intensa interação entre cuidador e pessoa a ser cuidada, sendo importante a manutenção de vínculos para além da relação assistencial. Naquela época já se pensava que a enfermeira seria capaz de prestar um cuidado com suporte afetivo, emocional e material, com a finalidade de fortalecer o poder vital da criança hospitalizada. (NIGHTINGALE, 1989; GOMES, 2014)

Após esse período, devido à reestruturação dos hospitais, que passam a ter como objetivo principal a cura da doença, a enfermagem desenvolve um padrão de cuidado na perspectiva do modelo biomédico. Durante muitos anos, este modelo tornou-se incapaz de atender as necessidades das crianças hospitalizadas, pois dificultava a participação da família, não incluíam as demandas do processo de crescimento infantil, permitindo que houvesse pouca ênfase da percepção da criança como um sujeito de direito em processo peculiar de desenvolvimento. (GOMES, 2014)

Nos dias atuais, a enfermagem pediátrica considera primordial a adoção de medidas para restabelecer o cuidado humanizado através da autonomia e protagonismo das crianças, reconhecendo as necessidades destas e de suas famílias, uma vez que cada família é dotada de conhecimentos oriundos do senso comum e influenciado pela cultura e das práticas intergeracionais. (MORAIS; CAMARGO, 2017)

Nessa perspectiva, a discussão sobre a inserção da enfermagem em diversas estratégias adotadas na promoção de um cuidado mais humano às crianças e suas famílias durante a hospitalização tem se tornado cada vez mais frequente. Uma dessas estratégias é o cuidado centrado na família.

O cuidado centrado na família é uma abordagem que possibilita o reconhecimento da importância da família no contexto do cuidado, permitindo que esta tenha voz e participação neste processo. Essa estratégia surgiu em 1969 a partir do Relatório Platt, em Londres, que

revelou a necessidade de se trabalhar com a família, reconhecendo-a como cliente do cuidado durante todo o processo de hospitalização infantil. (PACHECO; RODRIGUES; DIONÍSIO, *et al.*, 2013; RIBEIRO; SÁ; GOMES, 2016)

Nessa abordagem, o familiar acompanhante é convidado a participar do planejamento das ações que envolvem o cuidado e o tratamento da criança, permitindo que a família defina de forma colaborativa os problemas e as ações para sua solução. Dessa forma, o cuidado se desenvolve de forma a fortalecer a família envolvida. (CORRÊA *et al.*, 2015)

Outra estratégia relevante para manter a qualidade do cuidado de enfermagem em pediatria é a utilização do brinquedo terapêutico. O brinquedo tem sido considerado como uma importante ferramenta para prestar assistência de enfermagem à criança, uma vez que atua no alívio das tensões e redução de ansiedade em crianças que submetidas a situações de estresse ocasionada por procedimentos dolorosos. Ademais, o brinquedo terapêutico pode também ser usado como uma ferramenta para estabelecer comunicação eficaz com a criança. (NEUTZLING; TOMASCHEWSKI-BARLEM; BARLEM, *et al.*, 2017)

Ainda sobre a importância da utilização do brinquedo terapêutico, estudo comprova que a equipe de enfermagem reconhece a abordagem lúdica como uma importante estratégia para minimizar o estresse em crianças durante a hospitalização, entretanto aponta que as principais falhas na utilização dessa proposta terapêutica estão na falta de material específico nas unidades hospitalares e a falta de capacitação para atuar com essa ferramenta. (FALKE; MILBRATH; FREITAG, 2017)

Outro aspecto que merece uma maior atenção na forma de planejar o atendimento infantil nos serviços de saúde é o manejo da criança vítima de violência. Frequentemente os profissionais de saúde relatam não ter preparo adequado para atender e notificar casos de violência contra crianças quando estas adentram nos serviços de saúde. Isso pode ser constatado em algumas pesquisas que confirmam a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o seu próprio conhecimento incipiente de como abordar crianças vítimas de violência. Essa lacuna permite que as ações necessárias para o enfrentamento da violência contra crianças não ocorram de forma assertiva, o que pode ser demonstrado através da subnotificação dos casos de violência infantil, bem como a pouca expressividade pela qual esta tem sido tratada nos ambientes de atendimento. (MOTA *et al.*, 2014; SCHEK, SILVA; LACHARITÉ, *et al.*, 2017)

Como forma de difundir os desafios advindos da hospitalização infantil, a partir das reflexões contidas neste capítulo, tal temática foi apresentada como o 6º manuscrito da pesquisa, divulgado em forma de capítulo de livro intitulado “Hospitalização infantil: desafios e perspectivas para o cuidado integral” no livro: “Saúde da criança e do adolescente: Enfoques

sobre hospitalização e violência”, do Grupo de Estudos CRESCER, da Escola de Enfermagem – UFBA.¹

2.2 A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A violência é um fenômeno social e histórico considerado como um problema de saúde pública. Ela é definida pela OMS como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça, que se realiza contra si próprio ou contra outrem, grupo ou comunidade, que tem como consequência sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. (OMS, 2014)

Como um produto de um processo relacional, histórico e social que resulta da interação entre pessoas, a violência pode ser cometida em diversos espaços: na sociedade, família e instituições, nas quais os vínculos (profissionais-usuários) se desenvolvem através de relações de poder e subordinação. (FERNANDEZ MORENO, 2007)

Assim, a violência institucional pode ser definida como aquela praticada nas instituições, que deveriam proteger e assegurar o bem-estar dos cidadãos (como escolas, serviços de saúde, delegacias), que paradoxalmente acabam por cometer ações que vão desde a omissão, falta de acesso à má qualidade desses serviços. Estes atos ocorrem em virtude das relações assimétricas de poder e acabam por violar os direitos e violentar os indivíduos que procuram atendimento nestes locais. (FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013).

Em que pese, a violência institucional é considerada como um tipo de agravo cometido em serviços públicos, pois estas instituições estariam perpetrando o poder abusivo do Estado, concretizado nos espaços institucionais com suas iniquidades (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Entretanto, Minayo (2006) inclui nessa caracterização, as instituições privadas de moradia e promoção à saúde de idosos, pois nesses espaços há uma obrigação do Estado em fiscalizar os serviços oferecidos. Quando esse acompanhamento por parte do Estado não ocorre, essa falha pode-se configurar como abandono e pode vir a suscitar um ambiente de possibilidades para inúmeras violações cometidas contra os usuários.

A violência institucional nos serviços de saúde pode também ser reproduzida através da precarização da estrutura institucional, falta de investimento no setor e pelas condutas erradas dos profissionais para com os usuários. Isso pode ser constatado nos problemas relacionados à

¹ Vide Apêndice E

falta de acesso, peregrinação e precariedade dos serviços de saúde, evidenciando o descuido ou negligência do Estado. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; MINAYO, 2006)

Na prática, a violência institucional em instituições de saúde, pode ser caracterizada por: peregrinação a diversos serviços até receber atendimento; maus tratos evidenciado por falta de escuta e tempo para a clientela, frieza, rispidez, pouca ou nenhuma atenção, negligência; maus tratos dos profissionais motivados pelos diversos tipos de discriminação (raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico. (BRASIL, 2002)

Ademais, pode ser evidenciada pela violência física, que envolve negar acesso à anestesia como punição, uso de medicamentos para adequar o paciente às necessidades do serviço ou do profissional, entre outros; não atendimento das necessidades e direitos da clientela, através de proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos; críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor ou desespero; diagnósticos imprecisos acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes; despreparo institucional e precariedade dos recursos. (SOUZA; SILVA; ALVES, *et al.*, 2016; BRASIL, 2002)

Com efeito, alguns estudos têm se detido a abordar a violência institucional do ponto de vista pragmático (como combatê-la), como se o seu enfrentamento fosse algo simples ou de caráter pontual. Porém, as múltiplas interfaces conhecidas da violência institucional tornam tanto o seu estudo, como seu enfrentamento algo muito mais complexo. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; AZEREDO; SCHRAIBER, 2017)

Os inúmeros aspectos socioculturais relacionados as práticas de violência institucional, cada vez mais confirmam que este tipo de violência não é uma questão pessoal e sim um problema de bases epistemológicas e teóricas profundas em nossa sociedade. Portanto, cabe refletir sobre a necessidade de ampliar conceitos e definir políticas específicas para que a violência institucional seja compreendida em sua totalidade e real magnitude. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; AZEREDO; SCHRAIBER, 2017; FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014)

Dessa forma, pretendemos neste capítulo discutir as interfaces da violência institucional, suas características, bem como as repercussões desse agravo para usuários, profissionais e o Sistema Único de Saúde.

2.2.1 Características da violência institucional nos serviços de saúde

2.2.1.1 Violência institucional como um problema de poder

Qualquer que seja o local aonde a violência institucional ocorra, uma das suas principais características é a relação assimétrica de poder e abuso de autoridade entre o profissional e o usuário. (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017)

O abuso de poder é uma prática comum nos serviços de saúde. O pensamento do filósofo contemporâneo Michel Foucault vem ampliar nesse estudo as reflexões sobre as relações de poder, que representa a maneira como se dão as relações entre indivíduos nos hospitais. Para Foucault, as relações de poder postas, seja pelas instituições, escolas, prisões e quartéis foram marcadas pela disciplina, e é por meio desta que se estabelecem as relações: opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-persuadido, e tantas quantas forem as relações que revelem comando e comandados. (FERREIRINHA; RAITZ, 2010; FOUCAULT, 1987)

Para Foucault, o hospital, desde a sua origem, é considerado como um lugar disciplinador, que se estabelece a partir da ordem médica. Por isso, a relação assimétrica estabelecida entre o profissional e o usuário, consolida o estabelecimento da hierarquia, à medida que um ser ocupa posição de superioridade em relação ao outro, uma vez que não há espaço para a negociação. (FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al.*, 2014; FOUCAULT, 1987; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008)

O poder institucional compreende os indivíduos como comandantes e subordinados. Assim, as relações se desenvolvem na forma de tutela, dependência e favor, na qual o médico, figura no topo dessa hierarquia, exerce o poder pautado em determinados conhecimentos científicos, em tecnologia, e certas crenças e valores culturais, exercendo domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. (GOMES, NATIONS e LUZ, 2008; AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011)

Através do controle e da disciplina fica evidente a dominação do usuário através da objetificação (o corpo é considerado como um objeto de poder) e submissão. Ao considerar o usuário como um sujeito passivo, esta relação de dominação torna-se cada vez mais enraizada o que pode agravar ainda mais e mascarar este tipo de violência. (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017; BISPO; SOUZA, 2010; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; FERNANDEZ MORENO, 2007)

A rotina se estabelece com base na obediência, passividade e silêncio, sem respeitar a singularidade do paciente e família (GOMES, NATIONS, LUZ e 2008). De acordo com Foucault, essa concepção tem origem no século XVIII ao vislumbrar as bases científicas da

medicina, que estrutura suas ações a partir do olhar ao corpo e à doença. Desta forma, as diversas formas do saber médico se constituem noções positivas de saúde e de normalidade, na qual a definição do homem modelo é descrita como um homem não doente. (FOUCAULT, 2001)

Para Azeredo e Schraiber (2017) a violência institucional está muito mais ligada a questão disciplinar irrestrita de normas, gestão de tecnologia, burocracia e rotinas de trabalho do que meramente subjetiva, pessoal ou de relacionamento. A imposição de normas, regras e rotinas, que teoricamente deveriam facilitar o atendimento e assegurar o conforto, acabam por se tornar um instrumento de dominação, devido à predominância da visão burocrática e técnico-científica desses serviços, comprometendo a resolutividade do atendimento. (GOMES, NATIONS, LUZ e 2008)

A supervalorização de normas e rotinas hospitalares fazem com que o indivíduo perceba o hospital como um espaço de enclausuramento e confinamento. Isto ocorre porque as pessoas que necessitam de atendimento de saúde, são mantidas segregadas da sociedade por um período de tempo variável, permanecendo fechadas, isoladas e formalmente administradas (FOUCAULT, 1987; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008)

Quando a disciplina tem a finalidade de adequar corpos reais, que possuem história e subjetividade, dentro de rotinas e procedimentos burocráticos das técnicas dos serviços, algumas atitudes tornam-se frequentes dentro de estabelecimentos de saúde como: repreensões, intimidações, gritos, humilhações, desrespeito a autoimagem e despersonalização. (BISPO; SOUZA, 2010)

Em meio a esta problemática, as situações de violência também são corroboradas pelas diferenças de classe etnia e naturalização ideológica do exercício do poder: ser mulher, ser criança, ser deficiente e ser paciente, permitindo que nesse ambiente ocorram situações relacionadas à racismo, e outros tipos de discriminação.

Estudos relacionados à presença de violência institucional nos serviços de saúde revelam que profissionais controlam, prescrevem e monitoram de forma autoritária os comportamentos dos usuários através de gritos, acessos de raiva, ameaças de não prestar atendimento e críticas com objetivo de desmoralizar o indivíduo que recebe o atendimento. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; BISPO; SOUZA, 2010; FERNANDEZ MORENO, 2007)

Outros estudos evidenciaram que os usuários reconhecem situações de mau atendimento na forma de violência emocional e de violência física. No campo emocional, foram citadas as atitudes dos profissionais que expressam suas estratégias de controle como: desinteresse,

castigos, ameaça, tratamento grosseiro, discriminação, exposição da intimidade, atitude depreciativa, castigos. Já a violência física foi evidenciada pela ausência de cuidados, negar anestesia ou analgesia, realização de procedimentos sem consentimento, tratamento centrado no uso de remédio (sobretudo nos casos de pacientes com transtornos mentais), contenções mecânicas abusivas, bem como realização de procedimentos de forma agressiva. (BISPO; SOUZA, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011)

Ademais, os usuários se queixam da forma como são tratados pela equipe de saúde, sendo considerados como sua propriedade e obrigados a submeterem-se a intervenções sem prévia comunicação ou negociação, suprimindo sua autonomia e desrespeitando os seus direitos, além das inúmeras formas de negligência. Estas condições dificultam a relação entre profissionais e pacientes, não permitindo o desenvolvimento do vínculo de confiança, comprometendo a humanização do cuidado, visto que este é considerado como um processo relacional, onde a experiência de cada um adquire sentido a partir do olhar para o outro. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; (VILLELA; VIANNA; LIMA, *et al.*, 2011)

Estudos confirmam que a ausência de sensibilidade e de valores humanísticos nas relações de cuidado entre os profissionais de saúde e usuários, tendo como pano de fundo os serviços de saúde, provém da relação de hierarquia e poder que há entre estes. (FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al.*, 2014). Essa relação se apoia na ideia de que o profissional de saúde detém o saber, portanto deve utilizá-lo para decidir o que é direito ou não da pessoa cuidada, podendo até mesmo punir ou agredi-la. (BISPO; SOUZA, 2010)

Diante das situações de maltrato, os usuários revelaram que utilizam como estratégias de resistência: silêncio, gritos, omissão de informações e, embora menos frequente, a busca por ajuda (queixa na ouvidoria, mobilização com outros pacientes e familiares para embate com o profissional que o maltrata). (BISPO; SOUZA, 2010; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008)

Em alguns estudos, os sujeitos destacaram que uma boa relação com o profissional era aquela pautada no respeito à privacidade, na atenção às suas queixas, em uma comunicação que preze o entendimento e consentimento mútuos. Portanto, é necessário que o profissional de saúde busque desenvolver vínculos com os usuários, através de uma escuta efetiva, com a finalidade de transpor as barreiras da comunicação, numa perspectiva humanística, ética e coletiva. (FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al.*, 2014)

2.2.1.2 *Violência institucional como um problema de direito*

A violência institucional também pode ser percebida como um problema de direito; como tal, faz-se necessário compreendê-la considerando os aspectos relacionados ao direito à saúde, seus pressupostos legais e político administrativos.

Com efeito, a OMS estabelece em uma de suas recomendações:

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados; gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social; os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. (OMS, 1946, p.1).

Semelhantemente, a Constituição Federal Brasileira de 1988, no seu artigo 196, cita que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo este assegurá-la de forma universal e igualitária. Pouco tempo depois, em 1990, surge a Lei orgânica 8080, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçada nesses dois últimos documentos, que estabelece como princípios: a universalidade, integralidade e equidade. (BRASIL, 1988; 1990)

De acordo com a Lei orgânica 8080, a universalidade constitui toda a base da estrutura administrativa do sistema, sendo caracterizada como a não obstrução do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Por sua vez, a integralidade de assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a equidade é o princípio que define que o indivíduo deve receber atendimento conforme a sua necessidade; assim, quem tem mais necessidade, deve receber mais do Estado. (BRASIL, 1990)

Outrossim, também são princípios do SUS: a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, não devendo haver distinção em relação a grupos de pessoas, nem de serviços prestados. (BRASIL, 1990; MOURA, 2013) Entretanto, a presença de situações relacionadas à violência institucional nos serviços de saúde como: dificuldade (evidenciada pela peregrinação) ou falta de acesso, má qualidade dos serviços e omissão, conferem à violência institucional um caráter muito mais estrutural do que pessoal. A violação dos direitos dos usuários do sistema de saúde torna-se o principal objeto deste tipo de violência, tornando o Estado, um dos seus principais infratores.

Estudos apresentam a dificuldade da acessibilidade e a peregrinação aos serviços de saúde como uma das formas de violência institucional relacionadas ao sistema de saúde. A peregrinação foi caracterizada pela negação total ou parcial das ações médico-sanitárias,

também compreendida como descaso, negligência, omissão ou inexistência do serviço, o que se constitui uma forma de violência, visto que põe em risco a saúde dos usuários. (BISPO; SOUZA, 2010)

A dificuldade de acesso em instituições de saúde também foi citada por usuários ao descrever que ao tentar conseguir um atendimento nestes serviços era necessário seguir um ritual: chegavam de madrugada e aguardavam por horas na parte externa do serviço, para enfim, terem acesso a uma senha. Essa dificuldade, além de trazer desconforto para a pessoa que busca atendimento, também pode levá-la à desistência deste sem ter o seu problema de saúde solucionado. (FORNARI; MADUREIRA; LABRONICI, *et al* 2014)

Outra situação descrita em estudos foi a ausência de fluxos pré-estabelecidos, que dificultam o atendimento por descaracterizá-lo, uma vez que obriga o paciente a relatar seu problema de saúde a uma quantidade maior de profissionais, comprometendo a sua privacidade. Além disso, a inexistência de fluxos compromete a integralidade do atendimento pois apenas a necessidade mais evidente do paciente pode ser percebida pelos profissionais de saúde. (VILLELA; VIANNA; LIMA, *et al* 2011)

A falta de espaço para atendimento e a precarização da estrutura física também é apontada como violência institucional, visto que a deterioração física do ambiente foi percebida por usuários como um ato de desprezo pessoal. (GOMES, NATIONS, LUZ, 2008).

Sobre a dificuldade em se implantar e manter uma boa qualidade de atendimento em saúde, a Política Nacional de Humanização traz em seu bojo a necessidade de ajustes na estrutura física de serviços de saúde, na criação de protocolos e normas para aumentar a resolutividade do atendimento, além da capacitação da equipe multiprofissional. Entretanto, alguns autores consideram que a tentativa de criar um programa transversal de humanização do SUS com os profissionais dentro das instituições de saúde, paradoxalmente revela a tendência de se utilizar estratégias baseadas em modelos de burocratização ou tecnificação. Estas intervenções tendem a perpetuar a despersonalização dos pacientes, por substituir a relação que deveria ser dialógica por exames e procedimentos, impelindo o setor saúde a continuar produzindo outros tipos de violência contra os usuários. Desta forma, o esforço de se criar uma política de humanização não seria tão eficaz o quanto se pensa. (MINAYO, 2007)

Em face a essas considerações, é possível compreender que a violência institucional seja uma das formas mais cruéis de maltrato, pois ocorre quando o indivíduo se sente fragilizado, vulnerável e refém do seu agressor. Ademais, é evidente nos estudos que abordam essa temática, que o comportamento de banalização e a naturalização da violência institucional dentro dos serviços de saúde constituem barreiras reais que dificultam o seu enfrentamento.

Por outro lado, na maioria das vezes, percebe-se que as relações de poder e subordinação se perpetuam pela falta de conhecimento e instrução dos usuários, que pouco denunciam aos órgãos competentes. Nesse caso, é importante o fortalecimento da estratégia do empoderamento e da autonomia dos indivíduos em todas as esferas de atendimento. É necessário que profissionais e gestores discutam a violência institucional com responsabilidade, assumindo compromissos de melhoria dos atendimentos.

Como forma de ampliar as discussões em torno do problema da violência institucional à criança hospitalizada, este capítulo foi publicado como o 7º manuscrito da pesquisa no livro: “Saúde da criança e do adolescente: Enfoques sobre hospitalização e violência”; Capítulo 24: “A violência institucional e suas interfaces nos serviços de saúde”.²

2.3 OS DIREITOS DA CRIANÇA E O PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As diversas discussões nacionais e internacionais que debatem os direitos da criança e do adolescente reconhecem esses indivíduos como sujeitos de direito em fase de crescimento e desenvolvimento, portanto, necessitando de atenção especial. (LEITE; VERGÍLIO; SILVA, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2016; SILVA; MENEZES, 2017)

A Declaração Universal dos Direitos das Crianças (DUDC), estabelecida em 1959 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) constitui um marco para a promoção e proteção dos direitos na infância. Nela estão contidas orientações para a proteção da criança e o seu desenvolvimento físico, mental e social, de forma saudável e normal em condições de liberdade e dignidade. (UNICEF, 1959) Em 1989, a DUDC foi aprovada e reconhecida pela Assembleia das Nações Unidas como a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, e tornou-se o documento máximo que estabelece a proteção infantil, na qual os Estados- Parte se comprometem a adotar medidas legislativas para proteger crianças contra todas as formas de violência.

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança tem como princípios norteadores: a participação (garantia de que as crianças devem expressar suas opiniões); a sobrevivência e desenvolvimento; o interesse superior da criança; bem como a não discriminação. Desta forma, é assegurado à criança o direito de desenvolver-se com autonomia, participação, respeito às suas opiniões e, quando tais prerrogativas forem violadas, tem o direito de ser protegida. (UNICEF, 1990)

² Vide Apêndice E

Ainda neste documento, o artigo 19 estabelece que os Estados-Parte deverão adotar todas as medidas (legislativas, administrativas, sociais e educacionais) para proteger crianças contra todas as formas de violência física, mental, tratamento negligente e outras formas de abuso enquanto ela estiver sob a custódia dos pais, representante legal ou qualquer outra pessoa que estiver responsável por ela. Desta forma, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança torna-se ao mesmo tempo um grande avanço nas políticas de proteção infantil, mas também um grande desafio para os Estados signatários. (UNICEF, 1990)

No Brasil, o principal documento que estabelece os direitos da criança é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8069/90 promulgado em 1990 contendo direitos e deveres que se relacionam ao pleno desenvolvimento da criança e trouxe para esse público a garantia de direitos nas áreas: social, educação, cultural, saúde, lazer. (BRASIL, 1990)

Seguindo as diretrizes do ECA, surge no Brasil a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 que dispõe sobre os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Em seu escopo, esta resolução apresenta ao todo 20 direitos, que devem ser respeitados durante o processo de internação da criança.

De acordo com esta Resolução, crianças e adolescentes hospitalizados(as) tem direito a: proteção prioritária à vida e à saúde, livre de discriminação; hospitalização sempre que necessário ao seu tratamento; direito a não permanecer ou ser hospitalizado sem razões plausíveis, desnecessariamente; direito à acompanhante (pai/mãe ou responsáveis) durante toda a internação, assim como receber visitas; direito à permanecer junto à mãe ao nascer, sem separações; direito ao aleitamento materno sem restrições; direito a não sentir dor, sempre que houver como evitá-la; direito a conhecer seu diagnóstico, prognóstico, cuidados e tratamentos, recebendo amparo psicológico quando necessário e respeitando o seu nível de cognição; direito à recreação e educação tanto para a saúde quanto escolar, durante a internação; direito à informação e participação ativa dos pais ou responsáveis no diagnóstico, tratamento e prognóstico; direito à apoio espiritual e religioso de acordo com as preferências da família; direito à não ser objeto de pesquisas sem o devido consentimento dos pais ou responsáveis, ou do mesmo quando tiver discernimento para decidir; direito à receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para tratamento, cura, reabilitação ou prevenção; direito à proteção contra discriminação, negligência ou maus-tratos de qualquer natureza; direito à ter sua integridade física, psicológica e moral respeitadas; direito à ter sua identidade, valores, autonomia e individualidade respeitados; direito ao respeito à ética de não ser utilizado pelos meios de comunicação sem a devida autorização de pais ou responsáveis, ou do mesmo; direito ao conhecimento dos seus dados clínicos assim como à sua confidência; direito a ter os direitos

resguardados pela Constituição e pelo ECA respeitados de maneira integral pelas instituições hospitalares; direito à morte digna junto aos familiares, quando esgotados os recursos terapêuticos.

Após a divulgação da Resolução 41/1995, em 2005 a Lei 11. 104, de 21 de março de 2005 determinou a obrigatoriedade na instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, reafirmando o compromisso de manter as ações relacionadas a humanização dos serviços de saúde em pediatria. (BRASIL, 2005)

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) com o objetivo de estimular gestores, trabalhadores e usuários a construir estratégias coletivas de fortalecimento da humanização nos serviços de saúde e de desenvolvimento de tecnologias relacionais. Tal política surge de forma transversal de buscar o enfrentamento das relações de poder dentro dos serviços de saúde, uma vez que apesar dos avanços trazidos pela instituição do sistema universal e gratuito, as práticas de saúde tornaram-se verticalizadas e fragmentadas, portanto, vulneráveis às situações de violência institucional. (BRASIL, 2004)

Em 2009, o Ministério da Saúde amplia o alcance das políticas para promoção da assistência de qualidade para os usuários dos serviços de saúde, através da Portaria 1.820 de 13 de agosto de 2009, denominada: Carta de direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde. De acordo com esse documento, considera-se que nos princípios basilares da oferta de serviço de saúde, os usuários têm direito a: acesso ordenado e organizado aos serviços de saúde; tratamento adequado e efetivo; atendimento humanizado, acolhedor e sem discriminação que respeite seus direitos; bem como o comprometimento dos gestores em assegurar que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2011)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) surge em 2015 com objetivo de promover e proteger a saúde da criança, mediante prestação de cuidados integrais e integrados desde a gestação até os nove anos de vida, contendo no seu escopo os princípios: direito à vida e saúde, prioridade da criança em atendimentos, acesso universal e integralidade do cuidado, equidade, humanização e gestão participativa. (BRASIL, 2015)

De acordo com o Eixo V da PNAISC, a criança tem direito de receber atenção integral quando em situação de violências. O Artigo 09 desta política estabelece a necessidade de existirem articulações intrasetoriais e intersetoriais para promoção da cultura de paz, bem como o apoio a protocolos e planos de enfrentamento das violações dos direitos infantis, que

devem ser pactuados com instituições governamentais e não governamentais, a fim de compor o sistema de garantia de direitos. (BRASIL, 2015)

No que tange à violência infantil, é importante salientar que em 2017 foi promulgada a lei 13.431/2017 que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, considerando as seguintes formas de violência à criança: física, psicológica, sexual e institucional. De acordo com este documento, a criança possui os seguintes direitos: de ser protegida de qualquer tipo de discriminação; receber informações sobre seus direitos; ser ouvida e expressar suas opiniões; obter segurança e ser continuamente avaliada a possibilidade de estar sendo vítima de intimidação, ameaça e outras formas de violência; ser reparada no caso de violação dos seus direitos; e de pleitear medidas protetivas contra o autor da violência. (BRASIL, 2017)

Outros documentos legais como o Código de Defesa do Consumidor (Lei 8078/90) juntamente com os códigos de ética do exercício profissional das categorias que atuam na área da saúde fortalecem ainda mais a rede de proteção e acolhimento, colaborando com o desenvolvimento das boas práticas de saúde durante o atendimento do público infantil nos serviços de saúde.

Entretanto, apesar da existência de leis e documentos que asseguram os direitos da criança, observa-se que estes não vem sendo respeitados, devido ao desconhecimento dos gestores e profissionais de saúde. Esse dado é confirmado através de pesquisas que evidenciam o baixo conhecimento dos profissionais como um dos possíveis fatores causadores do desrespeito aos direitos da criança. Este desconhecimento, em parte, se dá devido às falhas no processo de formação e capacitação profissional, que ainda possuem influências do modelo biomédico. (CRUZ; SANTOS; MARQUES, *et. al.*, 2014; GOMES; CAETANO; JORGE, 2010)

Da mesma forma, também são considerados como fatores relacionados a não observância dos direitos das crianças hospitalizadas: o quantitativo reduzido de pessoal, inadequação do espaço físico, falta de materiais, condições precárias de trabalho, que levam a uma má qualidade da assistência à criança nos serviços de saúde. Diante disso, é perceptível a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais que atuam na assistência à criança. (GOMES, CAETANO; JORGE, 2010; CRUZ; SANTOS; MARQUES, *et al.*, 2014)

Frequentemente a capacitação de equipes de saúde tem sido considerada como uma responsabilidade dos gestores. Entretanto, Gomes, Caetano, Jorge, *et. al.* (2010) ressaltam que apenas o empenho das instituições/gestores não é suficiente e única opção, mas também é necessário que gestores e profissionais de saúde estejam sensibilizados e comprometidos com

as questões relacionadas aos direitos da criança. (CRUZ; SANTOS MARQUES, *et. al.*, 2014; NEUTZLING; TOMASCHEWSKI-BARLEM; BARLEM, *et. al.*, 2017)

Desta forma, percebe-se a importância do papel do profissional de saúde em proteger o direito à vida e à dignidade da criança hospitalizada, de forma a evitar a ocorrência de danos no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento saudável desta. Assim, acredita-se que o protagonismo e a orientação da criança e da família, alicerçados nos documentos legais nacionais e internacionais, são importantes ferramentas deste processo. (NEUTZLING; TOMASCHEWSKI-BARLEM; BARLEM, *et. al.*, 2017)

2.4 A HISTÓRIA DA INFÂNCIA, DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL E A INFLUÊNCIA DO PENSAMENTO FOUCAULTIANO

A criança nem sempre foi objeto de atenção e importância na sociedade. Em algumas civilizações primitivas, como os nômades, era comum a prática do sacrifício de crianças, pois acreditavam ser necessário para a sobrevivência da coletividade. Já em outras tribos, a presença de uma criança na família atribuía uma posição de destaque aos membros daquele grupo. (SANTANA; SAPIRO; KIPPER, *et al*, 2011)

Na Mesopotâmia, por volta de 1780 a.C., o Código de Hamurabi continha orientações para proteção de órfãos. Da mesma forma, o Rig-Veda e o código de Manu (1300 a 800 a.C.), documentos utilizados para oferecer orientações espirituais e estabelecer o sistema de castas na sociedade dos Hindus, possuíam instruções para crianças desde o nascimento até a lactação, além de mencionar sobre higiene infantil. (ALMEIDA; ROCHA, 1993; SANTANA; SAPIRO; KIPPER, *et al*, 2011)

Na Bíblia, encontramos uma menção favorável ao valor da criança, que era considerada como benção de Deus no antigo testamento e em muitos ensinamentos de Jesus observa-se a seguinte orientação: de que os seus discípulos não deveriam impedir que os pequeninos se achegassem a Ele, pois as pessoas deveriam tornar-se como crianças para entrar no reino dos céus. (BÍBLIA, 2014)

O período dominado pelo império greco-romano (180 d.C.) ficou conhecido pela prática do infanticídio, tornando-se comum o sacrifício de crianças para acalmar e satisfazer os desejos dos deuses e prestar homenagens aos reis. Os povos romanos sacrificavam crianças com malformações, árabes e fenícios além de praticar infanticídio, abandonavam crianças e estimulavam a prática do aborto. Já os espartanos praticavam a seleção de grupos e raças, pois

acreditavam que somente os meninos nascidos perfeitos deveriam sobreviver. (SANTANA; SAPIRO; KIPPER, *et al*, 2011)

Na idade média, é possível perceber que apesar da valorização da figura da criança descrita na Bíblia, as sociedades ditas cristãs desenvolveram-se de forma a segregar crianças por raça e vigor físico, bem como sentenciar à morte aquelas que possuíam malformações ou doenças como epilepsia, pois eram confundidas como bruxas.

Segundo Philippe Ariés (1986), naquele período, a arte medieval expunha o não reconhecimento da infância pela sociedade, visto que não retratava a infância em suas obras, como se ela não existisse, ou como se a arte daquele período não demonstrasse interesse em representá-la. Para o mesmo autor, nesse período, a infância era considerada como uma fase que deveria ser logo ultrapassada e suas lembranças, perdidas. (ARIÉS, 1986)

Considerando os contextos históricos relatados acima, pode-se discernir claramente o exemplo do que Foucault descreveu em seu livro *Vigiar e Punir*; que a relação entre o corpo da criança e o adulto é percebida através das relações de poder, no qual o adulto exerce o poder do soberano sobre a criança. Este tipo de poder é exercido em governos monárquicos, absolutistas nos quais o soberano tem direito sobre a vida e morte dos indivíduos, que é o que Foucault traduz como: o poder de deixar viver ou fazer morrer. (FOUCAULT, 1987)

No século XI, a criança era retratada pela arte otoniana como adultos reduzidos ou em miniatura. É difícil crer que os pintores daquela época não tinham habilidade para representar crianças em seus quadros, mas provavelmente pode-se conceber que não havia lugar para as crianças nesse mundo. Entre os séculos XV e XVI, a criança era retratada apenas em família ou em grupos; apenas príncipes eram dignos de terem quadros retratando seus rostos e corpos infantis. (ARIÉS, 1986)

Assim, percebe-se que o sentimento de indiferença para com a infância era patente. Isso pode ser observado no seguinte pensamento medieval: que “se faziam muitas crianças para se conservar apenas algumas” (ARIES, 1986, p.26), isso porque elas morriam em grande número. Destaca-se um trecho do livro de Philippe Ariés em 1986 “A história social da criança e da família”:

Ainda no século XVII, em *Le Caquet de l'accoucheé*, vemos uma vizinha, mulher de um relator, tranquilizar assim uma mulher inquieta, mãe de cinco “pestes”, e que acabara de dar à luz: “Antes que eles possam te causar muitos problemas, tu terás perdido a metade, e quem sabe todos”. Estranho consolo! ... perdi dois ou três filhos pequenos, não sem tristeza, mas sem desespero. (ARIES, 1986, p.27)

As pessoas não podiam se apegar a algo que sabiam que poderiam a qualquer momento perder. Podemos observar isso na frase registrada por Montagnie “Elas morrem todas em grande

número, as minhas morrem todas pequenas” (ARIÉS, 1986, p.28). Com isso, percebemos que não havia tanto pesar na morte infantil.

Ainda na idade média, o advento de se permitir que crianças ingressassem como soldados traduzia muito bem o sentimento de desapego a elas. A presença de crianças era uma forma de obter um exército extenso, mais fortalecido pela força jovem e viril de crianças e adolescentes. Ao ingressar nas linhas de batalha, crianças eram colocadas na frente para serem as primeiras a ter contato com o inimigo. Essa posição ficou conhecida como infantaria, pois derivava de infante. Sobre esse relato, alguns autores atribuem a criação dos primeiros orfanatos ao fato de crianças órfãs poderem ser aproveitadas como soldados, contudo nesses locais de acolhimento a mortalidade de tais órfãos chegava a ser 90%. (SANTANA; SAPIRO; KIPPER, *et. al*, 2011)

No Brasil, chama à atenção a história da criança negra, a qual foi fortemente influenciada pelo racismo e outros tipos de violência. Muitas crianças eram consideradas “enjeitadas” e colocadas na Roda dos Expostos (instituições que funcionavam como albergues para crianças abandonadas), pois eram fruto de relações extraconjugais dos senhores de engenho e as suas escravas. Já as crianças negras que não eram enjeitadas tinham a “função” de distrair as crianças brancas, os filhos dos senhores de lavouras, como se fossem um “bichinho de estimação”. Dessa forma eram espancadas e sujeitadas a trabalhos ainda quando muito novas. Já nos (nas) adolescentes era comum a prática de violência sexual pelos adultos. (CAMARGO; ALVES; DIAS QUIRINO, 2005)

Diante dessas considerações, observa-se que os sentimentos que se atribui à infância ao longo da história (que vão desde a paparicação ao tratamento ostensivo) demarcam que o olhar ao corpo da criança historicamente está cheio de sentidos, os quais fazem emergir práticas discursivas que vão designar de que forma esse sujeito vai se constituindo ao longo da história. Assim, observa-se que há inúmeros regimes de verdade por trás dessa fase da vida, revelando a infância como um dispositivo. (MORUZZI, 2017)

Percebe-se que o controle do corpo da criança ocorre em todo o percurso histórico, tornando o sujeito infantil como um objeto de manipulação do adulto. No século XVI esse mesmo corpo que antes era mutilado, considerado como um objeto de divertimento, passa a ser visto como um objeto de vergonha, pudor, que precisa ser moralizado, educado, vigiado e disciplinado. Nesse momento percebe-se claramente que o corpo da criança é visto como um corpo maleável, moldável, dócil, o que o torna totalmente vulnerável ao adestramento e normalização, princípios que norteiam o poder disciplinar. (FERREIRINHA, RAITZ, 2010; MORUZZI, 2017)

No seu livro, *Vigiar e Punir*, Foucault define a disciplina como a anatomia política do detalhe. Com isso, esta tecnologia de poder visa controlar os indivíduos utilizando o controle do tempo, separação espacial, para tanto, utiliza técnicas de adestramento para normalizar os indivíduos que se encontram sob sua ordem. Assim, o corpo dessa pessoa passa a ser vigiado, controlado e supervisionado. Observamos que estes princípios foram identificados ao longo da história infantil, sobretudo no século XVIII com a criação de escolas e hospitais. (FOUCAULT, 1987; MORUZZI, 2017)

No que tange ao processo de saúde e adoecimento da criança, até século XIX os cuidados eram de responsabilidade das mulheres. Apenas as mães deveriam dar assistência em casa aos seus filhos. De acordo com Florence Nightingale, as causas da alta mortalidade infantil no século XVII eram as condições de higiene domésticas insuficientes. Em alguns de seus documentos Florence dava orientações de como as mulheres deveriam cuidar de crianças em casa. Os cuidados deveriam ser pautados na alimentação, ambiente, responsabilidade, brincar livremente e bom senso. (ALMEIDA; ROCHA, 1993; MEDEIROS, ENDERS, LIRA, 2015)

No seu livro, *Notas sobre a enfermagem*, Florence Nightingale inicia a discussão dos cuidados à criança inicialmente no campo da puericultura. Florence acreditava que cuidar de crianças no ambiente domiciliar era algo de muita importância. Em seus escritos destacou que em casa era importante manter a ventilação, porém sem corrente de ar; alimentar a criança em quantidade necessária, nem demais nem menos; estimular e entreter a criança durante o brincar; se comunicar de forma afetiva e sensível com a criança, mantendo sempre cuidados redobrados e a devida atenção à mesma. (ALMEIDA, ROCHA, 1993; GOMES, 2014, NIGHTINGALE, 1989)

Nesse período, percebe-se que o desenvolvimento de práticas baseadas em princípios eugenistas e higienistas guarda relação com o cuidado de saúde norteado pela disciplina, pois há um novo esquadramento da criança, do seu corpo, permitindo uma supervalorização das normas. Nesse caso, o cuidar a criança se restringia a discipliná-las conforme as normas e ensinar mães a ensinar os filhos a serem disciplinados, como forma de manter uma boa saúde. (MORUZZI, 2017)

No século XVII com o advento do capitalismo e a utilização da mão de obra feminina e infantil nas fábricas, torna a criança um ser valorizado no ambiente familiar e econômico, com isso, a assistência ao menor expande-se para o contexto hospitalar. Esse período coincide com o momento de transição do foco que era dado à assistência hospitalar. (LEITE, 2012)

Antes, o hospital era destinado a abrigar pessoas pobres, à margem da sociedade, no qual através do isolamento esses doentes eram mantidos longe dos indivíduos saudáveis. Após

a reforma hospitalar, este local sofre mudança significativa passando a ter como objetivo a cura da doença. Para tanto, a finalidade passa ser a curar as enfermidades e com isso o objeto de estudo passa a ser a doença e o corpo do paciente. (FOUCAULT, 2001; MIRANDA, OLIVEIRA; TOIA *et al.*, 2015)

O médico torna-se nesse momento o profissional em destaque, pois ampliou seus conhecimentos nas recentes descobertas sobre bacteriologia, fisiologia, dando origem aos estudos das especialidades. Outro aspecto mais uma vez observado nesse período é a disciplina hospitalar, principal ferramenta utilizada para curar os doentes. Por meio da disciplina e das orientações do médico, a enfermagem delimita sua prática profissional neste ambiente. A hierarquização do trabalho ocorre na medida em que o médico desenvolve o trabalho intelectual e a enfermeira o trabalho manual. (FOUCAULT; 2001; LEITE, 2012; MIRANDA, OLIVEIRA; TOIA *et al.*, 2015)

O trabalho no hospital prossegue no século XIX e XX com foco na cura de doenças avançando com o estudo das especialidades. Os pacientes são divididos por grupos apropriados, pavilhões para tratar doenças infecciosas são construídos e nota-se a presença de crianças em enfermarias específicas, assim como o surgimento dos primeiros hospitais infantis. (LEITE, 2012)

O primeiro hospital infantil que se tem relato é o Hospital das Crianças Doentes (*L'Hôpital des Enfants Malades*) em 1802 na França, onde os primeiros trabalhos de puericultura estavam se formando. Nos primeiros hospitais infantis, crianças são separadas por idade, sexo e condição econômica. O tratamento inclui a utilização de medicamentos purgativos, medidas higiênicas (como escovar os dentes, cortar o cabelo) e alimentares. Alguns médicos decidem escrever livros e almanaques sobre os cuidados que se deve ter com crianças com o intuito de difundir seus conselhos. (MELLO, 2008)

Sobre o cuidado à criança hospitalizada, Florence Nightingale escreve no seu livro que em um hospital deve-se observar os aspectos físicos, ambiente terapêutico e o contexto do relacionamento com a criança doente. Ressalta mais uma vez a necessidade de se ter um local arejado com boa iluminação e no que tange ao cuidado à criança, Florence relata a necessidade de se ter uma área para a criança brincar, como um jardim. (GOMES, 2014)

Em 1890 surgiram as primeiras salas para cuidar de bebês. A medicina neonatal surge e no final do século XIX como forma de diminuir a quantidade de óbitos infantis, uma vez que esta preocupava governos de alguns países da Europa. Tal preocupação advinha da necessidade de assegurar que a força militar dessas nações não tivesse prejuízo com a queda da mortalidade

infantil. Assim, a medicina neonatal avança e proporciona uma melhora na condição de vida de recém-nascidos. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; MELLO, 2008)

O surgimento da incubadora ocorreu em 1878, quando um funcionário do zoológico de Paris a pedido do professor e obstetra parisiense, Stephane Etienne Tarnier, construiu uma incubadora semelhante a uma chocadeira de ovos de galinha. Em 1880, a incubadora foi utilizada na Maternidade de Paris, tendo resultado num decréscimo da taxa de mortalidade de 66% para 38% nas crianças que nasciam menos de 2000g. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004)

Com a descoberta de antibióticos como a penicilina, vacinas e o processo de esterilização de Louis Pasteur, o hospital torna-se um lugar de desenvolvimento de práticas cada vez mais especializadas. Os médicos ainda no controle do trabalho intelectual, começaram a desenvolver estudos da área da pediatria, enquanto nesse período, as enfermeiras envolviam-se nas atividades relacionadas a sistematização dos procedimentos, da organização do ambiente hospitalar e organização dos agentes de enfermagem, ainda por meio dos mecanismos disciplinares. (LEITE, 2012,)

A formação especial para enfermeiras na área de pediatria surge da necessidade de se ter enfermeiras capacitadas para atuar no cuidado hospitalar e clínicas de pediatria. Nesse período, a ênfase da prática profissional de enfermagem ainda está centrada em técnicas e procedimentos, por isso o avanço da tecnologia e das descobertas na área de saúde fazem com que a prática de enfermagem se reestruture novamente com base no modelo biomédico. Isso pode ser constatado ao perceber que a pediatria se tornou parte integrante do currículo de enfermagem quando esta disciplina se estabeleceu inicialmente nas escolas médicas. (MIRANDA *et al.*, 2015; SOUZA; OLIVEIRA, 2004)

Dessa forma, considerando as bases do pensamento foucaultiano percebe-se a influência das tecnologias do biopoder no contexto histórico e assistencial infantil, consolidado pela biopolítica, contida no dispositivo de segurança. A biopolítica, como uma estratégia utilizada para racionalizar a prática governamental, se projeta como uma tecnologia de poder que se desenvolve em populações e tem como principal função lidar com os problemas políticos destas. Para tanto, utiliza indicadores estatísticos como: qualidade de vida e saúde, taxas de mortalidade e natalidade para regular os comportamentos dos indivíduos, estabelecendo um modo de regulação entre eles que proporciona segurança. (CAPONE, 2019; OLIVEIRA, 2018)

Assim, podemos perceber que a criança, ao longo dos anos, foi sendo atravessada por diversas formas de objetivação. Em todas elas, o corpo da criança foi exaustivamente exposto, supervisionado, controlado e porque não dizer, dominado. Cabe a nós hoje indagarmos quais discursos interpelam o sujeito infantil e como as práticas de cuidado que ocorrem dentro das

instituições desvendam os jogos de poder, onde residem os velados elementos da violência institucional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Como referencial teórico metodológico, esta pesquisa utilizou aproximações com o pensamento foucaultiano para discorrer sobre a violência institucional à criança hospitalizada.

De acordo com Foucault (2006, p. 195), na condução do exercício do pensar nas pesquisas foucaultianas, faz-se necessário compreender que: “saber se se pode pensar diferente do que se pensa, e perceber diferente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”. Assim, entende-se que o que move a pesquisa que utiliza o pensamento foucaultiano é a curiosidade, que é incitada pelos descaminhos da pesquisa. Portanto, cabe aqui conhecer um pouco mais sobre a obra produzida por este autor antes de avançarmos na apresentação do método da análise do discurso.

O arcabouço de conhecimentos produzidos por Foucault em seus estudos envolve discussões em torno das relações de poder e conhecimento e como eles são utilizados para o controle social por meio de instituições sociais. Para tanto, a produção de Foucault foi organizada em três fases: arqueológica, genealógica e ética.

Na fase arqueológica, Foucault procurou investigar como os saberes são produzidos para compreender como o homem constrói sua própria existência. Para tanto, o método da arqueologia utiliza a estratégia da desestabilização de conceitos congelados nos arquivos que contém discursos, dando-os uma nova forma. Ainda nesta fase, nota-se que a preocupação de Foucault é definir os discursos com base na sua especificidade, permitindo que tramas do objeto apareçam para serem investigadas pelas condições de existência humana a partir do que os indivíduos dizem. Os livros: *A história da loucura*, *O nascimento da clínica* e *As palavras e as coisas*, contém saberes que foram construídos nessa fase. (PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020)

Na fase genealógica, Foucault estuda o porquê dos saberes, por isso vem de encontro aos estudos das relações de poder e os jogos de verdade por trás dos discursos e a sua inclusão em um dispositivo político e suas tecnologias de poder (poder soberano, dispositivo disciplinar). Desta forma, a genealogia surge também como método de análise de práticas discursivas, pela qual se compreende que os discursos são formados pelos enunciados discursivos. (FERREIRINHA, RAITZ, 2010; PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020)

Na fase ética, o filósofo investiga os processos de subjetivação do sujeito, ao tentar compreender o cuidado de si e dos outros como práticas que se relacionam com o que somos e o que produzimos cotidianamente. Nessa fase foi possível mergulhar nos conhecimentos relacionados ao Biopoder, biopolítica e governamentalidade. (FERREIRINHA, RAITZ; 2010)

A utilização do pensamento foucaultiano nas pesquisas em enfermagem traz ricas contribuições em todas as suas fases. Na arqueologia discursiva e genealogia, tal pensamento ajuda a compreender a origem, desenvolvimento e evolução das ideias que estão impregnadas em conceitos solidificados da enfermagem. Ao escavar a origem dos conceitos dos principais problemas que se ligam à enfermagem é possível compreender como os saberes, os poderes e os sujeitos se relacionam por trás dos discursos. Isso é possível, pois ao atentar para as singularidades dos eventos e suas discontinuidades, consegue-se extrair o caráter móvel, estratégico e político dos discursos, para exprimir os elementos de saber/poder dos acontecimentos. (ALMEIDA, SILVA, SANTOS *et. al.* 2020; QUEIROZ, 2020)

Para Foucault (2001), o poder não é algo estático ou maciço, mas sim uma teia de relações que circula por todos os indivíduos, sendo detentor de um conjunto de práticas que induzem alguns a conduzirem e governarem a conduta de outros, exercendo uma interferência no campo de ação dos indivíduos. O poder não tem a função de destruir os indivíduos, mas antes fazer com que estes ajam com determinados gestos, discursos, desejos, saberes e verdades. Esta característica do poder o torna, em alguns casos, benéfico e aceito, uma vez que pode induzir indivíduos ao prazer e formas de saber. Assim, o poder é uma rede altamente produtiva e dinâmica que atravessa todo corpo social.

Na análise de Foucault, existe uma intensa relação entre o poder, o direito e a verdade. O poder como direito se dá nas diversas formas pelas quais a sociedade compreende as dinâmicas nas relações entre rei e súditos, onde percebe-se a distinção entre aqueles que determinam as leis daqueles que devem obedecê-las. (FOUCAULT, 2001; FERREIRINHA, RAITZ; 2010)

O poder como verdade está instituído nos diversos discursos que permeiam as instituições e sociedade. Para Foucault, a verdade é produzida no mundo para reproduzir os efeitos regulamentados do poder, logo não há como libertar a verdade do sistema de poder, pois a própria verdade é poder. Somos forçados a produzir a verdade pelo poder, uma vez que o poder necessita dela para funcionar. Assim, cada sociedade tem seu regime de verdade, ou seja, os tipos de discursos que ela legitima como verdadeiros. Portanto, os problemas políticos e intelectuais não podem ser restringidos à perspectiva científica ou ideológica, mas devem ser compreendidos como um problema de verdade e poder. Por isso, Foucault entendia que era preciso entender não só o poder exterior que age em uma determinada ciência, mas também os efeitos de poder que circulam no interior dos seus enunciados científicos. (FOUCAULT, 2001; FERREIRINHA, RAITZ; 2010)

Para validar o regime de verdade produzido estrategicamente pelo poder, Foucault utiliza o conceito de dispositivo, como sendo um conjunto heterogêneo formado por elementos discursivos e não discursivos como: discursos, instituições, leis, organizações, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais a fim de capturar, orientar, modelar controlar gestos e condutas e opiniões e discursos dos seres vivos. Assim, os seres vivos são atravessados por diferentes dispositivos, e a partir dessa interação configuram-se os sujeitos. (PERES; LACERDA; PETERS, 2020; MORUZZI, 2017)

A finalidade de se ter dispositivos é levar os sujeitos a uma condição de subjetivação, uma vez que os seres humanos são livres, mas seus desejos, comportamentos e aspirações devem ser controlados, capturados e subjetivados pelo poder. (MORUZZI, 2017)

Para compreender as diversas formas de subjetivação, Foucault descreveu a existência de estratégias de controle do corpo e das populações, caracterizadas como tecnologias de poder. A disciplina, sendo uma tecnologia de poder relacionada ao controle dos corpos de forma individual, está presente em instituições como escolas, quartéis, hospitais e presídios. Já a biopolítica, respaldada pelo controle de populações a partir de mecanismos reguladores e estatísticas, se dá em espaços onde é exercido governo pelo Estado, para racionalizar a prática governamental. (FOUCAULT, 2001; FERREIRINHA, RAITZ; 2010)

Neste estudo, ao efetuar aproximações com o pensamento foucaultiano, identificamos a presença das tecnologias de poder nos discursos de profissionais de saúde e acompanhantes para compreender a violência institucional que atinge crianças hospitalizadas. Para tanto, escolhemos a análise do discurso como principal técnica para analisar os dados desta pesquisa.

A Análise do Discurso é um campo de pesquisa que trabalha com a produção de sentido por meio das linguagens. Para Orlandi (2007), a análise do discurso se interessa pelo que as pessoas falam, entretanto, muito mais do que a linguagem oral, um discurso pode ser transmitido por meio de linguagem escrita, imagens, filmes, músicas e até mesmo pela arquitetura. Assim, os discursos são transmitidos em diversos locais e de diversas formas, mas o que há em comum nessa diversidade de linguagens é o efeito de sentido entre interlocutores, ou seja, o que se procura é o regime simbólico por trás dessas diferentes modalidades de linguagem.

O estudo do discurso se iniciou através das reflexões de Foucault no ano de 1971, no Collège de France, quando proferiu parte do seu livro *A Ordem do discurso*. Foucault indaga nesse momento o fato de não poder utilizar a palavra para proferir seu discurso, uma vez que segundo ele, a posição que lhe é conferida como sujeito falante naquele momento estaria

reproduzindo um discurso pronto, previamente para se adequar ao quadro institucional do local onde ele estava inserido. Sobre esse ponto de vista, destacou:

Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível. Gostaria de perceber que no momento de falar uma voz sem nome me precedia há muito tempo: bastaria, então, que eu encadeasse, prosseguisse a frase, me alojasse, sem ser percebido, em seus interstícios. Como se ela me houvesse dado um sinal, mantendo-se, por um instante, suspensa. Não haveria, portanto, começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível. (FOUCAULT, 1996, p. 6)

Com essa afirmação, Foucault inicia inúmeras reflexões sobre o discurso. Para este autor, existe uma ordem do discurso que está estreitamente relacionada ao quadro institucional, que determina a legitimidade da fala. Para Foucault, a fala não existe, é apenas um acontecimento aleatório, por isso para trazer legitimidade à mesma é necessário impor princípios de controle, que vem tanto de fora como de dentro dos discursos. (SANTOS, 2011)

Em 1986, no seu livro *Arqueologia do saber*, Michel Foucault argumenta que o discurso é a fala atravessada por uma ordem simbólica, que através dos procedimentos de exclusão e controle, transforma o falante em sujeito do discurso. Assim, a priori, os sujeitos e objetos não existem, pois o que de fato existe é o que se constrói discursivamente o que se fala sobre eles. (SOUZA, 2011; PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020)

Não há discurso que não seja controlado pelo poder. Desta forma a arqueologia busca definir não apenas os pensamentos ou as palavras proferidas, mas consiste em tentar compreender o contexto histórico e social que veiculam certos acontecimentos discursivos. Assim, os discursos são compreendidos não como um documento, mas como um monumento. (PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020)

Moruzzi (2016) afirma que Foucault relaciona o conceito de dispositivo ao de discurso, relacionando o discurso como o quadro formal pelo qual enxergamos os objetos que permeiam os dispositivos. Por isso é tão importante analisarmos os discursos para descobrirmos como determinado objeto de estudo está constituído, portanto o discurso torna-se o tal objeto em sua forma materializada.

Para Foucault, o discurso não se reduz a mera frase ou conjunto de palavras, mas está relacionado aos princípios e regras institucionais que atravessam o falante e sua fala. Portanto, é muito mais o desvelar da natureza institucional da ordem discursiva do que apresentar a sua forma linguística. Assim, atentar para as singularidades dos eventos e suas discontinuidades, para extrair o caráter móvel, estratégico e político dos discursos, é premente para exprimir os elementos de saber/poder dos acontecimentos. (SOUZA, 2011)

Em outra instância de argumentação, Foucault (2001) considera que o discurso verdadeiro é o que permite a transmissão e reprodução dos efeitos de poder. Através do discurso verdadeiro somos julgados, condenados, classificados, obrigados a assumir tarefas e um modo de viver ou morrer. Por isso, analisar os discursos torna-se uma importante chave na compreensão dos acontecimentos que ocorrem na sociedade, sobretudo dentro das instituições.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória que buscou compreender a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na perspectiva de seus acompanhantes e dos profissionais de saúde, utilizando aproximações com o pensamento foucaultiano.

A pesquisa qualitativa teve suas origens na pesquisa antropológica e sociológica, sendo caracterizada como complexa e interconectada com termos, conceitos e hipóteses que partem das diversas disciplinas e áreas de conhecimento. (LOPES; FRACOLLI, 2008)

Para Lopes e Fracolli (2008), a pesquisa qualitativa consiste num cenário de práticas interpretativas que torna o mundo visível, pois a partir de uma série de representações (notas de campo, entrevistas, diálogos, fotografias, gravações e memórias pessoais), caracteriza uma abordagem interpretativa e naturalística deste.

A escolha pela pesquisa qualitativa ocorreu pela possibilidade da pesquisadora captar o modo como os seres humanos pensam, agem e reagem diante de questões específicas. Proporciona ainda, conhecer a dinâmica e a estrutura da situação em estudo, do ponto de vista de quem a vivencia (LACERDA; LABRONICI, 2011). Por isso, este método é adequado para o estudo de aspectos históricos, relacionais, das representações, das crenças, percepções e opiniões que resultam das interpretações que os sujeitos fazem da forma como vivem, sentem e pensam. (MINAYO, 2008)

Considerando que o Cuidado é uma prática peculiar da enfermagem e que este se dá numa perspectiva subjetiva e não apenas linear, pois se manifesta entre seres humanos, entendemos que para sua compreensão a pesquisa qualitativa é de suma importância. (LOPES; FRACOLLI, 2008; LACERDA; LABRONICI, 2011)

De uma maneira mais prática, Flick (2008) cita que os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem: na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas nas reflexões dos pesquisadores sobre o seu tema de pesquisa como parte do processo de produção de conhecimento e na variedade de abordagens e métodos. (FLICK, 2008)

A pesquisa exploratória é destinada a desenvolver ou esclarecer conceitos e ideias que estão ainda pouco explorados. Destina-se a ampliar a visão geral de um determinado fato de maneira aproximativa, tornando-se necessário um maior esclarecimento e delimitação deste.

Para Lakatos e Marconi (1992) a utilização de teorias em pesquisas qualitativas é essencial, pois fundamenta a interpretação e o significado dos fatos levantados. Nesta pesquisa o objeto a ser explorado pelo método qualitativo é a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas.

4.2 O CAMPO

O campo escolhido foi um hospital público universitário de grande porte localizado na cidade do Salvador/Bahia, Brasil. Tal instituição compõe unidade hospitalar e ambulatorial de ensino referência em média e alta complexidade no estado com atendimento 100% pelo SUS.

O hospital onde se deu a pesquisa foi inaugurado em 1948. Possui a missão de prestar assistência de saúde à população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência; e produzir conhecimentos em benefício da coletividade. (INTRANET, 2020)

A estrutura do hospital é composta por três unidades: unidade hospitalar adulto, unidade pediátrica e unidade ambulatorial. Atualmente conta com 302 leitos, 130 consultórios, 16 unidades de internação e 12 laboratórios de pesquisa. (INTRANET, 2020)

No que tange à estrutura de serviços, a unidade hospitalar adulto possui os seguintes blocos: Centro Cirúrgico, UTI adulto, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Diálise, Pólo de Infusão de Medicamentos de Alto Custo. Possui também as seguintes unidades de internação: onco-hematologia, hepatologia, urologia, ginecologia, infectologia, cardiologia, neurologia, oftalmologia, atendimento ambulatorial e infusão de quimioterapia. Conta com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico: bioimagem (radiologia, tomografia computadorizada, ecocardiografia), eletroencefalograma, endoscopia e colonoscopia, laboratório de análises clínicas, laboratórios especializados (genética, imunologia), laboratório de anatomia patológica e banco de sangue, central de regulação, núcleo universitário de telessaúde.

O hospital realiza atendimentos de média e alta complexidade, com média anual de 7.800 pacientes internados 350.000 consultas e atendimentos, 4009 cirurgias, atendendo 49 especialidades. Para atender a demanda desses serviços, o hospital conta com o quantitativo geral de mais de 1500 funcionários, sendo destes 199 enfermeiros, 295 médicos, 2700 estudantes de graduação, 145 estudantes de pós-graduação, 235 médicos residentes e 46 residentes multiprofissionais. No ano de 2013 o hospital recebeu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) empresa pública, com fins lucrativos ligada ao Ministério da

Educação para que fosse administrado por esta, fato que ocorre até os dias atuais. (INTRANET, 2020)

No que se refere à gestão e administração, o COM- HUPES possui três grandes gerências: Gerência Administrativa e Financeira, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa. A Gerência Administrativa e Financeira é responsável pela manutenção de infraestrutura, logística, suprimentos, almoxarifado, engenharia clínica, hotelaria, finanças e gestão de pessoas no hospital. A Gerência de Atenção à Saúde responde pelas atividades relacionadas à assistência de saúde, alocando todas as unidades de cuidado direto ao paciente, bem como as chefias responsáveis pelos profissionais de cada área (Divisão de enfermagem, Divisão médica, Divisão de gestão do cuidado, Divisão de diagnóstico e apoio terapêutico e a Unidade de gestão de leitos hospitalares). A Gerência de Ensino e Pesquisa é composta pelo Setor de gestão do ensino e o Setor de gestão da pesquisa e inovação tecnológica. (INTRANET, 2020)

O referido hospital também possui Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), criado no ano de 2015 com a finalidade de apoiar as ações voltadas à segurança do paciente. O NSP é o setor que monitora e controla os casos de eventos adversos em todo o hospital, auxiliando no monitoramento da qualidade da assistência prestada aos usuários. Importante salientar que desde 2002 o hospital faz parte da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, órgão que monitora a vigilância de eventos adversos e queixas técnicas dos produtos utilizados na assistência à saúde atuando na identificação, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos destes produtos. (INTRANET, 2020)

Em 2009 o hospital ingressou no Programa de Acreditação Hospitalar Internacional pela *Joint Commission International* (JCI), representado no país pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), porém não obteve pontuação suficiente para conseguir tal certificação. Apesar do hospital não ter conseguido a chancela, a passagem e busca pela certificação da acreditação hospitalar, trouxe inúmeras melhorias na assistência e nos processos de trabalho dentro da instituição, pois foram criadas e implementadas inúmeras políticas institucionais, diretrizes clínicas, protocolos, procedimentos operacionais padrão que contribuíram para a melhorar a qualidade do cuidado ao usuário.

Importante salientar que o hospital conta também com o serviço de ouvidoria, que atua no recebimento, análise, classificação, registro e encaminhamento de diversas manifestações de usuários e profissionais (reclamações, denúncias, sugestões, solicitações e elogios).

Todos os leitos hospitalares são gerenciados por uma unidade específica de gestão e regulação de leitos, setor responsável pela transmissão de informações sobre vagas junto à

Central de Regulação do Estado da Bahia (CER). A unidade de gestão e regulação de leitos localiza-se estrategicamente próxima a entrada do hospital, conta com equipe de médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem e assistentes administrativos. Através desta unidade os pacientes são admitidos, transferidos, o que a torna principal responsável pelas ações de referência e contra-referência do hospital.

A unidade de atendimento ambulatorial atende diversas especialidades médicas para todas as idades. O ambulatório de pediatria possui as seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia, endocrinologia, hematologia, infectologia, nefrologia, medicina do adolescente, neonatologia, infecções congênitas, neurologia, pneumologia, gastro e hepatologia.

A unidade de atendimento pediátrico é composta pelas unidades de internação, o pronto atendimento pediátrico (desativado desde 2012 devido a uma reforma em sua estrutura física) e um centro de referência de imunobiológicos especiais. As unidades de internação pediátricas são: unidade para tratamento de pequenos lactentes (10 leitos), unidade para tratamento crianças com distúrbios metabólicos (13 leitos), unidade de internação pediátrica (26 leitos) e UTI pediátrica (08 leitos). Nessa pesquisa, a unidade de internação pediátrica foi escolhida como *locus* do estudo, pois esta possui o maior contingente de leitos pediátricos do hospital, além de ter uma maior quantidade de admissões e procedimentos em relação às outras unidades.

A unidade de internação pediátrica é uma enfermaria destinada a atender pacientes na faixa etária de 3 meses de vida a 14 anos para tratamento de enfermidades clínico-cirúrgicas e como já mencionado acima, possui 26 leitos de internação pediátrica. Assim, os principais agravos de saúde tratados nessa enfermaria são: doenças do aparelho respiratório (infecciosas e crônicas degenerativas), infecções de pele e partes moles, outras infecções AIDS, Citomegalovírus, varicela, malformações congênitas (osteogênese imperfeita), síndromes hepáticas e gastrointestinais (desnutrição, doença do refluxo gastroesofágico, síndromes colestáticas, doença de Cronh), distúrbios endócrinos e metabólicos, doenças autoimunes e hematológicas (anemia falciforme, anemia hemolítica). Também recebe pacientes em tratamento cirúrgico de problemas urológicos. É referência no estado da Bahia no tratamento de osteogênese imperfeita e epidermólise bolhosa infantil.

Os profissionais de saúde que compõem o serviço de pediatria desta unidade são: uma assistente social, 11 enfermeiras, duas farmacêuticas, seis fisioterapeutas, três fonoaudiólogos, cinco nutricionistas, oito pediatras, uma psicóloga, 24 técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional. Também constitui campo de prática dos respectivos cursos de graduação da área de saúde: medicina, enfermagem, nutrição e farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia bem como a residência médica e multiprofissional.

A estrutura física da unidade de internação pediátrica compreende sete enfermarias com sanitário destinado às crianças, um leito de isolamento, posto de enfermagem, sala de procedimentos, sala de prescrição médica, conforto de enfermagem, copa, sala de recreação, espaço ao ar livre (varanda) e um sanitário para mães, localizado fora da unidade pediátrica e dividido com acompanhantes de outra unidade pediátrica.

Os pacientes são admitidos na unidade de internação pediátrica através da central de regulação, os quais podem vir procedentes da unidade de atendimento ambulatorial ou de outro serviço de saúde. Antes da chegada à unidade de internação pediátrica, as crianças passam pela unidade de gestão e regulação de leitos para abertura de prontuário e avaliação com o plantonista da pediatria. Nos casos em que a criança apresenta quadro clínico instável, é indicada a transferência para UTI, entretanto tal remanejamento pode significar e resultar em problema na oferta de leitos, caso a UTI não possua vagas. A espera pela avaliação médica pode ocorrer dentro de minutos ou horas, tendo em vista que o mesmo médico plantonista tem que se dividir entre as admissões na central de regulação e as intercorrências que ocorrem nas unidades de internação. Também é importante salientar que os pacientes ficam em um espaço que não possui camas, poltronas ou acomodações, apenas cadeiras que ocupam um dos corredores do hospital. Alguns pacientes ficam na maca da ambulância ou cadeiras de rodas do hospital. Também não há separação espacial entre grupos etários ou por gravidade. Após a avaliação do plantonista, a criança recebe uma pulseira de identificação e é liberada para a unidade de internação. Ao ser recebida na unidade de internação a criança é admitida pela equipe de enfermagem e pela equipe multiprofissional. Apenas a partir desse momento é liberado alimentação, cuidados relacionados à medicação e acomodação.

Na unidade de internação, as crianças são avaliadas diariamente pela equipe médica composta pelo pediatra assistente, residentes de pediatria (R1 e R2), internos de medicina e do professor do departamento de pediatria da Faculdade de Medicina. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de serviço externo, assistente administrativo, residentes de enfermagem e discentes de enfermagem acompanhados do docente da Escola de Enfermagem da universidade (quando em período de estágio). Ademais, permanecem diariamente na unidade residentes multiprofissionais e seus respectivos preceptores: assistente social, psicólogo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos.

O registro das informações do paciente é feito através do prontuário físico e digital, utilizando um aplicativo de registro virtual do prontuário do paciente. A equipe de enfermagem realiza a sistematização da assistência de enfermagem também através deste aplicativo.

A unidade de internação pediátrica possui estrutura para permanência do acompanhante em tempo integral. Para tanto a mesma oferece acomodação em uma poltrona e três refeições por dia (café da manhã, almoço e café da noite). Os acompanhantes recebem roupas privativas diariamente para uso nas enfermarias.

Apesar de haver sala de recreação, as atividades relacionadas ao brincar e as brincadeiras são realizadas por grupos de alunos e docentes externo, que desenvolvem um projeto de extensão chamado “hospital é lugar de brincadeira”. Não há atividades relacionadas à classe escolar.

4.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo acompanhantes e profissionais de saúde da referida unidade. Os profissionais de saúde pertenciam às seguintes categorias: enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia e serviço social.

Dentre os critérios para participar da pesquisa foram considerados – estar trabalhando em pediatria há mais de dois anos. Este critério foi estabelecido, pois com a chegada da EBSEH no hospital onde ocorreu o estudo, muitos profissionais eram recém-formados e não tinham experiências prévias em pediatria, o que poderia impactar nas respostas pelo pouco tempo de experiência no cuidado infantil. No grupo dos profissionais de saúde, dois profissionais da fonoaudiologia não foram entrevistados, pois alegaram indisponibilidade de tempo para receber a entrevistadora. Os demais profissionais não eram elegíveis dentro dos critérios de inclusão do estudo. Participaram do estudo 39 profissionais de saúde.

Considerou-se como acompanhantes, pais ou responsáveis que permaneciam com as crianças internadas nas enfermarias. Como critérios de inclusão foi utilizado: ter idade maior de 18 anos e estar acompanhando a criança hospitalizada há mais de sete dias. A escolha se deu por conveniência, ou seja, foram entrevistados os acompanhantes que estavam presentes no momento da visita da entrevistadora e aceitaram participar da pesquisa. Neste grupo, tivemos uma mãe de criança que recusou-se a participar da pesquisa, pois alegou não ter interesse em falar sobre o tema abordado. Participaram do estudo 10 acompanhantes.

Entre profissionais de saúde e acompanhantes, ao todo foram 49 entrevistados.

O quadro abaixo ilustra de forma detalhada o total de profissionais da unidade e a quantidade de profissionais que participaram do estudo.

Quadro 1- Distribuição dos profissionais que atuam na unidade de internação pediátrica e dos profissionais que participaram da pesquisa.

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS DA UPED	PROFISSIONAIS DA UPED QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA
Assistente social	01	01
Enfermeira	11	06
Farmacêutica	02	02
Fisioterapeuta	09	05
Fonoaudióloga	03	01
Médica	09	07
Nutricionista	05	05
Psicóloga	01	01
Técnica de enfermagem	24	11
TOTAL	65	39

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de Novembro de 2018 a Outubro de 2019. Para tanto, utilizou-se a técnica da entrevista semi-estruturada, contendo perguntas fechadas e abertas. Utilizamos como instrumentos para a coleta de dados: um roteiro semi-estruturado³, um folder informativo e um caderno de observações.

4.4.1 Técnica de Coleta de dados – a Entrevista

A entrevista é uma técnica que oportuniza a conversa face a face. É utilizada para “mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes”, ou seja, ela fornece dados básicos para “uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações” em relação aos atores sociais e contextos sociais específicos. (GUERRA, 2014, p.21)

A utilização da entrevista proporciona: averiguar fatos ocorridos e conhecer a opinião das pessoas sobre eles; conhecer a percepção do indivíduo sobre um determinado fato ou seu significado; descobrir quais foram, são ou seriam as condutas das pessoas, sejam elas passadas, presentes ou futuras; descobrir fatores que influenciam os pensamentos, sentimentos ou ações das pessoas. (GUERRA, 2014)

As entrevistas transcorreram de forma presencial na unidade pediátrica, agendadas previamente sendo conduzidas pela pesquisadora principal e equipe de bolsistas de iniciação

³ Vide Apêndice B e C

científica. A equipe que realizou a coleta de dados participou de um treinamento que possibilitou conhecer melhor o instrumento e tirar dúvidas sobre esse momento. Durante esse treinamento foi feito um teste piloto com uma profissional de saúde que não pertencia a esse serviço.

Os participantes foram abordados e convidados pessoalmente na unidade de internação e solicitados a participar do estudo. As entrevistas ocorreram após consentimento das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme da Resolução 466/2012. (BRASIL, 2012)

A condução das entrevistas ocorreu em locais reservados na própria unidade de internação para evitar ruídos e constrangimento dos participantes. Não foi estabelecido contato prévio dos participantes da pesquisa (acompanhantes) com a pesquisadora. Os profissionais de saúde, por atuarem no mesmo hospital que a pesquisadora principal, foram entrevistados pelas bolsistas de iniciação científica.

As entrevistas foram gravadas em aplicativo de áudio de aparelho celular, após consentimento dos participantes. Três profissionais de saúde não se sentiram confortáveis em gravar a entrevista, de forma que nesses casos a bolsista de iniciação científica seguia anotando no roteiro semiestruturado as respostas das perguntas abertas. O tempo de duração das entrevistas totalizou em 11 horas, sendo que no grupo dos profissionais de saúde a média de tempo de entrevista foi de 11 minutos e no grupo dos acompanhantes, a média de duração foi de 28 minutos.

A saturação dos dados foi discutida com os demais pesquisadores e no momento que os enunciados discursivos que compunham o *corpus* da pesquisa não estavam mais agregando categorias e subcategorias ao material de análise, decidiu-se pela interrupção das entrevistas.

4.4.2 Instrumentos de coleta de dados

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado: o roteiro semi-estruturado da entrevista, um folder informativo e um caderno de observações.

O roteiro semi-estruturado da entrevista continha perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas permitiam caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes. As perguntas abertas tinham a finalidade de possibilitar que as participantes falassem abertamente sobre o objeto do estudo.

Após os entrevistados terem explanado sobre sua percepção de VI, foi-lhes apresentado, um folder informativo⁴ contendo a definição e as características da VI, para que, de posse dessas informações, pudessem identificá-la e descrever como esta se dava no ambiente hospitalar. Assim, no primeiro momento, os participantes respondiam as perguntas que se relacionavam à percepção da violência institucional, que foram: “Você sabe o que é violência institucional? Você já ouviu falar sobre VI? O que você entende sobre isso?”. Após a apresentação do folder informativo era-lhe perguntado: “Você identifica, a partir destas informações, a ocorrência de algum tipo de VI à criança hospitalizada? Como esta se dá?”

Foi também utilizado um caderno de observações, para registro de impressões do entrevistador sobre suas impressões: conversas informais, comportamento das entrevistadas, impressões pessoais, descrição da atividade dos sujeitos, relatos de acontecimentos, entre outros. (GUERRA, 2014)

4.5 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio das entrevistas, foram transcritos, organizados e posteriormente analisados. A transcrição foi executada por uma equipe de bolsistas e voluntários. O *corpus* da pesquisa, constituído pelas transcrições das entrevistas, totalizou 92 páginas.

Os dados sociodemográficos foram tabulados para subsidiar as informações sobre o perfil sócio-demográfico dos participantes.

O *corpus* da pesquisa foi analisado em duas etapas. Na primeira etapa, os dados foram submetidos a uma análise preliminar para compreender percepções e o reconhecimento dos entrevistados sobre a temática proposta. Nesse momento, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. A segunda etapa, que proporcionou uma análise mais densa e reflexiva dos dados, o material foi relido de forma mais minuciosa, guiado pela análise do discurso.

A leitura preliminar subsidiada pela análise de conteúdo temática, ocorreu com o objetivo de interpretar o material qualitativo, de forma a garantir uma descrição objetiva e sistemática do corpus de pesquisa. (GUERRA, 2014)

Nesse momento foram utilizadas as etapas da análise de conteúdo descritas por Bardin (2009): 1- Pré-análise; 2- Exploração do material; 3- Tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Na fase da pré-análise ocorreu a organização do material e sua leitura flutuante,

⁴ Vide Apêndice D

para tanto, foi considerada algumas regras: a exaustividade, a representatividade, homogeneidade e a pertinência. Na fase de exploração fez-se necessário a codificação do material de análise. A fase de categorização foi realizada através da classificação de elementos de um conjunto, por diferenciação e posteriormente foi realizado um novo reagrupamento. Esses reagrupamentos originaram as categorias e subcategorias que compuseram a análise dos dados. Para auxiliar na categorização e alocação destes dados foi utilizado o *software* NVIVO12.

Na segunda etapa, o material seguiu as etapas da análise do discurso. Para tanto, após leitura exaustiva os conceitos foram descongelados, desarticulados para em seguida proceder a análise e estabelecimento de relações de captação. Destas relações, surgiu um novo emergente, baseado na identificação e associações dos correlatos nos enunciados discursivos.

Para Foucault, é necessário estar atento às singularidades dos acontecimentos que estão registrados nos discursos. Também é necessário pensar no caráter móvel e estratégico destes, por isso é necessário desestabilizar os conceitos congelados, para compreender as condições históricas e sociais que possibilitam a irrupção dos acontecimentos discursivos. (PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020).

Nas análises, os enunciados dos participantes da pesquisa foram identificados por códigos ou pseudônimos que faz menção ao grupo que ela pertence seguida de número, de forma a não permitir que fosse revelada a identidade dos participantes. Assim, os acompanhantes foram identificados como: acompanhante 01, acompanhante 2 até o 10. Os profissionais foram identificados pelas áreas de atuação: enfermeira 01, enfermeira 02 e assim por diante.

Os dados foram relocados em grandes categorias que subsidiaram os resultados e posterior análises conforme apresentados nos artigos. As categorias preliminares, extraídas a partir da análise de conteúdo foram: O reconhecimento da VI à criança hospitalizada pelos profissionais de saúde e acompanhantes; Percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada; Percepção da equipe de enfermagem sobre a violência institucional à criança hospitalizada; As três grandes categorias extraídas da análise do discurso são: Elementos da estrutura hospitalar e a violência institucional infantil; Violência institucional nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família; Elementos da violência institucional nas práticas de cuidado.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e respeitou os princípios estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos; e a 580/2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS. Através das diretrizes citadas acima a pesquisa respeitou os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. (BRASIL, 2012; 2018)

Dessa forma, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa bem como seus métodos, benefícios e possíveis danos. Foi garantido o anonimato dos participantes, o sigilo e a liberdade de recusar ou desistir da pesquisa, caso queiram, em qualquer etapa sem ônus.

O ingresso do participante nessa pesquisa se deu após a sua concordância. Para tanto, as informações foram dadas inicialmente com a apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁵. Este termo contém as principais informações sobre a pesquisa e sobre o pesquisador, contendo informações sobre a tese de doutoramento, o programa de pós-graduação e o contato telefônico da pesquisadora principal. Os TCLEs foram assinados pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, que ficaram com uma cópia do TCLE cada um.

Foi apresentado o “Termo de compromisso para utilização de dados em prontuários de pacientes e de bases de dados em projetos de pesquisa”, como forma de garantir a privacidade das informações coletadas em prontuários e documentos de enfermagem, utilizados de forma complementar na coleta de dados, através da análise documental.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente (Escola de Enfermagem UFBA) e da instituição coparticipante, tendo sido aprovado em ambos, com CAAEs: 99681518.0.0000.5531 e 99681518.0.30010049.

Os instrumentos de pesquisa são de inteira responsabilidade do pesquisador. Tais documentos foram devidamente armazenados e posteriormente serão desprezados, após 5 anos.

A pesquisa contou com o apoio de suporte de psicóloga da unidade de internação para atender os participantes que apresentassem algum desequilíbrio emocional. Em uma das entrevistas, a mãe de uma criança solicitou a ajuda da psicóloga para compreender melhor o que estava sendo investigado na pesquisa, pois segundo ela, não se sentia confortável em falar

⁵ Vide Apêndice A

sobre as situações de violência institucional. Entretanto, após a psicóloga explicá-la novamente sobre os objetivos da pesquisa, a entrevistada concordou em participar.

A disponibilidade do profissional de psicologia para realizar intervenções com as participantes coaduna com a presença do aspecto ético da não maleficência. Além disso, o princípio ético da beneficência também foi constatado nesse estudo quando os profissionais se permitiam falar abertamente sobre um tema polêmico, que inicialmente lhes causava desconforto, mas logo estes demonstravam sentir-se aliviados por poder compartilhar experiências e estarem ampliando seus conhecimentos a respeito desta temática, que os levaria a refletir e planejar um cuidado infantil de melhor qualidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados e discussão da tese. Inicialmente, será apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes; em seguida, as categorias das percepções da violência institucional à criança hospitalizada. Logo após, serão apresentados cinco artigos: os artigos 1 e 2 descrevem os dados obtidos através da análise de conteúdo; os artigos 3, 4 e 5 demonstram os dados à luz da análise do discurso. Por fim, serão expostos os capítulos de livro e o produto da tese.

5.1 PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde da unidade pediátrica do hospital que constituiu o campo de pesquisa. Os profissionais de saúde pertenciam às seguintes categorias: assistente social (01), enfermeira (06), farmacêutica (02), fisioterapeuta (05), fonoaudióloga (01) médica (07), nutricionista (05), psicóloga (01), técnico de enfermagem (11).

5.1.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde

De acordo com o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, pode-se observar que todas eram do sexo feminino, maioria negra, tinham idade entre 27 a 62 anos, renda média de 5 a 10 salários-mínimos e a maioria tinha entre 6 a 10 anos de atuação em pediatria. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde da unidade de internação pediátrica de um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.

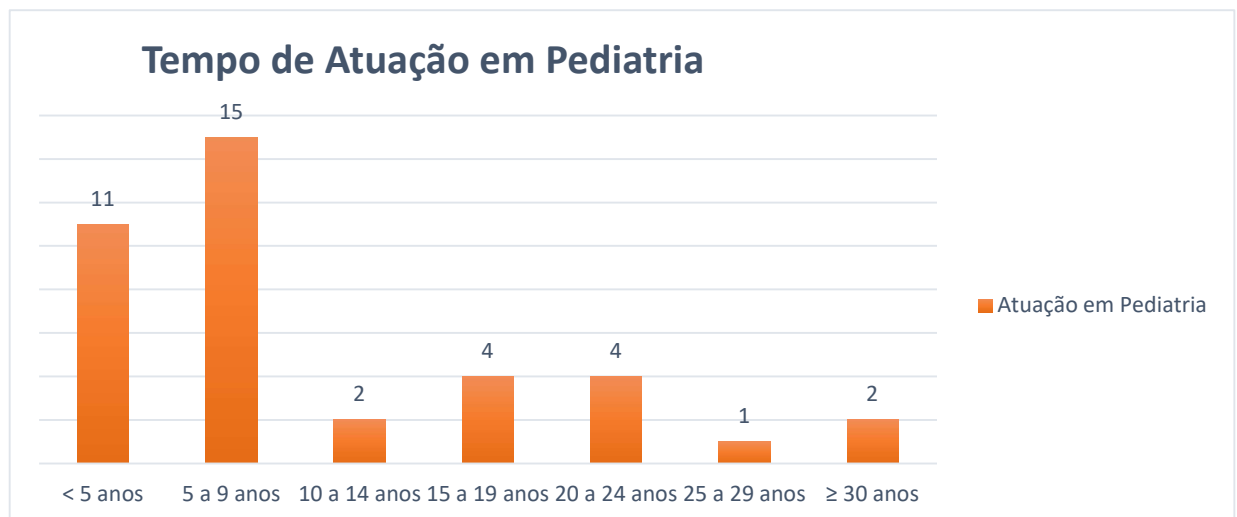
VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Feminino	39	100%
Masculino	0	0%
Idade		
20-39 anos	20	52%
40-59 anos	17	43%
Acima de 60 anos	2	5%
Raça/cor autodeclarada		
Pardo	19	49%
Preto	9	23%
Branco	11	28%
Renda Familiar		
De 2 a 5 salários-mínimos	13	33%
De 5 a 10 salários-mínimos	10	26%
Mais de 10 salários-mínimos	16	41%
Escolaridade		
Curso Técnico	3	8%
Nível Superior	7	18%
Especialização	19	49%
Mestrado	8	20%
Doutorado	2	5%

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à escolaridade, observa-se que apesar da maioria das profissionais exercerem ocupação como técnicas de enfermagem, 3% possuíam apenas o nível técnico. Tal divergência ocorreu ao verificar que boa parte das técnicas de enfermagem possuíam não apenas o curso de nível superior, mas também pós-graduação. Uma das técnicas de enfermagem possuía graduação e especialização na área do direito.

O gráfico 1 apresenta o tempo de atuação em pediatria. Pode-se observar que a maioria dos profissionais tinha até 09 anos de experiência em pediatria, sendo importante destacar que 11 (28%) tinha < 5 anos de experiência nesta especialidade, logo, considerados relativamente novos nessa área. Esse dado coincide com a chegada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), quando ocorreu a admissão de muitos profissionais em um curto espaço de tempo.

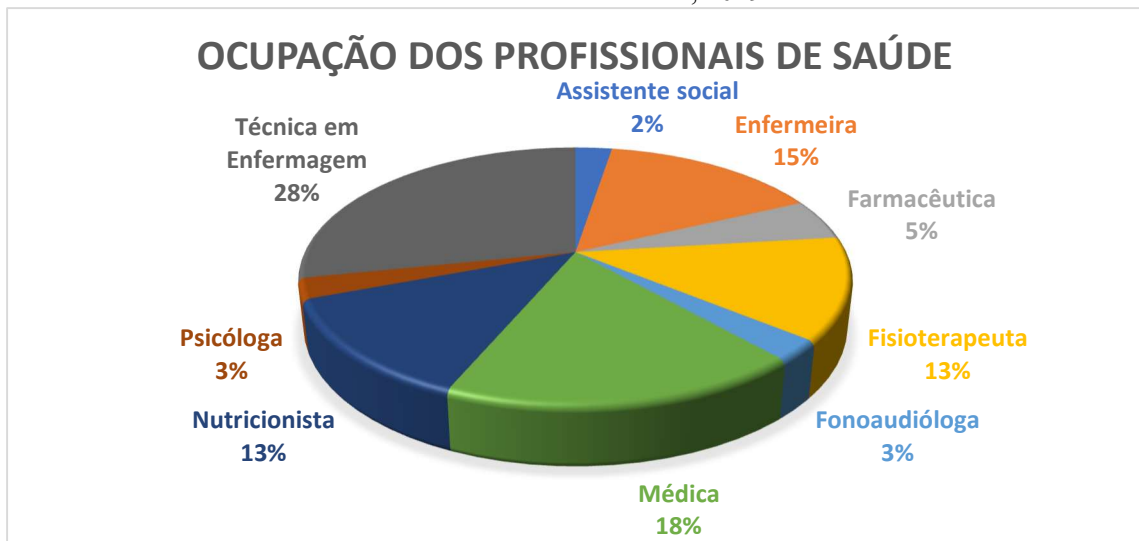
Gráfico 1 – Tempo de atuação em pediatria dos profissionais de saúde de um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa

O Gráfico 2 mostra a distribuição dos profissionais de saúde de acordo com sua ocupação. Neste estudo, predominou a presença dos profissionais da enfermagem, seguida dos profissionais da área médica.

Gráfico 2 – Distribuição da ocupação dos profissionais de saúde da pediatria, em um hospital universitário Salvador- Ba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa

5.1.2 Perfil sociodemográfico dos acompanhantes

De acordo com o perfil sociodemográfico das acompanhantes, todas eram do sexo feminino, com idade entre 19 e 45 anos. A maioria autodeclarou ser negra (80%), seguida de branca (20%). As acompanhantes possuíam nível médio completo (60%) e demais níveis de escolaridade (fundamental incompleto, fundamental completo, superior completo e especialização) na mesma proporção (10%). Predominou a ocupação como dona de casa (60%), seguida de pedagoga (20%), lavradora (10%) e uma acompanhante referiu ser desempregada (10%). Sobre a renda familiar, 60% referiram ter até um salário-mínimo; 30% entre um e dois salários-mínimos e 10% mais de três salários-mínimos. Todas as acompanhantes eram mães das crianças.

5.1.3 Caracterização do internamento infantil

De acordo com os dados relacionados ao internamento da criança, verificamos que a maioria das crianças era do sexo masculino (60%), feminino (40%); tinha idade entre seis e 10 anos (60%), seguidas de um a cinco anos (20%), sendo que menores de um ano e maiores de 10 anos tiveram proporção semelhante (10%). De acordo com o tipo de tratamento, a maioria estava hospitalizada para tratamento clínico (90%); bem como tinham mais de 15 dias de internação (70%). Todas as crianças residiam em cidades do interior do estado da Bahia, o que posteriormente tornou-se relevante para compreendermos, nos relatos das mães, as dificuldades na trajetória de busca pelo atendimento de saúde, bem como a necessidade de permanência da criança no hospital até que todo o tratamento estivesse sido concluído.

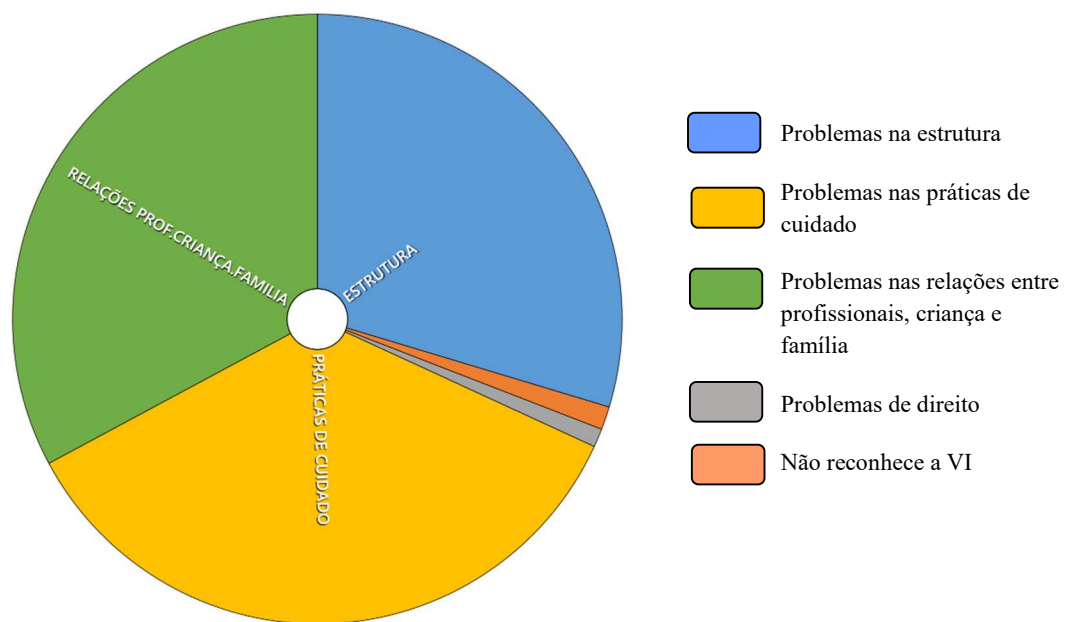
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DE ACORDO COM OS RELATOS DOS PARTICIPANTES⁶

5.2.1 – Apresentação dos resultados

De acordo com os acompanhantes e os profissionais de saúde, a violência institucional à criança hospitalizada está ancorada em três grandes eixos: Os problemas na estrutura hospitalar; problemas relacionados às práticas de cuidado e os problemas nas relações entre o profissional de saúde, criança e família.

O Gráfico 03 apresenta a distribuição dos três eixos norteadores da análise, gerada pelo NVIVO12, conforme os discursos de profissionais e acompanhantes.

Gráfico 3 – Reconhecimento da VI à criança hospitalizada segundo acompanhantes e profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

Pode-se observar, de acordo com o Gráfico 03 que a maioria dos participantes, tanto profissionais de saúde quanto acompanhantes, confirmam a existência de violência institucional à criança hospitalizada, e que está intimamente relacionada com a: precarização da estrutura hospitalar, relações entre profissionais crianças e famílias; bem como com a forma como ocorrem as práticas de cuidado no ambiente hospitalar.

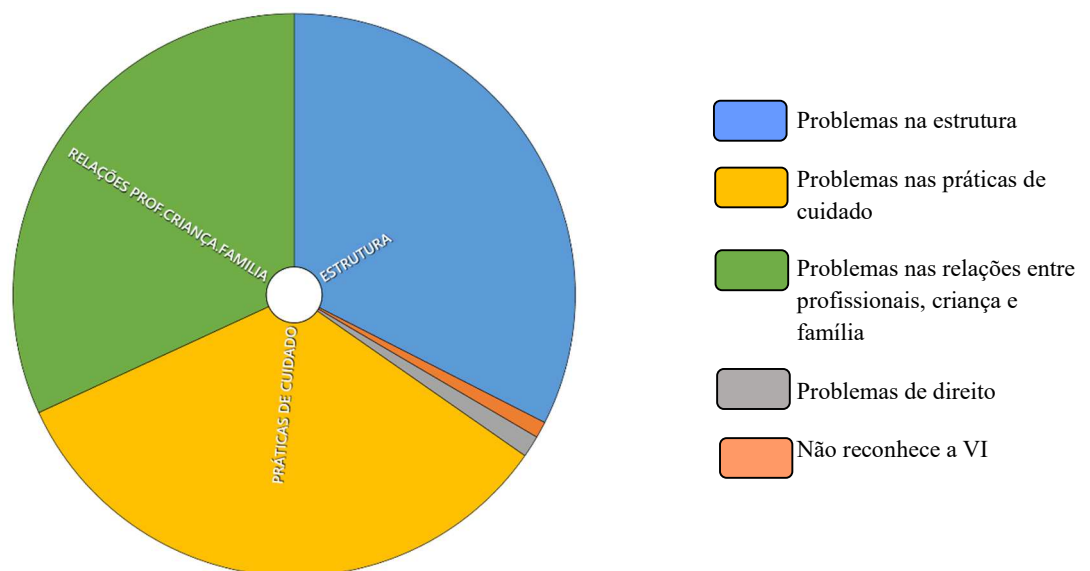
⁶ Este capítulo foi desenvolvido em forma de artigo científico, sendo aceito para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

Também é possível perceber, por meio deste gráfico, a existência de duas áreas de menor destaque – questões relacionadas ao cumprimento dos direitos, que incluem as violações aos direitos infantis e o não reconhecimento da VI à criança hospitalizada. Apesar do não reconhecimento da VI, alguns participantes (três profissionais de enfermagem e duas acompanhantes) negaram a presença de VI à criança durante a hospitalização, mesmo quando lhes foram apresentados o folder informativo. Nos casos em que as profissionais consideraram a VI como um problema de direito, esta característica foi posteriormente inserida nos problemas relacionados à estrutura, tendo em vista que as violações descritas pelas participantes estavam relacionadas a este contexto.

A apresentação dos três elementos (estrutura, relações e práticas de cuidado) que constituem a VI se mostrou de maneira equilibrada quando os dois grupos foram analisados juntamente (profissionais e acompanhantes), entretanto quando a análise ocorreu separadamente, o reconhecimento da VI foi percebido de forma diferenciada.

O Gráfico 04 revela o reconhecimento apenas dos profissionais de saúde sobre a VI à criança hospitalizada, que se apresenta semelhante ao padrão do gráfico anterior.

Gráfico 04 – Reconhecimento da VI à criança hospitalizada pelos profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

O Quadro 02 ilustra o reconhecimento dos profissionais de saúde com base nas evidências da violência institucional à criança hospitalizada, de acordo com suas principais características.

Quadro 02 -Reconhecimento da VI à criança hospitalizada e suas características pelos profissionais de saúde.

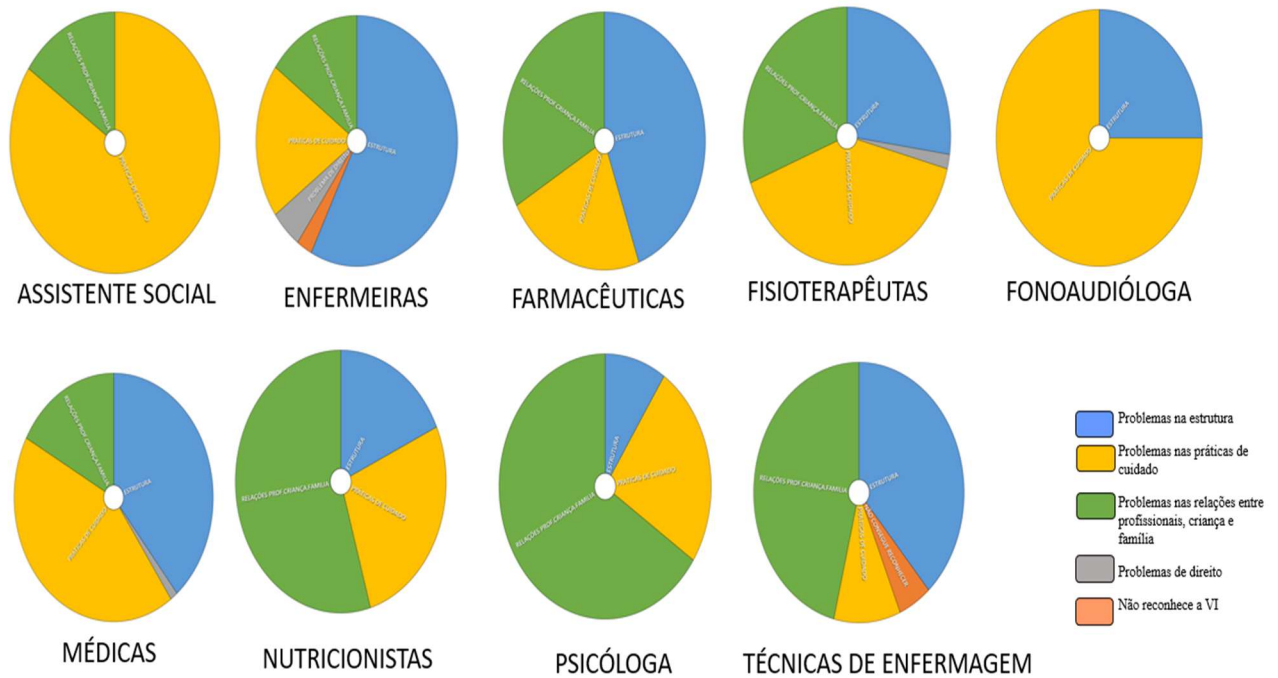
CATEGORIAS PROFISSIONAIS	PROBLEMAS NA ESTRUTURA	PROBLEMAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO	PROBLEMAS NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, CRIANÇA E FAMÍLIA
ASSISTENTE SOCIAL	—	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desrespeito à privacidade da criança ➤ Múltiplas manipulações ➤ Não obtenção de consentimento da criança 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas na comunicação
ENFERMEIRAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sucateamento de materiais e equipamentos ➤ Falta de material e recursos humanos ➤ Inadequação nos espaços físicos ➤ Lentidão nos processos administrativos ➤ Falhas administrativas ➤ Violação dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas na assistência ➤ Fragmentação ➤ Normas e rotinas rígidas ➤ Não obtenção de consentimento da criança 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas na comunicação ➤ Frieza, rispidez, grosseria
FARMACÊUTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lentidão nos processos administrativos ➤ Peregrinação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Normas e rotinas rígidas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frieza, rispidez, grosseria ➤ Falta de atenção, escuta, omissão e negligência
FISIOTERAPÊUTAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peregrinação ➤ Inadequação nos espaços físicos ➤ Falhas administrativas ➤ Violação dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desrespeito à privacidade ➤ Falhas na assistência ➤ Normas e rotinas rígidas ➤ Desqualificação do saber prático, da experiência de vida pelo saber científico ➤ Diagnósticos imprecisos ➤ Imposições das vontades dos profissionais ➤ Sanções 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frieza, rispidez, grosseria ➤ Preconceito, discriminação ➤ Falta de atenção, escuta, omissão e negligência ➤ Falta de sensibilidade
FONOAUDIÓLOGA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadequação nos espaços físicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Imposições das vontades dos profissionais ➤ Falhas na assistência 	—
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peregrinação ➤ Inadequação nos espaços físicos ➤ Falhas administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas na assistência ➤ Normas e rotinas rígidas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frieza, rispidez, grosseria ➤ Perda da autonomia da criança ➤ Falta de sensibilidade

MÉDICAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de material e recursos humanos ➤ Violação dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não obtenção de consentimento ➤ Múltiplas manipulações ➤ Fragmentação ➤ Imposições das vontades dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas na comunicação
NUTRICIONISTAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peregrinação ➤ Inadequação nos espaços físicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas na assistência ➤ Normas e rotinas rígidas ➤ Desqualificação do saber prático, da experiência de vida pelo saber científico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frieza, rispidez, grosseria ➤ Falta de atenção, escuta e negligência ➤ Falta de sensibilidade ➤ Problemas na comunicação
PSICÓLOGAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas administrativas ➤ Inadequação nos espaços físicos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas na assistência ➤ Fragmentação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de atenção, escuta e negligência ➤ Falta de sensibilidade ➤ Problemas na comunicação ➤ Preconceito e discriminação ➤ Quebra da autonomia
TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadequação nos espaços físicos ➤ Falhas administrativas ➤ Falta de material e recursos humanos ➤ Sucateamento de materiais e equipamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falhas na assistência ➤ Normas e rotinas rígidas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de atenção, escuta e negligência ➤ Preconceito e discriminação ➤ Falta de sensibilidade ➤ Problemas na comunicação

Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

Os dados do quadro 2 revelam que, de acordo com os relatos dos profissionais de saúde, emergiram diferenças no modo como estes reconhecem a VI. Essas diferenças são apresentadas na figura 01.

Figura 01 – Caracterização da VI à criança hospitalizada por categorias profissionais.

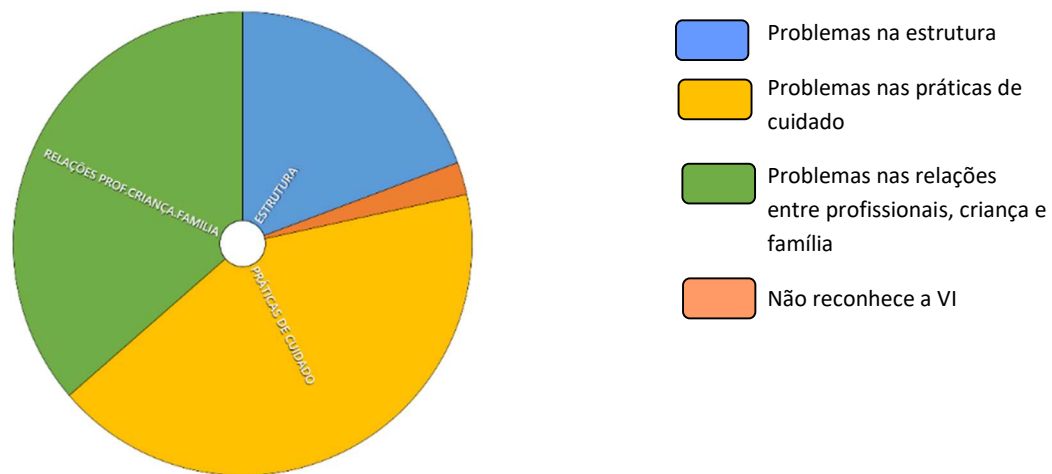


Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

De acordo com a Figura 01, é possível perceber que psicóloga, nutricionistas e técnicas de enfermagem reconhecem a VI que ocorre sobretudo nas relações entre profissionais, crianças e família. Por sua vez, médicas, assistente social, fonoaudiólogos e fisioterapeutas reconheceram a VI predominantemente pelos problemas relacionados às práticas de cuidado. Já as enfermeiras e farmacêuticas reconheceram a VI especialmente nas situações relacionadas à precarização da estrutura.

O Gráfico 05 apresenta os tipos de VI identificados pelos acompanhantes das crianças hospitalizadas.

Gráfico 05- Caracterização da VI à criança hospitalizada pelos seus acompanhantes em um hospital universitário em Salvador- Ba, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

O Gráfico 05 revela que as acompanhantes reconheciam a VI vivenciada pelos seus filhos principalmente através dos problemas relacionados às práticas de cuidado, seguida dos problemas nas relações entre profissionais, criança e família e, por último, dos problemas na estrutura hospitalar. Ademais, também foi possível constatar que uma pequena parte das acompanhantes não reconheceu a VI, mesmo quando lhes era apresentado o folder informativo com a definição e características deste tipo de violência.

Buscando estabelecer uma comparação entre as características da VI encontradas nos gráficos 04 e 05, constata-se que a compreensão VI à criança nos dois grupos (acompanhantes e profissionais de saúde) apresentou-se discretamente diferente, visto que as acompanhantes descreveram um número bem maior de evidências da VI relacionadas às práticas de cuidado do que as profissionais de saúde, o que pode ser observado no Quadro 3.

O Quadro 03 apresenta a VI à criança hospitalizada, nos relatos dos acompanhantes e suas principais evidências.

Quadro 3 - Reconhecimento da VI à criança hospitalizada e suas características de acordo com os acompanhantes.

	PROBELMAS NA ESTRUTURA	PROBLEMAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO À CRIANÇA	PROBLEMAS NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, CRIANÇA E FAMÍLIA
ACOMPANHANTES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de material e recursos humanos ➤ Inadequação nos espaços físicos ➤ Lentidão nos processos administrativos ➤ Peregrinação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Múltiplas manipulações ➤ Não obtenção de consentimento da criança ➤ Falhas na assistência ➤ Fragmentação ➤ Normas e rotinas rígidas ➤ Desqualificação do saber prático, da experiência de vida pelo saber científico ➤ Diagnósticos imprecisos ➤ Imposições das vontades dos profissionais ➤ Sanções ➤ Tentar adequar o paciente às necessidades do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas na comunicação ➤ Falta de atenção, escuta, negligência e omissão ➤ Falta de sensibilidade ➤ Frieza, rispidez, grosseria ➤ Preconceito, discriminação ➤ Problemas na comunicação ➤ Quebra da autonomia ➤ Quebra do princípio da justiça ➤ Ameaça, intimidação

Fonte: Dados da pesquisa gerados no NVIVO12

Importante destacar que duas evidências da VI relatadas pelas acompanhantes não foram mencionadas pelas profissionais, são elas: quebra do princípio da justiça e ameaça, intimidação.

5.2.2 – Discussão

De acordo com os resultados apresentados, pode-se inferir que profissionais de saúde e acompanhantes percebem a VI à criança hospitalizada de maneira diferente. Para os profissionais de saúde, a VI foi descrita, sobretudo, nos problemas relacionados à: precarização da estrutura hospitalar, nas relações entre profissionais, crianças e familiares e por fim, problemas nas práticas de cuidado. Para os acompanhantes das crianças hospitalizadas, a VI se revelou primeiramente como um problema nas práticas de cuidado, depois nas relações entre profissionais, crianças e familiares; e por fim, pela precariedade da estrutura hospitalar.

De acordo com os participantes, os problemas relacionados à estrutura que resultam em VI são: a peregrinação; desconforto ocasionado pelas inadequações na estrutura física, sucateamento de equipamentos e mobiliário; falta de materiais e recursos humanos insuficiente,

que impacta no adiamento e atraso de procedimentos e exames. Além disso, foram também mencionadas falhas administrativas, em função da lentidão dos processos burocráticos, ocasionando maior tempo de internação, impactando na resolutividade.

A peregrinação, ocasionada pela dificuldade de se estabelecer um sistema de referência e contra-referência eficaz para atender as necessidades de saúde e atendimento de crianças, tem sido constatada em diversos estudos nacionais e internacionais. Dentre os fatores que dificultam a busca por atendimento em saúde podemos citar: a carência de profissionais, falta de infraestrutura dos serviços, redução da oferta de serviços especializados, sobretudo no atendimento infantil e a falta de organização do serviço no momento do acolhimento. Outros estudos corroboram com esses achados ressaltando que a valorização e busca dos usuários por serviços de maior aparato tecnológico, como hospitais de grande porte, ocasiona um aumento da demanda, dificultando ainda mais o atendimento nesses serviços. (SÁ; SILVA; GÓES, 2019; LUZ; PIÉSZAK; ARRUÉ, 2019; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016; LUZ; VITURI; PELLOSO, *et al.*, 2019; SOUZA; VIEIRA; LIMA JÚNIOR, *et al.*, 2019; SANTOS; VÁSQUEZ-RAMOS; OLIVEIRA, *et al.* 2019; LEAL, BITTENCOURT, TORRES, *et al.* 2017)

Os demais problemas na estrutura descritos pelos participantes, como a escassez de recursos humanos e materiais específicos para atuar no cuidado infantil, torna ainda mais difícil o atendimento a este público. Tal problemática pode ser confirmada à luz do que Foucault define como uma estratégia da biopolítica.

De acordo a estratégia da biopolítica, o Estado deve exercer o controle da população com base nos princípios da racionalidade econômica, utilizando taxas de crescimento populacional e estatísticas para manter e definir o que deve ou não existir no âmbito das ações em saúde. Um exemplo a ser citado é o fechamento de unidades de pronto atendimento e hospitais pediátricos, bem como a redução de recursos humanos e materiais em pediatria tendo como parâmetro a queda das taxas de mortalidade infantil e de natalidade, o que paradoxalmente repercute em diversas situações como peregrinação e dificuldades estruturais no atendimento infantil. Assim, para evitar que situações de VI aconteçam, é indispensável atentar para o fato de que os modelos de atenção à saúde não estejam alicerçados e viesados apenas nos desfechos estatísticos que sobressaem no panorama nacional, pois dessa forma não conseguirão atender as necessidades e especificidades do público infantil. (FOUCAULT, 2008, SOUZA, VIEIRA, LIMA-JÚNIOR, *et al.*, 2019)

Para Foucault (2008), a lógica da estratégia da biopolítica é concebida a partir da população e deve ser compreendida pelo regime geral da verdade econômica. Assim, o mercado

(e até mesmo a sociedade) não é um lugar de justiça, mas sim de jurisdição, no qual o Estado, agindo através da razão governamental, mostra-se mais interessado em construir e desenvolver políticas que sejam baseadas na utilidade social e no benefício econômico, do que nas liberdades e direitos fundamentais dos indivíduos.

Por isso, a biopolítica torna-se uma estratégia para racionalizar a prática governamental, utilizando a estatística para controlar, intervir e estabelecer regulação, de modo a gerar uma sensação de equilíbrio ou de segurança, entretanto não busca mudança na condição do indivíduo. Desta forma, percebe-se que esse regime tem influenciado as políticas e talvez, até mesmo o sistema de garantia de direitos dos indivíduos.

De acordo com a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários nos Serviços de Saúde, os indivíduos têm direito de receber acesso ordenado e organizado de saúde; além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) assegura que a criança tem prioridade em atendimentos, acesso universal e integralidade do cuidado, contudo, ao constatar neste estudo as violações de tais direitos, percebe-se a fragilidade na implementação destes, o que pode estar respaldado pelo princípio da invisibilidade. Para Foucault, a invisibilidade é indispensável, uma vez que o bem coletivo não deve ser visibilizado em detrimento do benefício econômico, portanto, a invisibilidade convém à racionalidade e a racionalidade convém à violência. (FOUCAULT, 2008)

Quanto aos problemas relacionados às práticas de cuidado, tanto profissionais como acompanhantes os evidenciam nas seguintes situações: desrespeito à privacidade da criança, múltiplas manipulações, normas e rotinas rígidas, não obtenção do consentimento da criança, falhas na assistência, fragmentação do cuidado, desqualificação do saber prático e experiência de vida em detrimento do saber científico, diagnósticos imprecisos, imposição das vontades do profissional e as sanções.

Estas evidências revelam que apesar do avanço tecnológico-científico, as práticas de cuidado permanecem fragmentadas dentro dos serviços de saúde, sob o predomínio da visão biomédica fundamentada na cura do doente, uma vez que os indivíduos terminam por desempenhar suas práticas de atenção à saúde de forma automatizada, contendo estratégias de ação baseadas em queixa-conduta, projetando ainda mais o olhar sobre a doença. (BRASIL, 2004)

No tocante às falhas de assistência, é importante destacar que os profissionais de saúde reconheceram a ocorrência de erros e falhas na assistência (geralmente por negligência e imprudência) ocasionadas pelas múltiplas manipulações, fragmentação do cuidado e diagnósticos imprecisos levando a criança a piora do quadro de saúde, ocasionando danos

físicos e psicológicos. Estudo que estimou a ocorrência de danos em crianças internadas no Reino Unido identificou que uma em cada sete crianças sofre danos durante a internação. Estudo realizado em hospital universitário na Argentina revelou que as falhas de assistência em pediatria mais comuns são: erros de medicação, infecções hospitalares e descuidos como quedas, perdas de sonda e outros. (FAJRELDINES, SCHNITZLER, TORRES, 2019; DUARTE; STIPP; SILVA, *et al.* 2015)

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância à Saúde, o dano à saúde pode ocorrer de forma intencional ou não intencional, entretanto, pesquisas ressaltam a necessidade de investigar melhor a natureza destes, pois durante o monitoramento de danos em instituições hospitalares geralmente não é considerado a opinião da criança e sua família. Pesquisas confirmam que pais de crianças hospitalizadas são capazes de relatar os eventos adversos evitáveis em seus filhos que não estão registrados em prontuários, o que demonstra que os dados sobre eventos adversos em crianças e sua natureza ainda são muito limitados e que a família, que é uma fonte importante de dados, vem sendo subutilizada no monitoramento desses erros. (BRASIL, 2017; KHAN; FURTAK; PATRICE, 2016; PERES; WEGNER; CANTARELLI-KANTORSKI;2018)

As múltiplas manipulações e o desrespeito à privacidade dos indivíduos são descritos na literatura como um comportamento comum dentro de instituições hospitalares, uma vez que o corpo dos indivíduos é considerado como um objeto de poder. Essa visão está arraigada na concepção de que o hospital é lugar de cura dos doentes, portanto o tratamento se dá com base na disciplina e controle dos corpos. (FOUCAULT, 2001)

Para Foucault, uma das formas do poder agir é através da disciplina dos corpos. A disciplina exerce seu controle no desenvolvimento de uma ação, por isso para que haja medicalização, o corpo precisa ser julgado, medido, classificado, separado e vigiado. Dessa forma, o exame minucioso do corpo torna-se um instrumento fundamental à medicalização (FOUCAULT, 2001)

De acordo com a Resolução no 41 de 13 outubro de 1995, a criança tem direito a ter sua integridade física, psicológica e moral respeitadas. Entretanto, quando há desrespeito a privacidade e múltiplas manipulações, está evidente que a integridade infantil pode ser prejudicada nas mais diversas formas, coadunando com situações de violência dentro das instituições de saúde.

No que se refere aos problemas nas relações entre profissionais, crianças e famílias, os participantes relataram situações de VI através da falta de atenção, falta de escuta, problemas na comunicação, perda de autonomia, quebra do princípio da justiça, ameaça, intimidação,

preconceito e discriminação. Estas situações foram fortemente marcadas pelo abuso de poder por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), um dos principais fatores que levaram ao desgaste das relações durante as práticas de cuidado é a reduzida inclusão dos trabalhadores e usuários nos processos de produção e tomada de decisão em saúde. Por isso, esta política tem como um dos seus princípios norteadores a utilização da informação e comunicação para autonomia e protagonismo dos sujeitos. (BRASIL, 2004)

Pesquisas revelam que os problemas na comunicação são muito comuns em unidades de internação pediátrica estando relacionados ao fato do profissional geralmente se dirigir à mãe ou acompanhante para fornecer informações sobre o estado de saúde da criança e desconsiderar a necessidade desta em obter conhecimento sobre seu tratamento e prognóstico. Estas situações resultam em perda da autonomia da criança, uma vez que esta encontra-se privada de informações essenciais para a tomada de decisão sobre sua saúde. (LEE; HAYCOCK-STUART; TISDALL, 2019; ARANHA; SOUZA; PEDROSO, 2020; BIASIBETTI; HOFFMANN; RODRIGUES, *et. al.* 2019)

Estudos confirmam que a comunicação com a criança, sobretudo antes de exames e procedimentos, utilizando ferramentas assertivas como o brinqueado terapêutico, ajudam a reduzir a dor e o estresse destas, fazendo com que adotem comportamentos mais colaborativos diante das dificuldades que envolvem a realização de condutas invasivas. (ARANHA; SOUZA E PEDROSO, 2020)

Em que pese, a falta de informação e a perda da autonomia da criança estão estreitamente relacionadas ao comportamento de preconceito e discriminação, uma vez que já existe uma desvalorização histórica da criança como um sujeito de direito, passando a ser compreendida como um objeto. Importante salientar que a violência infantil ocorre por meio da coisificação de crianças, sendo-lhes negado o direito ao seu pleno desenvolvimento. Desta forma, a criança é submetida ao poder do adulto que a coage em prol dos seus interesses. (BEZERRA FILHO; SAVIOLI; GOMES, 2015)

A ameaça e intimidação não foram descritas pelos profissionais de saúde neste estudo como evidência de VI presente no cuidado hospitalar, entretanto foram bem descritas pelas acompanhantes. Tal discrepância demonstra que a maneira autoritária do profissional se dirigir à família passa despercebida por este, revelando a naturalização dos comportamentos que ora se manifestam como dominação, ora se manifestam pela concepção paternalista. Em uma segunda análise, percebe-se que este dado é confirmado nos estudos que descrevem a presença

da violência de gênero dentro das instituições de saúde. (MARRERO; BRUGGEMANN, 2018; OLIVEIRA; PENNA, 2017)

Para Foucault, o poder é caracterizado por um conjunto de práticas que definem como uns devem conduzir e governar a conduta de outros, entretanto é nessa relação entendida como uma condução de condutas que os jogos de verdade irão produzir saberes para definir que posição os sujeitos devem ocupar em determinado espaço, sobretudo dentro das instituições.

Nesse aspecto, relacionando o pensamento de Foucault com os achados dessa pesquisa, podemos perceber que o sujeito criança hospitalizada, deverá ser formalmente administrada por uma instituição (hospital) que irá ditar regras de conduta. Portanto, o sujeito infantil será considerado como doente, paciente e, portanto, a tomada de decisões para sua saúde e restabelecimento físico deverão estar a cargo do sujeito médico, que conduzirá o tratamento da maneira que julgar ser a correta.

Sobre a negação da VI por parte de alguns profissionais e acompanhantes, pode-se perceber como um dado preocupante, na medida em que revela o total desconhecimento ou naturalização com a qual a VI vem sendo compreendida. Tal evidência confirma que a invisibilidade da VI à criança é real e estratégias precisam ser desenvolvidas para minimizá-la.

A despeito das ações para o enfrentamento da VI à criança hospitalizada, a Convenção Internacional dos Direitos da Criança e o ECA determinam que toda forma de violência contra criança deve ser denunciada e punida. A Lei 13.431/2017, que estabelece o sistema de garantia dos direitos à criança vítima ou testemunha de violência, considera a VI como uma das formas de abuso infantil, definindo-a como aquela que é praticada dentro de instituição pública ou conveniada, incluindo as situações de revitimização. (UNICEF, 1990; BRASIL, 1990; 2017)

Desta forma, é importante que profissionais de saúde e acompanhantes cada vez mais reconheçam, reflitam e intervenham através de ações e estratégias no enfrentamento da VI à criança, como forma de preservar a dignidade e o adequado desenvolvimento infantil enquanto estas permanecem em instituições hospitalares.

Portanto, de acordo com profissionais de saúde e acompanhantes foi evidente a presença da VI à criança hospitalizada que é percebida de forma distinta entre as diversas categorias profissionais e acompanhantes. Os efeitos da VI encontrados nesse estudo reforçam a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares, uma vez que este tipo de violência se apresenta de forma a dificultar sua resolutividade, humanização e qualidade do cuidado infantil em instituições hospitalares.

Apesar de termos encontrados dados provocativos e de grande relevância para profissionais, gestores e comunidade, é importante destacar que o fato de ter sido realizado em

um hospital universitário revela a limitação desta pesquisa e a necessidade de serem realizados estudos nesta temática em outros serviços.

5.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EM FORMA DE ARTIGOS, CAPÍTULOS DE LIVRO E PRODUTO

5.3.1- Artigos

Os dados da pesquisa possibilitaram a concepção de cinco artigos. Os dois primeiros, corresponderam aos dados analisados através da análise de conteúdo, os demais referem-se aos resultados que seguiram à luz da análise do discurso. São eles:

- ARTIGO 1 - Direitos da criança hospitalizada: Percepção da equipe de enfermagem;
- ARTIGO 2 - Percepção da equipe de enfermagem sobre a violência institucional à criança hospitalizada;
- ARTIGO 3 - Elementos da estrutura hospitalar demarcando (in)visibilidades da violência institucional infantil;
- ARTIGO 4 – Violência institucional nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família;
- ARTIGO 5- Elementos da violência institucional nas práticas de cuidado à criança hospitalizada: olhar sob a perspectiva foucaultiana.

5.3.1.1 - ARTIGO 1

DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM⁷

RIGHTS OF HOSPITALIZED CHILDREN: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS: PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

RESUMO

Objetivo: Aprender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada. **Método:** Estudo qualitativo exploratório com 13 profissionais de enfermagem em unidade pediátrica de um hospital universitário em Salvador-BA. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018, através de entrevista semi-estruturada. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** As categorias foram: cumprimento das obrigações legais; garantia do cuidado integral e humanizado; Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente; desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada. **Conclusão:** Os profissionais conhecem parcialmente ou desconhecem os direitos infantis, sendo necessário empenho para capacitação dos profissionais e gestores.

Descritores: Saúde da Criança, Direitos do Paciente, Enfermagem, Hospitalização.

ABSTRACT

Objective: To apprehend the perception of the nursing team about the rights of hospitalized children. **Methodology:** Qualitative exploratory study with 13 nursing professionals in a pediatric unit of a university hospital in Salvador-BA. Data collection took place in November 2018, through semi-structured interviews. Bardin's content analysis was used. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The categories were: compliance with legal obligations; guarantee of comprehensive and humanized care; Implementation of actions related to treatment and patient safety; ignorance of the rights of hospitalized children. **Conclusion:** Professionals partially know or are unaware of children's rights, requiring efforts to train professionals and managers.

Descriptors: Child Health, Patient Rights, Nursing, Hospitalization.

RESUMEN

Objetivo: apreender la percepción del equipo de enfermería sobre los derechos de los niños hospitalizados. **Metodología:** Estudio exploratorio cualitativo con 13 profesionales de enfermería en una unidad pediátrica de un hospital universitario en Salvador-BA. La recopilación de datos tuvo lugar en noviembre de 2018, a través de entrevistas

⁷ Artigo publicado na Revista Enfermagem em Foco do Conselho Federal de Enfermagem.

semiestructuradas. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Las categorías fueron: cumplimiento de obligaciones legales; garantía de atención integral y humanizada; Implementación de acciones relacionadas con el tratamiento y la seguridad del paciente; ignorancia de los derechos de los niños hospitalizados. **Conclusión:** los profesionales conocen parcialmente o desconocen los derechos del niño, lo que requiere esfuerzos para capacitar a profesionales y gerentes.

Descriptores: Salud Infantil, Derechos del Paciente, Enfermería, Hospitalización.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a garantia dos direitos da criança hospitalizada nem sempre foi alvo de atenção do Estado e da sociedade. Documentos e leis que versam sobre o aparato legal à criança surgem apenas partir da década de 90, dentre eles: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, Constituição Federal de 1988; a Resolução nº 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente (1995)^{1,2}.

Entretanto, apesar da existência destas leis, observa-se um limitado conhecimento dos profissionais de saúde sobre essas recomendações. Estudos³⁻⁶ revelam que a maioria dos profissionais que atuam em hospitais pediátricos não conhecem os direitos da criança e do adolescente de forma suficiente, não possuindo suporte necessário para avaliar se eram ou não respeitados.

Assim, torna-se evidente a necessidade de ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos direitos da criança hospitalizada⁷. Esta perspectiva coaduna com as discussões sobre a advocacia do paciente que, apesar de considerada de grande relevância, ainda carece de sensibilização por parte dos gestores e profissionais^{4, 8, 9}.

Portanto, compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada torna-se pertinente para identificar lacunas e barreiras no conhecimento desses profissionais sobre esta temática. Logo, elaborou-se a questão norteadora: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada? Consubstanciou-se como objetivo: apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre os direitos da criança hospitalizada.

Esta pesquisa trará contribuições para o aprimoramento do conhecimento dos profissionais sobre a necessidade da capacitação nesta área, além de preencher lacunas nos estudos relacionados aos direitos da criança nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa.

Local do Estudo

O estudo ocorreu na unidade de internação pediátrica de um hospital universitário referência em Salvador/Ba, que possui 26 leitos e destina-se ao tratamento de problemas clínicos-cirúrgicos em crianças de 3 meses a 14 anos.

Participantes da Pesquisa

Foram incluídas enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem da unidade. Considerou-se como critério de inclusão: atuar na unidade há mais de 2 anos. Dos 35 profissionais de enfermagem (24 técnicos e 11 enfermeiros), 13 estavam dentro do critério elegível e aceitaram participar do estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2018. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, com roteiro de perguntas fechadas (perfil sócio-demográfico dos participantes) e abertas. Os participantes foram selecionados por conveniência (entrevistamos profissionais que estavam no plantão). As entrevistas ocorreram em locais, que garantiram a privacidade e conforto das participantes, reservados na própria unidade.

A entrevista foi realizada pela bolsista de iniciação científica devidamente treinada. As perguntas abertas foram: a) O que você entende sobre os direitos da criança hospitalizada? b) Você poderia falar sobre esses direitos? As entrevistas foram gravadas (duração média de 5 minutos); também foram feitas anotações em diário de campo. Os dados foram transcritos e checados duplamente (pela pesquisadora principal e pela bolsista). Os diários foram consultados para verificar se havia anotações relevantes (choro, hesitação, linguagem não verbal que demonstrasse contradição entre o dito e o não dito) para que fossem analisadas relacionando com o relato do participante. Entretanto, não foi acrescentado observações do diário de campo, pois não permitiram acréscimos aos relatos transcritos. O encerramento das entrevistas ocorreu quando da repetição dos conteúdos temáticos - saturação dos dados¹⁰.

Análise de Dados

Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, definida como conjunto de técnicas que permitem a realização de inferências sobre os dados subjetivos¹⁰. Assim, seguiram-se as etapas propostas por Bardin: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados: inferência e interpretação.¹⁰ As entrevistas tiveram seu conteúdo agrupado em categorias e foram analisadas com base na literatura. Na discussão, utilizou-se aproximações com

pensamento foucaultiano para subsidiar a análise das categorias.

Procedimentos éticos

A pesquisa respeitou as normas da Resolução nº 466 de 2012. Foram garantidos anonimato e sigilo dos participantes. As entrevistas ocorreram mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAEE nº 99681518.0.0000.5531.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 13 profissionais de enfermagem: 9 técnicas, 1 auxiliar de enfermagem e 3 enfermeiras, todas do sexo feminino. A faixa etária variou de 33 a 60 anos.

De acordo com a escolaridade, 10 (76,92%) possuíam nível superior e 3 apenas o segundo grau completo, sendo justificado pois a maioria das técnicas de enfermagem havia concluído graduação nessa área. Todas as enfermeiras possuíam especialização e 03 (23,1%) técnicas também. Sobre o tempo de experiência em pediatria, 53,8% apresentavam entre 3 a 5 anos, seguido de 10 a 20 anos (30,8%) e 2 a 3 anos (7,7%).

Nos discursos, emergiram as seguintes categorias de análise: 1) Cumprimento das obrigações legais; 2) Garantia do cuidado integral e humanizado; 3) Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente; 4) Desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada.

A seguir serão descritos os achados em cada uma das categorias apontadas.

Categoria 1 - Cumprimento das obrigações legais

A maioria dos profissionais consideraram o direito da criança hospitalizada na perspectiva do cumprimento das obrigações legais, regras e normas, sendo que o direito mais citado foi o de ter acompanhante, como pode ser visto a seguir:

São deveres que nós profissionais devemos cumprir. Tudo isso com regras, né?! (T1)

São todos os direitos garantidos por lei pra criança que está hospitalizada. (E1)

Direito de ter o acompanhante com ela... porque agora acho que em toda pediatria tem que ter acompanhante. (T8)

Foi mencionado o direito da criança e do acompanhante em conhecerem o diagnóstico, prognóstico e procedimentos a serem realizados e o fornecimento de alimentação e serviço de hotelaria hospitalar adequados como visto nas seguintes falas:

Conversar com ela antes, para ver se ela já tem um bom entendimento do procedimento que vai ser feito. (T11)

tem direito a uma alimentação e hotelaria adequada, porque às vezes a criança fica muito tempo internada. (T1)

Categoria 2 - Garantia do cuidado integral e humanizado

Os profissionais de enfermagem identificaram no cuidado integral e humanizado um importante elo para assegurar os direitos da criança hospitalizada, como visto a seguir:

Ela tem o direito a uma assistência integral. (E2)

Ter uma assistência de enfermagem e médica de forma a perceber que a criança não só em sua condição física, mas também emocional. (T6)

Houve relatos acerca do direito da criança ao acesso a espaços socioeducativos e lúdicos durante a hospitalização:

Tem direito de brincar, de ter acesso à brinquedoteca disponível na unidade. (T9)

Direito de, enquanto está aqui, ter a possibilidade de seus estudos não serem interrompidos. Vir alguém aqui e ajudar nas questões dela da escola... (T6)

Também forma considerados para o cuidado integral: o respeito à individualidade/privacidade e o consentimento, como visto a seguir:

É preciso respeitar a individualidade da criança. (T8)

A gente acaba levando em consideração o consentimento dos pais, em relação a qualquer procedimento que a gente faça com eles. (T7)

Categoria 3 - Implementação das ações relacionadas ao tratamento e segurança do paciente

Outra perspectiva do direito da criança hospitalizada estava relacionada às ações centradas no tratamento, cura e prevenção de complicações. Podemos observar no trecho a seguir:

O primordial é o bom atendimento médico emergencial. Ele chega aqui com uma suspeita, então temos que correr com esse diagnóstico, que o tempo de internamento é um risco que a criança corre. Então o primordial é o atendimento e o correr desse diagnóstico. (T4)

O cuidado relacionado à administração de medicações da prescrição médica foi destacado nos seguintes trechos:

Direito a ter a sua prescrição médica cumprida com tudo o que está ali. (T6)

Direito que a assistência seja prestada, que tenha a medicação. Direito à assistência, medicação, principalmente, pra que não falte as medicações. Tirar ela do estado de doente e colocar no estado de cura e tentar reestabelecer ao máximo a saúde dela. (T10)

A segurança do paciente também foi relatada pelas entrevistadas, que identificaram a

necessidade de se atentar para os riscos que as crianças estão expostas durante a hospitalização:

Prestar os cuidados com segurança. (T2)

Categoria 4 - Desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada

O desconhecimento dos direitos da criança hospitalizada foi evidenciado em alguns discursos das entrevistadas. Esse desconhecimento se revelou nas seguintes percepções: não tinha total conhecimento ou nunca ouviu falar. Vemos isto nas falas a seguir:

É uma coisa que a gente nunca escutou muito falar, né?! (E2)

Embasamento teórico a respeito do assunto não tenho nenhum. (T7)

DISCUSSÃO

Constatou-se nas respostas dos participantes, a influência do discurso ético deontológico, cuja base é a noção do dever e da proibição. Nesse caso, as escolhas para determinadas ações são tomadas com base na conformidade da norma, seja ela boa ou má, pois de acordo com essa visão, as regras existem para serem obedecidas acima de tudo¹¹.

Nos últimos anos a ênfase da preocupação dos profissionais de saúde acerca da assistência respaldada na lei tem se intensificado, pois reflete a tendência atual de judicialização da saúde. Entretanto, as questões judiciais estão carregadas de dilemas éticos que levam os profissionais a estarem diante de decisões moralmente questionáveis¹², complexas e difíceis de serem tomadas.

Para Foucault, a disciplina é uma tecnologia de poder que consiste no controle dos corpos, sendo muito exercida em instituições como quartéis e hospitais, para que as normas sejam cumpridas sem questionamento. As regras conferem ao hospital características que o relacionam com o seu principal propósito, a medicalização¹³. Por isso, o discurso do dever e da norma se fazem frequente nos relatos das entrevistadas.

Sobre o conhecimento das leis, é importante salientar que nenhuma das participantes mencionou a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995¹, tendo apenas citado o ECA² e a Constituição Federal de 1988¹⁴. Isso revela o desconhecimento sobre o principal documento legal específico para assegurar os direitos da criança hospitalizada. A Resolução 41/95 que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, constitui-se um dos principais documentos que asseguram a prestação de um cuidado de qualidade à criança, livre de abusos e violações. Sem o conhecimento das recomendações desta resolução, os profissionais tornam-se passíveis de cometer erros e infrações, que prejudicam o bem-estar físico, emocional, social e espiritual da criança durante o período em que esta encontra-se sobre os seus cuidados.

Dentre os direitos reconhecidos pelas profissionais, o direito ao acompanhante foi o mais citado. Tal direito é garantido à criança pelo ECA e pela Resolução nº 41/95, onde os estabelecimentos de saúde devem proporcionar a presença de um dos pais ou de um responsável em tempo integral, durante todo o processo de hospitalização. Em que pese, a presença do acompanhante minimiza o sofrimento da criança e é benéfico, pois, juntamente com a equipe de saúde, auxilia na detecção precoce de riscos¹⁵. Desta forma, o ECA estabelece a obrigação das instituições de saúde em proporcionar condições, para permanência em tempo integral com a criança de um dos pais ou responsável².

Pesquisas realizadas na Itália e no Brasil^{4,15} também identificaram o direito ao acompanhante como o mais conhecido pelos profissionais de saúde, chegando a ser citado por 100% dos entrevistados em um dos estudos. Entretanto, num dos estudos ficou claro que as acomodações não eram adequadas, podendo gerar estresse para a criança e família. Logo, considera-se importante que a lei, além de garantir a presença do acompanhante, assegure também permanência deste com a criança em acomodações adequadas, como forma de evitar situações de estresse e desconforto para ambos.

Na categoria, **garantia do cuidado integral e humanizado** foi possível perceber que as profissionais reconhecem a necessidade de tornar o cuidado humanizado e integral, através da promoção de espaço acolhedor, lúdico e educativo.

O ECA traz a integralidade como direito fundamental à pessoa humana, considerando que é preciso assegurar o desenvolvimento da criança, em seu aspecto físico, mental, moral, espiritual e social. A integralidade também é assegurada na Resolução nº 41/95, quando preconiza o respeito às crenças e valores, à integridade física, mental e moral, além do direito ao acesso à recreação e educação. Nesses casos, é reconhecida a necessidade da aplicação dos documentos legais que asseguram o atendimento à criança hospitalizada, alinhado ao cuidado com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem, como forma de garantir a integralidade do cuidado à criança e família.

A presença da brinquedoteca foi citada pelas profissionais como um direito da criança, pois compreendiam a brincadeira como uma das suas necessidades básicas. Assim, ressalta-se que as instituições hospitalares devem obrigatoriamente fornecer espaços para que os usuário de menor idade possam “ser criança” e continuar o acompanhamento escolar, uma vez que a hospitalização já é um potencial fator estressor^{8, 16, 17}. Pesquisas^{15, 18} revelaram que a presença de classes escolares era mais frequente dentro de hospitais pediátricos do que em gerais, demonstrando que esse direito ainda encontra-se implementado de forma incipiente.

Outros elementos trazidos pelas profissionais foram o respeito à

individualidade/privacidade infantil e o consentimento antes da realização de procedimentos. O direito ao respeito se baseia na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e envolve a preservação da sua imagem, identidade, autonomia, valores, ideias, crenças, espaços e objetos pessoais².

Outra percepção do direito da criança foi compreendida como cuidado relacionado apenas à cura do doente. Tal aspecto se mostrou contraditório à visão do cuidado integral, uma vez que houve predomínio do aspecto biológico, refletindo a hegemonia que o modelo biomédico exerce nas instituições de saúde.

A divisão do trabalho nos hospitais reflete a hegemonia do saber que ressalta o paternalismo do profissional médico¹⁹. Dessa forma, a dimensão biomédica é privilegiada, os processos em saúde desconectados e o corpo fragmentado. A visão desse modelo ignora o conhecimento particular do indivíduo e priva o olhar às singularidades de cada caso²⁰.

Para Foucault o hospital é estabelecido de acordo com a ordem médica. Assim, o corpo do indivíduo torna-se um objeto de dominação, bem como as diversas formas do saber médico se constituem noções positivas de saúde e de normalidade, na qual a definição do homem modelo é descrita como um homem não doente¹³.

A percepção do direito da criança hospitalizada como algo meramente relacionado à efetivação do tratamento é preocupante pois reflete a falta de compreensão da equipe de enfermagem sobre a sua prática profissional, reduzindo-a a agentes tarefeiros que deveriam apenas cumprir prescrições médicas.

O desconhecimento das profissionais sobre os direitos da criança hospitalizada foi identificado nessa pesquisa assim como em outros estudos. Pesquisa na Transilvânia⁶ constatou que profissionais de saúde tinham pouco ou nenhum conhecimento sobre os direitos das crianças hospitalizadas, e por isso não conseguiam aplicá-los. Na Itália¹⁵, profissionais demonstravam conhecer tais direitos, mas relataram dificuldade na aplicação.

Reconhecer a criança como sujeito de direito é fundamental para prestar um cuidado de qualidade, entretanto o desconhecimento dos seus direitos pressupõe o desrespeito na prática assistencial. Logo, é premente que gestores e profissionais sejam capacitados para atuar e tomar decisões pautadas nos documentos legais.

Limitações do estudo

A limitação do estudo consiste no fato da pesquisa ter sido realizada em um hospital universitário no estado da Bahia, não obtendo a representatividade das demais regiões do Brasil.

Contribuições para a prática

Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o direito da criança hospitalizada faz-se necessário para verificar a sua aplicabilidade, tornando-se uma importante ferramenta para exercer a advocacia do direito infantil nos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que apesar dos direitos da criança hospitalizada existirem através de documentos e leis específicas, persiste a percepção fragmentada e o seu desconhecimento, o que pode dificultar sua adequada efetivação nas instituições de saúde. É preciso que gestores invistam na capacitação dos profissionais para que os direitos infantis sejam assegurados nos serviços de saúde, uma vez que as demandas relacionadas à judicialização em saúde tornam-se crescentes.

REFERENCIAS

1. Conanda. Conselho Nacional dos Direitos da Criança. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. In: Resoluções, junho de 1993 a setembro de 2004 [Internet]. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004 [acesso em 24 jun 2018]. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>.
2. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF; 1990 [acesso em 24 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm.
3. Martinez EA, Oliveira ICS, Bastos ACMF, Santos PPP, Souza TV, Moraes JRMM. Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 24 jun 2018]; 26(4): 1-12. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71453540005.pdf>.
4. Cruz DSM, Santos CCR, Marques DKA, Wanderley LWB, Maia FSB, Martins DL. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 Jan [acesso em 24 jun 2018]; 8(2): 351-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9681/9726>.
5. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. *Cienc saude coletiva*. 2010 Mar [acesso em 24 jun 2018]; 15(2): 463-70. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200023&lng=en&nrm=iso.
6. Lőrincz AC. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. *Orv Hetil* [Internet]. 2018 Mar [acesso em 24 abr 2020]; 159(11): 423-9. In: PubMed; PMID: 29526123. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29526123>.
7. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the

- perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 18 jun 2018]; 69(4): 603-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>
8. Neutzling BRS, Tomaszewski-Barlem JG, Barlem ELD, Hirsch CD, Pereira LA, Schallenberguer CD. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [acesso em 24 jun 2018]; 21(1): e20170025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100224&lng=en&nrm=iso.
9. Tomaszewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS, Ramos AM, Santos JM. Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. *Texto e Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 24 abr 2020]; 27(2): e0730014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180000730014>.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 2002 [Obra original publicada em 1977].
11. Fortes PAC, Pereira PCA. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 Jun [acesso em 19 dez 2019]; 58 (3): 335-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300014.
12. Oliveira CI, Vargas MAO, Barlem ED, Araújo SD, Vieira DF, Cardozo D. Motivos da internação por ordem judicial na terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 24 abr 2020]; 10 (1): 99-104. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1715>.
13. Foucault M. O Nascimento do hospital. In: Machado R (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001.
14. Presidência da República (Brasil). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [Internet]. Brasília: DF: 1988. [citado em 24 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
15. Bisogni S, Aringhieri C, McGreevy K, Olivini N, Lopez JRG, Ciofi D, et al. Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acesso em 24 abr 2020] 16 (33): 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>.
16. Presidência da República (Brasil). *Política Nacional de Humanização* [Internet]. Brasília: DF: 2013 [citado em 29 nov 2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
17. Brasil, Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação* [Internet]. Brasília: DF; 2005 [acesso em 26 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm.
18. Berger E, Paar C. Monitoring human rights in the child and youth sector. *Neuropsychiatrie Rev* [Internet]. 2017 [acesso em 20 nov 2019]; 31 (3). Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2fs40211-017-0244-z#enumeration>.

19. Pūras D. Human rights and the practice of medicine. *Public Health Rev* [Internet]. 2017 [acesso em 26 abr 2020]; 38 (9). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>.

20. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Cienc saude coletiva* [Internet]. 2017 Set [acesso em 26 abr 2020]; 22 (9): 3013-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3013.pdf>.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL À CRIANÇA HOSPITALIZADA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM⁸

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a violência institucional à criança hospitalizada.

Método: Estudo qualitativo, exploratório realizado em hospital público de grande porte, em Salvador-Bahia com 17 profissionais de enfermagem que atuavam na pediatria, mediante entrevista semi-estruturada, entre os meses de março a maio de 2019. Os dados coletados foram categorizados no *software* NVIVO12 e submetidos à análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: Os resultados foram distribuídos em quatro categorias: (1) restrito ou desconhecimento dos profissionais sobre VI à criança hospitalizada; (2) A VI como um problema na infra-estrutura hospitalar; (3) A VI nas relações interpessoais entre profissionais, criança e família; (4) A VI relacionada às práticas de cuidado.

Conclusão: Faz-se necessário que os profissionais de enfermagem ampliem seus conhecimentos sobre a violência institucional, para que possam se perceber, não com os algozes, mas agentes de transformação social.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Assistência hospitalar; Violência infantil; negligência com a criança.

INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) nos serviços de saúde é definida como aquela que ocorre dentro de instituições, que se evidencia desde a omissão do atendimento à má qualidade dos serviços em virtude das relações assimétricas de poder entre usuários e profissionais. Na prática, este tipo de violência pode ser caracterizada pela falta de escuta e tempo para a clientela, descaso, abuso de poder, maus tratos decorrentes de preconceito e discriminação, negação de assistência, peregrinação, violação dos direitos dos usuários, má qualidade no atendimento, diagnósticos imprecisos, desqualificação da experiência de vida, uso de medicamentos para

⁸ Artigo submetido à Revista Aquichan da *Universidad de La Sabana*, Colômbia.

adequar o paciente às condições do serviço.⁽¹⁾

Estudos revelam que a VI está presente no cotidiano dos serviços de saúde, entretanto a sua compreensão por parte dos profissionais é distorcida. Pesquisa que identificou a percepção de profissionais sobre a VI em maternidades revelou que apenas 15% dos profissionais de saúde afirmaram já tê-la praticado quando estavam em serviço, entretanto 80% afirma ter presenciado comportamentos violentos praticados por colegas.⁽²⁾ Isso reflete a dificuldade que os profissionais de saúde têm no reconhecimento de situações relacionadas à VI, sobretudo quando tais atitudes partem deles próprios.

Quando direcionamos o olhar da VI ao público infantil, pode-se constatar em estudos nacionais e internacionais que profissionais de saúde demonstraram não possuir conhecimento suficiente sobre os direitos da criança nos serviços de saúde.⁽³⁻⁸⁾ Tal situação torna-se preocupante, pois pode estar relacionado diretamente com as situações que envolvem a VI no cuidado hospitalar pediátrico.

A enfermagem, como profissão que tem como atribuição prestar cuidados de saúde aos indivíduos, precisa reconhecer situações que desvelem a VI para planejar o cuidado prestado à criança e sua família com vistas a garantir um atendimento de qualidade. Por esse motivo, cabe ao profissional de enfermagem planejar e realizar suas ações pautadas no respeito aos direitos de proteção da criança, em sua individualidade, autonomia e limitação física específicas da idade, portanto, livre de situações de violência.⁽⁹⁾

Desta forma, compreender a percepção da equipe de enfermagem quanto à VI torna-se necessária para identificar lacunas de conhecimento relacionadas à esta temática, bem como atuar na capacitação de profissionais. Dito isso, como delineamento metodológico deste estudo, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre VI à criança hospitalizada? E, consubstanciou-se como objetivo: compreender a percepção da equipe de enfermagem sobre VI à criança hospitalizada.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, exploratória realizada em hospital público de grande porte, na cidade do Salvador/Bahia, no período de março a maio de 2019. Participaram da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na unidade de internação pediátrica. Os participantes foram selecionados pela consulta à escala de profissionais da referida unidade. O critério para inclusão dos participantes era ter mais de dois anos de experiência em pediatria e aceitar participar do estudo. Dos 35 profissionais de enfermagem encontrados na escala (24 técnicos e 11 enfermeiros), 17 aceitaram participar do estudo e tinham mais de 2 anos de experiência em pediatria (seis enfermeiras e 11 técnicas). Dos profissionais que não participaram do estudo, oito referiram não ter interesse em participar da pesquisa e 10 tinham menos de 2 anos de experiência. As entrevistas foram encerradas quando todos os profissionais da equipe de enfermagem que se encontravam dentro dos critérios de participação da pesquisa foram entrevistados.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram agendadas previamente em local reservado dentro da unidade pediátrica e conduzidas de forma presencial pela bolsista de iniciação científica, após ter sido treinada pela pesquisadora principal. A pesquisadora principal não teve contato com as participantes do estudo durante a entrevista, para que não houvesse constrangimento das profissionais de enfermagem do referido hospital, uma vez que a pesquisadora principal fazia parte do quadro de colaboradores desta instituição.

A entrevista seguiu mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa, interesse da pesquisadora, benefícios e riscos do estudo. Foi utilizado um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas. As fechadas designaram o perfil sociodemográfico dos participantes; as abertas versavam sobre o objeto de investigação. As perguntas abertas foram: “Você já ouviu falar sobre VI? O que

você entende sobre isso?”. Após a resposta do entrevistado, era apresentado folder informativo contendo a definição de VI e suas principais características. Em seguida, a entrevistadora perguntava: “Você identifica algum tipo de VI à criança hospitalizada? Qual ou quais?”

As entrevistas foram gravadas em aplicativo de áudio no aparelho celular. O tempo médio de duração da entrevista foi de 11 minutos e posteriormente foram transcritas em documento do word. Os procedimentos analíticos ocorreram após a leitura exaustiva das entrevistas. Os dados foram organizados no *software* NVIVO 12.

Para análise, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Este tipo de análise utiliza três pólos de execução: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados: inferência e interpretação. Desta forma, o estudo foi dividido em quatro categorias, que serão apresentadas nos resultados da pesquisa. Os participantes receberam pseudônimos de acordo com a categoria que pertenciam (técnica ou enfermeira), seguida de um número. Ex: Técnica 1, Enfermeira 2 e assim por diante.

A pesquisa respeitou as diretrizes contidas na Resolução 466/2012 e na resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura o direito ao sigilo, anonimato e privacidade do sujeito. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram identificados: pela categoria profissional e número. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovado, parecer: CAEE nº 99681518.0.0000.5531.

RESULTADOS

A seguir apresentamos a caracterização sociodemográfica dos entrevistados. De acordo com o perfil sociodemográfico dos participantes, destaca-se que todas entrevistadas eram do sexo feminino 17 (100%); pertenciam a raça negra (60% pardo e 40% preta). No que tange a categoria profissional, as técnicas de enfermagem se constituíram na maioria das entrevistadas 11 (64,71%), enquanto as enfermeiras totalizaram um número menor, seis (35,29%). Em

relação à formação acadêmica, 13 (76,47%) entrevistadas possuíam nível superior, oito (23,52%) participantes tinham especialização e uma das enfermeiras possuía mestrado. Entre enfermeiras, o tempo médio de formação foi 15,5 anos e entre técnicas de enfermagem a média foi 12,9 anos. A média de idade dos participantes foi de 39 anos.

A segunda parte da entrevista possibilitou compreender a percepção do profissional de enfermagem sobre VI à criança hospitalizada, assim os resultados encontrados foram separados em quatro categorias: (1) restrito ou desconhecimento dos profissionais sobre VI à criança hospitalizada; (2) A VI à criança hospitalizada como um problema na infraestrutura hospitalar; (3) A VI à criança hospitalizada nas relações interpessoais entre profissionais, criança e família; (4) A VI à criança hospitalizada relacionada às práticas de cuidado.

Restrito ou desconhecimento dos profissionais de enfermagem sobre VI à criança hospitalizada

Esta categoria foi identificada quando as participantes afirmavam não ter conhecimento sobre a VI (antes da aplicação do folder informativo), e quando era-lhes apresentada a definição e as características da VI, as profissionais demonstravam limitações no entendimento deste tipo de violência:

É tudo o que acontece para agredir o paciente dentro da instituição. (Técnica 09)

Eu não ouvi falar muito sobre isso não. (Enfermeira 01)

Cabe salientar que mesmo quando as profissionais não reconheciam a presença da VI no serviço, foi possível identificar nas suas falas a presença da VI:

Não tenho identificado, até porque é algo que a gente está bem atenta. O que eu percebo muitas vezes, que houve uma falha no sistema em algum momento, as vezes é uma doença que podia ter um tratamento, até uma cura e a gente dificulta pelo período que essa criança fica sem o atendimento que ela ficou sem ser referenciada, ou um diagnóstico tardio, ou foi internada em uma outra instituição e chegou lá o médico que examinou achou que era uma coisa mais simples e não investigou. (Enfermeira 01)

Aqui não vejo, eu acho que as crianças são bem assistidas. É uma assistência adequada.

Quanto aos materiais, alguns faltam né? Algumas coisas faltam. (Técnica 02)

A VI à criança hospitalizada como um problema na infraestrutura hospitalar

Na segunda categoria, foi constatado que para a maioria das entrevistadas, a VI era compreendida como um problema na infraestrutura hospitalar, estando relacionada à falta de material, sucateamento de equipamentos e mobiliário, inadequações no espaço físico, déficit de pessoal. Tais situações ocasionavam atraso nos procedimentos e exames repercutindo de forma negativa no atendimento de saúde e, portanto, resultando em má qualidade de assistência.

A Figura 1, apresentada a seguir, ilustra a nuvem de palavras categorizada pelo NVIVO12 e reproduz as palavras mais marcantes dessa categoria presentes nos relatos das entrevistadas.

Figura 1 -Nuvem de palavras da VI relacionada aos problemas na infraestrutura na percepção de profissionais de enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa

Os relatos abaixo apresentam as falas dos profissionais de enfermagem e descrevem os problemas na estrutura vivenciados pelas crianças durante a hospitalização:

Hoje você tem 03 maqueiros e 01 maqueiro aos finais de semanas, você acaba ficando sem realizar exames aos finais de semana. O que acarreta maior tempo de hospitalização por causa disso e de outros fatores também. (Enfermeira 01)

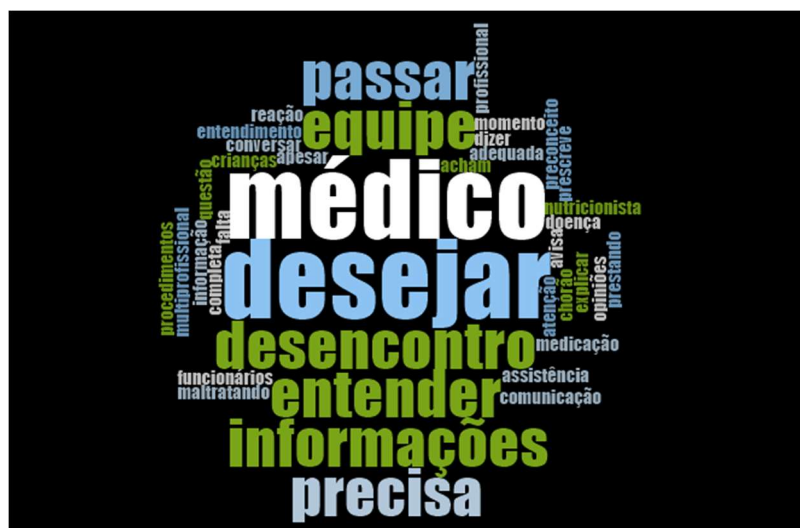
Falta um polifix para uma criança, as vezes só tem polifix adulto, que fica pesado. Uma criança com acesso central pode tracionar e perder o acesso, então tudo isso são coisas que poderiam ser evitadas e as vezes a gente trabalha com o que tem e as vezes não tem o material adequado. (Técnica 06)

A falta de equipamentos para trabalhar, dificulta o nosso trabalho e a assistência que damos ao paciente, a criança, e a família, (Técnica 11)

A VI à criança hospitalizada nas relações interpessoais entre profissionais, criança e família

Na terceira categoria foram descritas as percepções da VI à criança hospitalizada na ótica dos problemas nas relações entre profissionais, criança e família, caracterizadas por problemas na comunicação, falta de atenção e discriminação. A Figura 2 contendo a nuvem de palavras categorizada pelo NVIVO 12 apresenta as palavras mais frequentes nesta categoria.

Figura 2 -Nuvem de palavras da VI relacionada aos problemas nas relações entre profissionais, criança e família, na percepção de profissionais de enfermagem. Salvador, BA, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da pesquisa

Os trechos abaixo mostram os depoimentos das entrevistadas e confirmam a presença de VI nas relações entre profissionais, criança e família.

Fazem o procedimento e só explicam para o pai/mãe. Não há uma conversa clara com a criança. Às vezes achamos que a criança não entende, mas ela entende tudo. (Enfermeira 05)

Uma reacção já de preconceito, no sentido de dizer: “Ah, que menino chorão, um menino grande desse!” Muitas vezes os profissionais acham que as crianças têm que tá aqui e já entender tudo o que eles têm que passar. (Técnica 08)

A VI à criança hospitalizada relacionada às práticas de cuidado

Na quarta categoria, a VI também foi compreendida pelas profissionais de saúde através dos problemas relacionados à prática de cuidado, evidenciados pelas: múltiplas manipulações, diagnósticos imprecisos, imposição de normas e rotinas do serviço e pela omissão. Estas atitudes podem ser percebidas nos relatos apresentados a seguir:

Talvez as rotinas também agridam um pouco essa criança, por mais que a gente tente adequar as vezes, a gente não consegue fazer de uma forma que fique melhor para ela. Certas coisas que poderiam ser evitadas, tipo assim, você fez uma admissão da criança, aí eu vou e pergunto uma coisa, aí vem o residente pergunta de novo a mesma coisa, aí vem a nutricionista e pergunta de novo a mesma coisa. (Enfermeira 4)

Se o diagnóstico dele saísse bem antes ele não teria passado por tanta coisa que passou, ele agravou muito, muito tempo hospitalizado. (Enfermeira 2)

É você não dar uma assistência adequada ao paciente. Um exemplo, eu estou vendo que aquele paciente tá com acesso infiltrado, eu vi aquele acesso infiltrado e fingi que não vi, aí o braço do menino começa inchar, inchar até evoluir, porque simplesmente por eu achar que eu não devo pegar o acesso, porque é final de plantão. Tem pessoas que pensam dessa forma, eu vejo isso como uma violência a um paciente. (Técnica 01)

DISCUSSÃO

Os relatos das participantes evidenciam que a VI à criança hospitalizada era pouco ou nem ao menos conhecida pelas profissionais de enfermagem. A dificuldade de compreensão desta temática pode ser respaldada pelas escassas informações e discussões a respeito desta, uma vez que se percebe que há pouca ênfase nos relatórios de prevenção à violência da Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS).⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Em 2015, apesar da ONU incluir na agenda de 2030 como um dos objetivos para o desenvolvimento sustentável: “Paz, justiça e instituições eficazes”, observa-se que a VI está mais intensamente relacionada às instituições de segurança pública, sendo pouco mencionada em serviços de saúde.⁽¹⁰⁾ Já a OMS, através do Relatório de Prevenção Mundial da Violência⁽¹¹⁾, reconhece a VI em instituições de saúde, mas não define diretrizes para o seu enfrentamento, o que dificulta a sua ampla discussão. Tais evidências refletem a incipiente

preocupação dos órgãos internacionais em debaterem as questões sobre este agravo de forma mais específica e analítica.

Dentro do ambiente hospitalar, essa realidade não é diferente. Apesar da VI existir nas mais variadas formas em hospitais, o seu ínfimo reconhecimento por parte dos profissionais pode fazer com que essas situações se perpetuem nos mais diversos ambientes de cuidado.⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Além do desconhecimento da VI nos serviços de saúde, as distorções que envolvem a sua origem mascaram tal fenômeno, fazendo com que profissionais e até mesmo usuários interpretem situações de abuso de autoridade como necessárias para prestar atendimento de saúde, o que indica que há uma profunda desconexão e incompreensão sobre direitos humanos e prestação da assistência de saúde. Tal evidência é confirmada através de pesquisa em maternidades públicas no Brasil que revelou que a violência no cotidiano da sala de parto é consentida pelas usuárias em atendimento e silenciada por profissionais de enfermagem, mesmo em situações claras de desrespeito aos direitos destas usuárias.⁽¹⁴⁾

Pesquisa que buscou analisar a vivência da criança sobre o processo de hospitalização revelou que os infantes percebem os cuidados hospitalares como estritamente relacionados à realização de procedimentos técnicos que causam dor, deixando-os tristes e ansiosos, levando-os a expressar sua fragilidade de maneira agressiva.⁽¹⁵⁾ Outras pesquisas relatam que as famílias demonstram sentimentos de preocupação, ansiedade, medo pela piora do quadro de saúde da criança, sobretudo pela infecção hospitalar e pela falta de conhecimento sobre o tratamento e cuidados específicos que seus filhos recebem.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Pesquisas na Transilvânia e Itália revelam que crianças hospitalizadas não tem seus direitos assegurados totalmente durante o período da internação. As principais violações citadas são: tratamentos baseados em princípios obsoletos da prática médica, desrespeito aos direitos de concordância ou discordância em seu tratamento, direito de continuar o acompanhamento escolar, bem como o direito de não sentir dor.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

No presente estudo, as situações relacionadas aos problemas de infraestrutura foram as mais citadas pelas participantes, caracterizadas pela falta de material, problemas na estrutura física, déficit de pessoal, sucateamento de equipamentos e material, indicando que os profissionais de enfermagem compreendem a VI à criança hospitalizada fortemente delimitada pela violência estrutural.

Em que pese, a violência estrutural ocorre quando processos sociais, políticos ou econômicos reproduzem as estruturas sociais injustas que perpetuam as desigualdades entre grupos sociais de gênero e etnia, criando bases para as mais diversas formas de dominação. Desta forma, este tipo de violência está presente em diversos segmentos do governo, sociedade e, portanto, pode também ser reproduzida nas instituições, sendo evidenciada principalmente pela precarização dos serviços.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ Percepção semelhante foi encontrada em pesquisa com profissionais e gestores, na qual ambos compreendiam a violência estrutural como o principal tipo de VI presente nos serviços de saúde.⁽¹⁹⁾

Os problemas nas relações entre profissionais, criança e família foi revelado nas situações em que ocorreram entraves na comunicação, falta de atenção e discriminação. A falta de comunicação pode mascarar um problema ético muito maior como as atitudes paternalistas dos profissionais de saúde que resultam em perda da autonomia do usuário. Tal situação infringe a dignidade e o bem-estar de usuários e constituem de forma clara e explicitas as relações assimétricas de poder, presentes no arcabouço teórico da VI.⁽²⁰⁾

Pesquisas apontam sobre a necessidade de informar a criança sobre procedimentos e exames como forma de respeitar sua autonomia, uma vez que a realização de procedimentos técnicos causam dor, deixando-as tristes e ansiosas. Desta forma, faz-se necessário que tanto a criança quanto o familiar tornem-se sujeitos ativos do processo de cura, para tanto algumas estratégias são fundamentais antes da realização dos procedimentos, sendo elas: conversar com a criança, esclarecer suas dúvidas, tentar acalmá-la e a utilização da ludicidade.⁽²¹⁾⁽²²⁾

Estudiosos da enfermagem compreendem a comunicação com a criança como um grande desafio, tornando-se tarefa mais sensível e complexa que aquela estabelecida com pacientes adultos.⁽⁹⁾ Essa inter-relação, necessariamente, é condicionada pela idade da criança, capacidade cognitiva, comportamentos, condição física e psicológica, estado da doença e resposta diante do tratamento.⁽²³⁾

Os problemas relacionados às práticas de cuidado, evidenciado pelas múltiplas manipulações, imposição de normas e rotinas e omissão refletem a dificuldade da equipe de saúde em lidar com as questões éticas que envolvem autonomia e consentimento da criança e família.

As situações que envolvem as múltiplas manipulações e a imposição de normas e rotinas refletem a influência do modelo biomédico de compreender o controle dos corpos e a disciplina como algo fundamental para o tratamento do indivíduo hospitalizado. O corpo é considerado como alvo de poder, uma vez que a rotina se estabelece com base na obediência, passividade e silêncio, sem respeitar a singularidade do paciente e família.⁽¹⁴⁾

De acordo com Foucault, essa concepção tem origem no século XVIII ao vislumbrar as bases científicas da medicina, que estrutura suas ações a partir do olhar ao corpo e à doença. Desta forma, o corpo do indivíduo torna-se um objeto de dominação, bem como as diversas formas do saber médico se constituem noções positivas de saúde e de normalidade, na qual a definição do homem modelo é descrita como um homem não doente.⁽²⁴⁾

Ademais, a VI também está muito mais ligada à questão disciplinar irrestrita de normas, gestão de tecnologia, burocracia e rotinas de trabalho do que meramente subjetiva, pessoal ou de relacionamento.⁽²⁵⁾ A supervalorização de normas e rotinas hospitalares fazem com que o indivíduo perceba o hospital como um espaço de enclausuramento e confinamento.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

Já a omissão foi mencionada pelas participantes como presente no cenário dos cuidados prestados à criança e decorria de problemas como: sobrecarga de trabalho e quantidade reduzida

de profissionais.

Por fim, foi possível observar em alguns relatos que a equipe de enfermagem não reconhece a presença de VI no ambiente de cuidado à criança hospitalizada. Essa dificuldade corrobora com a negação ou silenciamento deste tipo de violência nos serviços de saúde. Importante destacar que dizer e silenciar são comportamentos que podem revelar uma situação constrangedora, por isso é possível que profissionais de enfermagem ainda tenham medo de assumir diante de uma equipe de saúde e do usuário a presença da VI nos seus ambientes de trabalho.⁽¹⁴⁾

Como limitações do estudo destaca-se que esta pesquisa obteve uma restrita representatividade tendo em vista que foi realizada em apenas um hospital no estado da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível verificar que os profissionais de enfermagem possuem conhecimentos fragmentados ou desconhecem as questões relacionadas a violência institucional que atinge a criança hospitalizada, que foi compreendida pela equipe de enfermagem através dos problemas relacionados à estrutura hospitalar, nas relações interpessoais e pelas situações adversas nas práticas de cuidado.

Para o enfrentamento da VI, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem, tomem conhecimento não somente dos conceitos e características deste agravo, mas que reflitam sobre sua prática cotidiana, nas condições de trabalho que lhes são oferecidas, para que possam se perceber, não como algozes, mas agentes de transformação social.

AGRADECIMENTOS

A presente pesquisa contou com apoio da CAPES, através do financiamento de bolsa para estudante de iniciação científica. Assim, agradecemos a este órgão de fomento pela colaboração neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Caderno de atenção básica nº 8. Cap. 2, pag. 21-22. [Internet]. 2002 [acesso em 30 mai 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
2. Cardoso JFC, Almeida MM, Costa ACMA, Santos TS, Oliveira FBM. Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals. Rev. enf. UFPE on line [Internet]. 2017 [acesso em 30 dez 2019]; 11(9). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/22159>.
3. Martinez EA, Oliveira ICS, Bastos ACMF, Santos PPP, Souza TV, Moraes JRMM. Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. Texto e Contexto Enferm [Internet]. 2017 [acesso em 24 jun 2018]; 26(4): 1-12. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71453540005.pdf>.
4. Cruz DSM, Santos CCR, Marques DKA, Wanderley LWB, Maia FSB, Martins DL. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Rev enferm UFPE [Internet]. 2014 [acesso em 24 jun 2018]; 8(2):351-7. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9681/9726>.
5. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. Cienc saude coletiva. [Internet]. 2010 [acesso em 24 jun 2018]; 15(2): 463-70. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200023&lng=en&nrm=iso.
6. Lőrincz A.C. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. Orv Hetil [Internet]. 2018 [acesso em 24 abr 2020]; 159(11): 423-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29526123>
7. Bisogni S., *et al.* Implementação real dos direitos das crianças doentes em unidades pediátricas italianas: um estudo descritivo baseado nas percepções dos enfermeiros. BMC Medical Ethics. [Internet]. 2015 [acesso em 21 out 2020]; 16(33); Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>.
8. Neutzling BRS, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Hirsch CD, Pereira LA, Schallenberguer CD. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em 24 jun 2018]; 21(1): e20170025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100224&lng=en&nrm=iso.
9. Comparcini D, Simonetti V, Tomietto M, Leino-Kilpi H, Pelander T, Cicolini G. Children's perceptions about the quality of pediatric nursing care: a large multicenter cross-sectional study. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2020]; 50(3):287-295. Disponível em: <http://dx.doi:10.1111/jnu.12381>
10. Organização das Nações Unidas (ONU). 17 objetivos para transformar o mundo. UNIC Rio [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun 2018]. Disponível em: <http://nacoesunidas>.
11. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a prevenção da

Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) [Internet]. 2015 [acesso em 28 nov 2016]; Disponível em: <http://nevusp.org/blog/2015/11/09/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>.

12. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Algeri S, Souza T. Reporting of violence against children and adolescents in a protective institution in southern Brazil. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso em 20 out 2020]; 34(1): 152-161. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000100017&script=sci_arttext&tlng=pt.

13. Marrero L, Bruggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 20 out 2020]; 71(3):1152-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>.

14. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto e Contexto - enferm*. [Internet]. 2017 [acesso em 20 out 2020]; 26(2):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.

15. Moraes AC, Camargo CL. O cuidado às crianças quilombolas no domicílio: um estudo transcultural. Bonecker. 2017.

16. Gomes GLL, Fernandes M DGM, Nóbrega MML. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 31 mar 2018]; 69(55):940-5884. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0940.pdf>.

17. Bezerra Filho JG, Savioli KCG, Emanuel M. Violência: uma abordagem interdisciplinar. EdUECE, 2015.

18. Marrero L, Bruggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 21 out 2020]; 71(3):1152-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>.

19. Moreira GAR, Vieira LJES, Cavalcanti LF. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde Soc*. [Internet]. 2020 [acesso em 21 out 2020]; 29(1). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>

20. Pūras D. Human rights and the practice of medicine. *Public Health Rev* [Internet]. 2017 [acesso em 26 abr 2020]; 38 (9). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>.

21. Lee SP, Haycock-Stuart E, Tisdall K. Participation in communication and decisions with regards to nursing care: The role of children. *Enferm Clin*. [Internet]. 2019 [acesso em 26 abr 2020]; 29(2):715-719. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.109>.

22. Costa TS, Moraes AC. A hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. *Rev. De Enf. UFPE online*. [Internet]. 2017 [acesso em 23 jun 2019]; 11(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11916/14407>.

23. Peña ALN, Juan LC. A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enf*. [Internet]. 2011 [acesso em 23 jun 2019]; 19(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600021&script=sci_arttext&tlng=pt.

24. Foucault M. O Nascimento do hospital. In *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2001
25. Azevedo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 [acesso em 21 out 2020]; 22(9):3013-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>.
26. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saude e Sociedade* [Internet]. 2008 [acesso em 21 out 2020]; 17(1):61–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000100006>.
27. Foucault M. *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

ELEMENTOS DA ESTRUTURA HOSPITALAR DEMARCANDO (IN)VISIBILIDADES DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL À CRIANÇA⁹

RESUMO

Objetivo: Analisar os problemas estruturais nos serviços de saúde que demarcam (in)visibilidades da violência institucional em crianças hospitalizadas. **Metodologia:** Estudo qualitativo descritivo-exploratório que utilizou pressupostos do pensamento foucaultiano. Participaram 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador-BA. A coleta de dados ocorreu de novembro 2018 a junho 2019 através de entrevista semi-estruturada. Utilizou-se o método da análise do discurso. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A violência institucional foi compreendida nas violações e invisibilidades da estrutura dos serviços de saúde através dos problemas: na infraestrutura (estrutura física, falta de recursos humanos e materiais, sucateamento de equipamentos); administrativos e de gestão; peregrinação. **Considerações Finais:** É necessário perceber as invisibilidades da estrutura para atuar no enfrentamento da violência institucional à criança hospitalizada.

Descritores: Estrutura. Hospitalar. Violência. Institucional. Criança.

Descriptors: Structure. Hospital. Violence. Institutional. Children.

Descriptores: Estructura. Hospital. Violencia. Institucional. Niño.

INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) é definida como aquela exercida nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, justiça, educação, que inclui uma ação ou omissão, desde a falta de acesso à má qualidade destes serviços, que tem como principal causa, as relações assimétricas de poder entre usuários e profissionais⁽¹⁾. Embora pouco explorada, as discussões sobre a VI têm avançado. Isto se dá em parte devido à preocupação da Organização das Nações Unidas que, em 2015, instituiu como um dos objetivos do milênio: “Paz, justiça e instituições eficazes”, na esperança de reduzir até 2030 todas as formas de violência dentro das instituições, tornando-as eficazes, responsáveis e transparentes⁽²⁾.

Na prática, a VI em serviços de saúde pode ser evidenciada pela violação dos direitos da clientela, que incluem desde a peregrinação do usuário a diversos serviços à procura de atendimento, até os abusos e proibições durante o período de hospitalização, que infringem os direitos dos pacientes, ocasionando maus tratos aos usuários motivados por negligência, violência física, simbólica ou psicológica praticados no âmbito institucional⁽³⁻⁴⁾. A VI também pode ser reconhecida pela inadequação da estrutura física dos serviços de saúde, bem como

⁹ Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem.

imposição de normas e rotinas institucionais de forma rígida e inflexível. Os problemas relacionados à má qualidade de atendimento também podem ser encontrados pelo reduzido quantitativo de profissionais recursos materiais⁽⁵⁾.

Quando a vítima é uma criança, a VI torna-se mais grave, considerando a condição de vulnerabilidade própria da idade, devido a imaturidade cognitiva e motora, acarretando consequências que repercutem no desenvolvimento infantil, já que o processo de hospitalização nesta faixa etária por si só é um fator de estresse⁽⁶⁾. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criança deve ter acesso integral às linhas de cuidado voltadas à sua saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base a equidade no acesso a estes serviços⁽⁷⁾. A Resolução 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) estabelece que ambos têm o direito de serem hospitalizados quando necessário ao seu tratamento, devendo receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para cura, reabilitação, e prevenção secundária ou terciária⁽⁸⁾.

Entretanto, apesar das políticas de saúde e leis promulgarem orientações diretivas para assegurar o atendimento à criança nos serviços de saúde, a preocupação com o atendimento ao público infantil é respaldada principalmente pela significativa redução de leitos de internação pediátrica, causada pelo subfinanciamento do SUS nos últimos anos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, 15,9 mil leitos de internação pediátrica foram fechados no Brasil nos últimos 10 anos, ocasionando, em parte, a peregrinação de crianças nos serviços de saúde. Outros problemas também podem ser acrescentados como falta de recursos humanos e materiais para atender estes usuários. Tal entrave torna-se preocupante, pois podem desencadear falhas na assistência, comprometendo a saúde dos indivíduos e aumentando o tempo de internação⁽⁹⁻¹⁰⁾. A promulgação da Lei orgânica 8080/90, que instituiu o SUS, estabelece como princípios: a universalidade, integralidade e equidade⁽⁷⁾, entretanto, a presença de peregrinação ou falta de acesso, má qualidade e omissão dos serviços, revelam a presença da VI nesses espaços. Com a violação dos direitos dos usuários no sistema de saúde, o Estado e a máquina administrativa institucional tornam-se potenciais infratores deste tipo de violência.

Em que pese, a pouca ênfase dada às discussões relacionadas a VI em crianças pode ser considerada como um reflexo da forma como estas foram representadas historicamente na sociedade, como um simples adulto pequeno, o que dificulta a compreensão da mesma como um sujeito de direito em processo de desenvolvimento⁽¹¹⁾. Em face a essas considerações, percebe-se a necessidade de aprofundamento nas discussões relacionadas aos problemas de estrutura e a prática da VI à criança nos serviços de saúde, considerando tanto o aspecto da violação, como da invisibilidade com que esta é tratada nos serviços de saúde.

Para Foucault, a medicina se desenvolveu a partir de uma estratégia da biopolítica, na qual era necessário a adoção de medidas para elevar a condição de saúde da população considerada como mão de obra⁽¹²⁾. A análise da biopolítica é feita através da razão governamental, que está intensamente relacionada às convicções econômicas, assim o governo dos corpos é medido pelo benefício econômico. Tal situação vem por diversas vezes a colidir com o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos, sobretudo no tocante à implementação dos direitos. Desta forma, a falta de recursos para atender a população, inviabiliza que instituições de saúde, prestem atendimento universal, igualitário e integral aos usuários⁽⁷⁾ (principalmente os mais vulneráveis), acarretando assim, o desenvolvimento da VI nestas instâncias. Assim, este estudo tem como questão norteadora: Como os problemas estruturais nos serviços de saúde, demarcam a presença da VI em crianças hospitalizadas?

OBJETIVO

Analisar os problemas estruturais nos serviços de saúde que demarcam as (in)visibilidades da VI em crianças hospitalizadas.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sendo iniciada após a sua aprovação. A pesquisa transcorreu dentro dos padrões éticos baseados nas diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Referencial teórico-metodológico

A pesquisa foi alicerçada nas bases teóricas da pesquisa qualitativa descritiva-exploratória, tendo utilizado pressupostos do pensamento do filósofo Michel Foucault. Para Foucault, é premente atentar para as singularidades dos eventos e suas discontinuidades, para extrair o caráter móvel, estratégico e político dos discursos, para exprimir os elementos de saber/poder dos acontecimentos⁽¹⁴⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, que buscou aproximações com o pensamento de Michel Foucault. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisadas pela técnica de análise de discurso.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário geral, de grande porte em Salvador, Bahia, referência em gastroenterologia e infectologia pediátrica. A unidade onde ocorreu o estudo possui 26 leitos e recebe crianças de 3 meses a 14 anos.

Fonte de dados

Participaram do estudo 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde da referida unidade. De acordo com o perfil sociodemográfico das acompanhantes, todas eram do sexo feminino, com idade entre 19 e 45 anos, a maioria com nível médio completo e renda de até 01 salário-mínimo. Os profissionais de saúde pertenciam às seguintes categorias: assistente social (01), enfermeira (06), farmacêutica (02), fisioterapeuta (05), fonoaudióloga (01) médica (07), nutricionista (05), psicóloga (01), técnico de enfermagem (11). Nesse grupo, todas eram do sexo feminino, tinham idade entre 27 e 62 anos, renda média de 5 a 10 salários-mínimos e a maioria tinha entre 6 e 10 anos de atuação em pediatria. Dentre os critérios para participar da pesquisa foram considerados: para os acompanhantes – ter idade maior de 18 anos e estar acompanhando a criança hospitalizada há mais de 7 dias; para os profissionais de saúde – estar trabalhando em pediatria há mais de dois anos.

As entrevistas ocorreram na unidade pediátrica, sendo conduzidas pela pesquisadora principal, totalizando 11 horas de duração, tendo as participantes sido escolhidas por conveniência (no caso das acompanhantes, aquelas que estavam com seus filhos nas enfermarias e que aceitaram participar da pesquisa; no caso das profissionais de saúde, aquelas que se encontravam em serviço na unidade e aceitaram participar do estudo). As entrevistas foram realizadas após consentimento das entrevistadas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme da Resolução 466/2012 ⁽¹³⁾.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados seguiu com base nos critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ). Foi utilizada a entrevista, norteada por um roteiro semi-estruturado composto questões fechadas, contendo informações sobre o perfil sócio demográfico dos indivíduos; Questões abertas, com as seguintes perguntas norteadoras: Para os acompanhantes - Como tem sido o atendimento ao seu filho nesse hospital? Você ou seu filho tiveram algum problema durante a hospitalização? Quais? Você identifica alguma situação que caracteriza como VI durante o internamento do seu filho(a)? Para os profissionais- Na sua opinião, de acordo com a sua experiência profissional, quais problemas uma criança enfrenta durante o

período de hospitalização? Você identifica algum tipo de VI à criança hospitalizada? Qual ou quais? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram identificados: acompanhante (por números) no caso das profissionais de saúde (pela categoria profissional e número).

Análise dos dados

Os procedimentos analíticos ocorreram após a leitura exaustiva das entrevistas. A técnica utilizada foi a análise do discurso, que é frequentemente empregada nas pesquisas que utilizam o pensamento foucaultiano como ponto de análise. De acordo com Foucault, os discursos são formas conjuntas de enunciados que pertencem essencialmente à mesma forma discursiva, por isso, é necessário investigar tais enunciados para compreender os jogos de poder por trás destes⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Com o propósito de analisar como os problemas estruturais dos serviços de saúde demarcam a VI em crianças hospitalizadas, os resultados foram apresentados em três formações discursivas: *problemas na infraestrutura*, caracterizados pelas inadequações na estrutura física, recursos humanos insuficiente, sucateamento e/ou falta de equipamentos, mobiliário e falta de materiais; *problemas na gestão dos serviços*, indicado pelos entraves administrativos, burocráticos e de gestão; e *peregrinação*, pela busca exaustiva por atendimento de saúde em diversos serviços.

Dentre os problemas na infraestrutura, a estrutura física inadequada foi abordada pelos participantes como um importante fator gerador de desconforto para a criança e família, sendo evidenciada pela falta de espaços e/ou inadequação dos que já existem, discrepância entre as acomodações disponibilizadas e a necessidade da criança e família:

Na enfermaria 7, as crianças não têm vaso sanitário. É uma pia que a mãe tem que colocar a criança em cima e aí faz lá. É complicado. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 08)

Às vezes é uma criança muito grande para estar em um berço, tem que ficar no berço porque não tem uma cama disponível. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 09)

O conforto da família é muito precário. Às vezes tem só uma cadeira. Quem fica aqui mais tempo não tem uma lavanderia para lavar sua roupa, não tem um armário para guardar seus pertences. É dado pouco valor a essa questão do conforto. (MÉDICA 05)

O banheiro que eu tenho que usar é bem distante de onde eu estou, como é que eu vou deixar uma criança sozinha? Ontem quem acompanhou a outra criança que estava no quarto foi um homem. Eu não vou deixar minha criança sozinha com uma

peessoa que não conheço, do sexo masculino, pra ir ao banheiro tomar um banho. (ACOMPANHANTE 07)

A falta de espaço para atividades lúdicas e recreativas com a criança e família, a ausência da classe hospitalar, a pouca utilidade da brinquedoteca e a sinalização de que o ambiente não é apropriado para realização de atividades lúdicas, foram problemas levantados pelos profissionais. As acompanhantes não identificam estes aspectos, talvez porque nem estejam na ordem do visível/dizível:

A gente até tem brinquedoteca, mas cadê aquela parede com desenhinho? Cadê aquela coisa que a gente vê na escola, mas não vê aqui no hospital? Não são coisas difíceis, a gente ainda peca muito em não transformar isso aqui num ambiente infantil menos doloroso. (MÉDICA 03)

Tinha escolinha, é direito da criança. Nós perdemos a escolinha, a contação de histórias e a terapia ocupacional. É de fundamental importância a terapia ocupacional, tanto para as mães quanto para as crianças. A criança precisa ser estimulada dentro do ambiente hospitalar. Nós ficamos uma época sem a brinquedoteca. O espaço de lazer para a criança é um espaço prioritário. (NUTRICIONISTA 05)

No entanto, desconforto das instalações, sensações de isolamento e de aprisionamento, foram enunciados frequentes entre os acompanhantes:

A gente fica porque precisa, mas tem horas que dá uma agonia na cabeça porque ficar presa o tempo todo num quarto, é cansativo. Dentro do quarto, entre 4 paredes, você fica porque é necessidade mesmo, mas é desconfortante. (ACOMPANHANTE 08)

Também emergiu a reduzida quantidade de profissionais para atender a criança. Esse problema foi identificado como recursos humanos insuficiente e está atrelado à falta de trabalhadores de nível técnico e superior em todas as áreas do atendimento:

É desumano uma enfermeira ficar com 27 pacientes, como acontece. Essa enfermeira tem condições de atender adequadamente esses pacientes? (ENFERMEIRA 05)

No final de semana e feriado, solicita um exame de sangue e os pacientes ficam aqui até em jejum esperando o exame, porque no final de semana não fica uma equipe só pra pediatria; um hospital grande, que prioriza a UTI. (MÉDICA 04)

Com a redução no número de profissionais, falhas na assistência são percebidas, o que contribui para a ocorrência de erros, má qualidade do atendimento e até mesmo piora do quadro do paciente, o que pode ser evidenciado a seguir:

Tem 01 maqueiro aos finais de semana, você acaba ficando sem realizar exames, o que acarreta maior tempo de hospitalização. (ENFERMEIRA 01)

Outro fator mencionado tanto pelos profissionais como pelos acompanhantes, causador de violência institucional à criança hospitalizada, foi o sucateamento de equipamentos e mobiliário.

Os berços são antigos. As vezes a criança está dormindo e quando você baixa a grade do berço, faz um barulhão, e a criança acorda assustada. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 06)

Essa cama aqui às vezes rasga a perna da gente (mostra ferimentos na perna). Esses berços aqui tá tudo quebrado, o parafuso tá solto. (ACOMPANHANTE 02)

No outro dia não tinha elevador, foi cirurgia e exame suspensos, então, isso traumatiza, não só a criança, mas como o acompanhante. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 05)

Eu já fui à ouvidoria deixar minha queixa, porque ele tem epidermólise e tá num quarto sem ar condicionado! Quis comprar a peça do ar condicionado, mas não posso porque já tá em licitação. (ACOMPANHANTE 10)

Os profissionais e os acompanhantes expressam em seus discursos tanto a falta de materiais e de equipamentos, quanto a oferta de materiais que não contemplavam a especificidade do cuidado ao público infantil. Esta deficiência acarretou problemas como adiamento de procedimentos e exames, impactando no aumento do tempo de internação e, por conseguinte, em riscos de agravamento do quadro clínico da criança:

Temos cinco pacientes que precisam de uma medicação e precisam ser monitorados no momento da infusão, mas só temos dois monitores ou três. E as outras duas crianças como é que ficam? (ENFERMEIRA 05)

Ela tem uma endoscopia também pra fazer com ligadura que eu não tô conseguindo marcar aqui porque tá sem material. (ACOMPANHANTE 07)

Embora nas políticas públicas de saúde, os serviços de atendimento à saúde da criança sejam apresentados como um direito, as falas dos profissionais e acompanhantes podem ser analisadas na formação discursiva que expressa **problemas relacionados à gestão**, caracterizados pela lentidão e atraso nos processos administrativos, dificuldade no lidar com situações burocráticas, bem como as decisões da liderança que comprometem o cuidado e no atendimento aos usuários e suas famílias:

O problema da burocracia para dar um conforto ao seu filho. Quando eu quis doar um ar condicionado, não pude, porque tem os trâmites legais. Quis comprar a peça, não posso porque já tá em licitação. Consegui um técnico para consertar, mas o hospital falou que também não pode, porque tem que ser pessoa daqui, porque é tombado. Eles não facilitam as coisas e por conta de uma peça deixam uma criança sofrer num quarto isolado por dias. A administração é totalmente falha! (ACOMPANHANTE 10)

Que a gestão daqui deixe a gente usar roupas coloridas. O pessoal comprou as roupas, mas eles não permitem. Deixar a gente se paramentar com mais alegria, para poder mostrar que aqui não é um ambiente de sofrimento. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 07)

Já, a formação discursiva da **peregrinação** sobrepõe-se como um grave problema, responsável pelos atrasos nos cuidados prestados aos pacientes. Neste estudo, os participantes

da pesquisa relatam que as crianças poderiam ser tratadas no início, com boa resposta, mas que diante das dificuldades de atendimento nos serviços de saúde, as doenças são diagnosticadas tardiamente.

É comum aqui na instituição receber paciente que vem da terceira instituição peregrinando, porque não tem o exame que precisa ter desde a primeira instituição. Interna numa UPA, vai pra um hospital terciário, só que nesse hospital a criança precisa de um exame que não tem, é transferido para outro hospital. Essa é a vivência da gente diária. (MÉDICA 01)

Temos uma criança internada agora que provavelmente vai ter que fazer uma enucleação do olho porque teve um diagnóstico tardio de uma doença que poderia ter sido diagnosticada lá atrás e ter poupado de fazer a enucleação, só fazer o tratamento local. A pior violência da saúde à criança é o atraso no diagnóstico, a peregrinação. (MÉDICA 02)

E para chegar aqui hoje foi muito difícil. Eu entrei nesse hospital através de uma médica de outro setor, que me viu no corredor e ajudou a entrar aqui. (ACOMPANHANTE 11)

Perdemos a nossa emergência e isso limita o paciente. Temos pacientes, somos hospital de referência pra várias especialidades, e às vezes esses pacientes agudizam e não têm pra onde ir, acabam indo para as instituições mais distantes e depois vêm pra cá. A emergência pediátrica, mas fechou pra reforma e não abriu mais. (MÉDICA 04)

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que a violência institucional foi compreendida nas violações e invisibilidades da estrutura dos serviços de saúde. As situações de violência institucional à criança, evidenciadas pela ausência de espaços físicos, recursos humanos insuficiente, sucateamento de mobiliário e equipamentos e falta de materiais, podem estar atrelados à crise do subfinanciamento do SUS, mas também indicam uma incipiente atenção da gestão local ao desconsiderar as necessidades e peculiaridades do atendimento de saúde ao público infantil.

A falta de atenção da gestão para as necessidades da criança pode ser constatada pela inexistência da classe hospitalar e do profissional de pedagogia na unidade de internação pediátrica. Este aspecto, centra-se na questão de que a atenção à saúde da criança, como discurso, é idealizada por meio de políticas públicas que preconizam os atendimentos educacionais em ambientes hospitalares (classes hospitalares) para auxiliar a criança a desenvolver a capacidade cognitiva, suprimindo suas necessidades de aprendizagem, otimizando o desempenho de atividades escolares, além de minimizar efeitos estressantes do ambiente hospitalar⁽¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁾. Entretanto, a ausência desse atendimento revela um contexto de atenção à saúde da criança, em nada diferente do contexto de atenção à saúde da pessoa adulta. Assim, nota-se a preocupação centrada nas ações relacionadas ao tratamento e cura das doenças, sem

considerar as necessidades da criança, bem como as especificidades do seu processo de desenvolvimento.

A concepção de que o hospital é um local destinado à cura e tratamento de doentes é característica do modelo de saúde centrado na visão biomédica. Esta concepção surge no século XVIII e para Foucault⁽¹²⁾, a medicina se estabelecia pela cura e utilizava a disciplina e supervisão, para exercer o controle dos corpos. A terapêutica consistia em suprimir o mal até reduzi-lo à inexistência. Nesta perspectiva de cuidado, não havia espaço para se pensar nas questões relacionadas à promoção à saúde e desenvolvimento infantil. Assim, é importante considerar que a inexistência dos direitos das crianças, como o funcionamento da classe hospitalar, pode estar arraigada a tais concepções.

A perspectiva da promoção da saúde é gerar o bem-estar e sustenta-se no conjunto de valores que englobam a vida, saúde, equidade, participação comunitária e o desenvolvimento individual para a constituição de políticas públicas saudáveis⁽¹⁸⁾. Neste sentido, é possível afirmar que as políticas de saúde ainda não se tornaram totalmente eficazes em direcionar a distribuição de recursos, para o cuidado da criança. Desta forma, essas crianças tornam-se um produto controlado por um sistema de saúde que procura governar a clínica avaliando os resultados das medições e os objetivos de prática previamente estabelecida, independentemente das necessidades específicas de cada um⁽¹⁹⁾.

Pesquisa realizada na Itália revelou que o direito de continuar a educação escolar é um dos menos respeitados nas unidades pediátricas, sendo mais frequentemente garantido em hospitais pediátricos, do que em hospitais gerais. Já na Áustria, foi constatado que este mesmo direito está instituído em quase todas as unidades de internação psiquiátrica infantil. Nestes casos, importante destacar que os hospitais pediátricos, por serem específicos em atender crianças, possuíam classe hospitalar, enquanto que nas enfermarias pediátricas de hospitais gerais, não havia tal atividade⁽²⁰⁻²¹⁾. No Brasil, também há evidência de problemas relacionados à ausência de classe hospitalar e dificuldade de adquirir materiais para manter o funcionamento da brinquedoteca, o que demonstra que a educação e escolarização das crianças hospitalizadas não tem sido valorizada nos serviços saúde⁽²²⁾.

No Brasil, a Resolução 41 de 13 Outubro de 1995 regulamenta o Direito da criança e do adolescente hospitalizados, destacando que a criança tem direito de ter o acompanhamento do seu currículo escolar, durante a sua permanência no hospital, entretanto, nesse estudo foi evidenciado que este direito não foi assegurado⁽⁸⁾. A atitude de omissão do serviço em prover as condições para que a criança receba o acompanhamento escolar revela-se como uma violação de direito, o que pode caracterizar-se como uma situação de VI, na qual o serviço, na pessoa da

gestão local ou Estado, se omite em prestar assistência necessária e de qualidade ao indivíduo que se encontra hospitalizado.

Outra situação que corrobora com os argumentos até então efetuados, é a inadequação do espaço para acomodação dos acompanhantes. Nos enunciados emerge a problemática de que apesar do serviço de saúde não se opor à permanência do familiar com a criança nas 24hs, as condições desse ambiente eram precárias, pondo em risco a segurança de todos envolvidos. O direito ao acompanhante, apesar de ser um dos mais respeitados pelas instituições de saúde, é contraposto às condições precárias em que esses permanecem, o que pode aumentar o estresse da família e da criança. A presença do acompanhante além de minimizar o sofrimento psicológico da criança, também é benéfico, pois, juntamente com a equipe de saúde, auxilia na detecção precoce de riscos que a criança possa estar exposta durante o período de hospitalização⁽¹⁾. No ECA vemos que é obrigação dos estabelecimentos de saúde proporcionar condições, quando da internação da criança, para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável⁽⁷⁾. Entretanto, tais condições transformam-se num paradoxo: permanecer para viabilizar melhor adaptação da criança e minimizar sofrimento; ou permanecer em condições completamente inadequadas, que desencadeia outros modos de estresse e, até, de adoecimento do familiar.

Outros problemas na infraestrutura foram mencionados pelos entrevistados confirmando a falta de profissionais e de material específico, o que gera sérios prejuízos na assistência à criança. Este discurso se sustenta nas pesquisas que revelam que acompanhantes e profissionais de saúde mencionam o déficit de recursos humanos, materiais e até de medicamentos nos serviços de saúde. Estes problemas repercutem diretamente na qualidade do atendimento e determinam a ocorrência de outro tipo de VI, a peregrinação^(5,23,24,25,26).

O problema da escassez vai muito além da lógica quantitativa, estando também relacionado à questão de interesse, bem como justa redistribuição dos recursos. Os princípios de justiça distributiva definem como recursos escassos precisam ser alocados; já a escassez é um fenômeno relacionado com a satisfação das necessidades públicas, que pode ser evidenciada pela carência de pessoal especializado, equipamentos e outros insumos⁽²⁷⁾. Logo, para que haja alocação de recursos é preciso considerar o quanto disponibilizar e a quem atender, não havendo um critério único que possa balizar estes ajustes, por isso, as decisões alocativas tendem a ser essencialmente políticas e locais. Desta forma, quando há severas restrições orçamentárias, pessoas podem se tornar vítimas efetivas e o Estado terá feito pouco ou nada a respeito dessa sanção⁽²⁸⁾.

Quando discutimos sobre direitos é preciso considerar a sua inviabilidade ou a invisibilidade. Considerar os direitos inviáveis, implica problematizar que para que os direitos se concretizem, é preciso haver custeio de uma estrutura para implementá-los e fiscalizá-los, o que o torna sujeito ao modo de produção econômico do Estado⁽²⁸⁾. Para Foucault, um governo só age quando há interesse. Até mesmo uma punição deve ser aplicada considerando os interesses: interessa punir? Interessa suplicar? Quanto vai custar reeducar? Os discursos são regidos por interesses⁽¹²⁾.

Avaliar os direitos como invisíveis, sugere refletir que é das condições do meio que emergem as necessidades. Ainda que a teoria mostre e pondere que as ações de promoção da saúde impactem, que as políticas públicas regulamentem a qualificação profissional em prol de um atendimento mais eficaz, a visibilidade dar-se-ia pelo estar ciente de específicas necessidades de estrutura física e de recursos humanos; é preciso saber para reconhecer. No entanto, quando a criança se encontra em uma instituição hospitalar, é possível que o atendimento esteja sendo feito, mas sem a valorização da criança, e da família. Portanto, é problemático assumir um discurso de responsabilização dos indivíduos, da estrutura institucional, dos profissionais, em detrimento de todo um processo que precisa ser visibilizado do ponto de vista político, econômico e cultural. Em suma, o objetivo do Estado ao implementar os direitos não é prover um arcabouço jurídico para respeitar os direitos fundamentais dos indivíduos, mas sim equipar sua política de um conhecimento específico sobre o que acontece na sociedade, mercado e economia de modo que a limitação do seu poder não seja balizada pelas liberdades dos indivíduos, mas sim pela análise econômica do que ele precisará respeitar⁽¹²⁾.

Outros estudos discutem o impacto de políticas econômicas nos serviços de saúde, gerando desigualdade e estratificação do cuidado em saúde, a adoção de medidas que estão condicionadas à indicadores econômicos e não aos direitos humanos, afetam na autonomia das pessoas, principalmente os mais vulneráveis⁽²⁹⁻³⁰⁾. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (1990), ⁽³¹⁾ a criança necessita de proteção e cuidados especiais, mas é evidente considerar que o Estado e a gestão local têm falhado, pois não supre e nem monitora a justa distribuição de recursos para garantir a qualidade do atendimento à mesma.

O nível de essencialidade de um recurso é relacionado ao considerar o mínimo à dignidade da pessoa humana, ou seja, quanto maior for a sua necessidade e o bem para a manutenção de uma existência digna, maior será seu grau de essencialidade⁽²⁷⁾. Assim, é preciso considerar que os recursos materiais e humanos disponibilizados nos serviços de saúde possuem

um alto nível de essencialidade, sem os quais seria impossível oferecer um cuidado digno às crianças e suas famílias.

Por sua vez, a peregrinação aos serviços de saúde é, concretamente, visibilizada como um tipo de violência estrutural, pois revela as desigualdades e injustiças sociais reproduzidas nas instituições, além de indicar a presença de outros tipos de iniquidades cometidas nos serviços de atenção à saúde⁽³²⁾. A peregrinação pode ocorrer pelas: falhas na estrutura e organização das redes de atendimento; insuficiente sistema logístico e de transporte; baixa resolutividade; problemas no acolhimento dos usuários; reduzida quantidade de serviços em pediatria e de profissionais de saúde, bem como a fragmentação do trabalho entre equipes de saúde⁽²⁴⁻²⁵⁻³³⁾. Este fenômeno pode se tornar mais intenso quando os usuários pertencem às populações vulneráveis ou negligenciadas, como: crianças com necessidades especiais, quilombolas, indígenas e comunidades rurais, o que reflete a influência dos determinantes sociais e econômicos na busca de atendimento em saúde⁽³⁴⁻³⁵⁾.

A peregrinação contribui para o aumento dos índices de mortalidade, pois enquanto o usuário procura atendimento nos serviços de saúde, o seu quadro clínico vai se agravando, aumentando assim o risco de morte. Isso pode ser constatado ao verificarmos resultados de pesquisa no campo obstétrico, na qual a peregrinação aumentou o risco de óbito infantil três vezes mais⁽³⁶⁻³⁵⁾. A procura por atendimento é respaldada pela necessidade dos usuários buscarem atendimento em locais de maior densidade tecnológica, entretanto, pesquisas revelam que a peregrinação ocorre em diversos níveis da rede de atendimento, desde a atenção primária, até alta complexidade, estando presente em diversos países⁽³⁷⁾. Assim, o ato de peregrinar revela que, embora alguns serviços possuam recursos tecnológicos, a falta de assistência ocorre em virtude do despreparo e dificuldades na organização e acolhimento ao usuário⁽³⁶⁾.

Para Foucault⁽³⁸⁾, o caráter violento das práticas de poder derivam da racionalidade política por traz do mesmo. A violência na peregrinação é, portanto, uma manifestação da racionalidade política do sistema econômico político do Estado, no qual identificamos a presença de leis e políticas para guiar diversos segmentos que o usuário possa necessitar, entretanto o descompasso político-administrativo resulta em privações e dificuldades na busca pelo atendimento de saúde. Essa distorção no atendimento de saúde é violenta, pois a instituição reproduz as iniquidades de saúde demonstrando que ainda há grande dificuldade em desenvolver os princípios da integralidade e da equidade (mais precisamente em populações negligenciadas). Assim, evidencia-se mais um paradoxo, pois de acordo com a Carta de direitos dos usuários dos serviços de saúde, “todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde”⁽⁷⁾. Já o ECA garante à criança o acesso integral às linhas de cuidado por

meio do SUS, considerando o princípio da equidade. Entretanto, apesar dos documentos assegurarem o direito ao acesso ordenado da criança ao serviço de saúde, o que se percebe é a visão de que os usuários são considerados privilegiados. Pesquisa que buscou evidenciar a percepção dos usuários sobre acessibilidade nos serviços de saúde, constatou que os mesmos sentiam os profissionais tratando-os como um bando de necessitados e a assistência prestada, um favor, uma caridade⁽³⁹⁾.

O princípio da integralidade é considerado como um conjunto articulado e contínuo de ações de caráter preventivo ou curativo, coletivo ou individual, que precisam existir em todos os níveis de complexidade do sistema⁽¹⁰⁾. Entretanto, nos enunciados pôde-se analisar que o cuidado, muitas vezes, é fragmentado, comprometido muito mais com a norma do que com os direitos dos indivíduos. Um exemplo disto foi a determinação da utilização do fardamento branco pela equipe de enfermagem, que nada mais é do que a imposição de regras reproduzidas nos serviços de saúde, que vem a contrapor princípios importantes da prática que valoriza o cuidado humanizado ao público infantil.

As falhas administrativas, visibilizadas pelos participantes da pesquisa, evidenciam a violência institucional hospitalar por constatar invisibilidades das necessidades de crianças e suas famílias neste serviço de saúde. Para Foucault “a regra é o prazer calculado da obstinação”⁽³⁸⁾, através dela, permite-se que ocorra a dominação, que revela o caráter da violência sistematicamente repetida. Assim, o universo de regras satisfaz a violência, pois sendo estas vazias se prestam apenas àqueles que se apoderam delas. Nesse estudo, profissionais e usuários estão imersos numa mesma lógica de discursos que veiculam um universo de regras, entretanto é preciso considerar que as regras, em muitas situações, prevaleceram em detrimento dos direitos dos usuários, o que vem a constituir situações de violência institucional. Ademais foi possível perceber a existência de zonas de escape (visibilidades) e espaços de resistência nos discursos de profissionais e acompanhantes, mas ainda é preciso indagar: de que modo pode-se viabilizar ajustes, mudanças e aprimoramentos que busquem captar a diferença em prol da qualidade do cuidado?

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta como limitações o fato de ter sido realizado em um hospital universitário no estado da Bahia, obtendo, dessa forma, uma restrita representatividade.

Considerações para enfermagem

Ao reconhecer a invisibilidade da violência institucional à criança hospitalizada, os profissionais de saúde poderão compreender e atuar na adoção de medidas que irão minimizar este agravo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribui para que a sociedade reconheça as inúmeras situações relacionadas à VI no ambiente de cuidado à criança hospitalizada. A VI foi evidenciada pelos problemas relacionados à infraestrutura, de gestão e peregrinação. Tais entraves ocorreram em virtude de não se ter ainda um atendimento voltado para as reais necessidades do público infantil e, portanto, caracterizadas nesse artigo como invisibilidades. O pensamento foucaultiano contribuiu para melhor compreender a engrenagem e disposição dos jogos de poder por trás dessas invisibilidades. Seja na baixa oferta dos serviços, seja no atendimento focado em normas e rotinas, seja pelo desconforto das instalações hospitalares, foi possível reconhecer a presença das tecnologias de poder como a disciplina e o discurso biopolítico que justifica interesses econômicos e políticos em detrimento do cuidado à criança. É premente considerar a necessidade de ampliação das discussões sobre a VI nos serviços de saúde, para que se possa ofertar um atendimento de qualidade. Para tanto, profissionais e gestores devem ampliar seus conhecimentos sobre os direitos da criança para que o serviço não seja um produtor de violência, mas sim um aliado no seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- 1 Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colect.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 5];9(1):11–25. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/11-25/es>.
- 2 ONU: Organização das Nações Unidas. 17 Objetivos para transformar o mundo. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: UNIC Rio; c2015. [cited 2017 Feb 5]. Available from: <http://nacoesunidas>.
- 3 Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. ciênc. méd.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 12];25(3):115–128. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/859888/3641-12621-2-pb.pdf>
- 4 Ministério da Saúde (BR). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2017 Feb 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf.
- 5 Marrero L, Bruggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1152-61. DOI: [org/10.1590/0034-7167-2017-0238](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238).
- 6 Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [Internet]. 2009 [cited 2017 Feb 5];17(3): 410-416. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020>.
- 7 Presidência da República (BR). Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília: Secretaria para assuntos jurídicos; 1990 [cited 2018 Jun 24]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm.

- 8 Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução 41 De 13 Outubro de 1995 [Internet]. Brasília: 1995 [cited 2018 Jun 24]. Available from: [http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao e Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf](http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao_e_Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf).
- 9 SBP: Sociedade Brasileira de Pediatria em Ação [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: SBP; c.2020 [cited 2020 Fev 20]. Available from: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/159-mil-leitos-de-internacao-pediatria-foram-fechados-no-brasil-nos-ultimos-nove-anos/>
- 10 Souza RR, Vieira MG, Lima Júnior CJF. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2075-2084. doi:10.1590/1413-81232018246.09512019.
- 11 Ariès P. História social da criança e da família. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986. 279p.
- 12 FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 174p.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Jun 08]. Available from: <http://goo.gl/joVV2Q>.
- 14 Almeida DB, Santos NVC. Foucault como referencial teórico metodológico na produção científica de enfermeiras. Feira de Santana: Editora Zarte; 2020. Capítulo 2, O referencial foucaultiano como possibilidade metodológica em estudos em saúde e enfermagem; p.37-67.
- 15 Medeiros JLG. Atendimento educacional em ambiente hospitalar: princípios pedagógicos. *Revista Educação*. 2020. 45. 1–13. doi: [org/10.5902/19846444](https://doi.org/10.5902/19846444).
- 16 Boles JC, Winsor DL, Mandrell B, Gattuso J, West N, Leigh L, Grissom SM. Student/patient: the school perceptions of children with cancer, *Educational Studies*. 2017;43(5); 549-566. doi: [10.1080/03055698.2017.1312288](https://doi.org/10.1080/03055698.2017.1312288).
- 17 Tsimicalis A. et al. The Impact of a Childhood Cancer Diagnosis on the Children and Siblings' School Attendance, Performance, and Activities: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2018; 35(2):118-131. doi: [10.1177/1043454217741875](https://doi.org/10.1177/1043454217741875).
- 18 Roy MJ. The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses. *Critical Public Health*. 2017;27(4): 455–464. doi:10.1080/09581596.2016.1249826.
- 19 Molina-Mula J, Gallo-Estrada J, Perelló-Campaner C. Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;15(1):49. doi:10.3390/ijerph15010049.
- 20 Bisogni S, Aringhieri C, McGreevy K, Olivini N, Lopez JRG, Ciofi D, Merlo AM, Mariotti P, Festini F. Implementação real dos direitos das crianças doentes em unidades pediátricas italianas: um estudo descritivo baseado nas percepções dos enfermeiros. *BMC Medical Ethics*. 2015;16:33. Doi: [10.1186/s12910-015-0021-0](https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0).
- 21 Berger E, Paar C. Monitoramento de direitos humanos no setor infantil e juvenil. *Neuropsychiatry*. 2017;31(3):133-143. Doi:10.1007/s40211-017-0244-z.
- 22 Souza RR, Vieira MG, Lima Júnior CJF. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(6):2075-2084. Doi: [org/10.1590/1413-81232018246.09512019](https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019).

- 23 Moreira GAR, Vieira LJES; Cavalcanti LF. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde Soc.* 2020;29(1):e180895. doi: 10.1590/S0104-12902020180895
- 24 Sá ACS, Silva ACSS, Góes FGB. Diagnóstico do Câncer Infantojuvenil: O Caminho Percorrido Pelas Famílias. *Rev Fund Care.*2019; 11(5):1180-1187. DOI: org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1180-1187.
- 25 Luz RO, Pieszak GM, Arrué AM, Gomes GC, Neves ET, Rodrigues AP. Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Rene.* 2019;20:e33937. Doi: 10.15253/2175-6783.20192033937.
- 26 KC, Ashish; Singh DR, Upadhyaya MK, Budhathoki SS, Gurung A, Målqvist, M. Quality of Care for Maternal and Newborn Health in Health Facilities in Nepal. *Matern Child Health J.* 2020;24(Suppl 1): 31-38, doi: 10.1007/s10995-019-02846-w.
- 27 Amaral G. Direito, escassez & escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar; 2001. 272p.
- 28 Holmes S, Sunstein CR. El costo de los derechos: Por qué la libertad depende de los impuestos. 1a. ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2011. 264p.
- 29 Camargo Plazas, PC. Understanding the space of nursing practice in Colombia: A critical reflection on the effects of health system reform. *Nursing Inquiry.* 2018;25(3); 122-42. doi:10.1111/nin.12242.
- 30 Sakellariou D, Rotarou ES. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open.* 2017;7(8):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2017-016614.
- 31 Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU) Decreto Nº 99 .710 de 21 de Novembro de 1990. Promulga a Convenção Sobre os Direitos da Criança [Internet]. Genebra: 1988/1990 [cited 2017 Jun 08]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.
- 32 Bezerra Filho JG, Savioli KC, Gomes EM, Araújo ISG. Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar. Fortaleza: EdUECE; 2015. Capítulo 1, Fatos geradores de vítimas e perpetradores da violência; p.12-37.
- 33 Luz GS, Rissardo LK, Vituri LP, Meyer VA, Pelloso SM, Carvalho MDB. “Peregrinando”: vivências de familiares de pessoas com fibrose cística. *REPENF– Rev Par Enferm,* [Internet]. 2019 [cited 2017 Mar 12];2(1): 23-31. Disponível em: <http://seer.fafiman.br/index.php/REPEN/article/view/518/493>.
- 34 Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(1):179-189. Doi: 10.1590/1413-81232015211.20472014.
- 35 Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Júnior PRB. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51:12.Doi: org/10.1590/s1518-8787.2017051006391.
- 36 Santos DBC, Vázquez-Ramos V, Oliveira CCC, López-Arellano O. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú- Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.* 2019;17(2);1-20. doi:10.11600/1692715x.17206.
- 37 Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Bousquat A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2019;35(12):e00004119. Doi: org/10.1590/0102-31100004119.

38 FOUCAULT, Michel. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2008. 368p.

39 Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1929-38. doi: [org/10.1590/S1413-81232009000500035](https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035).

40 Austin WJ. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*. 2011;12(3): 158–166. doi: [10.1111/j.1466-769X.2011.00492.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00492.x).

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NAS RELAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CRIANÇA HOSPITALIZADA E FAMÍLIA¹⁰

RESUMO

Objetivo: compreender a violência institucional nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família.

Metodologia: Estudo qualitativo descritivo exploratório realizado em uma unidade pediátrica de um hospital universitário em Salvador -Bahia. Os participantes foram acompanhantes de crianças hospitalizadas e profissionais de saúde. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada; para a análise de dados, foi utilizado a análise do discurso e buscou-se aproximações ao pensamento foucaultiano.

Resultados: Participaram do estudo 10 acompanhantes e 39 profissionais. A violência institucional manifesta-se nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família através dos problemas na comunicação; falta de atenção, descaso e negligência; problemas éticos; violência psicológica. Os enunciados dos participantes reafirmam a presença da violência institucional, compreendida através das relações abusivas de poder como pano de fundo.

Conclusão:

É necessário que profissionais, usuários, gestores, comunidade científica e sociedade reconheçam a presença da violência institucional nos ambientes de cuidado infantil para que o enfrentamento desta ocorra de forma assertiva. Há a necessidade de investir em treinamento das equipes de saúde para atuar no cuidado infantil.

Descritores: Violência infantil. Humanização da assistência. Negligência com a criança.

INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) nos serviços de saúde é compreendida como aquela que ocorre nas/pelas instituições e que se caracteriza por uma ação ou omissão, desde a falta de acesso até a má qualidade do serviço. Este tipo de violência pode ocorrer de diversas formas, desde a violação dos direitos da clientela, a rigidez através das normas inflexíveis, inúmeros tipos de maltrato e peregrinação. Os maus tratos cometidos na VI ocorrem, sobretudo, em virtude das relações assimétricas de poder entre os profissionais e os usuários, tornando-a assim um fenômeno multifacetado e complexo. (BRASIL, 2002)

Apesar da VI se destacar pela relação desigual de poder que pode resultar em perda de autonomia e discriminação por parte de suas vítimas, paradoxalmente, as situações que a envolvem tornam-se na maioria das vezes de difícil percepção pelos sujeitos envolvidos. Estudo

¹⁰ Artigo submetido ao *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*

sobre a percepção dos profissionais de saúde acerca da violência praticada dentro dos serviços obstétricos revelou que 15% dos entrevistados assumiram já terem cometido este tipo de violência, enquanto que 80% referiram tê-la presenciado sendo cometida pelos seus colegas, o que confirma a naturalização destes atos sem que haja um real entendimento das suas dimensões. (CARDOSO, COSTA; ALMEIDA, *et al.* 2017)

O abuso de poder tem sido constatado nos serviços de saúde e reflete a maneira como ocorrem as relações entre indivíduos nos hospitais. Isto se dá pois o corpo do indivíduo torna-se um objeto de dominação, portanto, a rotina se estabelece com base na obediência, passividade e silêncio, sem respeitar a singularidade do paciente e família. (AZEREDO, 2017; CARDOSO; COSTA; ALMEIDA, *et al.* 2017)

Para Foucault, o poder é considerado como um conjunto de práticas que possibilita que alguns conduzam e governem a conduta de outros. Nas situações em que há abuso de poder, todo e qualquer limite de poder é ultrapassado. Desta forma, pode-se afirmar que na violência institucional as relações de poder são potencialmente assimétricas, tornando-se abusivas, prescritivas com seus diferentes jogos de verdade. Tais relações podem tornar-se tão cristalizadas que chegam a indicar estados de dominação, quando a vítima é incapaz de resisti-las. (FOUCAULT, 2006; COSTA; 2018)

Este fenômeno torna-se ainda mais grave quando a vítima é uma criança, pela condição de vulnerabilidade e limitações peculiares do processo de desenvolvimento. Além disso, a hospitalização é um evento marcante e pode se tornar bastante complexo na infância, devido às inúmeras perdas e adaptações físicas e emocionais com as quais a criança necessita lidar nesse momento. (ARANHA, SOUZA, PEDROSO, *et al.* 2020; BAZZAN, MILBRATH, GABATZ, *et al.* 2020)

Estudo que avaliou os efeitos da hospitalização em crianças de até 48 meses de vida, constatou que estas demonstravam maior disposição para desenvolver distúrbios psiquiátricos entre 6 e 11 anos de idade. Outras pesquisas também confirmam que a ansiedade é um problema muito comum em crianças durante ou após o período de hospitalização, que pode se tornar intensa quando o usuário é também vítima de violência dentro do serviço de saúde. (GOMES, FERNANDES, NÓBREGA, 2016; SILVA; FRANÇA; MUNHOZ, 2018; CAMPOS, ANTUNES, DAMIÃO, 2020)

A ansiedade da criança e família no período da hospitalização é compreendida como inerente ao processo de hospitalização quando está relacionada ao medo do desconhecido, restrição da convivência com familiares e amigos. Entretanto, pesquisas identificaram situações adversas percebidas por crianças e suas famílias durante este período, o que aumentam ainda

mais o nível de estresse da criança e seus acompanhantes. Em alguns casos pais referiram um descontentamento em relação ao atendimento à criança nos serviços de saúde, já as crianças queixaram-se da forma como eram abordadas por alguns membros da equipe de saúde (imperativa e inflexível) demonstrando que percebem quando o cuidado está prejudicando ao invés de ajudar no atendimento das suas necessidades. (SANTOS; SILVA; DEPIANTI, *et al.* 2016; MELO, MARCON; UCHIMURA, 2010; GOMES; XAVIER; PINTANEL, 2015; COSTA; MORAIS, 2017)

Outras pesquisas revelam que os profissionais de saúde apresentam dificuldade de comunicação, além de reproduzirem atitudes paternalistas quando não permitem que a criança tenha conhecimento das atitudes e decisões diagnósticas e terapêutica relacionadas à sua saúde. (PURAS, 2017; BISOGNI, ARINGHERI, MCGREEVY, 2015; BUBADUÉ; CABRAL; CARNEVALE, *et al.* 2016)

Com o objetivo de reduzir os problemas relacionados à hospitalização infantil, em 1995 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), através da Resolução n. 41 de 13 de Outubro de 1995, aprovou na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria que sanciona os Direitos da Criança Hospitalizada. Entretanto, acredita-se que na prática clínica as ações e decisões que asseguram a autonomia e o protagonismo das crianças, bem como a garantia de um cuidado seguro e humanizado nem sempre estão pautados nessa resolução, e sim nas escolhas dos profissionais. (BUBADUÉ; CABRAL; CARNEVALE, *et al.* 2016; BRASIL, 1985)

Dessa forma, acredita-se ser importante compreender como se dá a presença da VI nas relações entre profissionais, crianças e suas famílias enquanto estas permanecem hospitalizadas. Os dados apresentados poderão servir para elaboração e ajuste das políticas de humanização; além de sensibilizar os profissionais de saúde e usuários para refletir acerca do modo como os elementos da VI se re/posicionam como ações e barreiras naquilo que poderia compor a qualidade do cuidado à criança no ambiente hospitalar.

Ante ao exposto, este artigo apresenta como questão norteadora: Como se dá a VI nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família?

Desta forma este estudo tem como objetivo geral: compreender a violência institucional nas relações entre profissionais de saúde, criança hospitalizada e família.

METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

Estudo qualitativo, descritivo, exploratório que utilizou como método de pesquisa a análise do discurso com aproximações do pensamento foucaultiano.

CENÁRIO

O estudo ocorreu em um hospital universitário público de grande porte em Salvador/Bahia, Brasil que atende usuários pelo Sistema Único de Saúde. O local da pesquisa foi a maior unidade de internação pediátrica do hospital, destinada a assistir crianças de 3 meses a 14 anos nas áreas de clínica médica e cirúrgica, possuindo 26 leitos.

POPULAÇÃO

Foram designados como participantes do estudo: acompanhantes principais de crianças hospitalizadas e os profissionais de saúde da referida unidade.

CRITÉRIO DE SELEÇÃO

Como critérios de inclusão delimitou-se que: os acompanhantes deveriam ser maiores de 18 anos e ser acompanhante principal da criança; já os profissionais de saúde deveriam possuir mais de dois anos de experiência em pediatria.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados seguiu as orientações dos critérios consolidados para pesquisa qualitativa (COREQ) e ocorreu no período de novembro 2018 a outubro de 2019. A técnica utilizada foi a entrevista semi-estruturada, que ocorreu de forma presencial e em um ambiente reservado na própria unidade.

Os participantes foram escolhidos por conveniência: os acompanhantes e profissionais que estavam presentes na unidade no momento da visita da entrevistadora. As entrevistas ocorreram com agendamento prévio definido pela disponibilidade do entrevistado. A entrevista foi conduzida por bolsistas de iniciação científica devidamente treinados para realiza a coleta dos dados. Não havia conhecimento prévio entre participantes e entrevistadores. Um acompanhante recusou o convite para participar da pesquisa e não apresentou justificativa. A entrevista ocorreu após informação dos participantes sobre os objetivos da pesquisa e a devida autorização destes, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após a assinatura, uma via do TCLE foi entregue ao participante e outra permaneceu com a pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em aplicativo de áudio de aparelho celular e totalizaram 11 horas de duração.

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado, no qual as perguntas fechadas nortearam o perfil sociodemográfico dos entrevistados e as abertas permitiram que os

participantes falassem abertamente sobre o tema investigado. As perguntas abertas foram: “você sabe sobre o problema de saúde do seu filho e o que está sendo feito para o tratamento?”, “como tem sido o relacionamento dos profissionais de saúde com você e seu(a) filho(a)?”, “você ou seu(a) filho(a) já vivenciaram algum problema no período de hospitalização? Qual ou quais?”. A coleta de dados foi finalizada quando se obteve a saturação dos dados relacionada a temática estudada, por já alcançar a densidade suficiente para análise do tema proposto.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A pesquisa utilizou o método da análise do discurso, com aproximações com o pensamento foucaultiano. A Análise do Discurso é um campo de pesquisa que trabalha com a produção de sentido por meio das linguagens. Para Foucault, o discurso não se reduz a mera frase ou conjunto de palavras, mas está relacionado aos princípios e regras institucionais que atravessam o falante e sua fala. Portanto, é muito mais o desvelar da natureza institucional da ordem discursiva do que apresentar a sua forma linguística. Assim, a priori, os sujeitos e objetos não existem, pois o que de fato existe é o que se constrói discursivamente o que se fala sobre eles. Por isso, atentar para as singularidades dos eventos e suas descontinuidades, para extrair o caráter móvel, estratégico e político dos discursos, é premente para exprimir os elementos de saber/poder dos acontecimentos. (SOUZA, 2011; PADILHA, VARGAS, ZILLI, 2020)

Após a coleta, os dados obtidos foram transcritos e organizados. Foi feita leitura exhaustiva do material, estabelecimento de relações e captação de um novo emergente a partir da identificação dos correlatos nos enunciados discursivos. Nas análises, os enunciados discursivos dos participantes foram identificados por pseudônimos que fazem menção ao grupo que ela pertence seguida de número para não revelar a identidade dos participantes.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou os princípios estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e a 580/2018. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente e da instituição coparticipante, tendo sido aprovado em ambos, com CAAEs: 99681518.0.0000.5531 e 99681518.0.30010049.

RESULTADOS

Para compreender a VI nas relações entre profissionais de saúde, crianças hospitalizadas e suas famílias, os dados foram alocados em quatro formações discursivas: problemas na comunicação; falta de atenção, descaso e negligência; problemas éticos; violência psicológica.

De acordo com os dados deste estudo, os problemas na comunicação entre profissionais de enfermagem e acompanhantes ocorrem pela falta de informação ou presença de ruídos na

comunicação. O discurso que re/produz significados é de que ruídos na comunicação ocorrem em virtude da presença de informações divergentes e fragmentadas por parte dos membros da equipe de saúde:

Chegam informações divergentes. Um profissional diz uma coisa, o outro diz outra e a mãe tem informações diferentes. Isso é um sofrimento. Ela se sente desprotegida. (Nutricionista 05)

Um profissional diz que vai fazer uma conduta com o paciente, outro diz que vai fazer outra, isso é muito recorrente e confunde o paciente, o familiar e dificulta o processo de adesão. (Psicóloga 01)

A falta de informação é operacionalizada de diferentes modos: quando a criança é privada de receber informações sobre procedimentos e exames, quando a equipe de saúde direciona a comunicação exclusivamente ao familiar; bem como a falta de informação da família sobre o estado geral da criança durante o período trans-operatório. O que se visibiliza a seguir são enunciados manifestos, tanto da equipe como das acompanhantes das crianças:

É um descaso ver um médico não explicar exatamente como vão ser os procedimentos. Às vezes, o médico chega e não explica qual o procedimento que a criança irá fazer. Esta criança precisa ter essa informação do que ele vai fazer, de como vai ser. (Técnica de Enfermagem 08)

A médica entrou 17h:30min com meu filho pra sala de cirurgia e às 22h eu estava sem informações. Todas as mães saíam com seus filhos e eu fiquei lá desesperada chorando sem saber o que fazer, pensando que meu filho tinha morrido na sala de cirurgia, porque o que passaram pra mim é que a cirurgia ia ser rápida e não ia demorar. Eu fiquei super assustada. De outra vez fiquei lá aguardando a anestesia passar e os médicos me falaram: “Ó mãe, daqui a pouco o médico vem falar com a senhora o que aconteceu” Só que ele não foi lá! Ele não foi lá em momento algum me passar nada! (Acompanhante 02)

Falta de atenção, descaso e negligência, configuram-se em enunciados que expressam a falta de tempo e escuta dos profissionais; baixa sensibilidade e o pouco valor dado às queixas das crianças que resulta na omissão de cuidados. A falta de escuta e tempo para a criança é expressão dita pelos profissionais de saúde como um problema relacionado à sobrecarga de trabalho, o que minimiza o tempo disponível para as inúmeras atividades que lhes são atribuídas durante a jornada de trabalho:

Falta de escuta quando a mãe fala da dor do paciente, das características. A gente não entende como profissional, mas a mãe entende. A gente tem que valorizar o que a mãe fala. (Fisioterapeuta 04)

O mais frequente é falta de escuta e tempo, porque a demanda é muito grande no serviço (Nutricionista 03)

As pessoas estão mais preocupadas em fazer seu trabalho e adiantar o seu lado, do que escutar a demanda do paciente. Às vezes a gente não tem paciência pra demanda da mãe (Fisioterapeuta 05)

O descaso e as atitudes de insensibilidade por parte dos profissionais de saúde emergiram como algo que des/valoriza as necessidades da criança e família. A insensibilidade também foi demonstrada na despersonalização dos indivíduos, no qual a criança foi considerada como um objeto ou procedimento a ser realizado. Tais situações são apresentadas nos enunciados a seguir:

Tenho lembrança de ter visto pessoas desdenhando da situação, da queixa do paciente. (Nutricionista 02)

Já vi situações que os familiares querem conversar com os médicos pra saber o quadro clínico e eles ficam esperando muito tempo para ter esse acesso. Vejo às vezes os profissionais no computador, conversando, no horário mais livre. Às vezes a gente precisa ficar insistindo: “Olha, o pai do paciente está esperando, ele quer falar com você.” (Psicóloga 01)

A cirurgia estava marcada para 11 horas, mas deu 11 horas e nada. Aí reclamei e eles disseram: “Ah, mãe, não é com a gente quer. É com a equipe de lá e a gente não pode fazer nada.” Como é que não pode fazer nada? Meu filho é um bebê, tá morrendo de fome! Depois fui informada que no centro cirúrgico tava a maior briga, porque não queriam fazer a cirurgia do meu filho, porque era um “encaixe”. Os médicos ficam exaltados, porque é uma coisa que eles tão sendo obrigados, por isso tava a maior briga lá. (Acompanhante 02)

Considera-se que as situações anteriormente destacadas, possibilita refletir acerca das relações de conflito e de organização do trabalho que atravessa o cotidiano destes profissionais, desencadeando “incapacidades” de resolução diante das problemáticas factíveis, configurando, muitas vezes, a imagem do caos. Indaga-se o quanto estes profissionais são atravessados por diferentes discursos e quais os alocam ora numa posição de in/sensíveis, ora numa posição de, também, vulneráveis, justamente, porque refletem um contexto de atenção à saúde precária em diferentes perspectivas: infraestrutura organizacional, capacitação profissional, divergências de orientações, precarização das condições de trabalho, entre outras possíveis.

A omissão dos cuidados à criança foi evidenciada como um produto de todas as atitudes anteriores dos profissionais (falta de informação, escuta e tempo, atitudes de insensibilidade), além de também incluir as situações nas quais os profissionais transferiram cuidados que deveriam ser executados por eles, para as acompanhantes. Os enunciados a seguir, são situações que visibilizamos como extremas neste contexto de cuidado, sentimentos de “abandono” e de “delegar algo que, *a priori*, não pertence ao outro”:

O médico olhou os outros pacientes e não veio ver meu filho. Eu tô sentindo que ele tá sendo obrigado a cuidar do meu filho. Pra ele tanto faz vir aqui. Porque ele nunca chegou pra mim e falou: Mãe, tá acontecendo isso com seu filho (Acompanhante 02)

A fralda da minha filha tinha que ser pesada e é obrigação da enfermagem. Teve uma enfermeira que trouxe o papel e disse: ó mãe, aqui é o papel para

você ter o controle, para você anotar a quantidade de água que ela ingerir, e o peso da fralda. E eu perguntei: como é que eu vou fazer isso? Não tem balança aqui na sala, como é que vou pesar? Não é um trabalho meu, era dela. Aqui é para ser obrigação delas, e elas queriam botar pra mim. (Acompanhante 11)

Problemas éticos são visíveis nos enunciados, a partir do que foi dito pelos entrevistados, aqui, caracterizados pela perda da autonomia, não obtenção do consentimento da criança para realização de exames e procedimentos e pelo comprometimento do princípio da justiça.

Os dilemas éticos relacionados à perda da autonomia são evidenciados nas situações em que o profissional de saúde priva a criança das escolhas diretamente relacionadas com o seu tratamento, mesmo quando ela tem condições de decidir ou de entender o que vai acontecer. A autonomia também estava comprometida quando os profissionais sobrepujaram o cumprimento das regras e normas institucionais a despeito da vontade ou necessidade da criança, como apresentado a seguir:

Não é valorizada autonomia da criança. A gente chega lá, passa o alquinho, punciona. Não entende que ali tem um ser que pode dizer: essa mãozinha não, nessa dói. Claro que a gente não pode passar para a criança a decisão do tratamento, mas a autonomia, às vezes, acho que é passada por cima. (Médica 03)

A comunicação meio de cima para baixo, paternalista que a gente chama: com pouca autonomia da família. Você não dá autonomia ao paciente porque ele não tem as informações para tomar a decisão. (Médica 05)

Outra situação relacionada a problemas éticos foi a não obtenção de consentimento da criança e família na realização de exames e procedimentos, como pode ser observado nos relatos a seguir:

Ela vai ser invadida, vai ser colhido sangue, não se pergunta ou não se diz pra criança o que vai ser feito. (Médica 01)

O comprometimento do princípio da justiça apresenta-se no discurso de responsabilizar o outro na relação com meus atos ou com lacunas no sistema de saúde. Neste caso, são exemplos, situações em que a família é acusada de ter prejudicado a saúde da criança, ainda que os erros tenham sido cometidos pelos profissionais de saúde, ou quando a família é culpabilizada pela criança não ter realizado exames e procedimentos de difícil acesso na rede de atendimento do SUS:

O médico chegou jogando a culpa em cima de mim, dizendo que meu filho passou mal porque eu manuseei a sonda errada. Ele falou isso pra poder se livrar... Tinha vez que ainda brigava comigo, porque eu não podia levar os exames... Porque eu não posso trabalhar, então eles ficavam brigando comigo, dizendo que eu não ligava pro meu filho, que não tava dando opção pra eles. (Acompanhante. 02)

Na quarta formação discursiva emergiram elementos que constataram a presença de violência psicológica nas relações entre profissionais de saúde, crianças hospitalizadas e suas famílias evidenciada nos enunciados de ameaça e intimidação; tratamento grosseiro; preconceito e discriminação. Nesta categoria percebe-se a presença das relações abusivas de poder por parte dos profissionais, constatadas nas situações em que a criança e família são obrigadas a se submeter, ou simplesmente submetem-se às opções de tratamento disponibilizados pela equipe de saúde/sistema de saúde, ainda que não os aceitassem e tivessem operacionalizados modos de exercer resistência:

Vejo, também, mães bem conscientes aqui, a despeito de pouca educação formal, mas tem conhecimento dos seus direitos. Elas brigam, vão até a diretoria, mas, isso deveria ser uma regra e não uma exceção. De um modo geral, os familiares acatam, aceitam, abaixam a cabeça diante de questões que mereceriam um questionamento. (Nutricionista 05)

O tratamento grosseiro e ríspido é traduzido nos enunciados como atitudes dos profissionais de saúde desprovidas de compaixão, sensibilidade para com as necessidades da criança e família:

Tratar as pessoas com frieza, rispidez, falta de atenção, negligência. Eu vejo que muitas vezes isso acontece até pelo estado de humor que o próprio profissional tem, eu entendo que não é culpa do paciente, mas eu entendo que parte do estresse profissional para ele chegar naquele ponto, também é responsabilidade da instituição, que dá uma sobrecarga do trabalho, principalmente para a equipe de enfermagem. (Farmacêutica 01)

Já as situações que envolviam ameaça e intimidação foram evidenciadas nos momentos em que o profissional amedrontava, coagia e intimidava a família para que esta não desobedecesse às regras e orientações impostas.

Aí a médica cirurgiã foi e me disse: “A cirurgia terminou, deu tudo certo, demorou porque foi muito complicado, mas ele tá bem, tenha cuidado com aquela mangueirinha da cistostomia porque se mexer vai perder a cirurgia todinha e eu não vou fazer mais!” Ai eu disse: tá bom doutora, muito obrigada. Ai ela virou as costas e saiu... Meu filho não tava sendo assistido lá, só faziam é me colocar medo, dizendo que meu filho poderia morrer a qualquer momento. (Acompanhante 02)

O preconceito foi evidenciado quando os profissionais de saúde emitiam julgamento precipitado sem antes conhecer a realidade sociocultural das crianças e suas famílias, o que acabava comprometendo o tratamento destes. Em alguns casos as atitudes dos pais e da criança eram tomadas como problemas psiquiátricos.

Situações que os familiares são rotulados com doenças psiquiátricas, que não existe. Ainda existe essa cultura de patologização do familiar e da infância. Já

tivemos época que era muito incentivado medicar os pacientes com alguma alteração de humor. (Psicóloga 01)

A discriminação foi evidenciada em vários momentos, nos quais percebe-se que a criança era discriminada pelo fato de não ser um adulto, como os demais, por isso não deveria ter acesso às informações e decisões sobre o seu tratamento, mesmo quando compreendia a situação. Ademais, a criança também era discriminada/rotulada quando tinha reações e comportamentos próprios da sua faixa etária, ao gritar, chorar quando encontrava-se diante de procedimentos dolorosos:

Às vezes a médica fala pra mim: “mãe, quero falar com você”. Aí meu filho fala: não tia, é sobre mim! Eu quero saber! Mas por outro lado, ele não tá preparado para ouvir a realidade. Ele disse: “Não, mas eu não quero! Vocês têm que ouvir o paciente! E o paciente? O paciente não tem voz? Eu sou o paciente!” Aí eu falei: mas você é menor de idade, quem manda em você sou eu. (Acompanhante 10)

Dizer: “Ah, que menino chorão, um menino grande desse!” Muitas vezes os profissionais acham que as crianças têm que tá aqui e já entender tudo o que eles têm que passar. (Técnica de Enfermagem 08)

A questão da crítica ao grito, dor e desespero. A criança não sabe, a depender da idade, expressar o que sente. Quem não tem filho, não conhece, não tem essa vivência, acha que é o comportamento da criança e não gosta de fazer o atendimento daquela criança, fica uma criança com estigma de criança difícil, de mãe difícil. (Fisioterapeuta 4)

DISCUSSÃO

Os enunciados discursivos dos profissionais de saúde e acompanhantes manifestam a VI nas relações entre profissionais, criança hospitalizada e familiares, sendo compreendida por meio do abuso das relações de poder como pano de fundo para tais distorções. Os elementos que permeiam a VI nas relações ocorrem pelos problemas na comunicação, falta de atenção, desrespeito aos princípios éticos e situações que envolvem ameaça, tratamento grosseiro, preconceito e discriminação.

As diversas situações que envolvem problemas nas relações entre profissionais, criança hospitalizada e família refletem a desigualdade nas relações de poder entre estes sujeitos; uma assimetria que se sustenta no conhecimento do profissional, que impõe situações que levam crianças e famílias a se assujeitarem a um cuidado de saúde aquém do que se espera ou do que seria possível. (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018)

Historicamente, o abuso de poder é uma prática comum nos serviços de saúde, principalmente, nos hospitais. As relações se desenvolvem na forma de tutela, dependência e favor, na qual o médico, figura no topo dessa hierarquia, exerce o poder pautado em

determinados conhecimentos científicos, em tecnologia, certas crenças e valores culturais, exercendo domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; FOUCAULT, 2001)

Frequentemente, profissionais de saúde são movidos por atitudes paternalistas sob pretexto de boas intenções, entretanto sem considerar o interesse e vontades dos indivíduos que recebem os cuidados de saúde. Tais atitudes podem violar a integridade corporal ou a dignidade dos indivíduos, constituindo-se em relações abusivas baseadas em imposições, utilizando símbolos de autoridade verbal e discriminação como estratégias de poder. (PURAS, 2017; OLIVEIRA, PENNA 2017)

Estudo sinaliza que as relações abusivas de poder por parte dos profissionais, em parte, se dão pela forma como ocorre o aprendizado de saúde (em serviços públicos, nos quais a população é econômica e socialmente vulnerável), cujas práticas se desenvolvem vislumbrando o usuário como um objeto de treinamento, perpetuando o entendimento da prática de saúde autoritária e intervencionista. (MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018)

Ademais, a submissão voluntária de pacientes pode ser relacionada ao exercício da governabilidade que, segundo Foucault, conduz a conduta dos indivíduos, define a hierarquia entre os corpos e legitima determinadas práticas como normais. Assim, tais situações permitem que as relações se tornem ainda mais vulneráveis às relações abusivas de poder, podendo chegar ao ápice, como se vê nos casos de violência e dominação. (MEZZARROBA; ZOBOLI, 2018)

Paradoxalmente, é importante salientar que os profissionais de saúde também se tornam vítimas da VI na medida em que são inseridos em condições exaustivas de trabalho. Estas circunstâncias são constatadas pela precária estrutura física dos serviços de saúde, escassez de recursos humanos e materiais, sucateamento de equipamentos, relações conflituosas com outros membros da equipe de saúde, que podem conduzir o profissional a estados de estresse e angústia, também designados de sofrimento moral. O sofrimento moral é um evento comum entre profissionais de saúde, sendo descrito como um sofrimento resultante das relações de poder e hierarquia que ocorrem dentro das instituições, que pode ocorrer tanto pela escassez de recursos, cobranças demasiadas dos usuários, situações que envolvem dilemas éticos relacionados ao sigilo, ou até mesmo pela dificuldade do profissional em advogar os direitos do paciente. Assim, seja qual for a causa que levou o profissional ao estado de sofrimento moral, este poderá ser conduzido a um estado tão extremo de insatisfação, que pode levá-lo a desistir da sua profissão. (CARDOSO; COSTA; ALMEIDA, *et al.*, 2017; SANTOS, GARROS, CARNEVALLE, 2018)

Desta forma, neste estudo não se tem a pretensão de constituir julgamento ou ajuizamento da conduta do profissional de saúde, mas sim desvelar o conteúdo das relações abusivas proveniente das assimetrias de poder naturalizadas nas práticas de saúde, originadas em quadros institucionais prescritivos e rígidos, que tornam profissionais e usuários ora como vítimas, ora como agressores.

Os problemas na comunicação dos profissionais de saúde para com a criança e família evidenciam a presença de VI no ambiente hospitalar, uma vez que se constituem uma violação dos direitos da criança. O direito da criança de conhecer sobre a sua enfermidade, prognóstico, tratamento e cuidados necessários para a sua recuperação é assegurado através de diversos documentos legais (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei orgânica Sistema Único de Saúde 8080/1990) e infralegais (Resolução 41/1995, Código de Ética de Enfermagem e Código de Ética Médico). Logo, a falta de comunicação ou o não estabelecimento de comunicação adequada com a criança e família, torna-se uma violação. (BRASIL, 1990; 1995; 1988)

Nesta pesquisa foi possível constatar que tanto profissionais de saúde como acompanhantes veicularam discursos que sustentam os ruídos e a falta de comunicação presentes no ambiente de cuidado à criança. Os problemas na comunicação estão articulados, principalmente, à falta de informação à/da criança e família no que se refere a exames e procedimentos. Já os ruídos na comunicação, ocorriam pela fragmentação das condutas refletindo a limitada interação entre a equipe de saúde.

Estudo na Polônia que buscou avaliar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem em unidades pediátrica evidenciou aproximações com os dados que emergiram nesta pesquisa. Isto é, ao efetivarem o estudo anterior com acompanhantes das crianças hospitalizadas nas unidades pediátricas, tornam explícitos elementos que sustentam a questão da insatisfatória comunicação com a equipe de saúde, sobretudo quando a criança era acometida por quadros agudos, como traumas. Na Transilvânia, outro estudo revelou que profissionais de saúde e pais reconhecem que a criança é ouvida, mas não é informada quanto às decisões médicas para seu tratamento em saúde. Estas evidências comprovam a necessidade de melhorar a comunicação nos diversos ambientes em que a criança esteja no hospital, ampliando e adequando as linguagens para garantir um cuidado seguro à estas e suas famílias. (KRUSZECKA-KRÓWKA; AGNIESZKA, *et al.* 2019; TANTACHAROENRAT; PRASOPKITTIKUN; RUNGAMORN RAT, 2018)

Da mesma forma, pesquisa que buscou compreender a função da criança na comunicação e tomada de decisão dos cuidados de saúde revelou que crianças se tornam mais ativas nos processos de comunicação e tomada de decisão quando os enfermeiros interagem

diretamente com elas, possibilitando o diálogo através de perguntas, que pode ocorrer na presença ou ausência dos seus pais. (LEE; HAYCOCK-STUART; TISDALL, 2019)

A qualidade da comunicação é essencial para diminuir o estresse da criança e família durante o período de hospitalização, além de ser necessária para a promoção da segurança do paciente. Para tanto, a comunicação deve ocorrer de forma objetiva, clara, com técnicas adequadas de linguagem para a criança e família. Não obstante, a comunicação ineficaz leva ao aumento do nível de ansiedade da criança e família, baixa adesão e colaboração nos cuidados propostos pela equipe de saúde, além de ser uma das principais causas de eventos adversos e desfechos desfavoráveis no cuidado em saúde. (ARANHA; SOUZA; PEDROSO, 2020; BIASIBETTI; HOFFMANN; RODRIGUES, *et al.* 2019; BRONDANI; PEDRO, 2019; CAMPOS; ANTUNES; DAMIÃO, 2020; SANTOS; WIEGAND; SÁ, 2019; BAZZAN, MILBRATH GABATZ, 2020)

A VI também foi constatada nos enunciados que permeiam os problemas éticos, manifestos por situações que envolviam a perda da autonomia, não obtenção de consentimento da criança na realização de diversos tratamentos em saúde e, em alguns casos, nas atitudes de injustiça para com os seus acompanhantes, o que resultou em situações de angústia e sofrimento para crianças e seus familiares.

A perda da autonomia e a não obtenção de consentimento do indivíduo hospitalizado origina-se da prática de saúde baseada no modelo biomédico, na qual o cuidado o poder está centrado no profissional de saúde que detém o conhecimento. De acordo com Foucault, essa concepção tem origem no século XVIII ao vislumbrar as bases científicas da medicina, que estrutura suas ações a partir do olhar ao corpo e à doença. Desta forma, o corpo do indivíduo torna-se um objeto de dominação, e a prática médica se constitui em noções positivas de saúde e de normalidade, na qual a definição do homem modelo é descrita como um homem não doente. (FOUCAULT, 2001)

Para Foucault, os sistemas de valores nas instituições prescritivas, como quartéis, prisões e hospitais, através de diferentes jogos de verdade contido nelas, são capazes de influenciar a constituição do sujeito de acordo com os seus diferentes modos de objetificação. Desta forma, o sujeito é obrigado a aceitar as regras daquele padrão de tal forma que se houver falta, ele deverá ser exposto a um castigo. Isso significa que ao adentrar em um espaço onde se possui um conjunto de regras e normas (como o que se vê nos hospitais) o indivíduo se vê impelido a obedecer às ordens daqueles que são considerados sujeitos de autoridade, o que pode conduzir a estados onde as relações assimétricas de poder se formam, dando origem a situações de violência. (FOUCAULT, 2006)

Sobre a forma como usuários costumam tomar decisões, pesquisa que buscou evidenciar a capacidade de tomada de decisão de pacientes sob a perspectiva de enfermeiros revelou que quando os pacientes eram convidados para decidir algo sobre seu tratamento, eram considerados como um elemento passivo, e portanto, tomavam decisões que estavam a cargo da verdade do profissional. (MOLINA-MULA; ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018)

Em pediatria, o processo de tomada de decisão pode ser ainda mais delicado, pois envolve intermediários, no caso, os familiares. Por isso, faz-se necessário considerar o melhor interesse da criança, que ocorre quando as decisões que envolvem a saúde da criança ocorrem com o objetivo de buscar o seu bem-estar. (SANTOS; GARROS; CARNEVALLE, 2018)

Por outro lado, é preciso considerar que, a depender da fase de desenvolvimento cognitivo em que a criança se encontrar, será necessário avaliar se esta é capaz de tomar decisões sobre seus cuidados em saúde. Também é importante salientar que nem sempre a criança deseja estar incluída no processo decisório sobre o seu cuidado. Tais flutuações no papel das crianças são altamente dependentes de suas preferências, por isso é fundamental o desenvolvimento de estratégias para avaliar e determinar a posição ideal que a criança gostaria de ocupar durante o período de hospitalização, como forma de assegurar a sua autonomia. (LEE; HAYCOCK-STUART; TISDALL, 2019)

Neste estudo, as situações que envolveram ameaça e tratamento grosseiro ocorreram entre profissionais e acompanhantes das crianças hospitalizadas. É possível que tais situações tenham origem na desigualdade de gênero, uma vez que todas as acompanhantes eram mães dos pacientes. A violência de gênero tem sido evidenciada em serviços de saúde, sobretudo nos estudos que discutem a violência institucional dentro de maternidades e nos serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. Sobre a presença de violência psicológica em maternidades, estudo constatou que esta foi evidenciada como a mais frequente e que, assim como nesta pesquisa, também era materializada pela ameaça, tratamento grosseiro e desqualificação da opinião de mulheres dentro do serviço de saúde. (PAZ; PIRES; VIEIRA, 2019; MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018)

A falta de atenção e o descaso foram indicadas pelas participantes como a pouca ou nenhuma valorização das queixas de crianças e familiares, entretanto é factível compreender que também podem ser um reflexo da dificuldade que os profissionais têm em lidar com os problemas estruturais relacionados à sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde. Neste caso, é importante ponderar sobre os desafios impostos pelas condições de trabalho, pois estes prejudicam ainda mais a qualidade do cuidado. Neste estudo, a falta de escuta e de atenção resultou em omissão de atendimento, resultando em problemas na assistência.

As situações relacionadas ao preconceito e discriminação ocorreram na medida em que a criança não era considerada como um sujeito de direito simplesmente pelo fato de ser menor de idade. O preconceito para com crianças e adolescente não é um problema recente. Historicamente, a infância foi percebida a partir de diversos e distintos significados. Do infanticídio em civilizações primitivas, à cultura de considerar a criança como um pequeno adulto na idade média, é possível perceber que nem sempre o bem-estar de crianças foi considerado como algo importante para a sociedade. No Brasil, a história da criança negra foi fortemente influenciada pelo racismo e outros tipos de violência. Crianças consideradas “enjeitadas” eram abandonadas na Roda dos Expostos e aquelas que eram escravizadas podiam ser consideradas como objetos pois tinham a “função” de distrair crianças brancas. (SANTANA; SAPIRO; KIPPER, 2011; CAMARGO; ALVES, DIAS QUIRINO, 2005; ARIES, 1986)

Nos dias atuais diversas organizações nacionais e comitês internacionais se estruturaram para assegurar os direitos da criança, entretanto ainda permanece a influência do pensamento e governo da infância a partir do padrão de normalidade. Assim, crianças devem ser controladas e disciplinadas de acordo com práticas pedagógicas e médicas. Tais práticas ditam padrões prescritivos que deverão ser seguidos, de forma que as crianças que não se enquadrem nesses padrões, devem ser esquadrihadas por meio da disciplina e castigadas, ou até mesmo medicadas, quando seus comportamentos destoam das demais. (MORUZZI, 2017)

O preconceito e discriminação neste estudo foi percebido nos discursos dos entrevistados quando as tratativas para com a criança eram diferentes das da sua família, em função de considerá-las como um sujeito infantil não detentor de direitos, sem considerar sua capacidade cognitiva, interesses e vontades. (LUENGO, 2010)

Limitações do estudo

O estudo apresenta como limitações o fato de ter utilizado como campo de estudo apenas um hospital universitário em uma capital do nordeste. Outros estudos poderão apresentar achados de hospitais de outras regiões, de forma a obter dados mais representativos.

Contribuições para a enfermagem

Este estudo preenche uma lacuna importante nas pesquisas que envolvem a VI em serviços de saúde e o cuidado infantil. A contribuição deste estudo para a área da saúde está na capacidade de reconhecer que as relações entre profissionais criança hospitalizada e família apresentam risco para ocorrência de VI, demonstrando a importância de desenvolver intervenções para promover um cuidado seguro, humano, livre de abusos e violência nas suas

mais variadas formas. Este estudo também preenche uma lacuna importante nas pesquisas que envolvem a VI em serviços de saúde e o cuidado infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos, a partir deste estudo, a presença da VI nas relações entre profissionais de saúde, crianças e familiares durante o período da hospitalização infantil. Este tipo de violência se dá a partir das relações abusivas de poder que estão presentes nos problemas na comunicação entre crianças e familiares, falta de atenção e descaso, problemas éticos (perda de autonomia, não obtenção de consentimento, injustiça) e a violência psicológica percebida nas situações que envolviam ameaça, tratamento grosseiro, preconceito e discriminação.

Para que este tipo de violência seja enfrentada será necessário que os esforços englobem não apenas aqueles que estão nos espaços do ambiente de cuidado (como profissionais, usuários e gestores locais), mas também aqueles que atuam na formulação de políticas, como gestores, comunidade acadêmica, científica e sociedade tendo em vista que a violência institucional à criança hospitalizada encontra-se fortemente naturalizada e acobertada pelas políticas de proteção infantil, que em parte podem ser vistas nos ambientes de cuidado, mas que ainda carecem de esforços no seu monitoramento e avaliação.

É preciso também investir em treinamento e capacitação da equipe de saúde, bem como uma melhor adequação das estruturas de cuidado infantil para que as situações envolvendo abusos de poder e sofrimento moral de profissionais em serviços pediátricos sejam minimizadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: Communication, Health, Education**. Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79–91, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- ARANHA, Bruna Ferreira; SOUZA, Marcela Astolphi; PEDROSO, Glicínia Elaine Rosilho; MAIA, Edmara Basoni Soares; MELO, Luciana de Lione. Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v.41, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100404. Acesso em: 08 jan. 2020.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 279p.
- AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013–3022, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3013.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BAZZAN, Jéssica Straglioto; MILBRATH, Viviane Marten; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi; CORDEIRO, Franciele Roberta; FREITAG, Vera Lúcia; SCHWARTZ, Eda. The family's adaptation process to their child's hospitalization in an Intensive Care Unit. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 54, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100462&tlng=pt. Acesso em: nov. 2020.

BIASIBETTI, Cecília; HOFFMANN, Letícia Maria; RODRIGUES, Fernanda Araújo; WEGNER, Wiliam; ROCHA, Patrícia Kuerten. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 40(esp), 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/89778/51778>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BISOGNI Sofia; ARINGHIERI, Corinna; MCGREEVY, Kathleen *et al.* Implementação real dos direitos das crianças doentes em unidades pediátricas italianas: um estudo descritivo baseado nas percepções dos enfermeiros. **BMC Medical Ethics**. [s.l.], v. 16, n. 33, 2015. Disponível em: <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0021-0>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988

_____, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Secretaria para assuntos jurídicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm. Acesso em 24 jun. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 21 out. 2016.

_____, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF. 1995. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_crianças_hosp.pdf. Acesso em: 5 abr. 2018.

BRONDANI, Jeanine Porto; PEDRO, Eva Neri Rubim. O uso de histórias infantis no cuidado de enfermagem à criança: uma revisão integrativa. **Rev bras enferm**, Brasília, v.72 (supl 3), nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900333. Acesso em: 15 out. 2020.

BUBADUÉ, Renata de Moura; CABRAL, Ivone Evangelista; CARNEVALE, Franco; ASENSI, Felipe Dultra. Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983->

14472016000400407&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 31 Mar. 2018.

CAMARGO, Climene Laura de; ALVES, Eloina Santana; DIAS QUIRINO, Marinalva. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 608–15, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a19v14n4.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

CAMPOS, Fernanda Vieira de; ANTUNES, Camila Forni; DAMIÃO, Elaine Buchhorn Cintra *et al.* Instrumentos de avaliação da ansiedade da criança hospitalizada. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.33, p. 1-8, Out. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000101004. Acesso em: 21 nov. 2020.

CARDOSO, Ferdinand José da Costa; COSTA, Ana Carla Marques da; ALMEIDA, Mayron Morais *et al.* Institutional Obstetric Violence in Birth: Perception of Health Professionals. **J Nurs UFPE On line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3346–53, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110232p3346-3353-2017>. Acesso em: 31 mar. 2018.

CONANDA, Conselho Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Resolução 41 de 13 Outubro de 1995**. Brasília, DF. 1995. Disponível em: http://www.mpdfp.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao_e_Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf. Acesso em: 5 abr. 2018.

COSTA, Helrison Silva. Poder e violência no pensamento de Michel Foucault. **Sapere Saúde**, Belo Horizonte, v. 9, n. 17, p. 153-170, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/16152>. Acesso em: 08 abr 2019.

COSTA, Tarsília Salvador; MORAIS, Aisiane Cedraz. Hospitalização Infantil : Vivência de Crianças a partir de Representações Gráficas. **Revista de Enfermagem- UFPE On Line**, Recife, v. 11(supl. 1), p. 358–367, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11916p358-367-2017>. Acesso em: 24 mai. 2018.

FOUCAULT, M. **Estratégia: poder, saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 396p.

_____, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. 432p.

GOMES, Gabriela Lisieux Lima; FERNANDES, Maria das Graças Melo; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 69, n. 55, p. 940–5884, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0940.pdf>. Acesso em: 31 Mar. 2018.

GOMES, Giovana Calgano; XAVIER, Daiani Modernel; PINTANEL, Aline Campos; *et al.* Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 953–959, 2015.

KRUSZECKA-KRÓWKA, Agnieszka; SMOLEŃ, Ewa; CEPUCH, Grazyna. Determinants of parental satisfaction with nursing care in pediatric wards - a preliminary report. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, [s.l.], v.16, n.10, Mai.2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31137478/>. Acesso em: 07 out 2020.

LEE, Siew Pien; HAYCOCK-STUART, Elaine; TISDALL Kay. Participation in communication and decisions with regards to nursing care: The role of children. *Enferm Clin*, Barcelona, v.29 (sup.2), p.715-719, Set. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324547/>. Acesso em: 26 abr 2020.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 142p.

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev bras enferm*, Brasília v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

MELO, Willian Augusto de; MARCON, Sônia Silva; UCHIMURA, Taqueco Teruya. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 565-71. 2010.

MEZZARROBA, Cristiano; ZOBOLI, Fábio. Revisitando o conceito de biopolítica em Foucault para pensar o corpo na Educação Física. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, São Cristóvão, v. 11, n. 24, p. 279-296, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/6679>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MOLINA-MULA, Jesus; GALLO-ESTRADA, Julia; PERELLÓ-CAMPANER, Catalina. Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. *Int J Environ Res Public Health*. [s.l.], v. 15, n. 1, p. 49, Dez, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29286342/>. Acesso em 20 fev 2019.

MORUZZI, Andrea Braga. A infância como dispositivo: uma abordagem foucaultiana para pensar a educação. *Conjectura filosofia e educação*, Caxias do Sul, v.22, n.1, p. 279–299, 2017. Disponível em: 10.18226/21784612.v22.n2.04. Acesso em: 30 abr 2020.

OLIVEIRA Virgínia Junqueira, PENNA Cláudia Maria de Matos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto e Contexto - enferm*, Florianópolis, v.26, n.2, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em 20 out 2020.

PADILHA, Maria Itáira; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; ZILLI, Francielly; *et al.* O referencial foucaultiano como possibilidade metodológica em estudos em saúde e enfermagem. In: ALMEIDA, D.B.; SANTOS, N. C. **Foucault como referencial teórico metodológico na produção**. Feira de Santana: Zarte, 2020. 154p.

PAZ, Potiguara de Oliveira; PIRES, Natália Silva; VIEIRA, Letícia Becker; WITT, Regina Rigatto. Vulnerability of Women in Situation of Violence in Specialized Service. *Aquichan*, Bogotá, v. 19, n. 2, 2019. Disponível em:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/10129>. Acesso em: 13 mai. 2020.

PŪRAS, Dainius. Human rights and the practice of medicine. **Public Health Reviews**, Lausanne, v. 38, n. 9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>. Acesso em: 22 fev. 2018.

SANTANA, João Carlos Batista; SAPIRO, Alexander; KIPPER, Délio José; *et al.* (org). **Saúde da Criança e do Adolescente: Puericultura na Prática Pediátrica**. Edipucrs: Rio de Janeiro, 2011. 381p.

SANTOS, Maiara Rodrigues dos; WIEGAND, Debra Lynn-McHale Wiengand; SÁ, Natália Nigro; *et al.* From hospitalization to grief: meanings parents assign to their relationships with pediatric oncology professional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618316/>. Acesso em 20 fev. 2020.

SANTOS, Priscila Mattos dos; SILVA, Liliane Faria da; DEPIANTI, Jéssica Renata Bastos, *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646–53, 2016.

SANTOS, Raissa Passos dos; GARROS, Daniel; CARNEVALE, Franco. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 226-232, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2018000200226&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 mar. 2019.

SILVA, Vera Lúcia Shimidt da; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de; MUNHOZ, Tyago N, *et.al.* Hospitalization in the first years of life and development of psychiatric disorders at age 6 and 11: a birth cohort study in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 345, p. 64517–27, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000505012&script=sci_abstract. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUSA, Pedro de. **Análise do discurso** Florianópolis: LLV/CCE/UFSC, 2011. 114p.

TANTACHAROENRAT, Chanita; PRASOPKITTIKUN, Tassanee; RUNGAMORNAT, Somsiri; LIMPRAYOON, Kawewan. Use of a User-Friendly Tablet Application to Communicate with Pediatric Patients on Mechanical Ventilators. **Aquichan**. Bogotá, v. 18, n. 3, p. 275-286. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00275.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ELEMENTOS DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NAS PRÁTICAS DE CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: OLHAR SOB A PERSPECTIVA FOUCAULTIANA¹¹**RESUMO**

Objetivo: Descrever os elementos da violência Institucional (VI) nas práticas de cuidado à criança hospitalizada na perspectiva foucaultiana, de acordo com os discursos de profissionais de saúde e acompanhantes.

Metodologia: Pesquisa qualitativa descritiva exploratória tendo como campo de estudo uma unidade pediátrica de um hospital universitário em Salvador -Bahia. Participaram do estudo 10 acompanhantes de crianças hospitalizadas e 39 profissionais de saúde. Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada. Na análise de dados, foi utilizado a análise do discurso à luz do pensamento foucaultiano.

Resultados: A violência institucional nas práticas de saúde foi compreendida pelo dispositivo disciplinar, tendo como elementos: controle do tempo e separação espacial; controle dos corpos; normas e adestramento e o exame minucioso. Estando o cuidado balizado por tais elementos, foram identificadas situações de omissão de cuidados, desrespeito a autonomia, privacidade, falta de escuta, falta de atenção, danos físicos, privações e múltiplas manipulações do corpo infantil, resultando em violações na dignidade humana destes indivíduos.

Conclusão: É necessário que profissionais, usuários e gestores e comunidade acadêmica proponham uma mudança nos modos de atenção à criança hospitalizada, fortalecendo a difusão e debate dos direitos humanos nos serviços de saúde que atendem crianças e suas famílias.

Descritores: Violência infantil. Criança hospitalizada. Assistência à saúde. Negligência com a criança.

INTRODUÇÃO

Durantes muitos anos as práticas de saúde tornaram-se autoritárias e intervencionistas. A influência do modelo biomédico, presente na história da maioria das profissões de saúde, aliado ao avanço tecnológico da medicina, torna cada vez mais evidente a preocupação com a pouca ou nenhuma utilidade dos direitos humanos nestas práticas. (PŪRAS, 2017)

No Brasil, a criação da Política Nacional de Humanização em 2004 torna público o reconhecimento de que apesar da implantação do Sistema Único de Saúde, constituído com base nos princípios de universalidade e gratuidade, gerando um avanço incontestável dos princípios de equidade, integralidade e controle social, contraditoriamente as práticas de saúde tornaram-se verticalizadas e fragmentadas. (BRASIL, 2013)

¹¹ Artigo submetido à Revista Texto e Contexto Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Em que pese, os desafios que envolvem o desenvolvimento de práticas de saúde pautadas nas necessidades dos indivíduos e respeito à sua dignidade, colidem cada vez mais com as atitudes paternalistas dos profissionais, que muito embora prestam cuidados sob o pretexto de boas intenções, têm dificuldade de reconhecer e considerar os direitos, vontades e interesses dos indivíduos que estão sob seus cuidados. Tal condição é reproduzida nas relações assimétricas de poder entre profissionais e usuários, que se tornam preocupantes na medida em que podem culminar com o desenvolvimento de situações de violência dentro dos serviços de saúde. (PŪRAS, 2017)

A violência institucional (VI) é definida como aquela que se realiza por meio das relações de poder entre usuários e profissionais que resultam em danos ao usuário. Essas relações podem ocorrer de diversas formas: tentar adequar o paciente às necessidades do serviço, desvalorização da experiência de vida em detrimento do saber científico, violência física, falta de atenção, omissão, peregrinação. Assim, a VI pode ocorrer desde a busca pelo atendimento de saúde, até mesmo quando no próprio atendimento, as práticas de saúde são desenvolvidas de forma inadequada, comprometendo o cuidado e o bem-estar do usuário. (BRASIL, 2002)

A presença de violações aos direitos humanos nas práticas de saúde possui um significativo viés histórico marcado pela hierarquia, disciplina e controle dos corpos. Estes elementos são apresentados e discutidos pelo filósofo contemporâneo Michel Foucault, que descreve a disciplina como uma técnica específica de exercer poder através do controle dos corpos. Para este autor, o controle da sociedade pelos indivíduos não acontece por meio de uma ideologia, mas sim pelo corpo e no corpo. (FOUCAULT, 2001)

Ainda de acordo com Foucault, a medicina é uma estratégia biopolítica em que os corpos são uma realidade biopolítica. Desta forma, os discursos de verdade reproduzem efeitos de poder, no qual os indivíduos são julgados, classificados, segregados, disciplinados e obrigados a se submeter em função desses discursos. (FOUCAULT, 1999)

Para Foucault, o hospital, desde a sua origem, é considerado como instituição que utiliza a disciplina para estabelecer a ordem médica. A relação assimétrica estabelecida entre o profissional e o usuário, consolida o estabelecimento da hierarquia, à medida que um ser ocupa posição de superioridade em relação ao outro, e não há espaço para a negociação. (FORNARI; MADUREIRA; LABRICINI, *et al.*, 2014; FOUCAULT, 1999; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008)

A disciplina, que ocorre dentro de instituições como o hospital, se dá com base em estratégias bem definidas de controle dos corpos: controle do tempo, pela rigidez dos horários;

a separação espacial, pela distribuição bem delimitada dos corpos no espaço; normas e adestramento, a sanção normalizadora e o exame minucioso. (FOUCAULT, 2001)

Quando o usuário do serviço de saúde é uma criança, o problema torna-se ainda mais desafiador, uma vez que estas tornam-se ainda mais vulneráveis às práticas de saúde abusivas. Estudos comprovam que taxas de danos à integridade física e emocional de crianças em hospitais infantis tem ocorrido na mesma proporção que nos hospitais gerais. Pesquisas revelam que pais de crianças hospitalizadas são capazes de relatar os problemas que ocorreram durante a internação de seus filhos que não estão registrados em prontuários, portanto tem sido desconsiderados. (STOCKWELL; BISARYA; CLASSEN *et al.* 2015; KHAN; STEPHANNIE, FURTAK, *et al.* 2016; PERES; WEGNER; CANTARELLI-KANTORSKI, *et al.* 2018)

Assim, este estudo buscou descrever os elementos da VI nas práticas de cuidado à criança hospitalizada, de acordo com os discursos de profissionais de saúde e acompanhantes na perspectiva foucaultiana. Para tanto foi formulada a seguinte questão norteadora: Como se dá a VI nas práticas de cuidado à criança hospitalizada?

Espera-se que ao conhecer os elementos da VI à criança hospitalizada nas práticas de saúde os profissionais, gestores e comunidade acadêmica sejam capazes de discernir e reconhecer os principais pontos de abusos e violações nestas práticas, como forma de reduzir o sofrimento das crianças e seus familiares.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória, que utilizou o pensamento do filósofo contemporâneo Michel Foucault. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisadas pela análise do discurso.

O Campo

O campo da pesquisa constituiu uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de grande porte em Salvador, Bahia. A unidade onde ocorreu o estudo possui 26 leitos e recebe crianças de 3 meses a 14 anos.

Participantes

Participaram do estudo 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde da referida unidade. De acordo com o perfil sociodemográfico das acompanhantes, todas eram do sexo feminino, idade entre 19 a 45 anos, maioria com nível médio completo e renda de até 01 salário-mínimo. Participaram deste estudo as seguintes profissionais de saúde: assistente social (01), enfermeira (06), farmacêutica (02), fisioterapeuta (05), fonoaudióloga (01) médica (07),

nutricionista (05), psicóloga (01), técnico de enfermagem (11). Nesse grupo, todas eram do sexo feminino, tinham idade entre 27 e 62 anos, renda média de 5 a 10 salários-mínimos e a maioria tinha entre 6 e 10 anos de atuação em pediatria. Dentre os critérios para participar da pesquisa foram considerados: para os acompanhantes – ter idade maior de 18 anos e estar acompanhando a criança hospitalizada há mais de 7 dias; para os profissionais de saúde – estar trabalhando em pediatria há mais de dois anos. As participantes foram escolhidas por conveniência (no caso das acompanhantes, aquelas que estavam com seus filhos nas enfermarias e que aceitaram participar da pesquisa; no caso das profissionais de saúde, aquelas que se encontravam em serviço na unidade e aceitaram participar do estudo).

As entrevistas ocorreram na unidade pediátrica, sendo conduzidas pela pesquisadora principal, totalizando 11 horas de duração. As entrevistas foram realizadas após consentimento das entrevistadas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme da Resolução 466/2012.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados seguiu com base nos critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ). Foi utilizada a entrevista, norteadas por um roteiro semi-estruturado composto questões fechadas, contendo informações sobre o perfil sócio demográfico dos indivíduos; Questões abertas, com as seguintes perguntas norteadoras: Para os acompanhantes - Como tem sido o atendimento ao seu filho nesse hospital? Você ou seu filho tiveram algum problema durante a hospitalização? Quais? Você identifica alguma situação que caracteriza como VI durante o internamento do seu filho(a)? Para os profissionais- Na sua opinião, de acordo com a sua experiência profissional, quais problemas uma criança enfrenta durante o período de hospitalização? Você identifica algum tipo de VI à criança hospitalizada? Qual ou quais? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram identificados: acompanhante (por números) no caso das profissionais de saúde (pela categoria profissional e número).

Análise dos dados

A técnica utilizada foi a análise do discurso, que é frequentemente empregada nas pesquisas que utilizam o pensamento foucaultiano como ponto de análise. De acordo com Foucault, é necessário investigar tais enunciados para compreender os jogos de poder por trás deles. Os procedimentos analíticos ocorreram após a leitura exaustiva das entrevistas.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sendo iniciada após a sua aprovação. A pesquisa transcorreu dentro dos padrões éticos baseados nas diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde

RESULTADOS

De acordo com os resultados deste estudo, foram encontrados elementos da VI nas práticas de cuidado ofertadas às crianças hospitalizadas e suas famílias. Tal situação ocorreu mediante às tentativas de submeter a criança ao cotidiano hospitalar, no qual é utilizada a disciplina como um instrumento de poder para o adestramento infantil, revelando a forte influência desta tecnologia de poder dentro das instituições.

Os dados foram alocados em quatro formações discursivas: Controle do tempo e do espaço; Controle dos corpos; Normas e adestramento; O Exame minucioso.

O Controle do tempo e do espaço

Nessa formação discursiva, pôde-se observar que havia uma grande preocupação dos profissionais em realizar as práticas de cuidado em um período e espaço determinado. No que se refere ao tempo, em algumas situações, este era controlado pelos profissionais de tal forma que a criança deveria esperar para receber o atendimento adequado, deixando-a vulnerável a complicações pela não atenção às suas necessidades:

Vou fazer a cirurgia do meu filho! Mas ela (cirurgiã) falou: “não tem médico!” Porque o médico que ia acompanhar era o chefe da urologia, que estava nos Estados Unidos. Ela disse que não iria mexer na agenda dele, que não ia tirar os pacientes pra colocar meu filho.... Depois lá no hospital todos os dias eles falavam: “Mãe vá embora, volte dia 20 de fevereiro porque ele pode pegar uma infecção”. Mas eu dizia: não vou embora porque aqui meu filho tá sendo assistido e lá não tem cirurgião pra ele. Se ele pegar uma bactéria, Meu filho já tá assim por culpa dos médicos mesmo. Não era pra ele estar nessas condições (Acompanhante 02)

O controle do tempo também foi mencionado pelos participantes da pesquisa nas situações em que os profissionais se negam ou demoram para prestar atendimento. Em alguns casos, este fato ocorre pela lentidão nos processos administrativos, pela carência de profissionais no setor ou pela simples má vontade destes:

A médica pediu prá ele (urologista) vir logo aqui ver meu filho, mas ele disse: “Ah, eu não vou aí ver ele dia 13?” Porque dia 13 era a consulta dele. Ela falou: “Mas ele retornou muito debilitado, vá lá vê a situação da criança! Ele respondeu: “eu vou ver ele no dia 13”. (Acompanhante 02)

Os especialistas que a gente tem não estão todos os dias. A criança fica esperando o especialista. O hospital não dispõe de todos os exames, e procedimentos. Fica aguardando regulação para fazer exame. Aguardando material chegar. Isso tudo potencializa os riscos. (Médica 07)

Estou vendo que aquele paciente tá com acesso infiltrado e fingi que não vi, aí o braço do menino começa inchar até evoluir e acho que não devo pegar o acesso porque é final de plantão. Tem pessoas que pensam dessa forma. (Técnica de enfermagem 11)

Em outras situações, o tempo é considerado pelo profissional de saúde um grande aliado no cumprimento de padrões, normas, rotinas e prescrições. Dessa forma, a criança e a família devem se submeter ao tempo de cada ação, conforme enunciados a seguir:

Quando a gente precisa submeter a criança para determinada ação ou atitude, e que tem que ser naquele momento porque existe toda uma rotina no hospital, né? E muitas vezes aquela criança não tá disposta naquele momento... É a hora que tem que tomar banho, é a hora que tem que dormir, é a hora que só pode brincar até determinada hora. (Médico 06)

Tem que estar acordando o tempo todo a criança para fazer a medicação. Ai dá meia noite tem outra, ai é uma hora que ele está no soninho dele entendeu? Desde quando meu filho está aqui, ele não acorda sozinho por ele, ele é sempre acordado. Não dorme com o soninho tranquilo para ele mesmo acordar, tem que estar sempre sendo acordado. (Acompanhante 05)

A separação espacial foi percebida nos discursos como uma importante ferramenta para compreender os elementos da violência institucional à criança hospitalizada, uma vez que o controle espacial ocasionou omissão de cuidados, determinando, assim, quem receberia ou não atendimento. Os enunciados veiculam esta situação:

Na admissão não tem uma sala de recepção. Então, eles ficam lá em baixo, no corredor, na regulação esperando para subir para a enfermaria, então ele fica com fome, fica esperando em uma cadeira, não é uma condição ideal. Não tem um pronto atendimento que possa receber esse paciente de forma adequada, para tomar alguma conduta antes de subir. Então fica esse espaço aí que é um limbo, na verdade. O paciente fica sem conforto e sem assistência. Se ele for grave, fica sem ser visto, inclusive. (Médica 05)

Em algumas situações, crianças que estavam sendo tratadas nas unidades de internação, apesar de estarem dentro do espaço hospitalar, não conseguiam receber a visita e avaliação dos profissionais de algumas especialidades pediátricas pelo simples fato de que estes não se deslocavam do “espaço ambulatorial” para atender a criança que encontrava-se no “espaço da enfermaria”.

O caso dela agora é cirúrgico, aí a médica falou: “oh, mãe, a gente vai dar alta a ela porque ela precisa de uma consulta com o neuro e o anestesista, mas a neuro não vem na enfermaria atender ela, por isso a gente vai ter que dar alta a paciente”. A gente vai marcar o retorno dela no ambulatório, porque a neuro não vem. (Acompanhante 10)

O relato anterior expressa como são tratadas com “naturalidade” situações, nas quais era sugerido que a criança recebesse alta hospitalar (mesmo quando seu problema de saúde não havia sido resolvido) para ser atendida no ambulatório do mesmo serviço de saúde, uma vez que determinada especialidade pediátrica não se deslocava até a enfermaria para atender pacientes internados. Algumas mães demonstraram insatisfação quando eram surpreendidas como fato do seu filho ter que receber alta para dar continuidade a um tratamento que poderia ser realizado ainda durante a internação. Também se mostravam preocupadas com o risco de piora ou complicações ao retornar para casa com a criança, como vemos nos enunciados a seguir:

Aí eu reivindiquei, eu falei: “como é que vai mandar uma criança pra casa, que sabe que o problema dela agora só resolve com cirurgia? Pra quanto tempo voltar? Daqui há um mês pra consulta? Como eu vou esperar pra poder minha filha ter atendimento e sabe lá Deus quando marcar a cirurgia? Se ela piorar em casa, o que é que vou fazer? Se o medicamento não resolve o que é que vou fazer? vou esperar mais o que, se sabe que a situação que ela tem necessita de prioridade de uma cirurgia? (Acompanhante 10)

Fiquei oito dias com meu filho no hospital aguardando a cirurgia mas não aconteceu. Eles colocaram a gente pra fora, porque tinha exame que o SUS não cobria e meu filho dependia desse exame para fazer a cirurgia. Nesse tempinho aí, meu filho parou de urinar, pegou uma infecção muito forte... Eu falei pra a cirurgiã: meu filho tá grave! Já tenho nove meses aguardando essa cirurgia! Cada mês fica pior, ele tá tendo três infecções por mês e não vai suportar! Aí ela discutiu comigo, achou ruim, disse que não ia jogar meu filho nas costas dela, que não ia fazer a cirurgia dele sozinha. Eu fui obrigada a ir na ouvidoria relatar o que tava acontecendo por que ela tava falando pra outros médicos que ia dar alta pra meu filho, que ele tinha todas as condições de aguardar a cirurgia na fila de espera e que tinha que ser acompanhado no ambulatório. Eles estavam querendo dar alta, levar meu filho pro interior pra ele morrer lá sem assistência médica. Eu como mãe tava ciente que meu filho não ia suportar esperar. Meu filho não fica nem um mês em casa, só vive dentro do hospital, como é que eu vou ficar tratando meu filho no ambulatório? Como essa criança tem capacidade de aguardar essa cirurgia, nesse estado e eu ficar tranquila? (Acompanhante 02)

Controle dos corpos

Neste estudo foi constatado que o corpo infantil é exposto a múltiplas manipulações, que ocorrem quando a criança é submetida a excessiva carga de exames, procedimentos, que podem ocasionar danos físicos e psicológicos, Tal situação pode ser constatada nos enunciados tanto de profissionais como de acompanhantes:

Ele nunca ficou hospitalizado, uma criança que tá todo furada, toda hora fura, perde um acesso, tira um líquido da barriguinha, é muito novo pra gente. (Acompanhante 09)

O negócio de ficar colhendo toda hora, furando. Essa coisa de furar demais, irradiação demais quando às vezes não é necessário você fazer. São procedimentos. Muitas vezes a gente deixa a criança com o acesso por mais tempo, favorece mais infecção, mais dor, mais limitação pra ele sair. (Médica 06)

O controle do corpo da criança é evidenciado nas situações em que há desrespeito da sua autonomia, bem como a manipulação do corpo sem o seu consentimento. Em alguns discursos nota-se que a criança não é informada ou consultada sobre algo que ela poderia compreender para colaborar no seu tratamento. Tal situação ocasionava ansiedade, irritação, podendo também acarretar outros desequilíbrios emocionais:

Ela vai ser invadida, vai ser colhido sangue, não se pergunta ou não se diz pra criança o que vai ser feito. Infelizmente, só com o tempo que a gente vai percebendo que aquilo não é uma criança agressiva, é uma criança que está com medo, é uma criança que está sendo invadida. (Médica 01)

Eu lhe digo que nesses internamentos que ponto negativo é o psicológico, o conviver com a incerteza e a invasão. Hoje você tem exame de sangue, amanhã você tem ecocardiograma, depois de amanhã você tem um raio-X, depois você tem... Poxa, pra que isso? Para que tanto exame? Em primeiro lugar vem o desgaste psicológico, em segundo lugar vem o desgaste dessa invasão, ele tá sendo invadido demais. (Acompanhante 09)

A gente vai puncionar e botar o soro de qualquer jeito, não é uma emergência ou uma urgência que ali ia salvar a vida da criança isso é uma coisa que se pode conversar, você poderia mostrar a criança, e não simplesmente segurar ela. (Enfermeira 05)

A despeito da desqualificação do saber prático e da experiência de vida, neste estudo, os participantes veiculam discursos de produção de sentido de que esse tipo de comportamento era comum por parte dos profissionais de saúde no desenvolvimento das suas práticas de cuidado. Nessas situações, pode-se perceber que a apropriação do corpo da criança é tal, que a opinião da sua mãe é desconsiderada no momento de tomada de decisão:

A pediatra disse: “Ele está bem, estamos querendo dar alta pra ele.” Aí eu falei: mas eu não vou aceitar, eu sei o que passo e ele vai adoecer. Ela disse: “Não! Ele tá super bem”. Passou uns dois dias, ele começou a passar mal, ficou pálido, fiquei nervosa. Ficou no bercinho dois dias sem comer, sem brincar, passando mal. Aí foram ver que eu estava falando a verdade. (Acompanhante 02)

Que a gente acha que o nosso conhecimento é soberano e as vezes a mãe é quem mais sabe do seu filho. (Fisioterapeuta 05)

O corpo da criança também considerado como um objeto de controle e poder quando alguns membros da equipe de saúde tentavam direcionar o tratamento para o que entendem como sendo “o mais adequado para o paciente”, sem considerarem a indicação de outras

maneiras de prestar os mesmos cuidados com menos desconforto. As divergências manifestam-se no seguinte enunciado discursivo:

Do ponto de vista da fonoaudiologia, uma das nossas dificuldades é a equipe não respeitar o prazer alimentar da criança, a necessidade de fazer a via oral. Muitas vezes é uma criança que tem necessidade e condição de fazer via oral, porém, a equipe é mais agressiva e acaba optando por passar uma sonda, que é mais “fácil”, pois a criança vai ganhar peso mais rapidamente, mas isso é muito relativo, muitas vezes ela pode ganhar peso respeitando a via normal dela que é oral. (Fonoaudióloga 01)

Ademais, foram observadas situações de controle dos corpos, quando as crianças são expostas a condutas erradas durante procedimentos, devido a imperícia ou por imprudência, causando danos físicos, como se vê nos relatos a seguir:

Violência física, pegar uma criança com brutalidade, pode acontecer. (Nutricionista 02)

Essa médica puxou a sonda do meu filho antes do tempo e terminou ferindo a cirurgia dele, deu pus, e encheu de pus a sondinha dele e dentro da bexiga e o xixi dele também, só urinava pus. Deu uma infecção, que já tava tomando conta dele, ele ia morrer. Ela fez isso com meu filho, puxou antes do dia essa sonda, que disse que era com 20 dias ou 21 dias. Ela não chegou a retirar porque tava presa, ela forçou, puxou, ela ficou puxando, puxando, puxando e o menino chorando, saiu sangue, inchou demais o local da cirurgia. Eu fiquei desesperada. (Acompanhante 02)

Os profissionais que vêm pra fazer a coleta não têm experiência com criança e várias vezes eles são expostos para exame, depois ter que colher de novo, principalmente no final de semana e feriado. (Médico 04)

Normas e adestramento

As regras e normas hospitalares foram descritas pelos participantes da pesquisa como um guia de condutas que auxilia o profissional na prestação do atendimento ao paciente. Entretanto, em diversas situações pôde-se observar que a imposição de normas e rotinas no cuidado à criança, ocasionou prejuízos no atendimento das necessidades desta, contribuindo para a ocorrência da VI, o que é visibilizado a seguir:

As vezes o médico da cirurgia demora a chegar na enfermaria pediátrica para admitir a criança, daí ela fica sem prescrição, ou seja, fica sem dieta, fica com fome. Institucionalmente nós não podemos liberar a primeira refeição sem ter a primeira prescrição. Esse paciente para o serviço de nutrição ainda não existe, ele tem que entrar no sistema. (Nutricionista 05)

A gente lida com criança, então como a gente sabe que tem um fluxo hospitalar e a gente tem protocolos a serem seguidos e cumpridos, as pessoas querem fazer o que elas estão ali pra fazer e não se incomodam, não se preocupam, as vezes estão tão focados no que tem que fazer que acabam não se importando, ou dando a devida importância à necessidade daquele paciente, é essa a necessidade daquele paciente nesse momento? É o seu atendimento ou ele

precisa dormir por exemplo? Ele precisa ficar ali no colinho da mãe porque ele acabou de passar por um procedimento invasivo? Tentaram pegar um acesso ou algo do tipo? Coleta de sangue também, e ficou irritado, precisa tá ali no colinho... Mas você também tem seu horário pra atender, e aí? Eu sinto muito isso, tem que ter bom senso e eu sinto que em algumas situações as pessoas são tão cobradas também como profissionais, que elas passam por cima disso pra poder cumprir o que de fato elas tem que cumprir, porque elas tão sendo pressionadas e no fundo no fundo, toda assistência tem que ser voltada para o bem estar do paciente. (Fisioterapeuta 03)

Ao adentrar no ambiente da instituição hospitalar, a criança terá que se adequar a uma série de normas e regras pré-estabelecidas. Essa situação pode ser comparada com um processo de adestramento. Os danos advindos dessa normalização levam a criança e família a serem privados de necessidades básicas como sono, alimentação e atenção. Obedecer às regras, independente da sua necessidade, conforto ou aceitação, torna-se um acontecimento materializado:

A gente é cheio de rotina. Horário que faz o medicamento, dá banho, que acorda e a criança não está acostumada com isso, a gente impõem tudo para ela e às vezes elas ficam mais estressadas e às vezes não é só por conta do adoecimento, é por conta de estar tendo que se adequar a tanta coisa nova. Falta sensibilidade da equipe de entender que as vezes o mal humor não é porque ela é mimada ou é birra ou é dengo, é só porque e ela tende a expressar o estresse dela, dessa forma. (Farmacêutico 01)

Depois que ela conseguiu dormir, a enfermeira chegou e queria fazer o procedimento nela, eu falei: agora não! Por favor, não aguento mais, eu preciso descansar, tô sozinha já aqui há muitos dias sem dormir. Ela olhou pra mim e falou: “Ué mãezinha? quer dizer que você não vai aceitar que eu faça os procedimentos na sua filha? você está dentro do hospital e não vai querer o procedimento prescrito pelo médico?” Eu falei: não é que eu não queira o procedimento, só que nesse momento eu prefiro que minha filha descanse. Ela agora vai descansar, se ela não puder descansar, se você acha isso inapropriado, eu prefiro ir embora do que ela ficar assim. (Acompanhante 04)

Neste estudo foi identificado que o cumprimento das regras e rotinas sem a devida conscientização da necessidade da criança pode acarretar danos físicos, como vemos no relato de uma mãe:

O urologista disse que toda hora que meu filho fizesse um pouquinho de xixi, era pra avisar a enfermagem, pra vir passar a sonda nele. Ele disse que era só um dia, mas aí passou pra dois, três... e meu filho ficou com o pênis super inchado, chorando. Imagine, passar seis a sete vezes num dia uma sonda daquela pra retirar o xixi, incomoda e dói. Ele colocou essa orientação e não veio tirar. Até que a gente vendo a situação do meu filho, a enfermagem e a médica ficaram de falar com ele pra tirar. Eu falei: não vou ficar aceitando ver meu filho nessa situação. Quando eu fui na ouvidoria, o urologista veio e disse que era pra fazer de 6/6h. (Acompanhante 02)

Não obstante, também foi constatado que o “estar fora da norma”, mesmo que por justo motivo, também, trouxe problemas para a criança:

A cirurgia estava marcada para 11 horas, mas deu 11 horas e nada. Aí reclamei: “por que estão descendo as crianças mais velhas na frente de meu filho se falaram que ele ia ter prioridade? Eles disseram: “Ah, mãe, não é com a gente quer. É com a equipe de lá e a gente não pode fazer nada.” Como é que não pode fazer nada? Meu filho é um bebê, tá morrendo de fome. Depois fui informada que no centro cirúrgico tava a maior briga, porque não queriam fazer a cirurgia do meu filho, porque era um encaixe. Os médicos ficam exaltados, porque é uma coisa que eles tão sendo obrigados a fazer, por isso tava a maior briga lá. (Acompanhante 02)

Ademais, a prática do cuidado centrado na norma institucional imprimia o ritmo necessário para garantir agilidade no atendimento e uma falsa sensação de estar cuidando da criança de forma adequada, competente. Entretanto, os profissionais reconhecem uma dicotomia entre o ser competente e o ser humanizado:

A gente também tem muito essa questão da dificuldade da gente pensar muito mais em termos de “a gente instituição”, como deve funcionar do que propriamente em relação ao doente em si, né? E hoje essas coisas de competência, a exigência, a pressão, “Você tem que ser bom! Não pode errar! Você tem que...”, isso também, eu acho que desfavorece muito, a gente acaba perdendo muito a sensibilidade, aquela coisa do parar pra conversar, de conhecer o paciente e a família como um todo, né? É uma coisa muito mecanizada pois é muito protocolada. Que você tende ao seu rendimento basicamente, baseado nas suas competências, se você não fizer check-list das competências, você não é considerado incompetente mesmo que você seja uma pessoa diferenciada ou mais humanizada (Médica 06)

O exame minucioso

No espaço hospitalar, sobretudo por se tratar de um hospital universitário, a prática do exame relacionado à fragmentação e desarticulação e esquadrinamento trouxeram prejuízos no atendimento das necessidades de saúde da criança. Ainda, o exame minucioso, por se tratar de uma ação baseada na minúcia da vigilância e esquadrinamento do corpo originou situações de VI pelo desrespeito da privacidade da criança, causando desconforto e estresse:

Muitas vezes tem aqui 10,15 internos e aí vários internos vão atender o paciente. As vezes troca de interno e os familiares se queixam disso. São muitos profissionais na unidade e eles tem dificuldade de enxergar os profissionais de referência. Isso dificulta também o processo de adesão ao tratamento. É um hospital universitário, então a gente tem muitas mudanças de rodízios de residentes e internos, mas muitas vezes isso não é compartilhado com o paciente. A gente vê os impactos psicológicos desse processo. (Psicóloga 01)

Aí vem o estudante de medicina, depois o preceptor, que no caso sou eu, pra questionar alguma coisa e isso causa até choro... Quando eu entrei na sala pra examinar a criança, ela já tinha sido vista por quatro médicos, e pra ela ali todo

mundo é médico, ali então ela começou a chorar, aí pronto, vem a enfermeira, vem a estudante de enfermagem, vem o residente, e aí vem toda uma equipe... (Médica 04)

Nos casos mais acentuados, a criança pode ser levada a situações de estresse tão grande, que pode ficar estigmatizada como uma criança agressiva, não colaborativa, o que muitos profissionais não compreendem. Essa situação é descrita por profissionais como patologização da criança:

Ela vai ser invadida, vai ser colhido sangue, não se pergunta ou não se diz pra criança o que vai ser feito. Infelizmente, só com o tempo que a gente vai percebendo que aquilo não é uma criança agressiva, é uma criança que está com medo, é uma criança que está sendo invadida e as vezes você consegue através de sentar e conversar com a criança, pra depois você partir pra um exame físico. (Médica 01)

A criança não sabe, a depender a idade, expressar o que sente. Quem não tem filho, não conhece, não tem essa vivência e acha que é apenas o comportamento da criança e não gosta de fazer o atendimento daquela criança, fica uma criança com estigma de criança difícil e de mãe difícil. (Fisioterapeuta 04)

Situações que os familiares são rotulados com doenças psiquiátricas, que não existe. Ainda existe essa cultura de patologização do familiar e da infância. Já tivemos época que era muito incentivado medicar os pacientes com alguma alteração de humor. (Psicóloga 01)

Apesar da sistemática envolvida no exame minucioso, foram identificadas situações em que a VI manifesta-se por meio de diagnósticos imprecisos:

Aí chegou o médico da urologia, que falou que meu filho não precisava fazer cirurgia, só quando tivesse uns cinco anos, por isso ia dar alta, que não era para eu me preocupar. Retornei dia vinte e seis de setembro com os exames dele e mostrei a uma junta médica da urologia. Ficaram todos sem saber o que fazer, porque disse que o rim de meu filho já estava sendo atingido e tinha que fazer essa cirurgia. (Acompanhante 02)

Para detectar a doença foi muito demorado. Se tivesse diagnosticado mais cedo, então ela hoje estaria bem melhor. Só agora, quase 15 dias depois, que descobriu que era coqueluche. (Acompanhante 04)

DISCUSSÃO

Na formação discursiva “controle do tempo e do espaço” evidencia-se, através de discursos de profissionais e acompanhantes, a tentativa de adequar a criança às normas e padrões de tempo estabelecidos pela instituição. Como resultado do controle rigoroso do tempo no desenvolvimento dos cuidados em saúde, percebe-se o aumento da espera da criança para receber o atendimento, até mesmo quando esta encontrava-se em situações de urgência, levando

a um agravamento do seu estado de saúde. Assim, o controle rigoroso do tempo resultou na falta deste para atender os usuários que precisavam ser priorizados e, portanto, omissão de cuidados.

Ainda sobre o uso de normas para controle do tempo, pesquisa realizada com acompanhantes de crianças internadas em um hospital universitário no sul do Brasil evidenciou que na maioria das vezes a família desconhece as normas e rotinas hospitalares, buscando inicialmente se adaptar a estas, pois entende a necessidade de organização do trabalho. Entretanto, em alguns casos, familiares destacaram ser importante a flexibilização destas normas, uma vez que por vezes eram obrigados a transgredi-las, quando percebiam que elas dificultavam o cuidado à criança. (XAVIER; GOMES; SALVADOR, 2014)

A supervalorização de normas e rotinas hospitalares foi também constatada em uma pesquisa realizada em um hospital geral público em Fortaleza com usuários em idade adulta. De acordo com os resultados deste estudo, os indivíduos internados percebem o hospital como um espaço de enclausuramento e confinamento, onde as pessoas que necessitam de atendimento de saúde, são mantidas segregadas da sociedade por um tempo variável, permanecendo fechadas, isoladas e formalmente administradas. Assim, a imposição de normas, regras e rotinas, que teoricamente deveriam facilitar o atendimento e assegurar o conforto, acabam por se tornar um instrumento de dominação, devido à predominância da visão burocrática e técnico-científica, o que compromete ainda mais a resolutividade do atendimento. (GOMES, NATIONS, LUZ E 2008)

De acordo com Foucault, o estabelecimento de um tempo certo para as coisas é inerente à disciplina. Na disciplina, o controle do tempo é estabelecido pela censura, de maneira que se algo não acontece dentro do tempo previsto, deve ser censurado. (FOUCAULT, 2001) Neste estudo inúmeras atitudes de omissão de cuidados eram justificadas pela censura, o que gerou problemas para a criança.

Da mesma forma, a separação espacial, muito utilizada nos hospitais para dividir e organizar os indivíduos, também, em alguns casos, ocasionou situações de omissões e falta de atenção. De acordo com os participantes, crianças hospitalizadas não podiam ser avaliadas por pediatras de determinadas especialidades pelo simples fato de estarem internadas em enfermarias, uma vez que estes profissionais, apesar de estarem na mesma instituição, deveriam atender apenas crianças que estivessem no ambulatório. Ademais, também foi evidenciado que o espaço de acolhimento da criança, quando da sua admissão, era precário, pois não fornecia a estrutura necessária para que esta recebesse atendimento adequado, tornando-se um espaço de desassistência.

Para Foucault, a disciplina se dá por meio da separação espacial, na qual os indivíduos devem ser isolados e vigiados, para tanto, os indivíduos são inseridos em espaços classificatórios e combinatórios. Assim, a distribuição do espaço interno da instituição torna-se propícia à prática da medicalização, mas não às necessidades dos indivíduos que adentram nela. (FOUCAULT, 2001)

Em que pese, a dificuldade de se ter um atendimento de qualidade em todos os espaços do hospital pode ser justificado pela sobrecarga de trabalho, entretanto, o argumento da separação espacial não deveria ser sustentado, uma vez que a necessidades de saúde da criança hospitalizada supõe que haja priorização do atendimento desta em qualquer ambiente onde se dá o cuidado de saúde.

Portanto, é premente pensar que a ação que se desenvolve dentro de hospitais requer um pensar no indivíduo como o principal alvo, no centro da estrutura de atenção à saúde, assim a estrutura deve convergir para este e não o contrário. Por isso, cabe lembrar que o controle do tempo e a separação do espaço precisam existir, entretanto não devem ser rígidos, mas sim moldáveis, flexíveis e abertos ao diálogo e negociação.

A segunda formação discursiva demonstrou que as práticas de cuidado, de acordo com os discursos dos acompanhantes e profissionais, têm sido desenvolvidas com base no controle dos corpos. Isto ocorre pois o corpo infantil tem sido exposto a múltiplas manipulações, em sua maioria sem o consentimento da criança. Ademais, a falta de informação e a desqualificação do saber prático em detrimento do conhecimento científico resultam em perda da autonomia, e coisificação do sujeito infantil.

Pesquisas comprovam a manipulação do corpo infantil sem o consentimento da criança, considerando que seus direitos fundamentais desta são parcialmente aplicados. Tal situação também foi descrita nos estudos em que crianças descreveram a forma imperativa com a qual era abordada por alguns profissionais. (LORINCZ, 2018; SANTOS; SILVA; DEPIANTI, 2016)

Para Foucault, um corpo é dócil na medida em que se submete à imposição das forças que o modelam e assujeitam. Na disciplina, o corpo é alvo e objeto do poder, portanto é necessário que haja relação de docilidade para que este seja transformado e aperfeiçoado. Entretanto, essa relação de docilidade resulta muitas vezes em agressões, mutilações, dominação nutridas pelo abuso de poder por parte dos profissionais, confirmando a presença de violência institucional à criança no serviço de saúde. (FOUCAULT, 1999)

De acordo com os participantes, o corpo infantil é demasiadamente invadido e machucado em função da carga de exames e procedimentos, o que resulta em danos físicos e psicológicos.

Foucault (2006) argumenta que pelo simples fato de estar internado, o indivíduo torna-se um cidadão sem direitos abandonado à arbitrariedade daqueles que o cuidam, para fazerem dele o que bem entendem. Além disso, o controle sobre os corpos por meio da disciplina, consolidam a subjetivação do sujeito criança e doente ao mesmo tempo.

O sujeito, para Foucault, é um indivíduo que passa por diversos processos de objetivação que ocorrem nos jogos de verdade e nas relações de poder e consegue se decifrar e se reconhecer quem ele é no campo do saber. Assim, no assujeitamento do sujeito, este é fabricado por verdades sociais e institucionais que o induzem a saber, pensar refletir e se compreender como aqueles jogos de verdade o induzem. (FOUCAULT, 2006)

Partindo dessa premissa, historicamente o corpo da criança passou por diversos modos de objetivação, sendo considerado como um objeto de papariação, de divertimento, de distração do adulto, mas também de vergonha, pudor, o qual precisava ser moralizado e controlado em cada detalhe. Por isso, as práticas de saúde nas quais se desenvolveu o cuidado infantil tinham como base os pressupostos higienistas e eugenistas que previam a imagem do corpo infantil como sendo eugênico, branco e limpo. (MORUZZI, 2017; FOUCAULT, 2006)

Aliado a esse pensamento o sujeito criança-doente-hospitalizada, ainda é compreendido ainda mais passivo, paciente precisando de controle, uma vez que esse corpo está adoecido e, portanto, necessita de cuidados. Por isso, compreendemos que a relação de poder, também, que é evidenciada nas práticas do cuidado institucional com a criança-doente-hospitalizada é muito mais intensa, desigual e cristalizada, não permitindo espaço para flexibilidades ou negociações.

Para Foucault, os estados de dominação acontecem quando as relações de poder estão cristalizadas, onde não se permite que haja uma modificação entre os parceiros. (FOUCAULT, 2001) Desta forma, pode-se considerar que em alguns casos as relações assimétricas de poder (que constituem os marcos teóricos da violência) entre profissionais e crianças hospitalizadas podem ser substituídas pelas relações de dominação, tornando-se mais densas, cristalizadas e de difícil mobilização.

Em outra situação, a presença de violência física foi observada no caso em que uma acompanhante informou que a criança teve sua sonda vesical tracionada de forma inadequada e antes do tempo previsto por uma médica, resultando em dor, sangramento, choro intenso, ansiedade, edema e posteriormente infecção local. De acordo com a Lei 13.431/2017 a violência física à criança é definida como uma ação infligida que ofenda sua integridade corporal ou que acarrete sofrimento físico, portanto a situação apresentada configura-se como um quadro deste tipo de agressão. (BRASIL, 2017)

Pesquisa realizada em 2001 na Austrália apresentou uma série retrospectiva de casos de acusações de abusos em crianças hospitalizadas e evidenciou a presença de abusos físicos, caracterizados por hematomas, fraturas, manuseio brusco; abusos verbais e sexuais. Estudo realizado no Brasil, revelou que crianças denunciaram que não gostavam quando os profissionais não conversavam sobre os procedimentos e falavam com elas de forma imperativa para permanecerem caladas. (FELDMAN; MASON; SHUGERMAN, 2001; SANTOS; SILVA; DEPIANTI, 2016)

Para Puras (2017) há um paradoxo entre a prestação de cuidados na prática médica e o respeito aos princípios dos direitos humanos, uma vez que esta categoria está munida cada vez mais de conhecimento sobre a prática e menos sobre bioética, por isso são constatados inúmeros flagrantes de violações da integridade corporal e dignidade humana em nome da saúde e da medicina. Desta forma, persiste a necessidade de mobilização de entidades nacionais e internacionais para introduzir este tema na formação de profissionais nas áreas de saúde.

Ademais é importante destacar que a ocorrência de situações estressantes durante o período de hospitalização pode ocasionar consequências como traumas emocionais, a saber: sinais de regressão (enurese, reatividade) ainda na infância e distúrbios emocionais como ansiedade e depressão na fase adulta. (MELO, MARCON, UCHIMURA, 2010; ALMUNEEF; HOLLINSHEAD; SALEHEEN, *et al.* 2016)

A formação discursiva normas e adestramento demonstra que a imposição de normas e rotinas impacta como VI no atendimento das crianças em virtude da omissão de cuidados, privação de necessidades básicas das crianças e suas famílias, como o descanso, o sono, a alimentação. Esta situação, manifesta não apenas pelos acompanhantes, mas também pelos profissionais que, em alguns casos, consideraram o cumprimento de regras e protocolos como uma meta a ser cumprida ou estratégia imposta pelo serviço para que estes exerçam suas atividades de forma produtiva e eficaz.

Esta evidencia foi observada em um estudo demonstrou que crianças vivenciavam a hospitalização de forma negativa quando sentiam-se limitadas pelas regras, controle, isolamento e dependência imposta (COSTA; MORAIS, 2017)

Para Foucault, a regra permite que ocorra o jogo da dominação. É a través das regras que se pratica a normalização, pondo em ascensão a violência. Para este autor, as regras são elementos tão importantes que o jogo da história é de quem se apodera delas, quem souber dominá-las. (FOUCAULT, 2001) No hospital, os participantes confirmam a presença das regras nas práticas de cuidado durante o exercício profissional (como prescrições de cuidados), bem como as regras norteiam todo o sistema normativo institucional (protocolos e orientações),

deixando bem claro como o usuário deve se portar ao adentrar no serviço para receber o atendimento de saúde.

Em outras situações, quando a criança apresentava alguma necessidade de saúde que era sanada fora da regra, foi evidenciada demora no atendimento de saúde e/ou algum tipo de privação. De fato, o cumprimento de normas institucionais é um importante norteador de práticas em organizações complexas como hospitais, mas é necessário considerar que estas precisam ser desenvolvidas de forma humana, com base em prioridades e necessidades de saúde tanto dos indivíduos que recebem como aqueles que prestam os cuidados. De acordo com a PNH, a humanização supõe que sejam mitigadas as estruturas rígidas de saber e poder nas práticas de saúde, por isso deve fomentar o protagonismo do sujeito, destacando os aspectos subjetivos e sociais das práticas de saúde. (BRASIL, 2013)

Na última formação discursiva, o exame minucioso, permite explorar que o fato do campo de estudo ser um hospital universitário, repercute em práticas de cuidados que exacerbam a abordagem às crianças por muitos profissionais e grupos de estudantes de diversas áreas de saúde. Tal condição levou a concepção de múltiplas informações, entretanto a comunicação entre esses profissionais não se estabelece na mesma velocidade, o que resulta em fragmentação das práticas de saúde e posteriormente em diagnósticos imprecisos.

Pesquisas confirmam o aumento da quantidade de procedimentos realizados em indivíduos que buscam cuidados de saúde demonstrando que em diversas situações pessoas são submetidas a tratamentos e intervenções obsoletas que impactam nos custos hospitalares. Para minimizar estes problemas, nos Estados Unidos em 2012 surge uma campanha denominada *Choosing Wisely*, com objetivo de estimular conversas entre médicos e pacientes sobre exames, tratamentos e procedimentos desnecessários, reduzindo a quantidade excessiva de procedimentos e exames em indivíduos atendidos em serviços de saúde. (REYES; ETINGER; HALL, 2019; LEVINSON; BORN; WOLFSON, 2018)

No tocante às situações envolvendo as múltiplas manipulações, os participantes relataram que este evento leva a criança a situações de estresse, tornando-a ansiosa, irritada e muito reativa. Em decorrência desta condição emocional, na maioria das vezes a criança acaba se tornando estigmatizada como uma criança difícil, nervosa, chorona e rebelde. Em alguns casos, os profissionais de saúde desenvolvem resistência a essas crianças e suas famílias, quando estas questionam sobre o tratamento de seus filhos.

Foucault destaca que nas instituições que regem suas práticas por meio da disciplina, para que o exame minucioso ocorra é necessário haver o esquadramento do corpo do indivíduo, no qual este é submetido a uma pirâmide de olhares e uma vigilância constante. Além disso,

também é necessário que ocorra o registro contínuo, pois é por meio da disciplina e o exame que ocorre a medicalização. (FOUCAULT, 1999)

De acordo com Beltrame, Gesser e Souza (2019) a medicalização de crianças e adolescentes é um processo que busca homogeneizar ou normalizar padrões comportamentais e as condutas desviantes dos sujeitos infantis. Para Foucault as práticas sociais e médicas definem o perfil de normalização e problematização, por isso é através do exame, com base nos padrões da “normalidade” que o sujeito é considerado como louco, doente ou delinquente. (FOUCAULT, 2006)

Desta forma, é necessário considerar que o exame minucioso, devido a exposição excessiva pelo esquadramento detalhado do corpo da criança e desrespeito à sua privacidade, torna-se uma prática fortemente relacionada aos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, “combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares”. (FOUCAULT, 2008, p.216)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VI nas práticas de saúde manifesta-se pelo controle do tempo, do espaço, dos corpos, através das normas e adestramento e o exame minucioso. Estando o cuidado balizado por tais elementos, foram identificadas situações de omissão de cuidados, desrespeito a autonomia, privacidade, danos físicos, privações e múltiplas manipulações do corpo infantil, resultando em violações na dignidade humana destes indivíduos.

Cabe aqui uma reflexão por parte dos profissionais, usuários e gestores e comunidade acadêmica sobre a mudança nos modos de atenção à criança hospitalizada uma vez que o hospital ainda continua sendo um lugar de cura e que por meio da disciplina acaba permitindo que os indivíduos que o utilizam sejam expostos a padrões e ações que lhes causam danos.

Ademais é necessário fortalecer a difusão e debate dos direitos humanos nos serviços de saúde que atendem crianças e suas famílias. É possível que através do conhecimento e respeito aos direitos infantis, profissionais e gestores não apenas abandonem práticas abusivas e violentas de saúde, mas também se tornem grandes aliados na advocacia dos direitos das crianças e suas famílias.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicol. estud**, Maringá, v.24, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-

73722019000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 21 out. 2016.

_____, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 29 nov. 2018.

_____, Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 21. nov. 2020.

COSTA, Tarsília Salvador; MORAIS, Aisiane Cedraz. Hospitalização Infantil : Vivência de Crianças a partir de Representações Gráficas. **Revista de Enfermagem- UFPE On Line**, Recife, v. 11(supl. 1), p. 358–367, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11916p358-367-2017>. Acesso em: 24 mai. 2018.

FORNARI, Lucimara Fabiana; MADUREIRA, Alexandra Bittencourt; LABRICINI Liliana Maria *et al.* Violência institucional em unidades básicas de saúde sob o olhar de usuárias. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 673–678, 2014.

FOUCAULT, M. **Estratégia: poder, saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 396p.

_____, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. 432p.

_____, M. **The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France**. 1978-1979. United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2008. 368p.

_____, M. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

GOMES, Annatália Menezes de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: Experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61–72, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 dez. 2017.

GOMES, Gabriela Lisieux Lima; FERNANDES, Maria das Graças Melo; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 69, n. 55, p. 940–5884, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0940.pdf>. Acesso em: 31 Mar. 2018.

KHAN, Alisa; FURTAK, Stephannie L.; MELVIN, Patrice; ROGERS, Jayne E.; *et al.* Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children **JAMA Pediatr.** Chicago, v.170, n.4, Abr. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928413/>. Acesso em: 03 set. 2020.

LEVINSON, Wendy; BORN, [Karen](#); WOLFSON, [Daniel](#). Choosing Wisely: Um trabalho em andamento. **JAMA**, Chicago, v.319, n. 19, p. 1975-1976. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710232/>. Acesso em: 26 abr 2020.

LŐRINCZ, Albert C. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. **Orv Hetil**, Budapeste, v. 159, n. 11, p. 423-9, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29526123>. Acesso em 24 abr. 2020.

MELO, Willian Augusto de; MARCON, Sônia Silva; UCHIMURA, Taqueco Teruya. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 565-71. 2010.

MORUZZI, Andrea Braga. A infância como dispositivo: uma abordagem foucaultiana para pensar a educação. **Conjectura filosofia e educação**, Caxias do Sul, v.22, n.1, p. 279–299, 2017. Disponível em: 10.18226/21784612.v22.n2.04. Acesso em: 30 abr 2020.

PERES, Merianny Avila; WEGNER, William; CANTARELLI-KANTORSKI, Karen Jeanne, et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195> . Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100439&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2019.

PŪRAS, Dainius. Human rights and the practice of medicine. **Public Health Reviews**, Lausanne, v. 38, n. 9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>. Acesso em: 22 fev. 2018.

REYES, M. A; ETINGER, V.; HALL, M.; SALYAKINA, D.; WANG, W.; GARCIA, L.; QUINONEZ, R. Impacto das recomendações da campanha Choosing Wisely® para crianças hospitalizadas na prática clínica: tendências de 2008 a 2017. **J. Hosp. Med.** V. 15, n. 2, p. 68-74, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31532743/>. Acesso em: 07 fev. 2021.

STOCKWELL, David C.; BISARYA, Hema; CLASSEN, David C. *et al.* A trigger tool to detect harm in pediatric inpatient settings. **Pediatrics**, Illinois, v. 135, n.6, p. 1036-1042, Jun. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25986015/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SANTOS, Priscila Mattos dos; SILVA, Liliane Faria da; DEPIANTI, Jéssica Renata Bastos, *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646–53, 2016.

XAVIER, Daiani Modernel; GOMES, Giovana Calcagno; SALVADOR, Marli dos Santos. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. **Esc**

Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014. Disponível em: cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100068. Acesso em: 01 fev. 2018.

5.3.2 – Capítulos de livro

Nesta pesquisa, apresenta-se também, como parte dos resultados, o desenvolvimento de dois manuscritos em forma de capítulos de livro. São eles:

- CAPÍTULO DE LIVRO 1- Hospitalização infantil: desafios e perspectivas para o cuidado integral.
- CAPÍTULO DE LIVRO 2- A violência institucional e suas interfaces nos serviços de saúde.

Estes capítulos estão publicados no livro: Saúde da Criança e do Adolescente: enfoques sobre hospitalização e violência¹² e discutem os achados da literatura contidos nos subtítulos 2.1 e 2.2 da revisão de literatura desta tese.

5.3.3 – Produto

5.3.3.1 *Curso de extensão sobre os direitos da criança nos serviços de saúde*

A proposta de realizar o Curso de extensão sobre os direitos da criança nos serviços de saúde surgiu da necessidade de difundir conhecimentos sobre essa temática, uma vez que parte dos dados da pesquisa de doutoramento “Violência Institucional à criança hospitalizada na perspectiva de acompanhantes e profissionais de saúde” revelou uma lacuna no conhecimento de profissionais de saúde e usuários sobre os direitos da criança nos serviços de saúde. Desta forma, com vistas a ampliar o conhecimento da comunidade acadêmica, profissionais da área da saúde e sociedade, o Curso de extensão sobre os direitos da criança nos serviços de saúde teve como objetivo capacitar profissionais de saúde e informar a sociedade quanto às leis, resoluções e políticas que asseguram o direito e a proteção de crianças e adolescentes, quando em atendimento nestes serviços.

O curso foi realizado pelo Grupo Estudos CRESCER nos dias 10 e 11 de Outubro de 2019 no Auditório Externo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Para tanto participaram como instrutores: docentes da EEUFBA, docente da Universidade Federal de Santa Catarina, discentes dos cursos de graduação e pós-graduação, bem como uma equipe de voluntários.

As aulas foram ministradas de forma presencial expositiva/dialogada, tendo sido abordados os seguintes conteúdos:

¹² Vide Apêndice E

- Advocacia do paciente nos serviços de saúde;
- Políticas Públicas para a infância no Brasil;
- Representação histórica da infância no Brasil e os direitos da criança nos serviços de saúde;
- O fenômeno da judicialização em saúde;
- Violência Institucional à criança hospitalizada;
- Assegurando o direito da criança: Política Nacional de Humanização e o trabalho das Ouvidorias;
- Políticas públicas e os direitos do neonato nos serviços de saúde
- A segurança no cuidado à criança nos serviços de saúde
- A Utilização de tecnologias digitais: Entre a violência e o direito da criança
- Apresentação do projeto: Hospital é lugar de brincadeira

Foram capacitadas 79 pessoas, entre profissionais de saúde, usuários e estudantes das áreas de saúde. Todos os participantes receberam certificado, emitido pela Pró-reitora de Extensão da UFBA. O curso foi submetido e aprovado pelo Edital PAEXTec 2019 do Programa de Apoio à Extensão de Servidores Técnico-Administrativos da UFBA.¹³

¹³ Vide Apêndice F

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu aos objetivos propostos, considerando que através dos discursos de acompanhantes e profissionais de saúde, foi possível comprovar a tese de que a VI vivenciada por crianças hospitalizadas interfere negativamente nos processos que envolvem a humanização, o tratamento e resolutividade do cuidado infantil, trazendo prejuízos para estas e suas famílias. Evidenciou-se que as acompanhantes e profissionais de saúde, nas suas diversas categorias, percebem este agravo de forma peculiar, tendo como principais elementos a precarização da estrutura, as relações interpessoais e o modo como se dão as práticas de saúde dentro das instituições hospitalares.

Os principais problemas relacionados à estrutura hospitalar que resultam em VI são ocasionados pela peregrinação, inadequações na estrutura física, sucateamento de equipamentos e mobiliário, ocasionando desconforto, revelando que a estrutura hospitalar não é adequada para atender as necessidades das crianças e de suas famílias. Também foi identificado que a falta de materiais bem como recursos humanos insuficiente, pode gerar atraso em procedimentos e exames, comprometendo o atendimento, aumentando o risco de erros na assistência e complicações. Os participantes também relataram que problemas administrativos, em consequência da lentidão e dos processos burocráticos, ocasionam maior tempo de internação e baixa resolutividade.

A peregrinação foi veiculada nos discursos como uma das principais causas de diagnóstico tardio, sendo relacionada como um importante fator de agravamento de doenças que poderiam ter sido precocemente identificadas e debeladas. Os participantes também consideraram a existência de violações dos direitos da criança, que repercute no inadequado atendimento das especificidades do desenvolvimento infantil, revelando que o hospital continua sendo um local que centraliza suas ações na cura do doente, e não na proteção da infância.

Quanto aos elementos da VI nas relações entre profissionais, criança e família, neste estudo foi possível identificar que a VI se dá por meio das relações abusivas de poder, que podem resultar em ansiedade e desconforto durante o período de hospitalização. Tais situações foram evidenciadas pelos problemas na comunicação; falta de atenção, descaso e negligência; problemas éticos, bem como violência psicológica.

Os problemas de comunicação ocorreram quando crianças e seus familiares foram privados de receber informações sobre exames e procedimentos. Também foi constatada que a falta de informação impede a criança de participar na tomada de decisão sobre seu tratamento

e prognóstico repercutindo em perda de autonomia. Assim, percebemos que permanece o paradigma histórico infantil na qual a criança continua sendo considerada como um objeto de tutela do adulto-responsável.

A falta de atenção, descaso e negligência por parte dos profissionais de saúde foi materializada nas situações nas quais os participantes relataram: falta de tempo e escuta, acarretando em menor sensibilidade para compreender as queixas das crianças. Tais situações resultaram em omissões de cuidado (negligência). A violência psicológica foi evidenciada nos moldes da discriminação, preconceito, tratamento grosseiro, ameaça e intimidação.

Os problemas que confirmaram a presença da VI nas práticas de cuidado estavam relacionados à tentativa de adequar o usuário às normas do serviço, através de rotinas rígidas; múltiplas manipulações e desrespeito à privacidade. De acordo com o discurso dos participantes, o corpo infantil é exposto a múltiplas manipulações, muitas vezes desnecessárias, o que pode resultar em violência física. Ademais, foram descritos a fragmentação das práticas de cuidado e a desqualificação do saber prático e da experiência de vida em detrimento do saber do profissional de saúde, que resultaram em diagnósticos imprecisos.

Em face a essas considerações, pode-se constatar que a violência institucional praticada pelas instituições hospitalares contra crianças se expressa de diferentes formas: psicológica, estrutural, física, agressão verbal e negligência.

É importante salientar que, como todo e qualquer tipo de violência, a VI origina-se nas relações assimétricas de poder e sendo o hospital um local de disputa de poder entre indivíduos, portanto esse tipo de violência acaba acometendo tanto usuários quanto profissionais de saúde. Estas situações podem tornar o enfrentamento da violência institucional complexo e desafiador, na medida em que os indivíduos ora exercem o papel de vítima, ora de agressores. Além disso as condições insalubres, a sobrecarga de trabalho, aliado ao estresse físico e emocional tornam o hospital um ambiente propício para fadiga, fragilização e vulnerabilidade emocional dos profissionais que nele atuam.

Entretanto, independente do caráter de ajuizamento ou do discurso “de quem é a culpa?” é necessário ponderar que a VI à criança hospitalizada precisa ser reconhecida e minimizada nos serviços de saúde e para tanto faz-se necessária a ampla mobilização dos órgãos públicos, instituições, gestores, profissionais e usuários na adoção de medidas para o seu enfrentamento.

Do ponto de vista das políticas públicas, considerando que a dignidade humana se encontra ameaçada, uma vez que os direitos humanos são inalienáveis e inegociáveis, faz-se necessário incluir a VI na pauta das principais agendas de organizações nacionais e internacionais para que a mesma seja desvelada e amplamente discutida em fóruns e

conferências, além da necessidade de planejar ações específicas para mitigá-la nos serviços de saúde.

Do ponto de vista da gestão local, é necessário repensar e adequar as práticas de cuidado e estrutura hospitalar (incluindo referência e contra-referência). Ademais é necessário promover o alinhamento das recomendações contidas nos documentos legais e políticas que versam sobre a integralidade e proteção da criança, enquanto usuária do serviço de saúde, a saber: Convenção dos Internacional dos Direitos da Criança (1989), Política Nacional de Humanização (2004), Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Lei 13.431/2017 que estabelece o sistema de garantia dos direitos da criança vítima ou testemunha de violência e a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 que dispõe sobre os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados.

Em outras palavras, é preciso trazer para o nível do visível, aquilo que se encontra invisível: os direitos infantis. É preciso considerar que, de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, esta deve ser protegida de todo e qualquer tipo de violência sendo-lhes garantido o direito a: participação; sobrevivência e desenvolvimento; interesse superior da criança, assim como a não discriminação.

Do ponto de vista da atuação profissional, é relevante que as práticas de saúde sejam refletidas de forma ampla desde a formação do profissional de saúde, uma vez que estudos comprovam que na maioria das vezes, as práticas autoritárias e intervencionistas são apreendidas nos locais de formação. Portanto, inserir temas como: violência institucional, direitos das crianças e adolescentes nos serviços de saúde, advocacia em saúde nos componentes curriculares dos programas de graduação e pós-graduação torna-se de grande importância para promover a qualidade do cuidado prestado à criança e família durante a hospitalização. Também é necessário investir periodicamente em capacitação e qualificação dos profissionais enquanto estiverem atuando em serviços de saúde.

Do ponto de vista da pesquisa, essa tese aponta para a novos horizontes a serem explorados, a saber: quais os tipos mais comuns de VI em hospitais? Em quais espaços do hospital são mais frequentes? Quais os fatores determinantes, condicionantes? O que a torna mais forte e o que a reduz? Além disso, cabe também pensar no desenvolvimento de estudos que irão fornecer aos profissionais de saúde tecnologias cuidativas e educacionais para desenvolver a advocacia do paciente nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Acesso em: 21 mar. 2017.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: Communication, Health, Education**. Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79–91, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>. Acesso em: 21 mar. 2017.

ALMEIDA, Cecília Maria Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Origem da enfermagem pediátrica moderna. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 25–41, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v27n1/0080-6234-reeusp-27-1-025.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ALMEIDA, Deybson Borba de; SANTOS, Nívea Vanessa Carneiro dos. **Foucault como referencial teórico metodológico na produção**. Feira de Santana: Zarte, 2020. 154p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 129p.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez & escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001. 272p.

ARANHA, Bruna Ferreira; SOUZA, Marcela Astolphi; PEDROSO, Glicínia Elaine Rosilho; MAIA, Edmara Basoni Soares; MELO, Luciana de Lione. Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.41, 2020. DOI: doi:10.1590/1983-1447.2020.20180413. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100404. Acesso em: 08 jan. 2020.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 279p.

AUSTIN, Wendy. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. **Nursing Philosophy**, v. 12, n. 3, p. 158-166, 2011. Disponível em: doi: 10.1111 / j.1466-769X.2011.00492.x. Acesso em: 10 abr. 2020.

AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3013–3022, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3013.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 227p.

BAZZAN, Jéssica Straglioto; MILBRATH, Viviane Marten; GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi; CORDEIRO, Franciele Roberta; FREITAG, Vera Lúcia; SCHWARTZ, Eda. The family's adaptation process to their child's hospitalization in an Intensive Care Unit. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 54, e03614, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018056203614>

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100462&tlng=pt. Acesso em: nov. 2020.

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicol. estud**, Maringá, v.24, 2019. DOI: <http://doi:10.4025/psicoestud.v24i0.42566>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-73722019000100215&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em jan. 2020.

BERGER, Ernest; PAAR, Caroline. Monitoring human rights in the child and youth sector. **Neuropsychiatr**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 133-143, aug. 2017. DOI:

<https://doi.org/10.1007/s40211-017-0244-z>. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s40211-017-0244-z#citeas>. Acesso em 20 nov. 2019.

BEZERRA FILHO, José Gomes; SAVIOLI, Kátia Costa; GOMES, Emanuel Moura; ARAÚJO, Isabelle da Silva Gama. **Acidentes e Violência: uma abordagem interdisciplinar**. Fortaleza: EdUECE, 2015. p.12-37.

BIASIBETTI, Cecília; HOFFMANN, Letícia Maria; RODRIGUES, Fernanda Araújo; WEGNER, Wiliam; ROCHA, Patrícia Kuerten. Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 40(esp), 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/89778/51778>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BÍBLIA SAGRADA, **Bíblia do Pescador. Nova Versão Internacional**. Rio de Janeiro: Bvbooks, 2011. 1758p

BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA USP - **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. OMS - Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 27 jul. 2018.

BISOGLI Sofia; ARINGHERI, Corinna; MCGREEVY, Kathleen *et al*. Implementação real dos direitos das crianças doentes em unidades pediátricas italianas: um estudo descritivo baseado nas percepções dos enfermeiros. **BMC Medical Ethics**. [s.l.], v. 16, n. 33, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>. Disponível em:

<https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-015-0021-0>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BISPO, Clísyas Dias Bertino; SOUZA, Vera Lúcia Costa. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. Salvador, **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19–30, 2010.

BOLES Jéssica C.; WINSOR, Denise L.; MANDRELL, Belinda *et al.* Student/patient: the school perceptions of children with câncer. **Educational Studies**, Londres, v. 43, n. 5, p. 549-566, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/03055698.2017.1312288>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03055698.2017.1312288>. Acesso em: 08 jun. 2019.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?** Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/manuais>. Acesso em: 30 ago. 2019.

_____, Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, DF. 1995. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_crianças_hosp.pdf. Acesso em: 5 abr. 2018.

_____, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988

_____, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Secretaria para assuntos jurídicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm. Acesso em 24 jun. 2018.

_____, Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade da Brinquedoteca em espaços de assistência à saúde infantil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111104.htm. Acesso em: 16 set. 2018.

_____, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Portaria 1.820 de 13 de Agosto de 2009. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 28p. 13 de Agosto 2009.

_____, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 29 nov. 2018.

_____, Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013.

_____, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 16 mai. 2019.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf . Acesso em: 21 out. 2016.

_____, Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm. Acesso em: 21. nov. 2020.

BRONDANI, Jeanine Porto; PEDRO, Eva Neri Rubim. O uso de histórias infantis no cuidado de enfermagem à criança: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 72 (supl 3), nov. 2019, DOI: 10.1590 / 0034-7167-2018-0456. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900333. Acesso em: 15 out. 2020.

BUBADUÉ, Renata de Moura; CABRAL, Ivone Evangelista; CARNEVALE, Franco; ASENSI, Felipe Dultra. Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400407&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 31 Mar. 2018.

BUSTAMANTE, Vânia; NEVES, Darci; MATOS, Marta Silva Dantas de *et al.* O brincar em família como possibilidade de humanização para crianças no hospital. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 293-310, 2014.

CAMARGO, Climene Laura de; ALVES, Eloina Santana; DIAS QUIRINO, Marinalva. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 608–15, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a19v14n4.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

CAMARGO, Praças Pilar. Understanding the space of nursing practice in Colombia: A critical reflection on the effects of health system reform. **Nurs Inq**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 122-42, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12242>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2Fnin.12242>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CAMPOS, Fernanda Vieira de; ANTUNES, Camila Forni; DAMIÃO, Elaine Buchhorn Cintra *et al.* Instrumentos de avaliação da ansiedade da criança hospitalizada. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.33, p. 1-8, Out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ar02505>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000101004. Acesso em: 21 nov. 2020.

CAPONI, Sandra. **Uma sala tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença**. São Paulo: Editora LiberArs, 2019. 216p.

CARDOSO, Ferdinand José da Costa; COSTA, Ana Carla Marques da; ALMEIDA, Mayron Morais *et al.* Institutional Obstetric Violence in Birth: Perception of Health Professionals. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3346–53, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110232p3346-3353-2017>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

CICOLELLA, Daiane de Aguiar; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Madhouse or prisoners house? nursing in judicial asylum. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 4, Nov. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000440015>. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000400307&script=sci_abstract. Acesso em: 15 fev. 2020.

CONANDA, Conselho Nacional dos direitos da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre os Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Resolução 41 de 13 Outubro de 1995**. Brasília, DF. 1995. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao_e_Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2018.

COMPARCINI, Dania; SIMONETTI, Valentina; TOMIETTO, Marco; *et al.* Children's perceptions about the quality of pediatric nursing care: a large multicenter cross-sectional study. **J Nurs Scholarsh**, [s.l.], v.50, n.3, p.287-295. May. 2018. DOI: 10.1111 / jnu.12381. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29645404/>. Acesso em 20 out. 2020.

COSTA, Helrison Silva. Poder e violência no pensamento de Michel Foucault. **Sapere Saúde**, Belo Horizonte, v. 9, n. 17, p. 153-170, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/16152>. Acesso em: 08 abr 2019.

COSTA, Tarsília Salvador; MORAIS, Aisiane Cedraz. Hospitalização Infantil : Vivência de Crianças a partir de Representações Gráficas. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 11(supl. 1), p. 358–367, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11916p358-367-2017>. Acesso em: 24 mai. 2018.

CRUZ, Déa Sílvia Moura da; SANTOS, Celina Cely Rodrigues dos; MARQUES, Daniela Karina Antão *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 351-357, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9681/9725>. Acesso em: 22 jun 2018.

DINIZ, Normélia Maria Freire; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; ARRAZOLA, Laura Susana Duque; *et al.* Violencia doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 354–356, 2004. DOI: 10.1590/s0034-71672004000300020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000300020. Acesso em: 20 mar 2019.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; STIPP, Marlucci Andrade Conceição; SILVA, Marcelle Miranda da; OLIVEIRA, Francimar Tinoco de. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n.1, p.144-54, 2015 DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144. Acesso em: 21 abr 2018.

ESTEVEES, Carla Hiolanda Ferreira; CAIRES, Susana; MOREIRA, Cármen Félix. Avaliação da qualidade do processo de hospitalização da criança e do adolescente. *In*: III Simpósio Luso-Brasileiro em estudos da criança. Travessias e Travessuras nos estudos da criança. 2016. Porto. **Anais [...]** Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. 2016. p. 51-60.

FALKE, Ana Cláudia Seus; MILBRATH, Viviane Marten; FREITAG, Vera Lúcia. Percepción del equipo de enfermería sobre el enfoque lúdico al niño hospitalizado. **Cultura de los Cuidados**, Alicante, v. 22, n. 50, 2018. DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.50.02>. Disponível em: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2018-n50-percepcion-del-equipo-de-enfermeria-sobre-el-enfoque-ludico>. Acesso em: 22 mai. 2018.

FAJRELDINES, Ana; SCHNITZLER, Eduardo; TORRES, Sílvio; PANATTIERI, Néstor; PELLIZZARI, Marcelo. Measurement of the incidence of care-associated adverse events at the Department of Pediatrics of a teaching hospital. **Arch Argent Pediatr**, Buenos Aires, v.117, n.2, p.106-109. Abr. 2019. DOI: 10.5546 / aap.2019.eng.e106 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30869486/>. Acesso em: 30 ago 2020.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367–383, 2010.

FLEURY, Sônia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. **Salud Colect**, Buenos Aires, v. 9, n. 1, p. 11–25, 2013.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008. 408p.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; PEREIRA, Patrícia Cristina Andrade. Priorização de pacientes em emergências médicas: uma análise ética. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 335-340, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300014. Acesso em: 19 dez. 2019.

FORNARI, Lucimara Fabiana; MADUREIRA, Alexandra Bittencourt; LABRICINI Liliana Maria *et al.* Violência institucional em unidades básicas de saúde sob o olhar de usuárias. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 673–678, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996. 79p.

_____, M. **Estratégia: poder, saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 396p.

_____, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001. 432p.

_____, M. **Michel Foucault - O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001. 241p.

_____, M. **The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France**. 1978-1979. United Kingdom: Palgrave Macmillan, 2008. 368p.

_____, M. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

GALVÃO, José Ribas; ALMEIDA, Patty Fideles de; SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 35, n. 12, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001405011. Acesso em: 21 nov. 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GOMES, Annatália Menezes de Amorim; NATIONS, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como pano de chão: Experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61–72, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 dez. 2017.

GOMES, Giovana Calgano; XAVIER, Daiani Modernel; PINTANEL, Aline Campos; *et al.* Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 953–959, 2015.

GOMES, Gabriela Lisieux Lima; FERNANDES, Maria das Graças Melo; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 55, p. 940–5884, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0940.pdf>. Acesso em: 31 Mar. 2018.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salete Bessa. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200023>. Acesso em: 22 jun. 2018.

GOMES, Isabelle Pimentel. **Influência de um ambiente lúdico sobre o poder vital de crianças em quimioterapia ambulatorial, seus acompanhantes e da equipe de enfermagem**. 2014. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

GONÇALVES, Elena Mônego. Vivências que permeiam a hospitalização: uma revisão acerca da assistência em hospitalização infantil. **Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 08, 2009. Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php. Acesso em 24 mai. 2018.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis (Org). **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Grupo Animã Educação, 2014. 52p.

HOLMES S., SUNSTEIN C. **El costo de los derechos: Por qué la libertad depende de los impuestos**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2011. 264p.

INTRANET. **Site do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - HUPES**. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba>. Acesso em: 20 nov. 2020.

KC, Ashish; SINGH, Dipendra Raman; UPADHYAYA, Madan Kumar; *et al.* Quality of Care for Maternal and Newborn Health in Health Facilities in Nepal. **Matern Child Health J.** v. 24(Suppl 1), p. 31-38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02846-w>. Acesso em: 21 out 2019.

KHAN, Alisa; FURTAK, Stephannie L.; MELVIN, Patrice; ROGERS, Jayne E.; *et al.* Parent-Reported Errors and Adverse Events in Hospitalized Children **JAMA Pediatr.** Chicago, v.170, n.4, Abr. 2016. DOI: 10.1001 / jamapediatrics.2015.4608. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26928413/>. Acesso em: 03 set. 2020.

KRUSZECKA-KRÓWKA, Agnieszka; SMOLEŃ, Ewa; CEPUCH, Grazyna. Determinants of parental satisfaction with nursing care in pediatric wards - a preliminary report. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [s.l.], v.16, n.10, Mai. 2019. DOI: 10.3390 / ijerph16101774. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31137478/>. Acesso em: 07 out 2020.

LACERDA, Maria Ribeiro; LABRONICI, Liliana Maria. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200022>. Acesso em: 24 Mai. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992. 212p.

LEAL, Maria do Carmo; BITTENCOURT, Sônia Duarte Azevedo; TORRES, Raquel Maria Cardoso *et al.* Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 12, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf. Acesso em: 15 Out. 2020.

LEE, Siew Pien; HAYCOCK-STUART, Elaine; TISDALL Kay. Participation in communication and decisions with regards to nursing care: The role of children. **Enferm Clin**, Barcelona, v.29 (sup.2), p.715-719, Set. 2019. DOI: 10.1016 / j.enfcli.2019.04.109. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31324547/>. Acesso em: 26 abr 2020.

LEITE, Tânia Maria Coelho. **Trabalho do enfermeiro com crianças hospitalizadas e o uso do brinquedo terapêutico**. 2012. 141f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Campinas. Campinas. 2012.

LENARDT, Maria Helena. **A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar**. 2001. 167f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79931>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

LEVINSON, Wendy; BORN, Karen; WOLFSON, Daniel. Choosing Wisely: Um trabalho em andamento. **JAMA**, Chicago, v.319, n. 19, p. 1975-1976. 2018. DOI: 10.1001 / jama.2018.2202. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29710232/>. Acesso em: 26 abr 2020.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008.

LŐRINCZ, Albert C. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. **Orv Hetil**, Budapeste, v. 159, n. 11, p. 423-9, 2018. DOI: 10.1556 / 650.2018.30999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29526123>. Acesso em 24 abr. 2020.

LUENGO, Fabiola Colombani. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 142p.

LUZ, Geisa dos Santos; RISSARDO, Leidyane Karina; VITURI, Letícia Picoli; *et al.* “Peregrinando”: vivências de familiares de pessoas com fibrose cística. **REPENF– Rev Par Enferm**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 23-31, 2019. Disponível em: <http://seer.fafiman.br/index.php/REPEN/article/view/518/493>. Acesso em: 21 jan 2020.

LUZ, Juliana Homem da; MARTINI, Jussara Gue. Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 916–21, 2012.

LUZ, Roberta de Oliveira; PIEZAC, Greice Machado; ARRUÉ; Andréa Moreira. *et al.* Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033937>. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033937>. Acesso em: 21 jan 2020.

MARRERO, Lihsieh; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 71, n. 3, p. 1152-1161, 2018.

MARTINEZ, Elena Araújo; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos; BASTOS, Ana Carolina Monnerat Fioravanti, *et al.* Validação teórica de escala de atitudes das enfermeiras sobre direitos da criança em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. 1-12, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71453540005.pdf>. Acesso em 24 jun. 2018.

MEDEIROS, Ana Beatriz de Almeida; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luiza Brandão de Carvalho. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 33, p. 518–524, 2015.

MEDEIROS Jucélia Linhares Granemann de. Atendimento educacional em ambiente hospitalar: princípios pedagógicos. **Educação**, Santa Maria, v, 45, p. 1–13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/1984644440325>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reveducacao/article/view/40325>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MELO, Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de; FERREIRA, Pedro Lopes; LIMA, Regina Aparecida Garcia de Lima; *et al.* Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 3, p. 432–9, 2014.

MELLO, Débora Teixeira de. **Uma Genealogia das Políticas Públicas para a Creche no Brasil: Estado e Infância (1899-1920)**. 266f. Tese (Doutorado em Educação)- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/251891/1/Mello_DeboraTeixeirade_D.pdf. Acesso em: 27 mai. 2018.

MELO, Willian Augusto de; MARCON, Sônia Silva; UCHIMURA, Taquico Teruya. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev Enferm UFPE on line**. Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 565-71. 2010.

MEZZARROBA, Cristiano; ZOBOLI, Fábio. Revisitando o conceito de biopolítica em Foucault para pensar o corpo na Educação Física. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, São Cristóvão, v. 11, n. 24, p. 279-296, jan./mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.20952/revtee.v11i24.6679>. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/6679>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUZA, E.R. (org). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. Disponível em: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_mulher/capacitacao_rede%20/modulo_2/205631-conceitos_teorias_tipologias_violencia.pdf. Acesso em: 21 out. 2016.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p.9-18.

_____, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 132p.

MIRANDA, Ângela Rodrigues; OLIVEIRA, Amanda Rodrigues; TOIA, Leticia Mitsui, *et al.* A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 17, n. 5, p. 5–9, 2015.

MOLINA-MULA, Jesus; GALLO-ESTRADA, Julia; PERELLÓ-CAMPANER, Catalina. Impact of Interprofessional Relationships from Nurses' Perspective on the Decision-Making Capacity of Patients in a Clinical Setting. **Int J Environ Res Public Health**. [s.l.], v. 15, n. 1, p. 49, Dez, 2017. DOI: 10.3390 / ijerph15010049. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29286342/>. Acesso em 20 fev 2019.

MORAIS, Aisiane C. CAMARGO, Climene Laura. **O cuidado à crianças Quilombolas no domicílio: Um estudo transcultural**. Rio de Janeiro: Bonecker, 2017. 175p.

MOREIRA, Graciele Alves Remigio; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; CAVALCANTI, Ludimila Fontenele, *et al.* Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 29, n. 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020180895>. Acesso em 20 fev 2019.

FERNANDEZ MORENO, Sara Yaneth. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 6, n. 12, p. 52–76, 2007.

MORUZZI, Andrea Braga. A infância como dispositivo: uma abordagem foucaultiana para pensar a educação. **Conjectura filosofia e educação**, Caxias do Sul, v.22, n.1, p. 279–299, 2017. Disponível em: 10.18226/21784612.v22.n2.04. Acesso em: 30 abr 2020.

MOURA, Elisângela Santo de. O direito à saúde na Constituição Federal de 1988. **Jus Navigandi**, 2013. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/25309/o-direito-a-saude-na-constituicao-federal-de-1988>> Acesso em: 27 Jul 2018.

MOTA Rosana Santos; GOMES, Nadirlene Pereira; RODRIGUES; Adriana Diniz; CAMARGO, Climene Laura de; COUTO, Telmara Menezes; DINIZ; Normélia Maria Freire. Histórias de violência na infância na perspectiva de adolescentes grávidas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 16, n.3, p. 583-589, 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i3.22109. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/22109>. Acesso em: 16 Set. 2018.

NEUTZLING, Bruna Ruoso da Silva; TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri; BARLEM, Edison Luiz Devos; et al. Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170025> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100224. Acesso em: 02 Jun 2018.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, Cíntia Iara; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; BARLEM, Edison Luiz Devos, *et al.* Motivos da internação por ordem judicial na terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 99-104. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1715>. Acesso em 24 abr. 2020.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Rúben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, Griebeler Stefanie; KRUSE LUCE, Maria Henriqueta; CICOLELLA, Aguiar Daiane de, *et al.* Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica. **Rev. Investigacion**. v. 13, n. 1, p. 9–21, 2018. DOI: <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n1a2> I. Disponível em: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/issue/view/29>. Acesso em: 05 dez. 2019.

OLIVEIRA Virgínia Junqueira, PENNA Cláudia Maria de Matos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.26, n.2, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em 20 out 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **17 Objetivos para transformar o mundo**. Rio de Janeiro: UNIC Rio. 2015. Disponível em: <<http://nacoesunidas>> Acesso em: 15 jun. 2018.

_____, ONU. Decreto Nº 99 .710 de 21 de Novembro de 1990. **Convenção Sobre os Direitos da Criança**. Genebra: 1988/1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. Nova Iorque: 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____, **Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014**. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, 2015. Disponível em: <<http://nevsp.org/blog/2015/11/09/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>> Acesso em: 28 nov 2016.

_____, **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 22 set 2018.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do Discurso: Princípios e procedimentos**. Rio de Janeiro: Pontes. 2007, 100p.

PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; DIONÍSIO, Míriam Carla Rossi; *et al.* Cuidado centrado na família: Aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 106–112, 2013.

PADILHA, Maria Itáira; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; ZILLI, Francielly; *et al.* O referencial foucaultiano como possibilidade metodológica em estudos em saúde e enfermagem. In: ALMEIDA, D.B.; SANTOS, N. C. **Foucault como referencial teórico metodológico na produção**. Feira de Santana: Zarte, 2020. 154p.

PAZ, Potiguara de Oliveira; PIRES, Natália Silva; VIEIRA, Letícia Becker; WITT, Regina Rigatto. Vulnerability of Women in Situation of Violence in Specialized Service. **Aquichan**, Bogotá, v. 19, n. 2, 2019. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.2. Disponível em:

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/10129>. Acesso em: 13 mai. 2020.

PEÑA, Ana Lúcia Norena; JUAN, Luis Cibanal. A experiência de crianças hospitalizadas sobre sua interação com os profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600021&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 23 jun. 2019.

PERES, Merianny Avila; WEGNER, William; CANTARELLI-KANTORSKI, Karen Jeanne, et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195> . Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100439&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 nov. 2019.

PŪRAS, Dainius. Human rights and the practice of medicine. **Public Health Reviews**, Lausanne, v. 38, n. 9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>. Acesso em: 22 fev. 2018.

QUEIROZ, Paulo Joaquim Pina. Prefácio. In: ALMEIDA, D.; SANTOS, N. V. **Foucault como referencial teórico metodológico na produção**. Feira de Santana: Zarte, 2020. 154p.

REYES, M. A; ETINGER, V.; HALL, M.; SALYAKINA, D.; WANG, W.; GARCIA, L.; QUINONEZ, R. Impacto das recomendações da campanha Choosing Wisely® para crianças hospitalizadas na prática clínica: tendências de 2008 a 2017. **J. Hosp. Med**, v. 15, n. 2, p. 68-74, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31532743/>. Acesso em: 07 jan. 2021.

RIBEIRO, Juliane Portela; GOMES, Giovana Calgano; SILVA, Priscila Arruda, et al. Refletindo acerca da construção do cuidado em pediatria. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4672–9, 2016. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a25.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. DOI: 10.5216/ree.v6i2.809. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/809>. Acesso em: 21 fev. 2018.

ROY, Michael. The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses, **Critical Public Health**. Londres, v. 27, n. 4, p. 455–464, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1249826>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SÁ, Ana Carla Silveira de; SILVA, Aline Cerqueira Santos Santana; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra. Diagnóstico do Câncer Infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. **Rev Fund Care**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1180-1187, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1180-1187>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SAKELLARIOU, Dikaios, ROTAROU, Elena. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. **BMJ Open**, [s.l.], v. 7, n. 8, p. 1-9, 2017. DOI: 10.1136 / bmjopen-2017-016614. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e016614.citation-tools>. Acesso em 20 fev. 2020.

SANTANA, João Carlos Batista; SAPIRO, Alexander; KIPPER, Délio José; *et al.* (org). **Saúde da Criança e do Adolescente: Puericultura na Prática Pediátrica**. Edipucrs: Rio de Janeiro, 2011. 381p.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; SOARES, Juliana de Cássia Nunes; NOGUEIRA, Luciana Ferreira, *et al.* Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.1, p. 84-90, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf. Acesso em: 25 Out. 2016.

SANTOS, Daniel Batista Conceição dos; VÁZQUEZ-RAMOS, Vanessa; OLIVEIRA, Cristiane da Costa Cunha; LÓPEZ-ARELLANO, Oliva. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Manizales, v. 17, n. 2, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/773/77361136007/html/index.html>. Acesso em: 04 mar. 2020.

SANTOS, Maiara Rodrigues dos; WIEGAND, Debra Lynn-McHale Wiengand; SÁ, Natália Nigro; *et al.* From hospitalization to grief: meanings parents assign to their relationships with pediatric oncology professional. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 53, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018049603521>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31618316/>. Acesso em 20 fev. 2020.

SANTOS, Priscila Mattos dos; SILVA, Liliâne Faria da; DEPIANTI, Jéssica Renata Bastos, *et al.* Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646–53, 2016.

SANTOS, Raissa Passos dos; GARROS, Daniel; CARNEVALE, Franco. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 226-232, 2018. DOI: 10.5935/0103-507X.20180039. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2018000200226&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 mar. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Sociedade Brasileira de Pediatria em Ação**. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/159-mil-leitos-de-internacao-pediatria-foram-fechados-no-brasil-nos-ultimos-nove-anos>. Acesso em 20 fev. 2020.

SCHATKOSKI, Aline Modelski; WEGNER, William; ALGERI, Simone; *et al.* Segurança e proteção à criança hospitalizada: Revisão de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000300020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020. Acesso em: 21 mai. 2016.

SCHEK, Gabriele; SILVA, Mara Regina Santos da; LACHARITÉ, Carl, *et al.* Professional Practices That Silence Domestic Violence Against Children and Adolescents. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001680016> . Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, Michele Gonçalves da; MARCELINO; Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro, *et al.* Obstetric violence according to obstetric nurses. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 15, n. 4, p. 720–728, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400020. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4920>. Acesso em: 11 abr. 2019.

SILVA, Priscila Arruda da; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI, Guilherme Lerch, *et al.* Reporting of violence against children and adolescents in a protective institution in southern Brazil. **Invest Educ Enferm**, Medelin, v. 34, n. 1, p. 152-161, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072016000100017&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2020.

SILVA, Vera Lúcia Shimidt da; FRANÇA, Giovanni Vinícius Araújo de; MUNHOZ, Tyago N, *et al.* Hospitalization in the first years of life and development of psychiatric disorders at age 6 and 11: a birth cohort study in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 345, p. 64517–27, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00064517. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000505012&script=sci_abstract. Acesso em: 24 jul. 2018.

SIQUEIRA, Samylla; JESUS, Viviane Silva de; CAMARGO, Climene Laura de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 179-189, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179. Acesso em: 22 jul. 2019.

SOUZA, Aline Barros de; SILVA, Lúcia Cecília da; ALVES, Rozilda das Neves, *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. ciênc. Méd**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 115–128, 2016.

SOUZA, Gabriela Lisieux Lima de; SILVA, Kenya de Lima; MEDEIROS, Ana Cláudia Torres, *et al.* Nursing diagnostics and interventions using icnp® in hospitalized children. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 111–118, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10211>. Acesso em: 20 abr. 2018.

SOUZA, Maria Cristina Freres de; OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: breve retrospectiva. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 247–9, 2004.

SOUZA, Pedro de. **Análise do discurso** Florianópolis: LLV/CCE/UFSC, 2011. 114p.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JUNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602075&script=sci_arttext. Acesso em: 14 abr. 2020.

STOCKWELL, David C.; BISARYA, Hema; CLASSEN, David C. *et al.* A trigger tool to detect harm in pediatric inpatient settings. **Pediatrics**, Illinois, v. 135, n.6, p. 1036-1042, Jun. 2015. DOI: 10.1542 / peds.2014-2152. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25986015/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

TANTACHAROENRAT, Chanita; PRASOPKITTIKUN, Tassanee; RUNGAMORN RAT, Somsiri; LIMPRAYOON, Kawewan. Use of a User-Friendly Tablet Application to Communicate with Pediatric Patients on Mechanical Ventilators. **Aquichan**. Bogotá, v. 18, n. 3, p. 275-286. 2018. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.3.3. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v18n3/1657-5997-aqui-18-03-00275.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

TSIMICALIS, Argerie; GENEST, Laurence; STEVENS, Bonnie, *et al.* The Impact of a Childhood Cancer Diagnosis on the Children and Siblings' School Attendance, Performance, and Activities: A Qualitative Descriptive Study, **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. Filadélfia, v. 35, n. 2, p. 118-131, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043454217741875>. Acesso em 19 dez. 2019.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, Jamila Geri; LUNARDI, Valéria Lerch; BARLEM, Edison Luiz Devos, *et al.* Ações dos enfermeiros no exercício da advocacia do paciente: revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180000730014>. Acesso em: 22 abr 2019.

UNICEF. **Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente**. 1959, Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm, Acesso em: 16 set 2018.

_____, **A Convenção sobre dos Direitos da Criança**. Assembléa Geral das Nações Unidas. 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 21 mar.2019.

VILLELA, Wilza Vieira; VIANNA, Lucila A. Carneiro; LIMA, Lia Fernanda Pereira, *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113–123, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/14.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2018.

XAVIER, Daiani Modernel; GOMES, Giovana Calcagno; SALVADOR, Marli dos Santos. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014. DOI: 10.5935/1414-8145.20140010. Disponível em: [cielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100068](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100068). Acesso em: 01 fev. 2018

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
GRUPO CRESCER**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ESTA PESQUISA SEGUIRÁ OS CRITÉRIOS DA ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
CONFORME RESOLUÇÃO Nº466/12 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- Rua Basílio da Gama, S/N,
Canela. Telefone - 32837604**

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) CAEE _____ e pela
administração da instituição de estudo

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome do (a) participante: _____ Documento de identidade: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: _____

II- DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

Objetivo geral do estudo: Analisar a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas.

Objetivos específicos:

- Identificar os elementos que compõe a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na instituição em estudo;
- Aprender as percepções dos profissionais de saúde e familiares sobre a violência institucional vivenciadas por crianças hospitalizadas;
- Descrever os fatores que interferem na ocorrência da violência institucional vivenciada pelas crianças hospitalizadas em estudo

III- EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA:

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da seguinte pesquisa: “Violência institucional à criança hospitalizada”, de responsabilidade da pesquisadora Ana Carla Petersen de Oliveira Santos, Doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA, que tem como objetivo: Analisar a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas.

A realização desta pesquisa poderá trazer benefícios como a possibilidade de contribuir para o conhecimento profissionais de saúde, em especial a equipe multiprofissional que atende o paciente pediátrico sobre violência institucional, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência para todos os envolvidos nesse processo.

Caso o (a) senhor (a) aceite, será entrevista em local privativo e fora do horário de serviço. Ficarão garantido o anonimato, ou seja, não será revelada a sua identificação. As informações ficarão arquivadas por cinco anos, após esse período serão descartadas.

Os possíveis riscos que você pode ter são lembranças de situações em que tenha vivenciado, podendo lhe causar desconforto ou tristeza, caso isso ocorra, teremos um psicólogo para lhe atender.

O(A) senhor(a) tem o direito de desistir da pesquisa ou retirar sua autorização a qualquer momento, antes, durante ou após a entrevista ou também em qualquer fase do relatório, sem que sofra qualquer tipo de punição e não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Sua participação é voluntária e não haverá nenhum gasto ou remuneração resultante dela. Garantimos que sua identidade será tratada com sigilo e, portanto não será identificado. Quaisquer dúvidas que apresentar, serão esclarecidas pela pesquisadora. Caso queira, poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética. Esclareço que de acordo com as leis brasileiras, o(a) senhor(a) tem o direito à indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa. Receberá uma cópia deste termo onde consta o contato dos pesquisadores, que poderão tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IV- INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA O CONTATO EM CASO DE DÚVIDAS.

Pesquisador(a) responsável: Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

Endereço profissional: Rua Drº José Carlos Minahim, Quadra E, Lote 3, Parque Jóquei Clube, Lauro de Freitas – Bahia CEP: 42.702-180 Telefone: (71) 99713-9354.

Email: acarlapetersen@hotmail.com.

- Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Basílio da Gama, S/N, Canela. Telefone - 32837604

- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP: SEPN 510 Norte, Bloco a, 1º Subsolo, Edifício Ex-INAN – Unidade II – Ministério da Saúde CEP: 70.750-521.

V- CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora sobre o objetivo e benefícios da pesquisa e riscos de minha participação na pesquisa “Violência institucional à criança hospitalizada”, e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar sob livre e espontânea vontade, como voluntário(a). Consinto que os resultados obtidos sejam apresentados e publicados em eventos e artigos científicos desde que a minha identificação não seja revelada e assinarei este documento em duas vias sendo uma destinada ao pesquisador e outra a mim.

_____, _____ de _____ 2018

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador
Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com o familiar/acompanhante principal

1. Perguntas Fechadas

Nome:

Idade:

Estado civil:

Sexo:

Raça:

Religião:

Num. de filhos:

Profissão:

Ocupação:

Escolaridade: () Analfabeto () nível médio incompleto () nível médio completo () nível superior () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado

Qual a renda familiar? () Até 01 SM () até 2 SM () até 05 SM () Mais de 05 SM

Em relação à criança hospitalizada:

Qual o seu grau de parentesco ?

Idade :

Sexo :

Raça :

Motivo do internamento:

Tempo de internamento:

2. Perguntas Abertas

-Você sabe sobre o problema de saúde do seu filho(a) e o que está sendo feito para o tratamento?

- Como foi para o senhor(a) conseguir atendimento nesse serviço?

-Como você considera o atendimento prestado ao seu filho(a) neste hospital? Porque?

-Como tem sido o relacionamento dos profissionais de saúde com a família e a criança hospitalizada?

- Seu(a) filho(a) e/ou familiares vivenciaram algum problema no período da hospitalização? Quais?

-Você sabe o que é violência institucional?

-Você identificou alguma situação que caracteriza como violência institucional durante o internamento do seu (sua) filho (a)? Qual?

-Em sua opinião, quais os fatores que causam a violência institucional nos serviços de saúde?

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista com o profissional de saúde

1. Perguntas Fechadas

Nome:

Idade:

Estado civil:

Sexo:

Raça:

Religião:

Profissão:

Escolaridade: () curso técnico na área de saúde () nível superior () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado

Tempo de formação:

Tempo de atuação:

Tempo em pediatria:

2. Perguntas Abertas

-Como você avalia o atendimento à criança hospitalizada nesse serviço? Por que?

-Você sabe o que é violência institucional? Fale o que você sabe sobre violência institucional.

-Você identificou algum tipo de violência institucional à criança hospitalizada nesse serviço de saúde? Qual ou quais?

-Em sua opinião, quais os fatores que levam à ocorrência de violência institucional nesse serviço de saúde?

APÊNDICE D – Folder informativo sobre violência institucional

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

DEFINIÇÃO: relação assimétrica de poder exercida pelas instituições, por ação ou omissão, incluindo desde a falta de acesso à má qualidade dos serviços. Os abusos podem ser cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais. (AGUIAR, 2013)

CARACTERÍSTICAS

- Peregrinação a diversos serviços até receber atendimento;
- Falta de escuta e tempo para a clientela;
- Tratar as pessoas com frieza, rispidez, falta de atenção, negligência;
- Maus-tratos dos profissionais para com os usuários motivados por discriminação;
- Desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico.
- Violência física;
- Uso de medicamentos para adequar o paciente às necessidades do serviço ou do profissional, entre outros;
- Detrimento das necessidades e direitos da clientela;
- Proibições de acompanhantes ou visitas com horários rígidos e restritos;
- Críticas ou agressões dirigidas a quem grita ou expressa dor e desespero;

Diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

APÊNDICE E - Capítulos de livro



Editora Appris Ltda.

1.ª Edição - Copyright© 2020 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Editora Appris Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98. Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores. Foi realizado o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nºs 10.994, de 14/12/2004, e 12.192, de 14/01/2010.

Catálogo na Fonte

Elaborado por: Josefina A. S. Guedes

Bibliotecária CRB 9/870

S125s
2020 Saúde da criança e do adolescente : enfoques sobre hospitalização e violência / Clímene Laura de Camargo ... [et al.] (organizadores). - 1. ed. - Curitiba : Appris, 2020. 403 p. ; 27 cm. - (Multidisciplinaridade em saúde e humanidades).

Inclui bibliografias
ISBN 978-65-5523-858-7

1. Violência contra crianças. 2. Violência contra adolescentes.
2. Assistência hospitalar. I. Santos, Ana Carla Petersen de Oliveira. II. Título. III. Série.

CDD - 362.88

Livro de acordo com a normalização técnica da ABNT

Appris
editora

Editora e Livraria Appris Ltda.
Av. Manoel Ribas, 2265 - Mercês
Curitiba/PR - CEP: 80810-002
Tel. (41) 3156 - 4731
www.editoraappris.com.br

Printed in Brazil
Impresso no Brasil

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA O CUIDADO INTEGRAL

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

Louise Lisboa de Oliveira Villa

Climene Laura de Camargo

Thais Nogueira Piton

Introdução

A infância é uma etapa do ciclo de vida fundamental para o desenvolvimento humano, entretanto durante essa fase as crianças podem experimentar períodos de doença podendo vir acompanhados da necessidade de hospitalização. Tal evento contribui para vivências difíceis para a criança e família, que se veem obrigadas a alterar toda sua dinâmica diária¹. Entretanto, quando essa experiência ocorre de forma bem-sucedida, resulta em amadurecimento e autodomínio².

A hospitalização representa uma situação atípica na vida da criança. Esse fenômeno altera a sua rotina diária e provoca o afastamento do seu contexto familiar e de suas redes sociais de apoio. Para Ribeiro e Agnelo³, a criança vivencia dois problemas: a doença e o processo de hospitalização, que se não tratada adequadamente resultará em marcas e ou danos à sua saúde mental. O convívio com pessoas estranhas, que a todo o momento as tocam, podendo realizar procedimentos dolorosos, causa-lhes desconforto e estresse⁴.

No Brasil, o número de internações infantis reduziu nas duas últimas décadas, devido às ações de saúde destinadas a tal público voltadas para a prevenção e recuperação da saúde. Entretanto ainda há locais em que as taxas de mortalidade infantil são elevadas, apesar dos evidentes avanços nos indicadores de saúde⁵.

Dentre as regiões brasileiras, destaca-se o Nordeste, onde a realidade é determinada por problemas socioeconômicos e questões educacionais, incluindo a inadequada oferta e operacionalização dos serviços de saúde. Nessa região diversos municípios apresentam perfil socioeconômico baixo, demonstrando uma estrutura insuficiente na área da saúde com repercussões importantes na qualidade de vida⁶.

As enfermidades que acometem a população infantil possuem relação direta com as questões sociais, econômicas, educacionais e biológicas. Dentre as doenças, destacam-se a do aparelho respiratório (40,3%), predominante nas regiões Sul e Centro-Oeste, como primeira causa de hospitali-

¹OLIVEIRA *et al.*, 2009.

²CASTRO *et al.*, 2010.

³RIBEIRO; AGNELO, 2005.

⁴PERSEEN; SANTOS; FAVERO, 2010; LEMOS *et al.*, 2010.

⁵BARBOSA, S. F. A. *et al.*, 2017.

⁶Ibid.

A VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E SUAS INTERFACES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

Tilson Nunes Mota

Maria Carolina Ortiz Whitaker

Climene Laura de Camargo

INTRODUÇÃO

A violência institucional é definida como aquela exercida nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, justiça, educação, que inclui uma ação ou omissão, desde a falta de acesso à má qualidade desses serviços. Pode também ser caracterizada como aquela que se realiza dentro das instituições, por meio de suas regras, normas de funcionamento, relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas, cometidas em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais¹⁰⁷⁴.

A concepção linguística da palavra violência é descrita como constrangimento físico, moral, qualidade de violento, proveniente de coação, força. Violento seria o que procede com ímpeto, ou exerce com força, tumulto, ações ou atitudes movidas com o emprego de força bruta.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais e interpessoais de grupos, classes e gênero. Podem ser objetivadas em instituições, quando empregadas diferentes formas de aniquilamento a outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, podendo ainda ser denominada de maus tratos e abuso¹⁰⁷⁵.

Diferentemente dos demais tipos de violência (física, sexual, psicológica, entre outras), a violência institucional vem sendo discutida de forma ainda bastante incipiente, o que dificulta a compreensão dos indivíduos envolvidos no contexto dela. Nesse sentido, na maioria das vezes, vítimas e agressores permanecem sem se dar conta da presença desse tão comum, porém naturalizado, tipo de violência.

Quando refletimos sobre a ocorrência da violência institucional nos serviços de saúde a preocupação, torna-se ainda maior, pois tais instituições têm por finalidade o cuidar do ser humano no seu processo de saúde e doença, seja por meio de ações preventivas ou curativas, o que faz com que desempenhem importante papel como rede de apoio aos indivíduos que sofrem violência. Papel esse que não coaduna com um cenário em que se perpetua a violação desses direitos.

A violência institucional nos serviços de saúde tem como principal causa as relações assimétricas de poder, podendo ser agravadas por precarização desses serviços, falta de investimento no setor e condutas erradas adotadas pelos profissionais para com os pacientes. *Todavia é no campo*

¹⁰⁷⁴ FLEURY; BICUDO; RANGEL, 2013; SANTOS *et al.*, 2011.

¹⁰⁷⁵ OMS, 2014.

APÊNDICE F – Relatório final curso dos direitos da criança nos serviços de saúde



Universidade Federal da Bahia
Pró-Reitoria de Extensão

Relatório Final da Atividade de Extensão

CPF	Nome	Origem descrição
	Função na Atividade	
	CHoraria	Justificativa do Excesso de Carga Horaria
	Instituição de Origem	
	Função na Instituição	Categoria Profissional
	Observação	
79355480563	Maria Eduarda Mala Vilar	
	Apoio a Coordenação	UFBA - Estudante Pós Graduação
	4	
07087662503	Thais Nogueira Piton	
	Apoio a Coordenação	UFBA - Estudante Graduação
	20	
80979378591	Lucinela Santos da Silva	
	Apoio a Coordenação	UFBA - Estudante Pós Graduação
	4	
90779690559	Nadjane Rebouças Gomes	
	Apoio a Coordenação	UFBA - Estudante Pós Graduação
	4	



Relatório Final da Atividade de Extensão

CPF	Nome	Função na Atividade	Origem descrição	Categoria Profissional
		CHorária	Justificativa do Excesso de Carga Horária	
		Instituição de Origem		
		Função na Instituição		
		Observação		
94215847591	Ana Carla Petersen de Oliveira	Coordenador(a)		UFBA - Técnico-Administrativo
		20		
85847612508	Caroline Nino Rosa	Apoio a Coordenação		UFBA - Estudante Graduação
		4		
90188845534	Carla Mendes de Souza	Apoio a Coordenação		UFBA - Estudante Pós Graduação
		4		
03881572597	Henrique Almeida Assis Costa	Apoio a Coordenação		UFBA - Estudante Pós Graduação
		4		

EVENTO GRATUITO E COM CERTIFICAÇÃO



CURSO DE EXTENSÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

10 E 11 DE OUTUBRO DE 2019

8:00 ÀS 17:00 HORAS

NO AUDITÓRIO EXTERNO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM D
UFBA, SITUADA NA RUA BASÍLIO DA GAMA, S/N, CANELA

Inscreva-se no site: http://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf6AnrCI60aCqNyjclc_Ody9QWPCHuQPOXPbnScOEu-x4lkhg/viewform

Para dúvidas, entre em contato pelo e-mail :
ddcrianca@gmail.com

APÊNDICE G– Parecer do CEP da instituição proponente e da co-participante

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência Institucional à criança hospitalizada

Pesquisador: Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 99681518.0.3001.0049

Instituição Proponente: Hospital Universitário Prof. Edgard Santos-UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.989.829

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa tendo por objetivo analisar a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas. Para o desenvolvimento do projeto de pesquisa serão selecionados no período de novembro de 2018 a abril de 2019, 45 participantes entre profissionais de saúde com pelo menos dois anos de atuação nas unidades pediátricas e familiares responsáveis (ou acompanhantes principais) que tenham acompanhado a criança hospitalizada no período superior a sete dias. Os dados serão obtidos por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental, bem como observação dos participantes da pesquisa. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra como diário de campo. Os dados obtidos serão analisados por meio do método de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas.

Objetivo Secundário:

Identificar os elementos que compõe a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na instituição em estudo; Aprender as percepções dos profissionais de saúde e

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 2.989.829

familiares sobre a violência institucional vivenciadas por crianças hospitalizadas; Descrever os fatores que interferem na ocorrência da violência institucional vivenciada pelas crianças hospitalizadas em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios citados pelo pesquisador:

Riscos:

Os possíveis riscos aos quais os participantes podem ser expostos são lembranças de situações em que tenha vivenciado, podendo lhe causar desconforto ou tristeza, caso isso ocorra, teremos um psicólogo para o atender.

Benefícios:

Possibilidade de contribuir para o conhecimento profissionais de saúde, em especial a equipe multiprofissional que atende o paciente pediátrico sobre violência institucional, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência para todos os envolvidos nesse processo.

CONSIDERAÇÕES DO RELATOR SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS INFORMADOS:

Os riscos da pesquisa são mínimos e os benefícios o superam, atendendo assim o item III.2d da Resolução CNS 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse parecer trata-se de análise das respostas às pendências citadas no parecer 2.988.460, a saber:

1 - O início da coleta dos dados informado no projeto de pesquisa diverge do cronograma de execução citada no documento "Informações Básicas". A brochura no seu item 3.4 apresenta o seguinte texto "A coleta de dados ocorrerá no período de Novembro de 2018 a Abril de 2019...", enquanto que no cronograma do documento citado o início dos dados está datado de 01/01/2019. SOLICITAMOS AJUSTE, A FIM DE SER IDENTIFICADO O CORRETO PERÍODO DA COLETA DOS DADOS conforme determina a Norma Operacional nº001/2013 CNS em seu item 3.3f; ATENDIDA.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 2.989.829

2 - Os TCLE's apresentados (profissional e acompanhante) não informam aos participantes o tempo de participação na pesquisa, visando atender o item IV.3a da referida Resolução SOLICITAMOS INCLUSÃO DA INFORMAÇÃO; ATENDIDA NO PARECER 2.988.460.

3 - Os TCLE's não informam ao participante da pesquisa que as entrevistas serão gravadas, SOLICITAMOS ADIÇÃO DA INFORMAÇÃO A FIM DE ATENDER O item IV.3a da referida Resolução; ATENDIDA NO PARECER 2.988.460.

4 - Ainda referentes aos TCLE's apresentados, solicitamos que seja MODIFICADO O TERMO "cópia" por "via" em ambos os TCLE's apresentados (profissional e acompanhante), LOCALIZADO NO ÚLTIMO PARÁGRAFO DO ITEM III "EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE SOBRE A PESQUISA" de forma a se adequar a terminologia definida na Resolução CNS nº 466/2012 no item IV.5d; ATENDIDA NO PARECER 2.988.460.

5 - A Resolução nº 466/12 no item IV.5d exige que todas as páginas do TCLE sejam rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, portanto é necessário incluir no TCLE espaço para tais rubricas ou texto que informe a necessidade das mesmas. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO. ATENDIDA NO PARECER 2.988.460.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos e documentos foram apresentados corretamente.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS e cumprimento da pendência listada no parecer nº2.988.460, o CEP/HUPES considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@gmail.com

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA



Continuação do Parecer: 2.989.829

cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Situação: Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1244407.pdf	29/10/2018 17:43:03		Aceito
Brochura Pesquisa	projeto.docx	29/10/2018 15:57:17	LIVIA BRITO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.docx	29/10/2018 12:51:55	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Doc_unico_SGPIT_Projeto_AnaCarlaPetersen.pdf	26/10/2018 09:13:36	Quezia Palma Leal	Aceito
TCLE / Termos de	tcle_acompanhante.pdf	23/10/2018	Daniela Gomes dos	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@gmail.com

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência Institucional à criança hospitalizada

Pesquisador: Ana Carla Petersen de Oliveira Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99681518.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.978.609

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Conforme descrito pela pesquisadora, é um estudo com metodologia qualitativa, exploratória, que utilizará como referencial metodológico a antropologia Interpretativa de Geertz. O estudo será desenvolvido em hospital de grande porte, referência em média e alta complexidade no estado e Integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que também possui atendimento ambulatorial. A pesquisa será desenvolvida nas unidades de pediatria do referido hospital. Os participantes serão profissionais de saúde que trabalham nas unidades de pediatria e familiares ou acompanhantes principais das crianças internadas nestas enfermarias. Serão selecionados por amostragem por conveniência, quando a pesquisadora selecionará aqueles que ele tem acesso no momento da coleta de dados. A coleta de dados ocorrerá mediante realização das técnicas de observação participante, entrevista semi-estruturada e análise documental, bem como utilização de diário de campo. As entrevistas serão realizadas com 15 acompanhantes e 30 profissionais de saúde, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.970.009

Objetivo Secundário:

- Identificar os elementos que compõe a violência institucional vivenciada por crianças hospitalizadas na Instituição em estudo;
- Apreender as percepções dos profissionais de saúde e familiares sobre a violência institucional vivenciadas por crianças hospitalizadas; Descrever os fatores que interferem na ocorrência da violência Institucional vivenciada pelas crianças hospitalizadas em estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito pela pesquisadora:

Riscos: "Os possíveis riscos aos quais os participantes podem ser expostos são lembranças de situações em que tenha vivenciado, podendo lhe causar desconforto ou tristeza, caso isso ocorra, teremos um psicólogo para o atender."

Benefícios: "Possibilidade de contribuir para o conhecimento profissionais de saúde, em especial a equipe multiprofissional que atende o paciente pediátrico sobre violência Institucional, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência para todos os envolvidos nesse processo."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito relevante, factível, cujo projeto apresenta fundamentação teórico-metodológica bem detalhada e rigorosa. Certamente trará contribuições importantes no sentido de superar a dificuldade de compreensão da violência Institucional nos serviços de saúde e de suas medidas de enfrentamento, tendo em vista seu caráter multifacetado e complexo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente carta de anuência assinada pelo responsável da Instituição, instrumentos de coleta de dados e 2 versões do TCLE (para profissionais e para acompanhantes).

Recomendações:

Apresentar relatórios parcial e final da pesquisa, bem como publicar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro a aprovação do projeto, considerando atender aos princípios éticos e bioéticos emanados das resoluções do CNS 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Colegado homologa parecer de aprovação sugerido pelo relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.978.609

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_acompanhante.pdf	23/10/2018 17:42:39	Daniela Gomes dos Santos Biscarde	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1225519.pdf	28/09/2018 10:04:19		Aceito
Outros	declaracaoconcordanciaorientador.pdf	28/09/2018 09:55:36	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	termocompromissocoletaarquivos.pdf	28/09/2018 09:55:11	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Termoconfidencialidade.pdf	28/09/2018 09:54:23	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Termoconcessao.pdf	28/09/2018 09:53:55	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Declaracaocoparticipante.pdf	28/09/2018 09:52:27	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Termoproponente.pdf	28/09/2018 09:49:41	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	Termocompromisso.pdf	28/09/2018 09:46:32	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETObrochura.pdf	26/09/2018 14:03:33	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Folha de Rosto	folharostoCEP.pdf	26/09/2018 14:02:03	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_da_ao_iniciacao_da_pesquisa.pdf	24/09/2018 13:23:04	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	solicitacao_de_campo.pdf	24/09/2018 13:21:33	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	anuencia_do_diretor.pdf	24/09/2018 13:17:43	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/09/2018 12:18:30	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.docx	24/09/2018 12:17:44	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	24/09/2018 12:16:50	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	24/09/2018 12:11:44	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.pdf	24/09/2018 12:10:29	Ana Carla Petersen de Oliveira Santos	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 2.978.609

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:

**Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br