

Elementos da estrutura hospitalar demarcando (in)visibilidades da violência institucional à criança

Hospital structure elements demarcating (in)visibilities of institutional violence against children

Elementos de la estructura hospitalaria que demarcan (in)visibilidades de la violencia institucional contra la niñez

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos¹

ORCID: 0000-0002-9816-1560

Climene Laura de Camargo¹

ORCID: 0000-0002-4880-3916

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas²

ORCID: 0000-0003-4721-4260

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO. Hospital structure elements demarcating (in)visibilities of institutional violence against children. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 2):e20200785. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0785>

Autor Correspondente:

Ana Carla Petersen de Oliveira Santos
E-mail: acarlapetersen@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

Submissão: 20-08-2020 **Aprovação:** 05-09-2021

RESUMO

Objetivos: analisar os elementos da estrutura hospitalar que demarcam (in)visibilidades da violência institucional em crianças hospitalizadas. **Métodos:** estudo qualitativo descritivo-exploratório, que utilizou aproximações com o pensamento foucaultiano. Participaram 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde de um hospital universitário em Salvador, Bahia. A coleta de dados ocorreu de novembro 2018 a junho 2019 através de entrevista semiestruturada. 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 infraestrutura para atuar no enfrentamento da violência institucional à criança hospitalizada.

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

ABSTRACT

Objectives: to analyze the hospital structure elements that demarcate (in)visibilities of institutional violence in hospitalized children. **Methods:** this is a descriptive-exploratory qualitative study that used approaches with Foucault's thinking. Ten companions and 39 healthcare professionals from a university hospital in Salvador, Bahia participated. Data collection took place from November 2018 to June 2019 through semi-structured interviews. The discourse analysis method was used. The study was approved by the Institutional Review Board. **Results:** institutional violence was understood in the violations and invisibilities of the structure of health services through the problems: in infrastructure (physical structure, lack of human and material resources, scrapping of equipment); administrative and management; pilgrimage. **Final Considerations:** it is necessary to realize the invisibilities of the infrastructure to act in confronting institutional violence to hospitalized children.

Descriptors: Structure; Hospital; Violence; Institutional; Child.

RESUMEN

Objetivos: analizar los elementos de la estructura hospitalaria que demarcan (in) visibilidades de la violencia institucional en niños hospitalizados. **Métodos:** estudio cualitativo descriptivo-exploratorio, que utilizó enfoques con el pensamiento de Foucault. Participaron diez acompañantes y 39 profesionales de la salud de un hospital universitario de Salvador, Bahía. La recolección de datos se realizó desde noviembre de 2018 hasta junio de 2019 a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó el método de análisis del discurso. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** la violencia institucional se entendió en las violaciones e invisibilidades de la estructura de los servicios de salud a través de los problemas: infraestructura (estructura física, falta de recursos humanos y materiales, desguace de equipos); administrativo y gerencial; peregrinaje. **Consideraciones Finales:** es necesario darse cuenta de las invisibilidades de la infraestructura para actuar en el enfrentamiento de la violencia institucional contra los niños hospitalizados.

Descriptores: Estructura; Hospitalaria; Violencia; Institucional; Niño.

INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) é definida como aquela exercida nas/pelas instituições prestadoras de serviços na área da saúde, justiça e 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. Isso 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 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 e de recursos materiais⁽⁵⁾.

Quando a vítima é uma criança, a VI se torna mais grave, considerando a condição de vulnerabilidade própria da idade, devido à imaturidade cognitiva e motora, acarretando em 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 esses 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 diretas 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 desde a sua criação. 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 se torna preocupante, pois pode 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, 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 institucional se tornaram seus potenciais infratores.

Em que pese, a pouca ênfase dada às discussões relacionadas à VI em crianças pode ser considerada como um reflexo da forma como essas 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 quanto da invisibilidade com que esta é tratada nessas instituições.

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, através da razão governamental, está intensamente relacionada às convicções econômicas, em que o governo dos corpos é medido pelo benefício econômico, o que vem, por diversas vezes, a colidir com o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos, sobretudo no tocante à implementação dos direitos. Dessa forma, a falta de recursos para atender à população inviabiliza que instituições de saúde prestem atendimento universal, igualitário e integral aos usuários⁽⁷⁾ (principalmente os mais vulneráveis), acarretando no desenvolvimento da VI nessas instâncias. Assim, este estudo tem como questão norteadora: como os problemas estruturais nos serviços de saúde demarcam a presença da VI em crianças hospitalizadas?

OBJETIVOS

Analisar os elementos da estrutura hospitalar que demarcam as (in)visibilidades da VI em crianças hospitalizadas.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil, sendo iniciada após a sua aprovação. A pesquisa transcorreu dentro dos padrões éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾.

Referencial teórico-metodológico

A pesquisa buscou aproximações com o pensamento de Michel Foucault por meio da análise do discurso. Para Foucault, os discursos são formas conjuntas de enunciados que pertencem, essencialmente, à mesma forma discursiva, estando relacionado aos princípios e regras institucionais que atravessam o falante e sua fala; por isso, é necessário investigar tais enunciados para compreender os jogos de poder por trás destes.

A análise do discurso busca desvelar a natureza institucional da ordem discursiva; portanto, atentar para as singularidades dos

eventos e suas descontinuidades, com a finalidade de extrair o caráter móvel, estratégico e político dos discursos, é premente para exprimir os elementos de saber/poder dos acontecimentos⁽¹⁴⁾. Foucault ainda argumenta que através do discurso considerado como verdadeiro somos julgados, condenados, classificados, obrigados a assumir tarefas e um modo de viver ou morrer; logo, analisar os discursos se torna uma importante chave na compreensão dos acontecimentos que ocorrem na sociedade, sobretudo dentro das instituições⁽¹²⁾.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

A pesquisa ocorreu em uma unidade de internação pediátrica com 26 leitos, que atende crianças de 3 meses a 14 anos em um hospital universitário geral de grande porte em Salvador, Bahia.

Fonte de dados

As participantes foram as acompanhantes das crianças hospitalizadas e os profissionais de saúde que atuavam na referida unidade pediátrica. Dentre os critérios para participar da pesquisa, foram considerados: acompanhantes, idade maior de 18 anos e estar acompanhando a criança há mais de 7 dias (pois, sendo esse período de maior o contato com o ambiente hospitalar, tornou-se oportuno para emergirem diversas situações relacionadas à VI), profissionais de saúde, estar trabalhando em pediatria há mais de dois anos, pelo mesmo motivo.

Os dados foram coletados, por meio de entrevistas, que transcorreram na unidade pediátrica, sem objeções ou dificuldades, conduzidas pela pesquisadora principal. As participantes, tanto acompanhante quanto profissionais, foram escolhidas por conveniência (as que estavam na unidade e aceitaram participar da pesquisa). A média de tempo de entrevista no grupo dos profissionais de saúde foi de 11 minutos, enquanto que, no grupo dos acompanhantes, 28 minutos. 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 semiestruturado validado previamente por uma equipe de pesquisadores. As questões fechadas continham informações sobre o perfil sociodemográfico dos indivíduos, já as abertas, 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? (Esta pergunta era feita de forma ampla, por entender que as participantes ficariam livres para relatar acontecimentos e experiências que poderiam trazer à tona elementos

da VI nos discursos). Em seguida, a entrevistadora apresentava uma breve explicação sobre a VI e suas características para a entrevistada e finalizava com a pergunta: você identifica alguma situação que caracteriza como VI durante o internamento do seu filho(a)? Para os profissionais, as perguntas eram: na sua opinião, de acordo com a sua experiência profissional, quais problemas uma criança enfrenta durante o período de hospitalização? (da mesma forma, era-lhes explicado sobre a VI e suas características). Posteriormente, seguia-se com a pergunta: você identifica algum tipo de VI à criança hospitalizada? Qual ou quais? As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Os elementos da VI foram identificados nos discursos de acordo com a caracterização da VI estabelecida pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁾. A coleta de dados foi finalizada quando ocorreu a saturação dos dados das entrevistas de ambos os grupos, por terem obtido a densidade suficiente para análise do tema proposto. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram identificados: acompanhante, por números; profissionais, pela categoria profissional e número.

Análise dos dados

Os procedimentos analíticos seguiram as etapas da análise do discurso. Para tanto, após leitura exaustiva, os conceitos foram descongelados, desarticulados para em seguida proceder à análise e estabelecimento de relações de captação. Dessas relações, surgiu um novo emergente, que, através das associações nos enunciados discursivos, compuseram as três formações discursivas que nortearam os resultados da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram do estudo 10 acompanhantes e 39 profissionais de saúde. De acordo com o perfil sociodemográfico das acompanhantes, todas eram do sexo feminino, mães das crianças hospitalizadas, idade entre 19 e 45 anos, maioria com nível médio completo e renda de até 01 salário mínimo. Os profissionais de saúde pertenciam às 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, maioria tinha entre 6 e 10 anos de atuação em pediatria.

Com o propósito de analisar como os elementos da estrutura hospitalar 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, visibilizados a partir dos entraves administrativos, burocráticos e de gestão; e peregrinação, que sustenta o discurso da busca exaustiva por atendimento de saúde em diversos serviços.

Dentre os problemas na infraestrutura, a estrutura física inadequada emergiu como um importante fator gerador de desconforto para a criança e família, 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)

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 são discursos que se sustentam na perspectiva dos participantes. No entanto, constata-se uma lacuna deste discurso entre as acompanhantes, talvez porque este nem esteja na ordem do visível/dizível:

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)

Mas desconforto das instalações, sensações de isolamento e de aprisionamento foram enunciados frequentes entre as 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 problemática dos recursos humanos insuficiente no atendimento infantil, o que determina falhas na assistência e contribui para a ocorrência de erros, má qualidade do atendimento e até mesmo piora do quadro da criança:

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

O sucateamento de equipamentos e mobiliário constitui-se em um discurso legitimado nos enunciados dos profissionais e acompanhantes como fator interveniente na VI à criança hospitalizada:

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

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

Os profissionais e os acompanhantes veiculam discursos tanto da falta de materiais e de equipamentos quanto da oferta de materiais

que não contemplam a especificidade do cuidado ao público infantil. Essa deficiência acarreta problemas como adiamento de procedimentos, exames e impacta no aumento do tempo de internação, 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, os discursos dos profissionais e acompanhantes revelam a existência de 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 o 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 se sobrepõe como um grave problema, responsável pelos atrasos nos cuidados prestados aos pacientes. Neste estudo, os participantes sustentam enunciados que expressam o atraso no diagnóstico e do início do tratamento:

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, aí 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)

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 VI à criança é, também, vinculada a discursos que sustentam o comprometimento da estrutura dos serviços de saúde. As situações de VI à criança se manifestam pela ausência de espaços físicos, recursos humanos insuficiente, sucateamento de mobiliário, equipamentos e falta de materiais. Essas condições podem estar atreladas 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.

Na formação discursiva que ativa discursos de falta de atenção da gestão para as necessidades da criança (tal como pôde ser evidenciada pela inexistência da classe hospitalar e do profissional de pedagogia na unidade de internação pediátrica), pode-se notar uma atenção à saúde da criança idealizada por meio de políticas públicas que preconizam os atendimentos educacionais em ambientes hospitalares (classes hospitalares), com objetivo de auxiliar a criança a desenvolver a capacidade cognitiva, suprimindo suas necessidades de aprendizagem, minimizando os efeitos estressantes do ambiente hospitalar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Entretanto, é a própria visibilidade desta possibilidade idealizada, que aponta para a constatação da ausência desse atendimento na prática, revelando um contexto de atenção à saúde da criança, em nada diferente do contexto de atenção à saúde da pessoa adulta, centrado nas ações relacionadas ao tratamento e cura das doenças, sem considerar as necessidades da criança e as especificidades do seu desenvolvimento.

Desta forma, o discurso das violações e invisibilidades na estrutura onde ocorrem os atendimentos pediátricos sustenta a profunda influência da concepção do hospital como um local destinado apenas à cura e tratamento de doentes, característica do modelo de saúde centrado na visão biomédica, emergente no século XVIII. Para Foucault⁽¹²⁾, a medicina se estabeleceu 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, conduzindo o pressuposto de que 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. Nessa concepção 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 se sustenta no conjunto de valores que englobam a vida, a saúde, a equidade, a participação comunitária e o desenvolvimento individual, para a constituição de políticas públicas saudáveis⁽¹⁸⁾. Entretanto, os discursos que são operacionalizados nas falas dos participantes apontam para algumas lacunas existentes entre as políticas de saúde e o efetivo cuidado da criança. Portanto, os infantes representam mais um produto controlado por um sistema de saúde que procura governar a clínica avaliando os resultados das medições e os objetivos da prática e tratamento clínico previamente estabelecido, independentemente das necessidades específicas de cada um⁽¹⁹⁾.

Pesquisa realizada na Itália revelou que profissionais confirmaram 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⁽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 a escolarização das crianças hospitalizadas não têm sido valorizadas nos serviços saúde⁽¹⁰⁾.

Apesar de a Resolução 41 de 13 outubro de 1995 regulamentar 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, neste estudo, os participantes reiteram discursos de que este não está assegurado⁽⁸⁾. A atitude de omissão do serviço em prover as condições para que a criança receba o acompanhamento escolar se revela como uma violação de direito, o que pode se caracterizar como uma situação de VI.

Outra situação, que também é localizada na análise até então empreendida, trata da inadequação do espaço para acomodação dos acompanhantes. Nos enunciados, emerge a problemática de que, apesar de o serviço de saúde oferecer espaço para permanência do familiar com a criança por 24 horas, 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 é benéfico, pois, além de minimizar o sofrimento psicológico da criança, também auxilia na detecção precoce de riscos durante o período de hospitalização⁽¹⁾. No ECA, é sinalizado 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 se transformam em um 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 presentes nos enunciados confirmam a falta de profissionais e de material específico, o que gera sérios prejuízos na assistência à criança. Esse discurso se sustenta nas pesquisas que confirmam o déficit de recursos humanos, materiais e de medicamentos nos serviços de saúde, que repercutem diretamente na qualidade do atendimento e determinam a ocorrência de outro tipo de VI, a peregrinação^(5,22-25).

A regularidade discursiva do problema da escassez nos enunciados dos participantes vai muito além da lógica quantitativa. Neste sentido, o que determina a justa redistribuição dos recursos quando esses já são escassos? Pode-se dizer que os princípios de justiça distributiva deveriam definir como os 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⁽²⁶⁾. 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⁽²⁷⁾.

Quando discutimos sobre direitos, é preciso considerar a sua inviabilidade ou invisibilidade. Considerar os direitos inviáveis implica problematizar que, para que estes 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⁽²⁷⁾. 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, pois é preciso saber para reconhecer. No entanto, os discursos reproduzidos por profissionais e acompanhantes elucidam que, durante a hospitalização da criança, o tratamento e o cuidado ocorrem, mas sem a valorização das necessidades dessas e de suas famílias. 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, de acordo com Foucault, 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 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⁾.

De acordo com Foucault, a medicina é uma estratégia biopolítica que o Estado utiliza para controlar a população. Portanto, a biopolítica é utilizada nos moldes do liberalismo para assegurar que a utilidade social e o benefício econômico sejam utilizados em favor do Estado e não dos indivíduos, sobretudo os de restrita representatividade⁽¹²⁾. Outros estudos revelam que o impacto de políticas econômicas nos serviços de saúde gera desigualdade e estratificação do cuidado, pois as ações estão condicionadas a indicadores econômicos e não aos direitos humanos, o que vem a afetar a autonomia das pessoas, principalmente os mais vulneráveis⁽²⁸⁻²⁹⁾. De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990)⁽³⁰⁾, a criança necessita de proteção e cuidados especiais, mas é evidente considerar que o Estado e a gestão local têm falhado, pois não suprem e nem monitoram a justa distribuição de recursos para garantir a qualidade do atendimento à mesma.

Por sua vez, a peregrinação aos serviços de saúde é 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⁽³¹⁾. A peregrinação pode ocorrer pela: falha 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; a fragmentação do trabalho entre equipes de saúde^(23-24,32). 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⁽³³⁻³⁴⁾.

Em que pese, 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 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⁽³⁴⁻³⁵⁾. A peregrinação ocorre em diversos níveis da rede de atendimento, desde a atenção primária até alta complexidade, estando presente em diversos países⁽³⁶⁾. Ademais, o ato de peregrinar demonstra que, embora alguns serviços possuam recursos tecnológicos, a falta de assistência ocorre em virtude do despreparo e dificuldades na organização e acolhimento ao doente⁽³⁵⁾.

Para Foucault⁽³⁷⁾, o caráter violento das práticas de poder deriva da racionalidade política por traz do mesmo. A violência na peregrinação é, portanto, uma manifestação da racionalidade política do sistema econômico político do Estado, em virtude do descompasso político-administrativo que resulta em privações e dificuldades na busca pelo atendimento de saúde. Essa distorção no atendimento de saúde é violenta, pois a instituição reproduz as suas iniquidades, demonstrando que ainda há grande dificuldade em desenvolver princípios de integralidade e equidade.

De acordo com o pensamento foucaultiano, a presença da racionalidade econômica nos discursos é compatível com a estratégia biopolítica utilizada no dispositivo de segurança. Isto é, o dispositivo de segurança é uma tecnologia de poder utilizada para controle de populações através de dados demográficos, com o objetivo de controlar a razão governamental. Neste estudo, a peregrinação, sustentada como um discurso que anuncia uma situação recorrente, é uma questão que demonstra pouca ou nenhuma preocupação da gestão com a ampliação da oferta de serviços à criança, possivelmente pela menor representatividade que esta possui no que tange aos atendimentos na rede de saúde. Assim, permanece a concepção da invisibilidade da criança no serviço de saúde, o que se torna incoerente, já que as demandas infantis são inúmeras e crescentes.

Paradoxalmente, apesar de a carta de direitos dos usuários dos serviços de saúde ressaltar que *"todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde"*⁽⁷⁾ e do ECA garantir à criança acesso integral às linhas de cuidado por meio do SUS, o que se percebe é a visão de que os usuários que conseguem atendimento de saúde são considerados privilegiados. Tal evidência foi constatada em uma pesquisa que buscou evidenciar a percepção dos usuários sobre acessibilidade nos serviços de saúde, na qual esses sentiam os profissionais tratando-os como um bando de necessitados, e a assistência prestada, uma caridade⁽³⁸⁾.

Os problemas relacionados à gestão revelaram má qualidade no atendimento de saúde às crianças e suas famílias. O que mais se expressa nos enunciados é a padronização dos serviços constituída por normas e rotinas rígidas e a presença de falhas na tomada de decisão da gestão. Nessa direção, um estudo sinaliza que a padronização dos serviços se constitui, muitas vezes, em uma

contradição diante da importância que existe na implementação de um plano de cuidados que respeite as diferenças existentes nos diversos núcleos⁽³⁹⁾. Assim, a aplicação de normas rígidas e a supervalorização da burocracia impediam que as crianças recebessem a assistência adequada ou minimamente adequada.

O princípio da integralidade é considerado um conjunto articulado e contínuo de ações de caráter preventivo ou curativo, coletivo ou individual, que precisa existir em todos os níveis de complexidade do sistema⁽¹⁰⁾. Entretanto, nos enunciados discursivos, 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 de que a equipe de enfermagem utilizasse apenas o fardamento branco. Tal exigência nada mais é do que a imposição de regras reproduzidas nos serviços de saúde originadas em discursos que propagam sinais de controle e autoridade produzidos em meio a uma dinâmica discursiva pautada na disciplina, que vem a contrapor princípios importantes da prática que valoriza o cuidado humanizado ao público infantil.

Para Foucault, a disciplina dentro dos hospitais se dá com base na composição de estratégias bem definida de controle dos corpos, controle do tempo, do espaço, normas e adestramento⁽¹²⁾. Dessa forma, os dados oriundos desta pesquisa visibilizam a permanência de elementos relacionados às normas e regras rígidas impostas pelas instituições hospitalares, levando crianças e suas famílias a vivenciarem privações e violência.

As falhas administrativas, visibilizadas pelos participantes da pesquisa, evidenciam a VI, por constatar invisibilidades das necessidades de crianças e suas famílias. Para Foucault, "*a regra é o prazer calculado da obstinação*"⁽³⁷⁾, através dela, permite-se que ocorra a dominação. Assim, o universo de regras satisfaz a violência, pois, sendo estas vazias, se prestam apenas àqueles que se apoderam delas. Neste estudo, profissionais e usuários estão imersos em uma mesma lógica de discursos que veicula um universo de regras, entretanto é preciso considerar que tais regras, em muitas situações, prevaleceram em detrimento dos direitos dos usuários. 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

No presente estudo, ainda que tenha efetuado um quantitativo produtivo de entrevistas com profissionais e acompanhantes, considera-se como limitação o fato de ter sido realizado em um hospital universitário em um estado do Nordeste, obtendo, dessa forma, uma restrita representatividade.

Contribuição para a área da enfermagem

Este estudo preenche uma lacuna importante nas pesquisas que envolvem VI nos serviços de saúde e o cuidado infantil. Ao reconhecer a invisibilidade da VI à criança na estrutura hospitalar, a enfermagem pode compreender e atuar na adoção de medidas que irão minimizar este agravo, permitindo que o cuidado ocorra de forma mais segura e humana para crianças e suas famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou e discutiu os elementos estruturais relacionados à VI no ambiente de cuidado à criança hospitalizada, evidenciada pelos problemas de infraestrutura, de gestão e peregrinação. As invisibilidades que demarcam a VI à criança hospitalizada foram identificadas através das violações dos direitos infantis, que repercutem nas inadequações da estrutura hospitalar. O pensamento foucaultiano contribuiu para melhor compreender a engrenagem e disposição dos jogos de poder (estratégia biopolítica e disciplina) por trás dessas invisibilidades. É premente considerar a necessidade de ampliação das discussões sobre a VI nos hospitais como forma de ofertar um atendimento de qualidade ao público infantil, 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 05];9(1):11-25. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n1/11-25/es>
2. Organização das Nações Unidas. 17 objetivos para transformar o mundo [Internet]. Rio de Janeiro: UNIC Rio; 2015[cited 2017 Feb 05]. Available from: <https://unicrio.org.br/pos2015/>
3. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Cienc Med*. 2016;25(3):115-28. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a3641>
4. Ministério da Saúde (BR). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço [Internet]. Brasília, DF: MS; 2002[cited 2017 Feb 05]. (Série cadernos de atenção básica, nº 8; Série A normas e manuais técnicos, nº 131). Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf
5. Marrero L, Brüggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(3):1152-61. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>
6. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Safety and protection for hospitalized children: literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(3):410-6. <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, DF: PR; 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). Resolução nº 41 de 13 outubro de 1995 [Internet]. Brasília, DF: 1995[cited 2018 Jun 24]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_crianças_hosp.pdf
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. 15,9 mil leitos de internação pediátrica foram fechados no Brasil, nos últimos nove anos [Internet]. Rio de Janeiro: SBP; 2020[cited 2020 Feb 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 Jr CJF. The integral child health care network in the Federal District, Brazil. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(6):2075-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>
11. Ariès P. História social da criança e da família. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
12. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
13. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012[cited 2017 Jun 08]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Almeida DB, Santos NVC, (Orgs.). Foucault como referencial teórico metodológico na produção científica de enfermeiras. Feira de Santana: Editora Zarte; 2020.
15. Medeiros JLG. Atendimento educacional em ambiente hospitalar: princípios pedagógicos. *Rev Educ*. 2020;45:e14. <https://doi.org/10.5902/19846444>
16. Boles JC, Winsor DL, Mandrell B, Gattuso J, West N, Leigh L, et al. Student/patient: the school perceptions of children with cancer. *Educ Stud*. 2017;43(5):549-66. <https://doi.org/10.1080/03055698.2017.1312288>
17. Tsimicalis A, Genest L, Stevens B, Ungar WJ, Barr R. The impact of a childhood cancer diagnosis on the children and siblings' school attendance, performance, and activities: a qualitative descriptive study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2018;35(2):118-31. <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. *Crit Public Health*. 2017;27(4):455-64. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010049>
20. Bisogni S, Aringhieri C, McGreevy K, Olivini N, Gonzalez Lopez JR, Ciofi D, et al. Real implementation of the rights of sick children in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. *BMC Med Ethics*. 2015;16:33. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>
21. Berger E, Paar C. Preventive human rights monitoring in child and adolescent psychiatry and welfare institutions. *Neuropsychiat*. 2017;31(3):133-43. <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0244-z>
22. Moreira GAR, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM, Feitoza AR Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. *Saude Soc*. 2020;29(1):e180895. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
23. Sá ACS, Silva ACSS, Góes FGB. Diagnosis of childhood and youth cancer: the families percurrer path. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(5):1180-87. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1180-1187>
24. Luz RO, Pieszak GM, Arrué AM, Gomes GC, Neves ET, Rodrigues AP. Therapeutic itinerary of families of children with special health needs. *Rev Rene*. 2019;20:e33937. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033937>
25. Kc A, 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):31-8. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02846-w>
26. Amaral G. Direito, escassez e escolha: em busca de critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas. Rio de Janeiro: Renovar; 2001.
27. Holmes S, Sunstein CR. El costo de los derechos: por qué la libertad depende de los impuestos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2011.
28. Camargo Plazas P. Understanding the space of nursing practice in Colombia: a critical reflection on the effects of health system reform. *Nurs Inq*. 2018;25(3):e12242. <https://doi.org/10.1111/nin.12242>
29. 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):e016614. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016614>
30. Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança: Instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, foi ratificado por 196 países [Internet]. Genebra: 1990[cited 2017 Jun 08]. Available from: www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca
31. Macedo MCM, Bezerra Filho JG, Feitosa RFG, Moreira TMM. Fatos geradores de vítimas e perpetradores da violência. In: Bezerra Filho JG, Savioli KC, Gomes EM, Araújo ISG, (Orgs.). *Acidentes e violência: uma abordagem interdisciplinar*. Fortaleza: EdUECE; 2015. p. 12-37.
32. Luz GS, Rissardo LK, Vituri LP, Meyer VA, Pelloso SM, Carvalho MDB. "Pilgriming": experiences of family members of people with cystic fibrosis. *Rev Paranaense Enferm* [Internet]. 2019[cited 2017 Mar 12];2(1):23-31. Available from: <http://seer.fafiman.br/index.php/REPEN/article/view/518>
33. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(1):179-89. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>

34. Leal MC, Bittencourt SDA, Torres RMC, Niquini RP, Souza Jr PRB. Determinants of infant mortality in the Jequitinhonha Valley and in the North and Northeast regions of Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:12. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391>
 35. Santos DBC, Vázquez-Ramos V, Oliveira CCC, López-Arellano O. Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú- Colombia. *Rev Latinoam Cienc Soc Ninez Juv*. 2019;17(2);1-20. <https://doi.org/10.11600/1692715x.17206>
 36. 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 Saude Publica*. 2019;35(12):e00004119. <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>
 37. Foucault, M. *The birth of biopolitics: lectures at the collège de France, 1978-1979*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2008.
 38. 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. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(5):1929-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>
 39. Austin WJ. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. *Nurs Philos*. 2011;12(3):158-66. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2011.00492.x>
-