




VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL HOSPITALAR NA PRÁTICA DE CUIDADO À CRIANÇA: ANÁLISE DO DISCURSO NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA


Ana Carla Petersen de Oliveira Santos¹ 

Climene Laura de Camargo¹ 

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas² 

Cristina Nunes Vitor de Araújo¹ 

Marimeire Moraes da Conceição¹ 

Francielly Zilli³ 

¹Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil.

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

³Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: interpretar discursos de profissionais de saúde e de acompanhantes acerca da violência institucional hospitalar nas práticas de cuidado à criança, fundamentado na concepção foucaultiana de disciplina.

Método: 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. A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a outubro de 2019 utilizando-se a entrevista semiestruturada. Na interpretação dos dados, foi empregada a análise do discurso à luz do pensamento foucaultiano.

Resultados: a violência institucional nas práticas de cuidado é 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 à 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 a 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: Maus-tratos infantis. Criança hospitalizada. Acesso universal aos serviços de saúde. Pesquisa qualitativa.

COMO CITAR: Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO, Araujo CNV, Conceição MM, Zilli F. Violência institucional hospitalar na prática de cuidado à criança: análise do discurso na perspectiva foucaultiana. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [acesso MÊS ANO DIA]; 31:e20220002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0002pt>

IN-HOSPITAL INSTITUTIONAL VIOLENCE IN THE CHILDCARE PRACTICE: DISCOURSE ANALYSIS FROM THE FOUCAULDIAN PERSPECTIVE

ABSTRACT

Objective: to interpret speeches by health professionals and companions about in-hospital institutional violence in childcare practices, based on the Foucauldian concept of discipline.

Method: a qualitative, descriptive and exploratory research study with a pediatric unit from a university hospital in Salvador/Bahia as study field. The study participants were 10 companions of hospitalized children and 39 health professionals. Data collection took place from November 2018 to October 2019 using semi-structured interviews. Discourse analysis in the light of Foucauldian Thought was employed in data interpretation.

Results: institutional violence in the care practices is understood by the disciplinary device, having the following as elements: time control and spatial separation; control over the bodies; norms and training; and thorough examination. With care being guided by such elements, situations of care omission, disrespect for autonomy and privacy, lack of listening, lack of attention, physical harms, deprivations and multiple manipulations of the children's bodies were identified, resulting in violations of these individuals' human dignity.

Conclusion: it is necessary for professionals, users, managers and the academic community to propose a change in the modes of care for hospitalized children, strengthening dissemination and debate of human rights in the health services that serve children and their families.

DESCRIPTORS: Child maltreatment. Hospitalized child. Universal access to health services. Qualitative research.

VIOLENCIA INSTITUCIONAL HOSPITALARIA EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD INFANTIL: ANÁLISIS DEL DISCURSO DESDE LA PERSPECTIVA DE FOUCAULT

RESUMEN

Objetivo: interpretar discursos de profesionales de la salud y de acompañantes acerca de la violencia institucional hospitalaria en las prácticas de atención de la salud infantil, sobre la base de la concepción de disciplina de Foucault.

Método: investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria en la que el campo de estudio fue una unidad pediátrica de un hospital universitario de Salvador/Bahía. Los participantes del estudio fueron 10 acompañantes de niños internados y 39 profesionales de la salud. La recolección de datos ocurrió de noviembre de 2018 a octubre de 2019 mediante las entrevistas semiestructuradas. En la interpretación de los datos se recurrió al análisis del discurso a la luz del pensamiento de Foucault.

Resultados: la violencia institucional en las prácticas de atención de la salud se comprende como el dispositivo disciplinario, con los siguientes elementos: control del tiempo y separación espacial; control de los cuerpos; normas y entrenamiento; y examen minucioso. Como la atención de la salud está guiada por dichos elementos, se identificaron situaciones de omisión de atención, falta de respeto por la autonomía y la privacidad, falta de interés por escuchar a los pacientes, falta de atención, perjuicios físicos, privaciones y múltiples manipulaciones del cuerpo infantil, derivando en violaciones a la dignidad humana de estos individuos.

Conclusión: es necesario que profesionales, usuarios, gerentes y la comunidad académica propongan un cambio en las modalidades de atención a niños internados, fortaleciendo la difusión y el debate de los derechos humanos en los servicios de salud que atienden a niños y a sus familias.

DESCRIPTORES: Maltrato infantil. Niños internados. Acceso Universal a los Servicios de Salud. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

A violência institucional (VI) é definida como aquela que ocorre por meio das relações de poder entre usuários e profissionais, e que resultam em dano. Isso pode 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 e peregrinação. Assim, a VI pode ocorrer desde a busca pelo atendimento de saúde até o momento em que as práticas de saúde são desenvolvidas, quando estas são prestadas de forma inadequada, comprometendo o cuidado e o bem-estar do usuário¹.

O complexo panorama que envolve a construção da VI em serviços de saúde e a dificuldade que profissionais e usuários têm em visibilizá-la são respaldados pela forma como estas práticas tornaram-se autoritárias e intervencionistas ao longo dos anos. A influência do modelo biomédico, presente na história da maioria das profissões de saúde, aliada ao avanço tecnológico da medicina, torna cada vez mais evidente a incipiente preocupação com o respeito aos direitos humanos nestas práticas².

Frequentemente, o desenvolvimento de práticas de saúde pautadas nas necessidades dos indivíduos e respeito à sua dignidade colidem com as atitudes paternalistas dos profissionais, que geralmente ofertam cuidados sob o pretexto de boas intenções, entretanto, têm dificuldade de reconhecer e considerar os direitos, vontades e interesses dos usuários. Esta condição pode ser reproduzida nas/pelas relações assimétricas de poder entre profissionais e usuários, que podem culminar em situações de violência dentro dos serviços de saúde².

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 do corpo do indivíduo. Para este autor, o controle da sociedade pelos indivíduos não acontece por meio de uma ideologia, mas, sim, pelo corpo e no corpo³.

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 transmitidos reproduzem efeitos de poder, nos quais os indivíduos são julgados, classificados, segregados, disciplinados e obrigados a se submeter em função desses discursos⁴.

O hospital, desde a sua origem, é considerado como instituição que utiliza a disciplina para estabelecer a ordem médica⁴. A relação assimétrica estabelecida entre o profissional e o usuário consolida a hierarquia, na medida em que um ser ocupa posição de superioridade em relação ao outro e não há espaço para a negociação⁴⁻⁶.

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 minucioso³.

Quando o usuário do serviço de saúde é uma criança, o problema torna-se ainda mais desafiador, uma vez que estas são ainda mais vulneráveis às práticas de saúde abusivas. Neste sentido, compreendendo que pesquisas evidenciam a ocorrência de danos em crianças hospitalizadas em decorrência de práticas de cuidado abusivas têm sido desconsideradas;⁷⁻¹⁰ e que, apesar da existência de estudos que confirmam a presença de maus-tratos físicos e emocionais em crianças em hospitais gerais e pediátricos¹¹, estes ainda são escassos, isso demonstra uma grande lacuna nos estudos que envolvem essa temática¹².

Dessa forma, este estudo buscou interpretar discursos de profissionais de saúde e de acompanhantes acerca da violência institucional hospitalar nas práticas de cuidado à criança, fundamentado em concepções foucaultianas de disciplina.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A apresentação deste trabalho seguiu os Critérios Consolidados para Relatar Estudos Qualitativos (COREQ)¹³. O estudo utilizou o pensamento do filósofo contemporâneo Michel Foucault para problematizar a temática. A produção dos dados ocorreu a partir de entrevistas que foram interpretadas por meio da análise do discurso. Os dispositivos da análise de discurso foucaultiana adotados no tratamento do material empírico foram os conteúdos relacionados à disciplina como tecnologia de poder. Neste caso, seguindo as reflexões foucaultianas, a análise de discurso se pautou na compreensão do poder disciplinar como econômico, conduzido pela vigilância e pelos efeitos da sensação de que esta é capaz de produzir na população, sendo um mecanismo presente arquitetonicamente e minuciosamente nas instituições, convergindo de modo eficaz no exame disciplinar³.

Os participantes foram escolhidos por conveniência. Dentre os critérios de inclusão para participar da pesquisa, foram considerados para os acompanhantes: ter idade maior de 18 anos e estar acompanhando a criança hospitalizada há mais de sete dias; e para os profissionais de saúde: estar trabalhando em pediatria há mais de dois anos. Os critérios de exclusão foram: para profissionais: estar afastado do trabalho no período da coleta de dados; para os acompanhantes: não ser o responsável pela criança. Durante a abordagem para coleta de dados, duas acompanhantes recusaram participar da pesquisa por questões pessoais.

O campo da pesquisa foi uma unidade de internação pediátrica de um hospital universitário de grande porte em Salvador/Bahia, Brasil. A unidade de atendimento possui 26 leitos e recebe crianças de 3 meses a 14 anos.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a outubro de 2019. Os dados foram coletados por meio da entrevista, contendo um roteiro estruturado composto de questões fechadas acerca do perfil sociodemográfico dos indivíduos, e um semiestruturado com questões abertas. As perguntas norteadoras para os acompanhantes foram: como tem sido o atendimento ao seu filho neste 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? E, para os profissionais utilizaram-se as perguntas: 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 participantes foram identificados pela palavra “acompanhante” seguida de um número (ex: acompanhante 01) e, no caso das profissionais de saúde, pela categoria profissional e número (ex: nutricionista 01).

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal e uma equipe treinada previamente. Os participantes foram escolhidos por conveniência. No caso dos acompanhantes, era realizada uma consulta ao relatório de enfermagem diário da unidade pediátrica. Em seguida, as entrevistadoras se dirigiam aos acompanhantes e os convidavam para participar da pesquisa. Já, com os profissionais, as pesquisadoras buscavam aqueles que estavam de plantão no dia da coleta de dados, convidavam para participar da pesquisa e realizavam o agendamento da entrevista. Assim, dos 65 profissionais de saúde da unidade, 39 aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas transcorreram em um local reservado na própria unidade pediátrica, sendo encerradas após saturação dos dados, totalizando 11 horas de entrevista, com média de 15 minutos de duração.

Os procedimentos analíticos ocorreram após a gravação, transcrição, leitura superficial e leitura exaustiva das entrevistas. A técnica utilizada foi a análise do discurso, direcionada pelas reflexões e problemáticas dos pensamentos foucaultiano como pontos de análise, o qual aponta ser necessário investigar tais enunciados para compreender os jogos de poder presentes nas relações¹⁴. Direcionado

pelas reflexões foucaultianas, o material empírico foi tratado como um conjunto de enunciados apoiado na mesma formação discursiva – acerca da VI hospitalar nas práticas de cuidado à criança, mas sem formar uma “unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar na história.”^{15:32}

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 nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Após consentimento do participante, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Até o momento, nenhum dos entrevistados solicitou desvinculação da pesquisa.

RESULTADOS

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 um salário-mínimo. Participaram deste estudo as seguintes profissionais de saúde: técnicas de enfermagem (11), médicas (7), enfermeiras (6), nutricionista (5), fisioterapeutas (5), farmacêuticas (2), fonoaudióloga (1), psicóloga (1), assistente social (1). Nesse grupo, todas eram do sexo feminino, tinham idade entre 27 e 62 anos, renda familiar entre cinco e 10 salários-mínimos. A maioria dos profissionais tinha entre 6 e 10 anos de atuação em pediatria.

O modo como a disciplina, como uma tecnologia de poder, se capilariza dentro do hospital pode ser visibilizado nos discursos dos participantes. Observa-se que há modos diversos de subjugação da criança compreendidos no cotidiano das normas hospitalares, o que reitera a valorização das rotinas dentro de quadros institucionais prescritivos.

Dessa forma, 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 determinados. 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 a 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 para colocar meu filho.... Depois, 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 está sendo assistido e lá onde eu moro não tem cirurgião para ele* (Acompanhante 02).

O controle do tempo também foi mencionado pelos participantes da pesquisa nas situações em que os profissionais se negaram ou demoraram para prestar atendimento. Em alguns casos, este fato ocorre pela lentidão nos processos administrativos, pela carência de profissionais no setor ou por negligência: [...] *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).

A separação espacial foi compreendida 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 embaixo, 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. O paciente fica sem conforto e sem assistência. Se ele for grave, fica sem ser visto, inclusive* (Médica 05).

Apesar de as crianças estarem em tratamento dentro do espaço hospitalar, constataram-se algumas situações nas quais elas não recebiam a visita e avaliação dos profissionais de algumas especialidades pediátricas: [...] *o caso dela agora é cirúrgico, aí a médica falou: “Ó, mãe, a gente vai dar alta hospitalar à 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 hospitalar à paciente”. Nós vamos marcar o retorno dela no ambulatório, porque a neuro não vem* (Acompanhante 10).

Ainda, algumas acompanhantes expressaram preocupação, principalmente, com os riscos que envolviam o retorno para casa com a criança e com a ameaça de piora ou complicações, como apresentado no enunciado a seguir: [...] *aí eu reivindiquei, eu falei: Como é que vai mandar uma criança para casa, que sabe que o problema dela agora só resolve com cirurgia? Para voltar em quanto tempo? Daqui a um mês para a consulta? Como eu vou esperar para 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?* (Acompanhante 10).

Controle dos corpos

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 meu filho nunca ficou hospitalizado, uma criança que tá toda furada, toda hora fura, perde um acesso, tira um líquido da barriguinha, é muito novo para nós* (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 para 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. O que ocasionava ansiedade, irritação e outros desequilíbrios emocionais: [...] *ela vai ser invadida, vai ser colhido sangue, não se pergunta ou não se diz para a 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).

[...] *hoje você tem exame de sangue, amanhã você tem ecocardiograma, depois de amanhã você tem um raio-X, depois você tem... Poxa, para quê é isso? Para quê 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 colocar o soro de qualquer jeito. Não é uma urgência, uma emergência pra salvar a vida da criança. Isso é uma coisa que se pode conversar, você poderia mostrar para a criança e não simplesmente segurar ela* (Enfermeira 05).

A despeito da desqualificação do saber prático e da experiência de vida, neste estudo pôde-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 hospitalar para ele.” Aí eu falei: Mas eu não vou aceitar, eu sei o que passo e ele vai adoecer. Ela disse: “Não! Ele tá superbem.” 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).

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 discurso, conforme a profissão: [...] *do ponto de vista da fonoaudiologia, uma das nossas dificuldades é a equipe não respeitar o prazer alimentar da criança, a necessidade de alimentá-la por 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” sinalizando as aspas com as mãos, 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 a via oral (Fonoaudióloga 01).*

Ademais, foram observadas situações de controle dos corpos, quando as crianças eram expostas a condutas erradas durante procedimentos, devido a imperícia ou por imprudência, causando danos físicos, como se vê nos relatos a seguir: [...] *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 estava tomando conta dele, ele ia morrer (Acompanhante 02).*

Normas e adestramento

As regras e normas hospitalares foram descritas 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: [...] *às vezes o médico responsável pela 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 adequação a uma série de normas e regras pré-estabelecidas pode ser comparada a um processo de adestramento. Os danos advindos dessa normalização levam a criança e família a serem privadas de necessidades básicas como sono, alimentação e atenção: [...] *Nós temos que respeitar muitas rotinas. Tem horário que administra o medicamento, que dá banho, que acorda, e a criança não está acostumada com isso. Nós impomos tudo para ela e às vezes elas ficam mais estressadas e, muitas 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, às vezes, o mau humor não é porque ela é mimada ou é birra ou é dengo, é só porque ela tende a expressar o estresse dela dessa forma (Farmacêutica 01).*

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 reconheceram uma dicotomia entre ser competente e ser cuidativo: [...] *e hoje essas coisas de competência, a exigência, a pressão, “Você tem que ser bom! Não pode errar!”, isso também, eu acho que desfavorece muito, a gente acaba perdendo muito a sensibilidade, aquela coisa do parar para conversar, de conhecer o paciente e a família como um todo, né? É uma coisa muito mecanizada, pois é muito protocolada (Médica 06).*

[...] com a rotina, às vezes passa despercebido, faz no automático. Talvez as rotinas também agridam um pouco essa criança, por mais que a gente tente adequar, às vezes, a gente não consegue fazer de uma forma que fique melhor para ela (Enfermeira 04).

[...] muitas vezes não se ouve as queixas da criança. Fazem o procedimento e só explicam para o pai/mãe. Também a questão de não informar sobre seu diagnóstico. Não há uma conversa clara com a criança. Às vezes achamos que a criança não entende, mas ela entende tudo (Enfermeira 05).

O exame minucioso

No espaço hospitalar, sobretudo, por se tratar de um hospital universitário, a prática do exame relacionada à fragmentação e desarticulação e esquadramento trouxeram prejuízos no atendimento das necessidades de saúde da criança. Ainda, o exame minucioso, uma ação baseada na minúcia da vigilância e esquadramento do corpo, originou situações de VI pelo desrespeito da privacidade da criança, causando desconforto e estresse: [...] *muitas vezes tem aqui 10, 15 internos estudantes de medicina e, então, vários desses internos vão atender o paciente. Às vezes ocorre a troca de interno e os familiares se queixam disso. São muitos profissionais na unidade e eles os familiares têm dificuldade de enxergar os profissionais de referência. Isso dificulta também o processo de adesão ao tratamento. É um hospital universitário, então, nós temos muitas mudanças por causa dos rodízios de médicos residentes e internos de medicina, mas, muitas vezes, isso não é compartilhado com o paciente. Como profissionais, conseguimos perceber os impactos psicológicos desse processo* (Psicóloga 01).

[...] *primeiro vem o estudante de medicina para avaliar a criança, depois o preceptor, que, no caso, sou eu, para questionar alguma coisa e isso causa até choro... Certa vez, quando eu entrei na sala para examinar a criança, ela já tinha sido vista por quatro médicos* (Médica 04).

Nos casos mais acentuados, a criança vivencia situações de estresse tão grande, que pode ficar estigmatizada como uma criança agressiva e não colaborativa. Essa situação é descrita por profissionais como patologização da criança: [...] *a depender a idade, a criança não sabe 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).

[...] *existem situações nas quais os familiares são rotulados com doenças psiquiátricas que não existem. Ainda hoje 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 se manifestava por meio de diagnósticos imprecisos: [...] *ai chegou o médico da urologia, que falou que meu filho não precisava fazer cirurgia, só quando tivesse uns cinco anos, por isso ele ia dar alta hospitalar, e disse que não era para eu me preocupar. Retornei dia 26 de setembro um tempo depois da alta 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).

DISCUSSÃO

De acordo com discursos de profissionais e acompanhantes, constata-se que as práticas de cuidado em saúde no cuidado infantil estão carregadas de elementos que se relacionam com a VI cometida em ambientes hospitalares. A VI vivenciada por crianças hospitalizadas se manifesta por meio de abuso físico, negligência e problemas éticos que violam a autonomia e os direitos das crianças.

Na formação discursiva “controle do tempo e do espaço” evidencia-se, através de discursos de profissionais e acompanhantes, na 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, percebeu-se o aumento do tempo de espera da criança para receber o atendimento, até mesmo quando esta se encontrava em situações de urgência, levando a um agravamento do seu estado de saúde.

A busca pelo cuidado integral de crianças é uma dificuldade pontuada em outro estudo¹⁶ que destaca a procura incessante por resoluções dos problemas. Assim, a peregrinação em diferentes serviços de saúde e, conseqüentemente, a falta de profissionais capacitados para atender essa clientela são destaques negativos do funcionamento do Sistema Único de Saúde no que tange à integralidade das práticas de cuidado à criança.

Pesquisa realizada com acompanhantes de crianças internadas no Sul do Brasil evidenciou que a família, na maioria das vezes, desconhece as normas e rotinas hospitalares, buscando inicialmente se adaptar a estas, pois entende a necessidade de organização do trabalho. Portanto, o estudo destaca a importância de relevar a flexibilização das normas. Ainda, os participantes referiram que, quando identificavam problemas ou dificuldades para realização do cuidado à criança ocasionados pelas normas, não as aceitavam e, até mesmo, as transgrediam¹⁷.

Pesquisa em um hospital público no Brasil com usuários em idade adulta demonstrou a existência de supervalorização de normas e rotinas hospitalares. O mesmo estudo revelou que os indivíduos 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, normas, regras e rotinas, que teoricamente deveriam facilitar o atendimento e assegurar o conforto, tornam-se um instrumento de dominação, devido à predominância da visão burocrática e técnico-científica, comprometendo a resolutividade do atendimento⁶.

O estabelecimento de um tempo certo para as coisas é inerente à disciplina³. Na disciplina, o controle do tempo é estabelecido pela censura, de maneira que, se algo não acontece dentro do tempo previsto, deve ser censurado³. Neste estudo muitas atitudes de omissão de cuidados eram justificadas pela censura, o que gerou problemas para a criança.

A disciplina também pode ocorrer 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. Desta forma, a distribuição do espaço interno da instituição deve torná-la propícia à prática da medicalização e não às necessidades dos indivíduos que adentram nela³.

A dificuldade de fornecer atendimento de qualidade em todos os espaços do hospital pode ser justificada pela sobrecarga de trabalho. Entretanto, o argumento da separação espacial não deveria ser sustentado, uma vez que as necessidades de saúde da criança hospitalizada pressupõem que haja priorização do atendimento desta em qualquer ambiente onde se dá o cuidado de saúde.

A segunda formação discursiva demonstrou que as práticas de cuidado têm sido desenvolvidas com base no controle dos corpos, isto porque o corpo infantil tem sido exposto a múltiplas manipulações, em sua maioria, sem o consentimento da criança. 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 são parcialmente aplicados. Tal situação foi descrita nos estudos em que crianças descreveram a forma imperativa com a qual eram abordadas por alguns profissionais¹⁸⁻²⁰.

Um corpo é dócil na medida em que se submete à imposição das forças que o modelam e assujeitam⁴. O controle sobre os corpos por meio da disciplina consolida a subjetivação do sujeito criança e doente, ao mesmo tempo. 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, revelando a violência institucional à criança no serviço de saúde⁴.

O sujeito é um indivíduo que passa por diversos processos de objetivação que ocorrem nos jogos de verdade e nas relações de poder²¹. 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 induzem²¹.

Partindo dessa premissa, historicamente o corpo da criança passou por diversos modos de objetivação, sendo considerado como um objeto de paparicação, 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 limpo²¹⁻²².

Os estados de dominação acontecem quando as relações de poder estão cristalizadas, onde não se permite que haja uma modificação entre os parceiros³. 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 inflingida que ofenda sua integridade corporal ou que acarrete sofrimento físico, portanto, a situação apresentada configura-se como um quadro deste tipo de agressão²³.

Pesquisas confirmam a existência de abusos em crianças hospitalizadas e evidenciam a presença de abusos físicos, caracterizados por hematomas, fraturas, manuseio brusco, abusos verbais e sexuais. Ainda, revelam que crianças denunciaram que não gostavam quando os profissionais não conversavam sobre os procedimentos e falavam com elas de forma imperativa para permanecerem caladas¹⁷⁻¹⁸.

Estudo aponta que 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 medicina². Desta forma, persiste a necessidade de mobilização de entidades nacionais e internacionais para introduzir este tema na formação e capacitação de profissionais nas áreas de saúde²⁴.

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 adulta²⁵.

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 e a alimentação. Estas evidências são também observadas em estudos que demonstram que crianças vivenciam a hospitalização de forma negativa por sentirem-se limitadas pelas regras, controle, isolamento e dependência que lhes são impostas^{20,26-27}.

A regra permite que ocorra o jogo da dominação. É através das regras que se pratica a normalização, pondo em ascensão a violência. Na perspectiva teórica foucaultiana, as regras são

elementos que, necessariamente, são alocados de modo privilegiado, na medida em que importa saber quem se apodera delas, quem as domina³. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização supõe que sejam mitigadas as estruturas rígidas de saber e poder nas práticas de saúde, por isso, deve-se fomentar o protagonismo do sujeito, destacando os aspectos subjetivos e sociais das práticas de saúde²⁸.

A última formação discursiva, o exame minucioso, permite explorar que o fato de o 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 à 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.

Estudo aponta a importância da comunicação das informações dos pacientes entre os profissionais. Nesta lógica, é por meio da comunicação clara e adequada que o cuidado continuado e seguro pode ser ofertado, reforçando, assim, a necessidade do trabalho em equipe²⁹.

Outras 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 obsoletos que impactam nos custos hospitalares. Para minimizar estes problemas, em 2012, nos Estados Unidos surgiu 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^{27,30-31}.

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.

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 do exame que ocorre a medicalização⁴.

A medicalização de crianças e adolescentes é um processo que busca homogeneizar ou normalizar padrões comportamentais e as condutas desviantes dos sujeitos infantis³². 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 delinquente²⁰.

Destaca-se que este estudo limitou-se a investigar a VI apenas em um hospital público do Estado da Bahia. Portanto, sugere-se a realização em outros ambientes onde o cuidado à criança seja realizado. Também sugere-se a aplicação de outros métodos de pesquisa e análise para efetuar outras investigações científicas do fenômeno por meio das diversas perspectivas, inclusive, com outros grupos etários.

Quanto à contribuição para a área da saúde, este estudo traz elementos importantes para os profissionais da saúde, sobretudo enfermeiros, os quais podem refletir e redirecionar as práticas de cuidado em serviços hospitalares no intuito de reduzir todas as formas de VI à criança enquanto esta permanece hospitalizada. Ao serem capazes de discernir e reconhecer os principais abusos e violações contidos nas práticas de saúde, será possível que profissionais e gestores exerçam advocacia em saúde como forma de minimizar o sofrimento das crianças, promovendo o bem-estar destas e de suas famílias.

CONCLUSÃO

A VI nas práticas de saúde manifesta-se pelo controle do tempo, do espaço, dos corpos, através das normas e adestramento e do exame minucioso. Estando o cuidado balizado por tais elementos, foram identificadas situações de omissão de cuidados, desrespeito à autonomia, privacidade, danos físicos, privações e múltiplas manipulações do corpo infantil, resultando em violações da 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

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 2021 Dez 15]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf
2. Pūras D. Human rights and the practice of medicine. *Public Health Rev* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Fev 22];38(9):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0054-7>
3. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, RJ(BR): Edições Graal; 2001.
4. Foucault M. *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões*. 27th ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
5. Fornari LF, Madureira AB, Labricini LM, Mantovan MF. Institutional violence in primary care centers, from the perspective of female service users. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Dez 15];19(4):673-8. Disponível em: <http://doi.org/10.5380/ce.v19i4.36573>
6. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saude Soc* [Internet]. 2008 [acesso 2021 Dez 15];17(1):61-72. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/s0104-12902008000100006>
7. Stockwell DC, Bisarya H, Classen DC, Kirkendall ES, Landrigan CP, Lemon V, et al. A trigger tool to detect harm in pediatric inpatient settings. *Pediatrics* [Internet]. 2015 [acesso 2020 Abr 15];135(6):1036-42. Disponível em: <http://doi.org/10.1542/peds.2014-2152>
8. Khan A, Furtak SL, Melvin P, Rogers JE, Schuster MA, Landrigan CP. Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Set 03];170(4):e154608. Disponível em: <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4608>
9. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, Gerhardt LM, Magalhães AMM. Perception of family members and caregivers regarding patient safety in pediatric inpatient units. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2021 Dez 15];39:e2017-0195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0195>
10. Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO. Hospital structure elements demarcating (in)visibilities of institutional violence against children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Jul 26];75(Suppl 2):e20200785. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0785>

11. Clemens V, Hoffmann U, König E, Sachser C, Brähler E, Fegert JM. Child maltreatment by nursing staff and caregivers in German institutions: A population-representative analysis. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Dez 28];95:104046. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104046>
12. Finch M, Featherston R, Chakraborty S, Bjørndal L, Mildon R, Albers B, et al. Interventions that address institutional child maltreatment: na evidence and gap map. *Campbell Syst Rev* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 28];17(1):e1139. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1139>
13. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 17];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
14. Foucault M. *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978-1979*. United Kingdom (UK): Palgrave Macmillan; 2008.
15. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*. São Paulo, SP(BR): Martins Fontes; 2005.
16. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET. Strategies for families of children served in pediatric first aid: the search for the construction of integrality. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Dez 02];24(4):1027-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002040014>
17. Xavier DM, Gomes GC, Salvador MDS. The family caregiver during the hospitalization of the child: coexisting with rules and routines. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Dez 15];18(1):68-74. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140010>
18. Albert-Lörincz C. The situation of pediatric patients' rights in the Transylvanian healthcare. *Orv Hetil* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 24];159(11):423-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1556/650.2018.30999>
19. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care through the perception of hospitalized children. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Dez 15];69(4):646-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
20. Hoffmann U, Clemens V, König E, Brähler E, Fegert JM. Violence against children and adolescents by nursing staff: prevalence rates and implications for practice. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Dez 15];14(43):2-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00350-6>
21. Foucault M. *Estratégia: poder, saber*. 2nd ed. Rio de Janeiro, RJ(BR): Forense Universitária; 2006.
22. Moruzzi AB. A infância como dispositivo: uma abordagem foucaultiana para pensar a educação. *Conjectura* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Abr 30];22(1):279-99. Disponível em: <https://doi.org/10.18226/21784612.v22.n2.04>
23. Brasil. 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* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Nov 21]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm
24. Rosa CN, Santos AC, Camargo CL, Vargas MA, Whitaker MC, Santos DSS, et al. Direitos da criança hospitalizada: percepção da equipe de enfermagem. *Enferm Foco*. 2021 [acesso 2021 Dez 28];12(2):244-9. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.3853>
25. Almuneef M, Hollinshead D, Saleheen H, AlMadani S, Derkash B, AlBuhairan F, et al. Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Dez 15];60:10-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.003>

26. Costa TS, Morais AC. Hospitalização infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. *Rev Enferm UFPE Online* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Dez 15];11(1):358-67. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11916p358-367-2017>
27. Sampath R, Nayak R, Gladston S, Ebenezer K, Mudd SS, Peck J, et al. Sleep disorders and psychological distress among hospitalized children in India: Parents' perceptions of pediatric hospitalization experiences. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 02];27:e12361. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jspn.12361>
28. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2021 Dez 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
29. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2021 Dez 02];25(03):e3600015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
30. Reyes MA, Etinger V, Hall M, Salyakina D, Wang W, Garcia L, et al. Impact of the Choosing Wisely Campaign recommendations for hospitalized children on clinical practice: trends from 2008 to 2017. *J Hosp Med* [Internet]. 2019 [acesso 2021 Fev 07];15(2):68-74. Disponível em: <https://doi.org/10.12788/jhm.3291>
31. Levinson W, Born K, Wolfson D. Choosing wisely campaigns: a work in progress. *JAMA* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Abr 26];319(19):1975-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.2202>
32. Beltrame RL, Gesser M, Souza SV. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. *Psicol Estud* [Internet]. 2019 [acesso 2020 Jan 19];24:e42566. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42566>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese - Violência institucional à criança hospitalizada na perspectiva de acompanhantes e profissionais da saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, no ano de 2021.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO.

Coleta de dados: Santos ACPO, Conceição MM.

Análise e interpretação dos dados: Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO.

Discussão dos resultados: Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO, Araujo CNV, Zilli F.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Santos ACPO, Camargo CL, Vargas MAO, Araujo CNV, Conceição MM, Zilli F.

Revisão e aprovação final da versão final: Santos ACPO, Vargas MAO, Zilli F.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Universidade Federal da Bahia pela concessão de bolsa de iniciação científica através do Programa Permanecer.

FINANCIAMENTO

Essa pesquisa obteve financiamento de bolsa de iniciação científica pelo Programa Permanecer da Universidade Federal da Bahia, por intermédio do Plano Nacional de Assistência Estudantil -PNAES, Decreto no.7.234 de 19/07/2010.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, parecer n. 2978609, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 99681518.0.0000.5531.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

EDITORES

Editores Associados: Melissa Orlandi Honório Locks, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Roberta Costa.

HISTÓRICO

Recebido: 03 de fevereiro de 2022.

Aprovado: 04 de julho de 2022.

AUTOR CORRESPONDENTE

Francielly Zilli

Franciellyzilli.to@gmail.com

