

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da  
intervenção terapêutica**

**ROSA LÚCIA ROCHA RIBEIRO**

**Cuiabá, dezembro de 1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da  
intervenção terapêutica**

**Por**

**Rosa Lúcia Rocha Ribeiro**

**Orientadora**

**Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

**Cuiabá, Dezembro de 1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM**

**DISSERTAÇÃO**

**TÍTULO: A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética  
da intervenção terapêutica**

**Por**

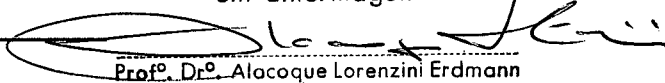
**Rosa Lúcia Rocha Ribeiro**

**Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de  
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem

Aprovada em: 15/12/98

*Flávia Ramos*



Prof. Dr. Alacoque Lorenzini Erdmann  
Coordenador

**Dra. Flávia Regina Souza Ramos (presidente)**

*Maria Leopardi*

**Dra. Maria Tereza Leopardi (examinadora)**

*Valéria Lerch Lunardi*

**Dra. Valéria Lerch Lunardi (examinadora)**

Lembranças ao vento

Vento no rosto,  
Lembranças...  
Como é bom o vento  
Que refresca  
E traz sentimentos  
De liberdade,  
Melancolia,  
Ser criança,  
Nostalgia...  
Bate de novo  
Prá eu lembrar,  
Pois aqui é tão raro.  
Como é gostosa  
Essa sensação:  
Vento secando  
O rosto suado  
De tanto brincar.  
O barulho do vento  
Veloz nos ouvidos.  
Bom seria ser de novo criança...  
Ou talvez trazer  
A minha infância  
À Luiza...  
Luiza – luz  
Reluzente  
Sensível  
Linda!  
E à Marina  
Marina – mar  
Ondulante  
Vibrante  
Linda também!  
Minhas filhas  
Um pouco de mim...  
Vento no rosto  
Lembranças enfim...

## **Agradecimentos**

Ao Ignácio, pelo incentivo constante e por me valorizar e amar;

Às minhas filhas Luiza e Marina, a quem devo a sensibilidade às causas da criança;

À Flávia que, pela sensibilidade e paciente orientação em “expressivos” encontros, permitiu-me ir além;

À D. Maria, pela dedicação e por suprir nossa família durante as minhas ausências;

Aos meus pais, Rodolfo e Adélia, que estão sempre ao meu lado, apesar da distância que nos separa;

Aos meus irmãos, Adélia, Sérgio, Carmem e Álvaro, pelo afeto e estímulo;

À Celina, ex-diretora da FEN, pela amizade, pelo incentivo e por trazer o Mestrado Interinstitucional até nós;

À Suely, diretora da FEN, pelo apoio pessoal e institucional;

À Neuma, amiga e chefe do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, pelo apoio constante;

Às colegas do Departamento por assumirem a sobrecarga de atividades em nossa ausência;

Às amigas do Mestrado (Aldenán, Marlene, Solange, Janete, Joceli, Majoreth, Rose, Anna, Nelice, Cida e Alice) pelos momentos vividos em conjunto, por compartilhar discussões e ansiedades e pela torcida;

À Mara, Cida e Maria Magda pela amizade, pela valorização das minhas idéias e pelo estímulo;

Às professoras Sandra Caponi, Edilza Ribeiro e Maria Tereza Leopardi, pela disponibilidade e pelas importantes sugestões feitas durante a apresentação do projeto de dissertação à Banca Examinadora;

Ao Manoel, pela disponibilidade e ajuda nas dúvidas de informática;

À Sônia Ayaco, pela amizade e ajuda no final deste trabalho;

Ao Edinho, com saudades, por ter nos sensibilizado pelas questões do “ser criança hospitalizada”.

## RESUMO

O estudo refere-se a uma pesquisa desenvolvida num hospital público, cujos objetivos foram: analisar as diversas formas de violência que a criança sofre durante a hospitalização e compreender a dimensão ética da intervenção terapêutica à criança hospitalizada. Para a sua realização foi utilizada a abordagem qualitativa através do método de Observação Participante. O referencial teórico básico para a discussão dos dados foi o pensamento de Foucault, no que se refere às suas reflexões sobre a questão da relação poder-saber e sobre a disciplina dentro das instituições. Em associação às discussões de Foucault, a análise teórica é enriquecida pela inserção dos pressupostos pessoais da autora, dos “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”, entre outros estudiosos, enfermeiros ou não, que contribuem para a compreensão da vivência da hospitalização pela criança. Deste modo a revisão de literatura permeia toda a discussão e análise, estabelecendo o encontro entre os autores estudados, os dados empíricos e a pesquisadora. A apresentação dos dados, a partir das estruturas de relevância, permitiu definir quatro grandes temas que transformaram-se em títulos dos capítulos de análise, nos quais foram indexados os conteúdos: 1) A intervenção terapêutica como tecnologia biopolítica; 2) O ambiente e a organização do trabalho no hospital como geradores de violência; 3) Impertinente rebeldia: a dor e o choro no espaço disciplinado do hospital e 4) A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica. O trabalho busca abrir um espaço mais amplo para que os profissionais de enfermagem e demais áreas de saber reflitam, analisem, e se posicionem para a ação: tomar a causa da criança e modificar a realidade da instituição assistencial numa perspectiva ética.

## **ABSTRACT**

*A research developed in a public hospital, which objectives were to analyze the various form of violence that the child suffers during hospitalization and to understand the ethical dimension of therapeutic intervention with the hospitalized child. A qualitative approach through the method of Participant Observation has been employed. The basic theoretical referential for discussion of the data was the thought of Foucault, in what concerns his reflections about the relation power-knowledge and about the discipline within the institutions. Additionally to Foucault, the theoretical analysis is enriched by the insertion of personal presuppositions from the author of "Rights of the Hospitalized Children and Teenagers", among other researchers contributing to the understanding of what a child experiences during the hospitalization. Therefore, a literary revision permeates the whole discussion and analysis, establishing an encounter among the authors studied, the empirical data and the researcher. The presentation of data, starting from the relevant structures, allowed the definition of four great themes that were transformed into chapter titles of the analysis: 1) The therapeutic intervention as biopolitical technology; 2) The environment and work organization in the hospital as generators of violence; 3) Impertinent rebellion: the pain and the crying within the hospital's disciplined space, and 4) The violence against the hospitalized child: the ethical dimension of therapeutic intervention. The research aims to open a broader space for the health professionals to reflect upon, analyze and position themselves for action: to take the child's cause and to modify the assistant institution's reality within an ethical perspective.*



## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Breve retrospectiva histórica sobre a infância e a assistência à criança hospitalizada .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Bases teórico-epistemológicas .....</b>	<b>9</b>
<b>Violência: as diversas acepções do termo e o sentido que elegemos .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. A observação participante enquanto método e técnica de pesquisa qualitativa .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. O contexto operacional da pesquisa .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.1. Exploração do campo e escolha do local de estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.2. A coleta de dados .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3.3. A análise dos dados .....</b>	<b>22</b>
<b>3. A intervenção terapêutica como tecnologia biopolítica .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1. A disciplina como violência: os rituais de entrada .....</b>	<b>29</b>

3.2. Saber e poder nos rituais hospitalares: a violência pela assimetria .....	35
4. O ambiente e a organização do trabalho no hospital como geradores de violência .....	46
4.1. O ambiente no hospital: o contexto da precariedade e da violência .....	46
4.2. O hospital: a organização do trabalho no serviço público .....	55
5. Impertinente rebeldia: a dor e o choro no espaço disciplinado do hospital .....	77
5.1. A dor negada .....	77
5.2. O choro: lágrimas impotentes .....	83
6. A violência à criança hospitalizada : a dimensão ética da intervenção terapêutica .....	91
7. Considerações finais .....	105
8. Referências bibliográficas .....	107
9. Bibliografia consultada .....	120

## **ANEXO**

## 1. INTRODUÇÃO

*Humanizamos o que se passa no mundo e em nós, quando falamos, e com esse falar aprendemos a ser humanos<sup>1</sup>.*

Nos últimos dez anos temos atuado na enfermagem pediátrica, tanto na área assistencial como no ensino de graduação em enfermagem. Durante todo esse tempo sempre nos acompanhou um sentimento de inconformismo frente à inúmeras situações violentas a que são submetidas as crianças durante a hospitalização.

Ainda na graduação e, pouco depois, na especialização em Pediatria, passar por estágio em clínica de internação infantil, representava-nos um grande sofrimento. Os constantes ruídos de choro, a ausência das mães, crianças contidas no leito por meio de imobilizações, expressões de sofrimento e de carência afetiva, trabalhadores frios no trato aos pequenos pacientes são algumas imagens que recordamos daquela época.

Hoje, apesar da conquista representada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>2</sup>, que obriga as instituições hospitalares a proporcionarem condições de permanência conjunta mãe-filho, ainda consideramos que a criança hospitalizada tem sofrido muito.

Nossa sensibilidade frente a esse sofrimento, até pouco tempo, manifestava-se de forma limitada pela indignação e pelo inconformismo.

A partir do exercício da reflexão - que culminou com a realização do Curso de Mestrado - passamos a vislumbrar a possibilidade de estudar,

---

<sup>1</sup> Hanna Arendt citada em: CAPONI, Sandra N.C. *Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica*. Florianópolis: UFSC, 1997. (datilografado). P. 26.

<sup>2</sup> BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições técnicas, 1991. 116p.

investigar e compreender melhor as situações que levam a criança hospitalizada a esse sofrimento.

Tínhamos algumas crenças que, acrescidas de certas leituras, resultaram na construção dos seguintes pressupostos:

- Durante a hospitalização, a criança é vítima de diversas ações ou situações que violam seus direitos e/ou a violentam;
- A forma como se organiza a prática terapêutica no hospital - historicamente originado como ambiente de construção de saber médico através da disciplinarização e do controle dos corpos enfermos - favorece a manifestação da violência à criança hospitalizada;
- A organização do processo de trabalho no hospital predispõe à manifestação de violência à criança durante a hospitalização;

Nosso problema de pesquisa é, portanto, **a violência à criança hospitalizada e suas formas e expressões.**

Para uma melhor compreensão dos pressupostos e do problema de pesquisa apresentados, queremos, primeiramente, fazer uma breve retrospectiva histórica sobre a infância e sobre a assistência pediátrica. Procuramos, também, deixar claro o sentido que queremos atribuir ao termo “violência” e isto fazemos no capítulo 2, quando nos referimos às bases teórico-epistemológicas da pesquisa.

### **Breve retrospectiva histórica sobre a infância e a assistência à criança hospitalizada**

Para compreender a atual conformação da assistência pediátrica no hospital, faz-se necessário, primeiramente, conhecer a evolução histórica da visão da infância.

Discutindo a história social da criança na Europa, Ariès<sup>3</sup> mostra que a velha sociedade tradicional (até o final do século XVII) via mal a criança, sendo que a infância era reduzida ao seu período mais frágil. Assim que a criança adquirisse algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos. A arte medieval representava a criança como um homem em escala reduzida. A criança era, portanto, diferente do adulto, mas apenas no tamanho e na força.

*A passagem da criança pela sociedade era muito breve e insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade.<sup>4</sup>*

O índice de mortalidade era muito alto, não só pelas condições da época mas também pela negligência dos adultos à criança. A morte de uma criança era vista, na maioria das vezes com pouco caso, pois uma outra criança logo a substituiria.

A partir da industrialização é que começou haver uma preocupação com a criança, principalmente com a sua escolarização, uma vez que a sociedade necessitava preparar “homens” para o novo contexto econômico-produtivo. A responsabilidade pela educação foi transferida da família para a escola, instituição que apareceu moldada sob um extremo rigor e disciplina. Ariès afirma que essa separação deve ser interpretada como um dos componentes do movimento de moralização dos homens promovido pela Igreja e pelo Estado. De qualquer forma, esse período representou a saída do anonimato da criança na sociedade. No Brasil, esse fenômeno pode ser verificado com uma defasagem de dois séculos.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 10.

<sup>5</sup> Apoiados em Foucault, discutimos a questão da disciplina, adiante, no capítulo 3.

Para um aprofundamento sobre o tema ver: CARVALHO, Marta Maria Chagas. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, Marcos Cezar (org.) **História social da infância no Brasil**. São Paulo – Bragança Paulista: Cortez –USF, 1997. P. 269-287.

A assistência à saúde da criança sofreu significativas transformações, principalmente a partir do século XIX, devido ao desenvolvimento da prática médica, ao modo de produção e ao valor que a sociedade dá à criança.

Estudando a origem da enfermagem pediátrica moderna, Rocha e Almeida<sup>6</sup> analisam o período compreendido entre as últimas décadas do século XIX até o final da década de 40, demonstrando que houve uma modificação no conhecimento com que a enfermagem apreendeu o objeto no processo de trabalho de assistência à criança. O controle das doenças transmissíveis em escala social era, inicialmente a maior necessidade. Havia a concepção de doença como um fenômeno coletivo e os instrumentos utilizados para atender essa necessidade referiam-se à higiene do corpo, do meio e da alimentação.

As recomendações de Florence Nightingale sobre os cuidados à criança demonstram que ela estava atenta aos movimentos de sua época, sendo que não há nada em seus escritos referente ao cuidado à criança hospitalizada. Florence dava ênfase aos cuidados preventivos relacionados à alimentação, recreação, higiene pessoal e do ambiente, bem como na orientação das mães e pagens sobre a responsabilidade e bom senso que devem presidir as ações ao cuidar de bebês.<sup>7</sup>

Baseadas em Foucault<sup>8</sup>, Rocha e Almeida afirmam:

*Ao final do século XIX e início do século XX, o hospital, já disciplinado e hierarquizado, com seu ambiente sob controle, passa a se o local para tratar as crianças com doenças transmissíveis através do isolamento. Na realidade, a única medida terapêutica disponível era o isolamento em si mesmo, sob o olhar vigilante da enfermeira.<sup>9</sup>*

---

<sup>6</sup> ROCHA, Semíramis M.M; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Origem da enfermagem pediátrica moderna. *Revista Esc. Enf. USP.*, v. 27, n. 1, p. 25-41, abr. 1993.

<sup>7</sup> *Ibidem.*

<sup>8</sup> FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4 ed. São Paulo: Forense Universitária, 1994

<sup>9</sup> ROCHA ; ALMEIDA. *Op. cit.*, p. 38.

A assistência à criança hospitalizada, até a década de 30, era feita segundo condutas rígidas com respeito aos procedimentos de enfermagem, isolamento, repouso no leito e regulamento de visita. Essas condutas eram em parte pela natureza da doença e por firmes convicções sobre o que era necessário para a criança doente.<sup>10</sup> As regras e técnicas de isolamento eram rigorosas e as visitas eram desestimuladas. O perigo das infecções cruzadas dentro do hospital estava sempre presente sendo que estas, sem o auxílio de antibióticos, eram muito temidas. Havia também uma convicção sobre os benefícios do “repouso absoluto no leito” e se mantinham as crianças isoladas umas das outras. A camisa de força era frequentemente utilizada restringindo a criança à área de sua própria cama.

Até a década de 30 há poucos registros sobre o conhecimento de Enfermagem Pediátrica, além da descrição de técnicas. Nos Estados Unidos, foi no pós-guerra que sentiu-se a necessidade da formação de profissionais especializados, inclusive de enfermeiros pediatras. A forma de assistir, nessa época, foi afastando a mãe e a família durante os episódios de internação, pois seus saberes não eram aceitos diante do cientificismo da medicina.<sup>11</sup>

Ao final da década de 30, as enfermeiras pediatras identificam as limitações do modelo epidemiológico enquanto referencial,

*...não pela responsabilidade de explicar os determinantes sociais da doença, mas sim por sua insuficiência em fornecer elementos para lidar com a criança, um ser em crescimento e desenvolvimento, temporariamente afastado do seu ambiente e da família, durante a hospitalização.<sup>12</sup>*

Procuram, então, na Psicologia, instrumentalizar-se para o cuidado junto à criança principalmente quanto aos seus problemas de comportamento e também para ajudar nas relações entre a criança, família e

<sup>10</sup> WAECHTER; BLAKE citadas por ROCHA E ALMEIDA. *Op. cit.*, p. 38.

<sup>11</sup> LIMA, Regina A. Garcia de. *Criança hospitalizada: a construção da assistência integral*. Ribeirão Preto: EERP – USP, 1996. Tese (Doutorado). Curso de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996.

<sup>12</sup> ROCHA; ALMEIDA. *Op. cit.*, p. 39.

o conjunto de pessoas que compõem a equipe de saúde. O saber de enfermagem passa, neste momento, a se diferenciar do conhecimento médico, na medida em que a criança doente, para a sua recuperação, precisa satisfazer necessidade, além das anatomopatológicas. O que a enfermagem procura suprir são as necessidade que consideram a criança como um ser em crescimento, com sua individualidade, integrando-se ao meio ambiente. As necessidade de conforto, segurança e proteção são as que estão mais acentuadas pela ocorrência da doença.

Entre os anos 50 e 80 são inúmeros os trabalhos, principalmente norteamericanos e ingleses, que discutem a questão da permanência dos pais junto à criança hospitalizada, analisando os seus benefícios. Em 1959, na Inglaterra, foi publicado o Relatório Platt, que trouxe à tona a preocupação com o bem-estar da criança hospitalizada e levou os profissionais e pais a refletirem sobre o processo de hospitalização, procurando meios para a “humanização desta experiência”<sup>13</sup>.

No Brasil, esse movimento para a humanização da assistência à criança hospitalizada iniciou-se com mais ou menos uma década de atraso (Neira-Huerta<sup>14</sup>, Ângelo<sup>15</sup>, Elsen<sup>16</sup>, entre outros autores, produziram sobre o tema na década de 80). Começou-se a falar muito sobre o preparo da criança para procedimentos dolorosos, sobre a adequação do ambiente para a criança hospitalizada, enfatizando-se a importância da recreação terapêutica, decoração, etc. A questão da presença da mãe junto à criança também começou a aparecer. Entretanto percebia-se certa timidez (ou temor) em romper com uma determinação já incorporada à prática terapêutica que era a criança separada da família. Tomar a criança e o seu corpo submetendo-a

<sup>13</sup> DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critic review. *J. Adv. Nurs.*, n. 18, p. 1670-80, 1993.

<sup>14</sup> NEIRA-HUERTA, Edélia del Pilar. Internação conjunta: critérios para decisão sobre que mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. *Revista Esc. Enf. USP.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-21, 1984.

<sup>15</sup> ANGELO, Margareth. Hospitalização: uma experiência ameaçadora. In: STEINER, M.H.F. (org.) **Quando a criança não tem vez: violência e desamor**. São Paulo, Pioneira, 1986. P. 101-108.

\_\_\_\_\_. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. *Revista. Esc. Enf. USP.* São Paulo, v.19, n.3, p. 213-23, 1985.



ao controle total era visto como a única forma para conseguir recuperar a sua saúde.

Tomemos, como exemplo, parte de um texto escrito em 1983, publicado na Revista Paulista de Enfermagem:

*Sabemos que a maneira ideal de assistir a criança no hospital é através da cooperação com seus pais, que para tanto precisam estar constantemente na unidade pediátrica. Porém conhecemos as dificuldades encontradas em convencer as autoridades do hospital, pessoal médico e de enfermagem da necessidade de mudar a rotina. Esta mudança requer muito tempo para conquistar. Mas achamos que enquanto não chegamos à assistência ideal, existem muitas outras coisas que podemos fazer para tornar o ambiente mais agradável.<sup>17</sup>*

Aqui parece muito clara a visão de que, apesar de considerar importante a presença da família, seria necessário despende muita energia para modificar a realidade da instituição.

No início dos anos 80, o “Programa Mãe - participante”, levado a cabo pela Sociedade Brasileira de Pediatria, começou a ganhar força embora não contasse com o apoio de todos os envolvidos na assistência à criança.

Em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.) aprovado, os hospitais foram obrigados a se adequar à nova legislação naquele momento imposta<sup>18</sup>. Passados oito anos de vigência do E.C.A. ainda encontramos algumas instituições, na contramão, insistindo em dificultar o acesso da mãe junto ao filho internado, em unidades de tratamento intensivo principalmente.

---

<sup>16</sup> ELSÉN, Ingrid; PATRÍCIO, Zuleica M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ, Edilza M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989. P. 169.79.

<sup>17</sup> KIETZMAN, E.E. Assistência hospitalar ideal : chegando até lá. **Revista Paul. Enf.** V. 3, n.2, mar/abr. 1983.

<sup>18</sup> GIOVANI, A.M.M. et al. O cotidiano de uma unidade infantil ortopédica após o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente: relato de experiência. In: CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem, 48, 1996, São Paulo. **Anais...** S.P.: Aben, Aben – seção SP, 1996.

Em 1995 foi publicada - através do Ministério da Justiça e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - os “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”<sup>19</sup>, aprovando, na íntegra, o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Na Enfermagem já existem trabalhos que consideram esses direitos (Villa Lobos<sup>20</sup>, Ribeiro<sup>21</sup>), mas a grande maioria dos profissionais que trabalham diretamente com a criança hospitalizada não os conhecem.

Seja por desconhecimento ou não, observamos, no cotidiano do trabalho em pediatria, a transgressão a muitos desses direitos. Mas, somos otimistas e consideramos que a denúncia e o reconhecimento social da violência crescem à medida que se eleva a consciência da cidadania.

Nesta perspectiva e pelo reconhecimento da importância da equipe de enfermagem e profissionais de saúde desenvolverem forma mais acurada de apreensão do fenômeno da violência no ambiente hospitalar, especificamente no cuidado à criança, é que definimos como objetivos desta investigação:

- . analisar as diversas formas de violência que a criança sofre durante a hospitalização e**
- . compreender a dimensão ética da intervenção terapêutica à criança hospitalizada.**

<sup>19</sup> Resolução CONANDA n. 41, de 13 de outubro de 1995, que aprova na íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.

<sup>20</sup> VILLA LOBOS, N.A.V. **A caminho da melhoria contínua do cuidado de Enfermagem Pediátrica.** Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

<sup>21</sup> RIBEIRO, Rosa L. R. **Em busca do arco-íris: relato de uma prática de enfermagem para promover a cidadania e a humanização da assistência à criança hospitalizada.** Florianópolis / Cuiabá: UFSC / UFMT. Trabalho de conclusão da disciplina Prática Assistencial de Enfermagem. Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, 1997.

## 2. METODOLOGIA

Neste capítulo buscamos descrever os procedimentos metodológicos adotados para a realização desta pesquisa. Para uma melhor organização do texto optamos por apresentá-los segundo os seguintes itens: - Bases teórico-epistemológicas, onde explicitamos nosso referencial teórico; - A observação participante enquanto método e técnica de pesquisa qualitativa, no qual procuramos justificar nossa opção por essa modalidade de abordagem ; - O contexto operacional da pesquisa, onde são descritos os vários momentos da execução da pesquisa.

### 2.1. Bases teórico – epistemológicas

Considerando a complexidade do tema “violência”, sentimos a necessidade de apoiar a nossa discussão em bases sólidas. Para tanto, elegemos como referencial teórico básico para a condução dessa investigação o pensamento de Foucault, pensador e epistemólogo francês contemporâneo, falecido em 1984. Sua obra muito contribuiu para o movimento de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e vem auxiliando, sobremaneira, as discussões de inúmeros estudos nas áreas da saúde e da enfermagem, ajudando na compreensão das complexas relações que as envolvem. Embora conscientes do risco da “pretensão” de trabalhar com Foucault, acreditamos que, como diz Fischer<sup>22</sup>, foi necessário fazermos essa experiência e, quiçá, cometermos erros. Procuramos limitar a utilização de suas reflexões no que se refere à discussão sobre a questão do poder

vinculado ao saber e sobre a disciplina dentro das instituições. Para tanto, utilizamos como suporte as suas obras: *O nascimento da clínica*, *Microfísica do poder* e *Vigiar e punir*<sup>23</sup>.

Em associação às discussões de Foucault, procuramos enriquecer a análise teórica pela inserção dos nossos pressupostos, dos “Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados”<sup>24</sup> e de outros autores. Deste modo a revisão de literatura aparece inserida no texto, permeando toda a discussão e análise, já que nesse momento se estabelece o encontro entre os autores estudados, os dados empíricos e o pesquisador. Esse procedimento permitiu ampliar a nossa percepção sobre o objeto de investigação.

### **Violência: as diversas acepções do termo e o sentido que elegemos**

No início do mestrado, quando comentamos que pretendíamos discutir a questão da violência à criança durante a hospitalização, ouvimos a seguinte pergunta: “- Mas a criança sofre alguma violência durante a hospitalização?”

Talvez a dúvida tenha ocorrido pela dificuldade de uma conceituação precisa da palavra “violência”, visto que o tema é complexo e abrangente podendo, como pretendemos mostrar, ser tomado em um sentido bastante amplo.

A questão conceitual da violência tem sido um tema de reflexão para a Filosofia, sendo que muitos teóricos têm trabalhado com o tema.

---

<sup>22</sup> FISCHER, Rosa Maria Bueno. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, Marisa V. **Caminhos investigativos. Novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Ed. Mediação, 1996. p. 39

<sup>23</sup> FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 4 ed. São Paulo: Forense Universitária, 1994.  
\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1995.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes. 1996.

<sup>24</sup> DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS – em anexo.

Para Michaud <sup>25</sup>, as definições de violência estão condicionadas às concepções filosóficas às quais elas se apóiam, ou seja, às concepções sobre a natureza do ser e das coisas. Isso significa dizer que tais concepções, aliadas às mudanças históricas e sociais, promovem mudanças também do conceito de violência. Diz o mesmo autor:

*A relatividade e o caráter indefinível do conceito de violência não são de modo algum acidentais, mas inerentes a um tipo de noção que polariza a diversidade conflitiva das avaliações sociais: os mesmos fatos não são apreendidos nem julgados segundo os mesmos critérios. O emprego de tal conceito supõe a referência a normas que podem não ser compartilhadas por todos.*<sup>26</sup>

Numa visão antropológica, René Girard<sup>27</sup> analisa a violência como um componente natural das sociedades humanas, ou seja, um instinto como a fome ou o desejo sexual, que deve ser “exorcizado pelo sacrifício de vítimas expiatórias”. Assim, nas sociedades primitivas, cabe ao conjunto de interdições, sacrifícios e rituais desempenhar esse papel.

Sorel<sup>28</sup> aborda a questão da violência enquanto luta de classes, dedicando-se à discussão da violência das greves e a violência contra o proletariado.

Já Hannah Arendt<sup>29</sup> analisa o tema fazendo uma distinção conceitual entre violência e poder. Considerando o contexto histórico-social em que produziu suas reflexões – na efervescência da rebelião estudantil de 1968 e no movimento da “nova Esquerda” - é compreensível que a autora tenha centrado suas discussões em questões como o totalitarismo e o autoritarismo, associando a violência como a mais flagrante manifestação de poder e, portanto, de dominação.

<sup>25</sup> MICHAUD, Yves. *A violência*. São Paulo: Ática, 1989.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 111.

<sup>27</sup> GIRARD, René. *A violência e o sagrado*. São Paulo: Paz e Terra - Ed.Unesp, 1990.

<sup>28</sup> SOREL, Georges. *Reflexões sobre a violência*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. (coleção tópicos).

Para Bordieu, citado por Porto<sup>30</sup>, a violência também está relacionada à dominação e traz um novo conceito: o da violência simbólica. E a define:

*A violência simbólica é esta forma de violência que se exerce sobre um agente social com sua cumplicidade. (...) Para se exprimir de forma mais rigorosa, os agentes sociais são agentes de conhecimento que, mesmo quando submetidos a determinismo, contribuem a produzir a eficácia daquilo que os determina, na medida em que estruturam aquilo que os determina. (...) Chamo conhecimento o fato de reconhecer uma violência que se exerce, precisamente na medida em que é desconhecida como violência.*

Por outro lado, Domenach<sup>31</sup> defende a idéia de que a violência deve ser pensada como uma “rede”. O autor afirma:

*O pior é a violência “cega”; cega enquanto as vítimas, mas também enquanto o seu autor. Não esqueçamos que a violência possui uma fecundidade própria, se gera a si mesma. Há que analisá-la, pois, sempre em série, como uma rede. Suas formas aparentemente mais atroz, e às vezes muito mais condenáveis ocultam geralmente outras situações de violência, menos escandalosas por encontrarem-se prolongadas no tempo e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável.*

Azevedo e Guerra<sup>32</sup>, discutem a questão da violência familiar enfatizando as repercussões psicológicas conseqüentes dessa violência. Apoiadas em teorias críticas, definem “violência à criança” como:

<sup>29</sup> ARENDT, Hannah. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

<sup>30</sup> PORTO, Maria Stela Grossi. A tecnologia como forma de violência. **Sociedade e Estado**. Vol. III, n. 1-2, jan./dez., 1992. p. 79.

<sup>31</sup> DOMENACH, Jean-Marie. La violencia. In: JOXE, Alain (org.) **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981. P. 33-46.

<sup>32</sup> AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de A. (orgs.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993.

*Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual ou psicológico à vítima implica, de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de serem tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.*

Para Minayo e Souza<sup>33</sup>, a violência é um conceito “complexo, polissêmico e controverso” e, qualquer reflexão teórico-metodológica sobre o tema deve pressupor o reconhecimento dessas características. Por esses atributos, as autoras afirmam que o tema acaba gerando muitas teorias, todas elas parciais.

→ Concordando com esta última afirmação, fazemos aqui uma opção pela definição de violência proposta por Galtung<sup>34</sup>, segundo o qual a violência é algo evitável que obstaculiza a auto realização humana.

O autor entende por auto-realização humana a satisfação das necessidades básicas, materiais e não materiais do homem e expõe, inclusive, uma lista dessas necessidades, a qual apresentamos na íntegra por considerarmos importante para a compreensão de sua conceitualização.

---

<sup>33</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza ; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, ciências, saúde*. Vol. IV, n.3. nov.1997/fev.1998.p. 513 a 531.

<sup>34</sup> O autor foi professor da cátedra “Conflict and peace” da Universidade de Oslo na década de 70  
GALTUNG, Johan. Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia:tipologias. In: JOXE, Alain (org.). *La violencia y sus causas*. Paris: Unesco, 1981. p. 91-106.

*Necessidade básicas, materiais e não materiais*

<b>Categoria</b>	<b>Necessidade e/ou direito</b>	<b>Bens</b>
<i>Sobrevivência</i>	<i>Individual: frente a acidentes, homicídio</i> <i>Coletiva: frente a ataques, guerra</i>	<i>Segurança</i>
<i>Fisiológicas</i>	<i>Nutrição, ar, água, sono, movimento, excreção</i>	<i>Alimento, água, roupas, moradia, medicação</i>
<i>Ecológicas</i>	<i>Climáticas: proteção contra as intempéries</i> <i>Somáticas: proteção contra doenças</i>	
<i>Sociais</i>	<i>Comunidade: amor, sexo, descendência</i> <i>Cultura: expressão, diálogo, educação</i>	<i>Escolaridade</i>
<i>Liberdade</i>	<i>Direito de viajar e acolher viajantes</i> <i>Direito de expressão e de impressão</i>	<i>Transporte</i> <i>Comunicação</i>
<i>Política</i>	<i>Direitos de formação da consciência</i> <i>Direitos de mobilização</i> <i>Direito de confrontação</i>	<i>Reunião, informação, partido, eleições</i>
<i>Jurídicas</i>	<i>Direito à proteção jurídica</i>	<i>Tribunais, etc.</i>
<i>Trabalho</i>	<i>Direito ao trabalho</i> <i>Nec. de criatividade, auto-expressão no trabalho</i> <i>Nec. de compreender as condições da própria vida</i>	<i>Emprego</i>
<i>Relação com a sociedade</i>	<i>Nec. de atividade, de ser sujeito e não só objeto ou cliente</i> <i>Nec. de tempo livre, de novas experiências,</i> <i>Nec. Intelectuais e estéticas</i>	
<i>Relação com os outros</i>	<i>Nec. de comunidade, companheirismo, amizade, solidariedade, apoio</i> <i>Nec. de bem-estar, felicidade, alegria</i>	
<i>Relação consigo mesmo</i>	<i>Nec. de protagonismo, de realizar o próprio potencial</i> <i>Nec. de dar à vida um significado, um sentido ou finalidade</i>	
<i>Relação com a natureza</i>	<i>Nec. de algum tipo de comunhão com a natureza</i>	

A lista, sem dúvida, nos dá uma imagem do que pode significar “causar dano a um homem”. Em cada caso pode-se sustentar que, a necessidade não satisfeita produz algum tipo de desintegração humana (somática nos primeiros casos, humana nos casos de necessidades sociais). Na lista, algumas dessas necessidades se denominam, inclusive, direitos. Estes já estão cristalizados na tradição dos direitos humanos, justamente porque as pessoas lutaram por eles.



Galtung pondera dizendo que, sem dúvida, as últimas dez necessidades têm um caráter mais efêmero. Mas acredita que são básicas, apesar de não representarem uma condição *sine qua non* para a continuação da existência individual nem para a continuação da ordem social.

Analisando o quadro identificamos quatro partes que correspondem a quatro tipos de violência que podem aparecer caso as necessidades não forem satisfeitas: 1) violência “clássica”; 2) pobreza (privação de necessidades materiais básicas); 3) repressão (privação dos direitos humanos); 4) alienação (privação de necessidades superiores).

Na primeira categoria está incluída a agressão corporal repentina causada por um autor que se propõe exercer violência. Poderia ser incluída também a violência psicológica.

Para passar à segunda categoria, Galtung diz que é necessário, simplesmente, aceitar que não é preciso haver um autor identificável para que algo possa definir-se como violência. Afinal, o corpo humano pode sofrer violência de outras maneiras. Se introduz, assim, a primeira categoria de violência estrutural: a pobreza estruturalmente condicionada.

A terceira categoria pressupõe que a violência não precisa aplicar-se somente sobre o corpo humano. Assim, se introduz a segunda categoria de violência estrutural: a repressão estruturalmente condicionada ou “intolerância repressiva”.

Galtung diz que, para passar à quarta categoria, tudo o que se requer é perguntar-se por que essa violência (referindo-se à categoria anterior) há de ser do tipo que somente associa-se com os regimes repressivos (e declarada em documentos importantes como infração de direitos humanos). A partir disso é introduzida a terceira categoria de violência estrutural : a alienação estruturalmente condicionada. As violências aqui incluídas são também repressivas, mas são compatíveis com um baixo nível de violência estrutural do segundo tipo.

## 2.2. A observação participante enquanto método e técnica de pesquisa qualitativa

Tendo em vista a natureza do problema de investigação optamos pela metodologia qualitativa de pesquisa. Consideramos que os métodos qualitativos de pesquisa permitem ao pesquisador explorar conceitos cuja essência se perderia em outras abordagens de pesquisa. Além disso, a visão de mundo, os valores, a experiência de vida e profissional e o aprofundamento em conhecimentos teóricos influenciaram nossa escolha.

Vários autores (Bogdan & Biklens<sup>35</sup>; Haguette<sup>36</sup>; Triviños<sup>37</sup>; Demo<sup>38</sup>; Thiollent<sup>39</sup>) conceituam pesquisa qualitativa. Adotamos a conceituação de Minayo<sup>40</sup> que, diferentemente, utiliza o termo metodologias de pesquisa qualitativa. Para a autora, elas são

*...entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas<sup>41</sup>.*

A intervenção terapêutica, a institucionalização, o saber sobre a doença, a violência, enfim, são produtos humanos e, como tal, carecem de uma análise qualitativa.

Bogdan; Biklens<sup>42</sup> relacionam algumas características da pesquisa qualitativa:

<sup>35</sup> BOGDAN; BIKLENS, 1991. *Op. cit.*

<sup>36</sup> HAGUETTE., Tereza M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

<sup>37</sup> TRIVINOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1994.

<sup>38</sup> DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1981.

<sup>39</sup> THIOLLENT, Michel J. M. *Crítica metodológica – investigação social e enquete operária*. 2 ed. São Paulo: Polis, 1981.

<sup>40</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1992.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 10.

<sup>42</sup> BOGDAN; BIKLENS, 1994. *Op. cit.* P.47-51.

1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra, através de trabalho intensivo de campo. O ambiente tem que ser entendido no contexto histórico da instituição da qual faz parte;

2. Os dados coletados são predominantemente descritivos, embora possam ser também reflexivos. A pesquisa qualitativa busca o entendimento, e tem enfatizado a descoberta da teoria através da descrição;

3. A preocupação com o processo é maior do que com o produto. O interesse do pesquisador ao estudar determinado problema é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas;

4. O “significado” que as pessoas dão às coisas e às situações, são foco de atenção especial do pesquisador, que precisa ter cuidado com a acuidade de suas percepções, ao revelar os pontos de vista dos participantes;

Às características relacionadas acima, acrescentamos, ainda, a importância que deve ser dada ao discurso na análise dos dados.

Neste trabalho utilizamos a observação participante (O.P.) enquanto técnica e método de pesquisa qualitativa. Schwartz & Schwartz, citados por Zaluar<sup>43</sup>, propõem a seguinte definição para a O.P., enquanto técnica:

*Processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.*

---

<sup>43</sup> ZALUAR, A. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1975.

Entretanto, a O.P. pode ser considerada como um método quando associada a um referencial teórico claro para a coleta, interpretação e análise dos dados. Daí a sua riqueza uma vez que pode estar associada às diversas correntes teóricas.

Além da técnica da observação, a O.P. enquanto método pode utilizar a entrevista e a análise de documentos como técnicas complementares.

Quanto à inserção do pesquisador no campo para a observação, há, teoricamente, quatro situações possíveis que vão do extremo “participante total” até outro extremo “observador total”: 1) Participante total – “status” do pesquisador que se propõe a participar inteiramente, como “nativo”, em todas as áreas da vida do grupo que se pretende conhecer; 2) Participante como observador – o pesquisador deixa claro para si e para o grupo a sua relação como meramente de campo; 3) Observador como participante – trata-se de uma observação quase formal, em curto espaço de tempo e suas limitações advêm desse contato bastante superficial; 4) Observação total – o observador omite a interação direta com os informantes, ou seja, os sujeitos não sabem que estão sendo observados e pesquisados. Conforme descrevemos no item seguinte deste capítulo, durante esta investigação, situamo-nos entre os dois extremos, dependendo de como o contexto se apresentava.

Apesar da nossa preocupação com o rigor metodológico, a opção por esta modalidade de pesquisa levou-nos, enfim, a renunciar à rigidez dos esquemas que definem e prevêm todo o percurso, estando implícita a noção de processualidade.

## **2.3. O contexto operacional da pesquisa**

### **2.3.1. Exploração do campo e escolha do local de estudo.**

Nesta fase, buscamos entrar em contato com o contexto empírico na intenção de obter uma visão geral do problema a ser investigado. Essa fase foi muito importante pois, concordando com Minayo<sup>44</sup>, serviu para a formulação e reformulação de questões balizadoras da pesquisa e para

---

<sup>44</sup> MINAYO, *Op. cit.*

identificar os sujeitos e outras fontes de dados. Para isso, visitamos as unidades pediátricas dos maiores hospitais do município e, a partir deste contato, foi selecionado aquele que consideramos com maiores possibilidades para esclarecer os nossos questionamentos. A instituição foi escolhida devido às seguintes características: ser um hospital público, atender um número considerável de crianças em diversos momentos do processo de adoecimento (crianças em situação de urgência e emergência, em quadros agudos ou crônicos) e ter um fácil acesso pessoal, de forma a possibilitar um contato mais aprofundado com o problema de investigação.

Após a escolha do local de estudo, entramos em contato com a chefia de enfermagem da instituição que nos encaminhou à responsável pela área materno-infantil. Esta nos acolheu com muito interesse após expormos os nossos propósitos. Solicitamos, então, através de ofício, a autorização para a realização da pesquisa à diretoria e à comissão de ética da instituição, sendo que colocamos o projeto da pesquisa a disposição de ambas. Após o consentimento, retornamos à enfermeira responsável pela área materno-infantil e comunicamos à mesma o início imediato da coleta de dados, esclarecendo que, para isso, utilizaríamos a técnica de observação participante e, em situações que julgássemos necessário, a entrevista. Esta, expressou o seu apoio de forma “incondicional” (expressão da própria enfermeira).

### **2.3.2. A coleta de dados**

O trabalho de campo é uma etapa essencial da pesquisa qualitativa. Segundo Malinowski<sup>45</sup>, ele faz o oposto dos “surveys” que trazem os sujeitos para o laboratório do investigador e mantém com eles uma relação estruturada.

A escolha da técnica de observação participante se deu com base no pressuposto afirmado por Malinowski (citado por Minayo<sup>46</sup>) de que há diversos fenômenos importantes da vida que não podem ser registrados

---

<sup>45</sup> Citado por MINAYO. *Op. cit.*, p. 105.

<sup>46</sup> MINAYO, *Op. cit.*, p. 137.

através de entrevistas ou instrumentos quantitativos, mas sim observados em sua realidade. O autor os denomina como “os imponderáveis da vida”. Já a técnica da entrevista - utilizada em menor escala apenas para validar alguns dados - foi uma opção por partirmos do princípio de que a palavra, como também afirma Minayo, é “símbolo de comunicação por excelência”. Como dissemos, utilizamos a observação participante enquanto método e também como técnica de trabalho de campo. Consideramos que esta foi a técnica ideal para a interlocução e captação da realidade de crianças hospitalizadas.

Vale observar que, durante todo o processo de trabalho de campo, procuramos obedecer rigorosamente as normas oficiais vigentes para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos<sup>47</sup>.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 1997 a março de 1998. Foram realizadas 25 observações distribuídas entre as diversas unidades onde eram atendidas crianças na instituição (clínica pediátrica, unidade de isolamento infantil, centro de tratamento de queimados, emergência, unidade de observação e pronto atendimento infantil). Além das observações, fizemos quatro entrevistas para confirmarmos certos achados e também analisamos alguns documentos.

### **A observação**

As observações foram realizadas do modo mais livre possível, sem um roteiro preestabelecido. Da forma como foi planejado, centramos as observações na criança, nas pessoas com as quais se relacionava (mães, trabalhadores do hospital e familiares visitantes) e no ambiente de forma ampla, adotando um posicionamento móvel.

Procuramos assumir, predominantemente, uma postura de “observador como participante”, ou seja, com mais observação e com uma restrita participação no cenário observado. Entretanto, algumas vezes foi necessário uma participação efetiva, principalmente em situações em que estavam em

---

<sup>47</sup> CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Res. No. 196, de 10 de outubro de 1996. (Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos)

jogo o bem-estar e a integridade física da criança, ou quando tornava-se necessário uma maior aproximação para a apreensão do contexto.

Antes de iniciarmos o período de observação, apresentávamo-nos às pessoas envolvidas e explicávamos os propósitos da pesquisa, informando que se tratava de um estudo no qual nos interessava perceber como se dava a assistência à criança hospitalizada naquela instituição. Obviamente, não declarávamos a questão da violência por imaginarmos que pudesse, de alguma forma, causar incômodo nas pessoas.

As observações foram feitas nas diversas unidades da instituição onde se encontravam crianças (internadas, em observação, aguardando transferência ou apenas sendo atendidas em consulta no pronto atendimento). Na medida do possível, procuramos não exceder além de trinta minutos o tempo de cada observação, de modo a possibilitar o registro exato de cada situação.

Após cada observação, nos retirávamos do campo e, num ambiente reservado, registrávamos a situação através de gravação do relato. Deste relato constava sempre a descrição do ambiente (cenário) em que se deu a observação, a situação em detalhes (personagens, ações, falas, reações destes personagens), as impressões pessoais sobre a situação e também as sensações experimentadas enquanto pesquisadora.

Feita a gravação, algumas vezes retornávamos a outro cenário e repetíamos o procedimento, de modo que, num mesmo dia, podia ser obtido mais de um relato de observação. No mesmo dia em que a observação era feita, procedíamos à transcrição das gravações, na metade esquerda do corpo do formulário próprio .

### **A entrevista e os documentos**

Como parte da observação participante, utilizamos também a entrevista e a análise de documentos.

As entrevistas foram utilizadas no decorrer do processo, de maneira a complementar a observação realizada e foram dirigidas aos sujeitos que interagem com a criança durante a hospitalização e a ela própria. As

questões foram, no início mais abertas, passando posteriormente a questões mais estruturadas, para esclarecer sobre aspectos específicos ou mesmo para validar achados.

Assim como os relatos de observação, as entrevistas também foram registradas no formulário referido.

Quanto à análise de documentos, esta se restringiu a alguns prontuários de pacientes e ao regimento da instituição.

### 2.3.3. Análise dos dados

A utilização da observação participante como técnica de coleta de dados produziu um volume considerável de informações descritivas. De forma a organizar estas informações, os formulários foram numerados em espaço próprio, em sua margem superior direita, sendo que o número do formulário correspondeu ao número do relato de observação, em ordem cronológica. Os relatos cujas descrições ultrapassavam o espaço de um formulário, foram identificados pelo mesmo número, sendo que, ao lado da numeração no impresso foi identificado pelas letras do alfabeto, em seqüência. Exemplo: a terceira nota de observação resultou em três formulários. Os mesmos foram identificados da seguinte forma: 3 A , 3 B e 3 C. As entrevistas, como já referimos, também foram transcritas no mesmo formulário das observações.

Logo após a descrição das gravações no formulário, procedemos a uma pré-análise , anotando, na metade direita do formulário, frases curtas que davam uma noção do sentido da descrição á qual essas se referiam. Exemplo:

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS		NÚMERO: <u>1A</u>
DATA: <u>2/12/97</u>	HORÁRIO: <u>9:00</u>	LOCAL: <u>Pronto Atendimento</u>
DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO		PRÉ-ANÁLISE
<i>Após a injeção, a criança sai (<u>ninguém olha para ela</u>) acompanhada pela mãe, <u>soluçando</u>, assustada.</i>		Indiferença à dor Choro/sofrimento



Encerrada a fase de coleta dos dados, digitamos, em seqüência, todas as frases constantes na coluna da pré-análise identificando-as pelo número do formulário ao qual estas correspondiam, de modo a permitir a rápida localização dos dados descritivos quando se fizesse necessário. Exemplo: Indiferença à dor ( 1 A )

Passamos, então, a ordenar o conteúdo da pré-análise agrupando-os em subcategorias às quais, depois de completada a aglutinação, demos um título provisório. Deste primeiro ordenamento, resultaram dez subcategorias.

Após isso, realizamos uma leitura flutuante do conjunto de dados, identificando aspectos relevantes para a análise, à luz do referencial teórico adotado e dos pressupostos colocados para o desenvolvimento do estudo. Nesta fase, fizemos uma leitura exaustiva e repetida dos textos de forma a provocar uma relação interrogativa com eles. Feito dessa forma, foi possível apreender as estruturas de relevância que caracterizam-se, segundo Minayo<sup>48</sup>, *pela incidência de ênfase em determinados aspectos da realidade, indicando a base de confronto do material empírico com as teorias existentes sobre o assunto.*

A classificação dos dados, a partir das estruturas de relevância, permitiu definir quatro grandes temas que transformaram-se em títulos dos capítulos de análise, nos quais foram indexados os conteúdos: 1) *A intervenção terapêutica como tecnologia biopolítica*; 2) *O ambiente e a organização do trabalho no hospital como geradores de violência*; 3) *Impertinente rebeldia: a dor e o choro no espaço disciplinado do hospital* e 4) *A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica.* Cada um deles é composto por itens que, por sua vez, transformaram-se em subtítulos dos capítulos.

---

<sup>48</sup> MINAYO, *Op. cit.*

### **3. A intervenção terapêutica como “tecnologia biopolítica” 49**

*Caminho pelo corredor que dá acesso à Pediatria e ouço um choro desesperado de uma criança. Sigo o som e, à medida que me aproximo o choro torna-se mais intenso e incômodo. Chego à cena: a criança em cima de uma maca, o pai segurando, duas auxiliares de enfermagem puncionando uma veia no braço dela. A criança chora e diz: ‘ – Pai, solta eu pai!’ Olha de um lado para outro e chora mais quando vê a agulha. As auxiliares estão tensas, transpiradas e uma diz: ‘-Isso tudo já vai acabar!’ Cinco minutos é uma eternidade, mas acabou. A criança vai para o colo do pai. Estão todos exaustos.*

Nota de observação n. 11B

As pessoas que trabalham em pediatria reconhecem como corriqueira a cena relatada acima. Entretanto, não deixam de reagir, mesmo que seja pelo afastamento, o que demonstra, de certa forma, o reconhecimento da violência nela implícita. Mas, a análise de qualquer realidade somente é possível pelo reconhecimento de seus determinantes e da multiplicidade de fatores que a configuram enquanto complexidade. Neste caso é importante conhecer quais os determinantes históricos que levaram a intervenção terapêutica a configurar-se como ela hoje se apresenta: uma tecnologia que justifica sua violência, tornando-a legítima. Aqui a chamamos como tecnologia biopolítica no sentido de que a intervenção terapêutica é um conjunto de procedimentos técnicos cujo objetivo maior, embora não expresso de forma clara, é o controle das multiplicidades do homem. Essa justificativa se faz por algumas razões: pela missão científica da medicina, pelo tipo especial de necessidade que demanda esta intervenção, pela

conveniente impossibilidade de generalizar condutas que se firmam no raciocínio clínico (cada caso é um caso) e pela relativa autonomia do profissional médico (que diagnostica e prescreve) na relação com o paciente. Mas é necessário conhecer como nasceu o hospital e a clínica<sup>50</sup> e isso o faço através de Foucault<sup>51</sup>, que dedicou-se a uma profunda investigação sobre o assunto e mostrou que o hospital, como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova. Demonstrou que no final do século XVIII é que apareceu a consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar. Em torno de 1780 foram visitados e observados comparativamente alguns hospitais da Europa, sendo que Foucault descreve as viagens-inquérito do inglês Howard e do francês Tenon, cujas características/finalidades principais eram : (1) definir, depois do inquérito, um programa de reforma e reconstrução dos hospitais; (2) descrever funcionalmente os hospitais e pesquisar as relações entre fenômenos patológicos e espaciais; (3) corrigir o hospital para que pudesse ser considerado como “máquina de curar” e não produzisse efeitos patológicos.

Foucault mostra que, antes do século XVIII, o hospital não era uma instituição médica, e a medicina era uma prática não hospitalar. O hospital era uma instituição de assistência aos pobres, assim como de separação e de exclusão. A função essencial do hospital era de recolher o pobre portador de doença e de possível contágio para proteger os outros do perigo por ele representado. Até o século XVIII, o hospital não era um instrumento terapêutico, mas um lugar para o pobre morrer. O pessoal do hospital era religioso ou leigo e não se destinava a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.

Não havia justificação científica para que a medicina medieval tivesse uma prática hospitalar. O médico era assim qualificado após aprender, com a própria corporação médica, a transmissão de receitas, sendo que a

---

<sup>49</sup> **Tecnologia biopolítica** – expressão utilizada por Foucault para definir o complexo conjunto de intervenções e mecanismos regulatórios e disciplinares com o objetivo de controlar as populações.

<sup>50</sup> Clínica aqui significa a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber.

<sup>51</sup> FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 4 ed. São Paulo: Forense Universitária, 1994.

experiência hospitalar estava excluída da sua formação. A intervenção médica sobre a doença era essencialmente expectante e a cura comparada a um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Cabia ao médico observar, prever a evolução e o momento da crise e favorecer, na medida do possível, condições para que a natureza combatesse a doença. A medicina era, em certo sentido, individual e independente do hospital até meados do século XVIII. *Nada na prática médica dessa época permitia a organização de um saber hospitalar, assim como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina.*<sup>52</sup> Por outro lado, a medicina também caracterizava-se como uma prática social no sentido de preocupar-se com a disseminação de epidemias. O hospital funcionava, assim, como um local para recolher doentes pobres na intenção de proteger o restante da sociedade.

A transformação do hospital se deu, primeiramente, pela sua reorganização, sendo que esse processo teve como ponto de partida os hospitais militares e marítimos. O objetivo da reforma nesses hospitais era essencialmente econômico; pretendia-se, com a ordenação, impedir o tráfico de mercadorias que ocorria com frequência nos hospitais marítimos e diminuir a mortalidade dos soldados, cuja formação era onerosa para o Estado. Era necessário, então, curá-los assim como vigiá-los para que não desertassem ou fingissem ainda estar doentes quando curados.

Essa reorganização se fez a partir de uma tecnologia elaborada no século XVIII que, para Foucault, pode ser considerada política: a disciplina.

A disciplina é uma técnica de exercício de poder cujos princípios fundamentais constituíram-na em uma nova forma de *gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade.*<sup>53</sup> A “invenção” dessa nova tecnologia não foi súbita.

---

<sup>52</sup> FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1995. P. 103.

Como todo fenômeno histórico, a disciplina firmou-se como um método a partir de uma

*multiplicidade de processos muitas vezes mínimos, de origens diferentes, de localizações esparsas, que se recordam, se repetem ou se imitam, apoiam-se uns sobre os outros, distinguem-se segundo seu campo de aplicação, entram em convergência e esboçam aos poucos uma fachada geral.*<sup>54</sup>

A disciplina começou a ser encontrada em diversos domínios como nas escolas, nas oficinas, no exército e também no espaço hospitalar. Os mecanismos disciplinares principais são: a distribuição espacial dos corpos de modo classificatório/combinatório; controle sobre o desenvolvimento das ações; vigilância constante dos indivíduos e registro contínuo.

Foi a introdução destes mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que possibilitou a sua medicalização<sup>55</sup>. Além da disciplinarização do espaço, a formação de uma medicina hospitalar deve-se também à transformação do saber e das práticas médicas.

Para a medicina do século XVIII, diferentemente da Idade Média, *a doença é a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo.*<sup>56</sup> Nessa perspectiva, a intervenção médica se dirigia não mais à doença mas ao que a circundava: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, o regime, etc.

Portanto, a origem do hospital médico está na combinação desses dois fenômenos: transformação da prática médica e disciplinarização do espaço hospitalar. Ambos criaram a disciplina hospitalar cuja função é assegurar a vigilância, disciplinar o doente e a doença e transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Assim, é possível compreender as

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 105.

<sup>54</sup> FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes. 1996. P. 127.

<sup>55</sup> Medicalização do hospital – expressão utilizada por Foucault que significa a transformação do hospital em instrumento de cura, através da intervenção médica. Até meados do século XVIII, como já foi referido no texto, o hospital era apenas um local de exclusão onde se rejeitavam os pobres que estavam morrendo.

<sup>56</sup> FOUCAULT, 1995. *Op. cit.* P. 107.

características que o hospital e a intervenção terapêutica têm: a localização ajustada ao esquadramento sanitário da cidade; a arquitetura; a distribuição interna do seu espaço segundo o doente, a doença e a sua evolução; centralização do poder na figura do médico; sistema de registro permanente.

O hospital constitui-se, então, num campo não apenas de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico deixou de localizar-se somente nos livros e passou para o hospital. A experiência no hospital passou, então, a ser mais valorizada na formação normativa do médico. Nasce, assim, a clínica entendida como a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber. Os indivíduos doentes, através da disciplina hospitalar (exames, localização espacial, regimes, etc.) são observados, seguidos, conhecidos e curados. Ao mesmo tempo, também são objetos do saber e da prática dos médicos. Através da disciplinarização do espaço hospitalar é possível observar uma grande quantidade de indivíduos e, pelos registros obtidos constatar os fenômenos patológicos comuns à população.

Graças à tecnologia hospitalar, o *indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina.*<sup>57</sup>

A seguir, passamos a apresentar os componentes dessa tecnologia, ilustrando com os dados obtidos pelas observações durante a pesquisa.

---

<sup>57</sup> *Ibidem*, p. 111.

### 3.1. A disciplina como violência : os rituais de entrada.

*...as disciplinas têm o papel preciso de introduzir assimetrias insuperáveis e de excluir reciprocidades. Em primeiro lugar porque a disciplina cria entre os indivíduos um laço 'privado', que é uma relação de limitações inteiramente diferente da obrigação contratual; a aceitação de uma disciplina pode ser subscrita por meio de contrato; a maneira como ela é imposta, os mecanismos que faz funcionar, a subordinação não reversível de uns em relação aos outros, o 'mais-poder' que é sempre fixado do mesmo lado, a desigualdade de posição dos diversos 'parceiros' em relação ao regulamento comum opõem o laço disciplinar e o laço contratual, e permitem sistematicamente falsear este último a partir do momento em que tem por conteúdo um mecanismo de disciplina.* <sup>58</sup>

A disciplina é analisada por Foucault como uma espécie de contradireito, conforme expõe acima.

Por tudo o que caracteriza a disciplina, em inúmeras situações observadas no hospital, ousou denominá-la como violência. As próprias palavras e expressões utilizadas por Foucault para definí-la na citação acima, trazem sentimentos que lembram violência : assimetria, exclusão de reciprocidades, relação de limitações, aceitação, imposição, subordinação, 'mais-poder', desigualdade de posição, oposição...

Para Foucault<sup>59</sup> a disciplina procede, em primeiro lugar, por uma distribuição dos indivíduos no espaço. Para isso usa diversas técnicas como : a fila; o enquadramento / quadriculamento (cada indivíduo no seu lugar e em cada lugar um indivíduo) ; localizações funcionais (refere-se à arquitetura) e a "cerca", ou seja, um local heterogêneo a todos os outros e fechados em si mesmo.

<sup>58</sup> FOUCAULT, 1996. *Op. cit.* p. 195.

<sup>59</sup> *Ibidem*, p. 130.

Na situação da hospitalização pode-se perceber que essa disciplina, muitas vezes, se mostra através de rituais. Riviere<sup>60</sup> define ritual como

*Conjunto de condutas individuais ou coletivas, relativamente codificadas, com um suporte corporal (verbal, gestual ou de postura), com caráter mais ou menos repetitivo e forte carga simbólica para seus atores e, habitualmente, para suas testemunhas, baseadas em uma adesão mental, eventualmente não conscientizada, a valores relativos a escolhas sociais julgadas importantes e cuja eficácia esperada não depende de uma lógica puramente empírica que se esgotaria na instrumentalidade técnica do elo causa-efeito.*

De forma simplificada, podemos definir ritual como o conjunto de práticas criadas pelos membros de uma cultura, dotados de significado e consagrados pelo uso, às quais todos devem observar em cada situação de forma invariável. Os rituais são úteis pois proporcionam uma forma padronizada de explicar e controlar o desconhecido e reduz a incerteza<sup>61</sup>.

Todo o processo, desde a admissão do paciente até a sua alta, está permeado por rituais. Os rituais de entrada, talvez sejam os mais violentos para o paciente, em especial, para a criança.

Ao acompanharmos o processo de admissão da criança no hospital, podemos constatar uma série de procedimentos, disciplinadores na sua essência, que ocorrem de forma invariável e que exclui qualquer possibilidade de singularização dos sujeitos. Chamo, aqui, de violência ritualizada.

<sup>60</sup> RIVIERE, Claude. **Os ritos profanos**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 30.

<sup>61</sup> Esse conceito está adaptado ao proposto por Ribeiro (RIBEIRO, Mara Regina R. **Vivência da (in)certeza: a prática ritualística de professoras de enfermagem pediátrica** São Paulo: EEUSP, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica) - Curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica, Universidade de São Paulo, 1995.) e Monticelli (MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.)



De um modo geral, a admissão da criança começa pela consulta pediátrica. Na instituição observada, ficou evidente a submissão da família a esse componente do 'ritual de entrada'.

*As guias de atendimento são fornecidas por funcionárias num guichê com barreira de vidro, sendo que estas estão do lado de dentro, sentadas e em ambiente refrigerado e os usuários fora, em pé e em fila. Faz muito calor. Na porta de entrada há outro segurança cuidando do acesso das pessoas.*

Nota de observação n. 4 A

*O acesso principal é todo fechado por grades. Há um portão pequeno vigiado por um segurança.(...) Num banco, próximo à entrada, há uma dezena de mulheres sentadas com os filhos no colo e com as guias de atendimento na mão. Todas aguardam permissão para entrar. Lá dentro, no corredor, há outras trinta crianças com as mães esperando para serem consultadas. Há um pediatra no atendimento.*

Nota de observação n. 26 A

Todos fazem o mesmo 'caminho', controlado e repleto de obstáculos, até conseguir o atendimento. As observações acima afirmam o hospital como um local de controle e de disciplina. Na primeira observação, o controle e a disciplina apresentam-se através das portas guardadas, das grades, da fila e da espera. A espera e a fila são elementos de um 'ritual de entrada' onde todos se igualam, tanto os mais quanto os menos necessitados de cuidado. Ele representa, também, a angústia na busca pelo cuidado.

De forma sábia e sensível, a enfermeira Maria Jacyra Nogueira<sup>62</sup> refletiu sobre a espera. O próprio texto, intitulado "Sala de espera" dispensa outras análises:

---

<sup>62</sup> Poesia extraída de: SILVA, Alcione Leite da; ERDMANN, Alacoque L. O ritual do cuidado em "a conquista do presente." In: REZENDE, Ana Lúcia M.; RAMOS, Flávia R. S.; PATRÍCIO, Zuleica M. (orgs.) **O fio das moiras – o afrontamento do destino no cotidiano da saúde**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1995. p. 165-166.

Sala de espera

Sala de espera  
de bancos duros  
cheios de gente,  
que cheira a fogão,  
que cheira a fumaça,  
que cheira a pobreza.

Sala de espera  
cheia de bancos.  
de crianças chorando  
e mães fortalezas,  
mães conformadas  
(ou inconscientes)?

Sala de espera  
de consultas  
para doenças  
doenças do corpo  
(da alma não têm)..  
São fortalezas,  
são sábios  
(ou ignorantes)?

Sala de espera  
cheia de barrigas,  
barrigas de espera,  
e gente que chora.  
Filhos de fortalezas  
cheirando a fogão  
cheirando a pobreza,  
mães pacientes  
(ou conformadas)?

A moça chama  
Pelo primeiro  
da fila enorme,  
cheia de barrigas  
que logo vão se esvaziar  
e sempre mais gente  
irá ocupar.  
Salas de espera  
cada vez mais cheias  
de gente,  
que cheira à fumaça,  
que cheira à pobreza  
e espera há tanto  
a cura do corpo.

E da alma? Não tem?...  
São conformadas  
(ou inconscientes)?  
São sábios  
(ou ignorantes)?  
São pacientes  
(ou conformadas)?

Após a confirmação da necessidade de internação, continua o ritual de entrada. Geralmente a mãe é 'bombardeada' por informações para proceder a internação, e passa a percorrer o caminho da burocracia. No ato da abertura de prontuário a mãe ou responsável deve assinar o "termo de aceite da hospitalização", que é a forma utilizada pela instituição para legitimar "os rituais da violência". Ele representa a entrega passiva do corpo ao poder e ao saber médico e, praticamente, nunca é contestado pelo sujeito. Ocorre, então, uma simples submissão à ordem disciplinar. A partir da sua assinatura, tudo deve ser aceito: as acomodações, os procedimentos terapêuticos, a dieta do hospital, a restrição do convívio com a família e com o mundo externo, horários rígidos (para receber visitas, para acordar, para dormir, para comer, para receber cuidados), a perda da privacidade, a restrição à entrada dos seus pertences, a uniformização e a perda do nome (todos são pacientes e têm, a partir daí, um diagnóstico e um número que os identifica).

Pelas observações relatadas, a assimetria nas relações está estampada. Mas, existem inúmeras situações nas quais ela é inaparente passando despercebida no cotidiano.

Para Foucault<sup>63</sup>, a disciplina hierarquiza os indivíduos em relação uns aos outros, e, levando ao limite, desqualifica e invalida. Exercendo o seu controle e fazendo funcionar as assimetrias do seu poder, a disciplina efetua uma suspensão do direito. Apesar de ser regular e institucional, a disciplina, em seu mecanismo, é um "contra-direito" e, por essa razão, uma "violência".

Foucault diz que na origem histórica da sociedade moderna e com a dominação de classe que ela atravessou, as disciplinas foram a contrapartida política das normas jurídicas segundo as quais era redistribuído o poder. Talvez seja por isso que a sociedade dê tamanha importância e tenha tanto receio de se desfazer delas sem antes encontrar um substituto. As disciplinas apresentam-se tão introjetadas no cotidiano que chega-se a afirmar que estão no próprio fundamento da sociedade e de seu equilíbrio.

---

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 195.

*No posto de enfermagem está a equipe (auxiliares, enfermeira e médico) conversando com as portas fechadas e no ar condicionado. Fora há quatro crianças para serem atendidas. Na porta do posto há um cartaz que diz: FAVOR AGUARDAR EM FILA.*

Nota de observação n. 13 A

Na disciplina, cada um se define pelo lugar que ocupa na série, ou seja, a posição na fila é o lugar que alguém ocupa numa classificação. Ela apenas individualiza os corpos pela localização .

Também a técnica do quadriculamento é bem definida no hospital, pois é necessário, segundo a disciplina, anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos e sua circulação difusa. A disciplina, através do enquadramento, busca organizar um espaço analítico, ou seja, um espaço para conhecer, dominar e utilizar. Essas técnicas disciplinares tão comuns no hospital excluem qualquer possibilidade de singularização<sup>64</sup> dos indivíduos: todos são “pacientes”.

*No posto de enfermagem há um quadro na parede onde estão relacionados os nomes e respectivos números de leito das crianças internadas. Na parede das enfermarias, acima de cada cama, tem o número do leito correspondente com o espaço para escrever o nome da criança e da mãe. Mas todos estão em branco.*

Nota de observação n. 14 B

*Na passagem de plantão a auxiliar não cita os nomes das crianças, apenas os leitos e as respectivas doenças.*

Nota de observação n. 9 B

Pelos relatos anteriores, até mesmo os nomes das crianças - o mínimo para a sua individualização - é omitida na enfermaria. Já no posto de enfermagem, ao contrário das enfermarias, os nomes são relacionados em um quadro, mas com a única finalidade de localizar os “pacientes” na clínica e para facilitar o trabalho. Não há qualquer intenção de humanizar o

<sup>64</sup> Singularidade e identidade são duas coisas completamente diferentes segundo reflexões de Guattari com as quais aqui comungamos. A singularidade é um conceito existencial, enquanto a identidade é um conceito de referência. Guattari chama de singularização “os processos disruptores no campo da produção do desejo, ou seja, os movimentos de protestos do inconsciente contra a subjetividade capitalística, através da afirmação de outras de ser, outras sensibilidades, outra percepção, etc. Para isto ver: GUATTARI, Felix ; ROLNIK, Suely. *Micropolítica : cartografias do desejo*. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

cuidado pela abordagem através do nome, quanto menos singularizar os sujeitos.

### **3.2. Saber e poder nos rituais hospitalares : a violência pela assimetria.**

*No cenário hospitalar, os procedimentos e os rituais presentes no processo de trabalho (...) não são neutros, como não o são os atos humanos.<sup>65</sup>*

Durante a hospitalização, a violência pela assimetria (relação de não iguais) se manifesta através de procedimentos técnicos que foram ritualizados. Os rituais mais marcantes e evidentes durante o período de observação foram a visita, o exame e as próprias formas de comunicação ou linguagem.

Estes rituais compõem a intervenção terapêutica , a qual chamamos, aqui, de tecnologia biopolítica.

A visita médica, pode-se dizer, é o próprio estereótipo do ritual. Na instituição onde foram coletados os dados, a visita médica ocorria de forma invariável.

*O médico chegou às 7:25 hs. Pega as papeletas e dirige-se a uma enfermaria onde estão quatro crianças. Ausculta todas as crianças, examina, conversa um pouco com as mães coisa muitos superficiais (cronometrei um minuto para cada criança), não lava as mãos nem limpa o estetoscópio de uma criança para outra. Ausculta coração e pulmões de forma rápida, palpa o fígado, observa a conjuntiva. As mães parecem muito tímidas em relação a ele, não perguntam nem falam nada. Ele sai da enfermaria, dirige-se ao posto de enfermagem para prescrever. Uma auxiliar de enfermagem providencia o prontuário, outra dá-lhe o papel, outra o carbono, outra vai procurar os exames de laboratório que ele pediu. Todas conversam 'paparicando-o'. As 8:00 hs o médico vai embora.*

Nota de observação n. 9 D/E

<sup>65</sup> POLAK, Ymiracy N. S. A concepção do corpo no mundo da saúde. *Cogitare Enferm.* Curitiba.V. 1, n. 1, p. 4-9 jan/jun.1996. p. 7

*O cirurgião chega ao posto de enfermagem e pergunta à enfermeira se o problema da criança da cirurgia plástica já tinha sido resolvido. Pede para que ela responda logo porque se não houvesse mais nada para ele, já ia embora naquele minuto.*

Nota de observação n. 6 A

Da forma como a visita médica ocorre, a exemplo do relatos acima, suas funções parecem ser, principalmente, a manutenção do próprio ritual e a reafirmação da hegemonia médica através do controle dos corpos. Embora, na prática, pouco seja modificado após a visita, ela é sempre esperada com muita ansiedade pela família e pela equipe de enfermagem. Observa-se uma supervalorização da figura do médico tanto pela família da criança quanto pelos demais membros da equipe de saúde. Pode-se afirmar que, no contexto hospitalar, o médico é a figura central e é evidente o mito de que ele é o "todo poderoso". Ao trabalho médico é atribuído tanto valor que há uma forte imposição de que a enfermagem esteja à sua disposição e que resolva todos os problemas, facilitando-o ao máximo. O seu tempo é tão valioso que não se questiona o tempo mínimo dispensado à avaliação dos pacientes e à orientação da família. Como é poderoso, a ele, é até permitido transgredir os princípios básicos de assepsia. Loyola<sup>66</sup> analisa profundamente as relações de poder no hospital e afirma que a enfermagem, por sua vez, reproduz a submissão ao médico no paciente, ao estabelecer uma relação de dominação, onde o paciente é um mudo expectador dos 'palcos' do hospital.

Conforme Foucault analisou em *O Nascimento da Clínica*, o poder que hoje o médico detém e o valor atribuído ao seu ofício tem raízes históricas incontestáveis. Antes do século XVIII, o médico visitava o hospital mas tinha pouco ou nenhuma voz na administração. A partir de então, pela própria natureza do tipo de saber que buscava e pelos métodos que empregava para obter aquele saber, o médico passou a ter um maior envolvimento com a instituição. Como a partir dessa época o hospital transformou-se num local

<sup>66</sup> LOYOLA, Cristina Maria D. *Os dóceis corpos no hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. P.102.

de treinamento e de formação de saber experimental, o médico começou a exercer um papel mais relevante em seu funcionamento. Ele passou a ter mais assistentes, e o hospital mudou para facilitar suas visitas e seus exames, que se transformaram no aspecto central da administração do hospital. O hospital, disciplinado, tornou-se a contrapartida física da disciplina médica.<sup>67</sup>

O exame, por sua vez, também pode ser visto como um ritual na prática clínica. Ele é um procedimento rotineiro no cotidiano do hospital e aparece em muitas observações dessa pesquisa.

Associado à linguagem, o exame também pode ser visto como uma forma de manifestação do poder de quem detém o saber sobre aquele que não o possui.

*... a criança está grave. A mãe fica o tempo todo em volta da criança chorando e reclamando que a criança está internada há quatro dias e só piora. Reclama que a criança só toma soro, soro, soro e acha que é soro demais (...). A mãe continua chorando. O médico chega, palpa, examina e diz: 'Hepatoesplenomegalia.' A mãe continua chorando. Uma auxiliar de enfermagem apoia a mão no ombro da mãe e diz que é assim mesmo, que não é culpa da equipe, que a criança não vai melhorar assim, que ela deve ser paciente. O médico não diz nada, não altera a conduta. O restante da equipe (enfermeira e auxiliares) apenas observam e não opinam. A mãe continua chorando, agacha-se no chão e chora. O médico dá por encerrada a avaliação e pede para a enfermeira encaminhá-lo à outra criança que pediu para avaliar*

Nota de observação n. 7C-D

Quando, após o exame, o médico apenas diz 'Hepatoesplenomegalia', está expressando, voluntariamente ou não, a sua superioridade/poder pela posse do saber. Ninguém da equipe, nem mesmo o médico, manifesta qualquer atitude de interesse em esclarecer a mãe sobre a situação da criança. No exame, a vigilância e a sanção normalizadora são combinados e,

<sup>67</sup> RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. (Michel Foucault) Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. P. 175.

através do seu ritual, a forma moderna de poder é manifestada<sup>68</sup>. Ele manifesta a sujeição daqueles que são percebidos como objetos e a objetivação daqueles que são submetidos.<sup>69</sup> Considerado como uma tecnologia disciplinar, o exame representa uma forma de poder sutil, muito diferente das manifestações tradicionais de poder, como as de caráter formal.

A relação médico-paciente, permeada por mecanismos de disciplina (como o exame, aqui tão bem ilustrado), impõe uma assimetria incontestável e, muitas vezes, expressa com certa violência. Para Silva<sup>70</sup> essa assimetria é atribuída a duas razões principais: a natural fragilidade do paciente/família e a autoridade proveniente do saber.

Quanto à fragilidade do paciente, não entenda-se apenas o aspecto psicológico. A fragilidade pode ser definida como a situação em que alguém se coloca sob o cuidado de outro.

O cuidado de si é o que normalmente caracteriza a independência individual do adulto maduro, sendo que este pode exercê-la e até mesmo entregá-la a outro a partir de uma decisão. Mas não é o que acontece na doença e, em especial, na situação da criança doente. A procura do médico já implica, de alguma forma, numa transferência da responsabilidade de si a outro.

A autoridade/poder proveniente do saber é a segunda razão pela qual se atribui a assimetria na relação médico - paciente. Com frequência, desenvolve-se uma relação de confiança no outro (no médico), embora nem sempre este seja conhecido. Ele é desconhecido como pessoa mas tem “as credenciais”. A confiança é na credencial dada ao médico por esta “ciência” – a medicina - não tão compreendida e, por isso mesmo, mitificada. Ao contrário da confiança pela proximidade, há uma confiança baseada nesta distância entre a ciência e as pessoas objetos da mesma.

Na nota de observação anterior, a assimetria é clara: a mãe chora o tempo todo, percebe a incompetência das pessoas para cuidar do seu filho

<sup>68</sup> FOUCAULT, 1996. *Op. cit.*, p. 160.

<sup>69</sup> *Ibidem* p. 160 - . Objetivação, aqui, no sentido de tornar objetivo, não singular.



falando incessantemente nas entrelinhas dos seus comentários (“só soro, soro, soro!”) mas não tem como reagir porque não detem o saber. Apesar de mostrar-se avessa em relação ao médico, à equipe e ao cuidado, não há como fazê-lo em igualdade de condições. Entendo isso como uma forma de violência.

Silva<sup>71</sup> diz que

*...a situação é ainda mais delicada quando cuidado e saber estão numa interdependência muito íntima e se constituem como dois fatores que colocam o paciente numa posição afastada do cuidado de si e do saber de si, isto é, numa impotência que configura a fragilidade.*

Essa é a situação da criança doente, principalmente em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). A criança é, naturalmente, dependente de um adulto para o seu cuidado. A legislação brasileira<sup>72</sup>, inclusive, reconhece a fragilidade da criança e impõe, entre outras exigências, a obrigatoriedade das instituições de saúde a permitirem a presença da mãe ou de outro responsável durante todo o tempo de internação da criança.

Não é o que se observa, infelizmente, na maioria das UTIs onde, apesar da lei, não se permite a presença da mãe em tempo integral. A criança é submetida aos cuidados médicos e, em pior condição do que se estivesse acompanhada, não pode ser considerada como alguém com quem o médico possa ou deva dividir suas preocupações.

Nessas situações o médico e a equipe de saúde assumem a fragilidade da criança (enquanto paciente) como condição inevitável, podendo isto ser levado a tal ponto que a criança é anulada como pessoa. Analisando a questão ética Silva<sup>73</sup> diz que *nesta situação-limite estamos diante do paradoxo da beneficência: o cuidado anula a pessoa que é objeto do cuidado. Anula-o como indivíduo, como personalidade singular.*

<sup>70</sup> SILVA, Franklin Leopoldo e. Beneficência e paternalismo. *Revista Medicina – Conselho Federal*, Brasília. Dez/97. P. 8-9.

<sup>71</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>72</sup> Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. (BRASIL, *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1991.)

<sup>73</sup> SILVA, 1997. *Op. cit.*, P. 8-9.

Na hospitalização, “estar sob cuidados médicos” é uma situação configurada pela fragilidade de um e pela autoridade derivada do saber do outro. O interessante é que há uma passagem às vezes tênue e despercebida do saber ao poder. Toda competência profissional que se traduz numa prática social inclui um poder e este poder gerar relações de subordinação, como pode ser ilustrado pela nota abaixo:

*Na passagem de plantão a auxiliar de enfermagem comenta que os familiares de uma criança admitida no período ficaram o tempo todo querendo obter informações. Disse que respondera a eles: ‘-Se nem os médicos sabem o que a criança tem, que dirá nós, simples auxiliares de enfermagem.’ Riram.*

Nota de observação n. 9 B-C

Avançando a discussão nos meandros das relações de poder, pode-se dizer que a medicina, como uma prática social, se estabelece em relações sociais, e estas pela comunicação (ou pela falta dela).

A coleta de dados desta pesquisa constituiu, essencialmente, da observação e descrição de relações sociais dentro de um hospital público. Neste, por atender uma camada social menos favorecida economicamente, ficou evidente a “superioridade” do médico em relação ao paciente. As notas de observação que ilustram a discussão, demonstram a precária comunicação entre a equipe e clientes. Os profissionais se comunicam com os clientes de forma desrespeitosa, superficial, indiferente e até ausente. A comunicação é parte fundamental nas relações na área de saúde, sendo, inclusive, terapêutica.<sup>74</sup>

As relações sociais não podem ser consideradas apenas como relações humanas mas também podem ser consideradas relações entre agentes de produção.

<sup>74</sup> Para um maior aprofundamento da questão ver: SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

Boltanski<sup>75</sup> diz que,

*... longe de ser uma relação de homem para homem ou, como quer a ideologia médica ( que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e diferenciado sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião) o encontro de uma consciência e de uma confiança, ou ainda como descrevem alguns sociólogos, apenas a relação entre um especialista e um profano, a relação doente-médico é também uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função, principalmente, da classe social do doente.*

O relacionamento terapeuta-paciente<sup>76</sup> é claramente marcado quando se trata de pacientes de classes sócio-econômicas inferiores, sendo que isso ficou claro através das observações.

*A médica, enfermeira e auxiliares de enfermagem estavam lanchando no posto de enfermagem. Havia umas cinco crianças no corredor esperando o atendimento. Passados cinco minutos saiu a médica - supus, pois estava de branco, estetoscópio no pescoço e postura de superioridade - andando sem olhar para as pessoas. Fez um sinal com a cabeça que não entendi mas a mãe da criança que estava esperando compreendeu e entrou no consultório.*

Nota de Observação n. 2 A

Neste relato de observação , a médica mantém uma atitude de distanciamento e impõe uma comunicação desrespeitosa, apenas com sinais, sem palavras. A profissional não se digna a perder tempo falando com o outro.

*Seis horas da manhã e o médico já passou visita em duas enfermarias. Todas as mães e crianças estavam dormindo. Depois perguntei às mães o nome do médico e nenhuma delas soube responder.*

Nota de Observação n. 9 A

<sup>75</sup> BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. P. 46.

<sup>76</sup> A expressão "relação terapeuta-paciente" , utilizada a partir daqui, deve ser entendida como toda interação entre qualquer membro da equipe de saúde e o cliente e/ou sua família.

Aqui, o médico utiliza uma técnica ainda mais eficaz para evitar a comunicação com a clientela passando visita enquanto todos dormem. Isto pode ser explicado pelo fato do médico não desejar passar para o paciente o controle de suas ações<sup>77</sup>. A relação terapêutica é transformada em uma simples relação de autoridade e de poder. Daí a razão de não fornecer ou mesmo de esconder a finalidade de suas ações e de prescrições. Para Waitzkin, citado por Nunes<sup>78</sup>, a relação terapeuta-paciente também impõe uma relação de produção. Quer dizer: o relacionamento serve para reproduzir essas relações quando, por exemplo, o médico não compartilha a informação com o cliente. Também aparecem através do controle médico na determinação e legitimação do papel do doente, ou ainda pela objetivação do corpo. Impõe também, segundo o mesmo autor, relações de classe que aparecem, por exemplo, quando se assinala ao cliente a sua responsabilidade individual ou, então, individualizando os problemas sociais, mistificando as raízes políticas e econômicas.

*O médico comenta com a equipe; 'Essa criança é muito mal cuidada, é desnutrida por causa da mãe que é relaxada. A culpa é da mãe pois não existe criança desnutrida se a mãe cuidar.'*

Nota de Observação n. 9 F

Waitzkin afirma, ainda, que na relação terapeuta-paciente o papel da ciência é reforçado quando se controla a informação dada ao paciente e quando se utiliza o jargão técnico na interação.

*...a mãe chora. O médico chega, palpa, examina e diz: '-Hepatoesplenomegalia.'*  
*A mãe continua chorando...*

Nota de Observação n. 7 C-D

<sup>77</sup> BOLTANSKI. *Op. cit.*

<sup>78</sup> NUNES, Everardo Duarte. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. *Educ.Med.Salud.V.* 22, n. 2, 1988. P. 153-176.

Este relato ilustra, também, a afirmação de Faria<sup>79</sup>, de que a comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários não tem considerado os aspectos de relação, onde a família/mãe da criança é submetida à hegemonia do saber/poder dos profissionais, principalmente do médico. Todas as ações desenvolvidas têm como meta tratar corpos doentes. Aqui, a mãe chora e ninguém considera a sua emoção.

Vejamos outra observação:

*(...)Diante da situação pensei numa lição que aprendi: 'Quando mãe chora, corre porque é grave!' As pessoas apenas falavam que é assim mesmo, que não seria chorando que a criança iria melhorar, que ela deveria ser paciente e deixar fazer o que fosse necessário (...) A mãe continua chorando, agacha-se no chão e chora...*

Nota de Observação n. 7 D

Neste último relato aparece outra situação muito comum nas relações entre a equipe de saúde e a família da criança enferma. Guattari<sup>80</sup> a identifica pelo termo “infantilização” que consiste no afastamento do sujeito das coisas que só a ele diz respeito. Assim, os outros pensam, organizam, decidem e agem por ele. Na situação relatada, esse afastamento ficou muito evidente, a ponto do sujeito - nesse caso a mãe - agachar-se no chão e chorar, demonstrando a sua impotência e a entrega total à conduta médica, numa cena dramática onde a violência pela assimetria chega a um extremo inaceitável.

Os profissionais de saúde, em especial os médicos, são formados para diagnosticar/tratar e não se dão conta do espaço de intersubjetividade no qual atuam. Muitas vezes, por esse motivo, ignoram emoções, crenças, valores inerentes ao ser humano sob seus cuidados.<sup>81</sup> Os profissionais de

<sup>79</sup> FARIA, Eliana M. *Comunicação na saúde – fim da assimetria?* Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. X

P. 8

<sup>80</sup> GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1986. P. 42.

<sup>81</sup> FARIA. *Op. cit.* P. 14.

enfermagem, embora reconheçam a comunicação como um dos seus instrumentos básicos, também não têm conseguido utilizá-la de modo a superar o modelo determinante das práticas de saúde.

Nas instituições de saúde, em especial nos hospitais, a comunicação entre os profissionais e a família da criança é, quase sempre, monológica: apenas um fala (o profissional) e o outro ouve/acata ( a família/mãe/criança).

Faria<sup>82</sup> diz que

*... o problema parece ser a forma como se relacionam esses trabalhadores, geralmente absorvidos em tecnicismo, com uma linguagem incompreensível, com saberes não compartilhados, embebidos no poder que não reconhece o saber dos usuários, apoiados – os trabalhadores de saúde – por normas e regras estabelecidas na instituição.*

Discutindo a humanização das práticas médico-sanitárias, Schraiber e Mendes-Gonçalves <sup>83</sup> afirmam que, no momento mais clínico da prática, a relação entre cada profissional e cada usuário segue sendo uma relação interindividual. Entretanto, a necessidade de composição de ações especializadas e do rodízio das equipes de trabalho, tornam a organização contemporânea da assistência impeditiva para que as relações interpessoais se mantenham permanentes. Além disso, essa instabilidade é agravada pelo fato de que há uma tendência a rotinizar o trabalho. Há, também, a cobrança pela produtividade que leva ao enfraquecimento ainda maior da natureza pessoal da relação clínica. Devido à *fragmentação da assistência*, o *grande número de casos termina por levar a um certo mecanicismo do desempenho e ‘dissolver’ o paciente individual em um coletivo de ‘iguais’*. Não há interesse de que as subjetividades sejam colocadas e, por isso, não há “diálogo”. É estabelecido, enfim, uma forma de violência silenciosa.

<sup>82</sup> *Ibidem*, p. 14.

<sup>83</sup> SCHRAIBER, Lilia B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.) *Saúde do adulto - programas e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 38.

Os profissionais de saúde têm importante papel junto aos pacientes e familiares através da “arte da fala e da escuta” que a interação do cotidiano propicia. O dia-a-dia das relações dos profissionais de saúde com os pacientes é a matéria-prima para se desenvolver novas práticas. As diversas áreas do conhecimento humano (psicologia, antropologia, educação, sociologia) têm saberes acumulados que podem auxiliar a prática dos trabalhadores do hospital para a abordagem do ser humano de modo integral em sua dimensão biológica, sociocultural, psicológica e de cidadão com direitos<sup>84</sup>.

---

<sup>84</sup> ROLLO, Adail de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Agir em saúde – um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 321-352.

## **4. O ambiente e a organização do trabalho no hospital como geradores de violência.**

*“Criar uma estrutura física melhor não é tão complicado assim. Talvez o mais difícil seja mexer com a dinâmica das pessoas que trabalham no hospital. Cair paredes é fácil...”*

in Guattari <sup>85</sup>

Em uma primeira análise dos dados obtidos pelas observações, pensamos em discutir separadamente os temas ambiente e organização do processo de trabalho no hospital, pois pareciam-nos coisas completamente distintas. Entretanto, relendo e refletindo sobre os dados percebemos que estavam interligados e que discutí-los em separado iria prejudicar a oportunidade de analisar suas interrelações.

### **4.1 . O ambiente no hospital: o contexto da precariedade e da violência**

Foi muito grande o choque que tivemos durante as primeiras observações de campo, pois não esperava que o contexto, representado principalmente pelo ambiente e pela forma de atuação dos profissionais, fosse se apresentar de maneira tão dramática. Os dados dizem por si mesmos:

---

<sup>85</sup>Essa frase foi comentada durante uma discussão sobre o sistema psiquiátrico quando Guattari esteve no Brasil, citada in GUATTARI; ROLNIK. *Op. cit.*, P. 98



*Na enfermaria há quatro crianças internadas. Não há nenhum brinquedo ou motivo infantil. O ambiente é sem cor, paredes cinzas, escuro (as janelas foram pintadas de branco por dentro e por isso há pouca claridade). Som, somente os ruídos do trabalho (pessoas conversando, ar condicionado, portas abrindo e fechando, macãs). Uma menina de sete anos está deitada num berço com as pernas para fora ( não cabe no berço), o pai sentado ao lado, ambos ficam observando o gotejar do soro de outra criança. Essa outra tem em torno de dois anos de idade e está num berço de recém-nascido também com as pernas para fora, dormindo. Em uma cama grande há outra criança de mais ou menos dois anos dormindo sobre um lençol pequeno. Sua mãe dorme também ao seu lado, na mesma cama. Próximo à porta há outra criança com um escalpe heparinizado na mão, com feridas disseminadas pela face e tronco. Está acompanhado por uma senhora que aparenta ser a avó. Em uma das paredes da enfermaria há um armário de aço sem portas e sujo onde há uma garrafa de coca-cola com água e uma jarra com soro reidratante oral. Na prateleira de baixo há um balde, uma jarra e uma comadre. Na parede, ao lado, há um cartaz escrito: LAVE AS MÃOS. No armário observo três baratas andando. Durante quinze minutos de observação vi cinco baratas no ambiente.*

Nota de observação n. 3 A

Com esse primeiro relato queremos introduzir a discussão da estética do ambiente e o seu significado. Para nós, a “feiura” do ambiente é também uma violência e, talvez, a primeira pela qual a criança passa no processo de hospitalização.

O ambiente pode ser conceituado como *aquilo que cerca ou envolve os seres vivos e as coisas*<sup>86</sup>. Historicamente, o ambiente foi tomado pelo conhecimento em saúde, sendo que na antiguidade a medicina o considerava como determinante do processo de adoecimento. Ilustrando a discussão da causalidade, Barata<sup>87</sup> apresenta uma citação de Sydeham que demonstra uma formulação existente no século XVII:

<sup>86</sup> FERREIRA, Aurélio B. Holanda. **Mini Dicionário Aurélio**. 2.ed.Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p. 26.

<sup>87</sup> BARATA, Rita C. B. A historicidade do conceito de causa. In: **Textos de apoio epidemiológico**. PEC-ENSP-ABRASCO; 13-27,p.

*A peste é um complexo sintomático que a natureza usa para demonstrar a eliminação natural, pela qual um abscesso ou outra forma de erupção pode expelir do corpo aquelas partículas miasmáticas que nós adquirimos do ar que respiramos.*

Foi somente no final do século XVIII, após a Revolução Francesa que determinou a industrialização e a crescente urbanização dos países europeus, que apareceu a concepção de causação social. O ambiente, origem de todas as cusas de doença, deixou de ser natural para revestir-se do social.<sup>88</sup>

Na enfermagem, Florence Nightingale<sup>89</sup> foi a primeira a importar-se com o ambiente, sendo que este é o conceito básico mais característico dos seus trabalhos escritos. Ele é visto como *todas as condições e influências externas que interferem na vida e no desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou morte*. É compreensível que Nightingale centrasse suas atenções na melhora do ambiente, visto que o contexto de sua época e de suas atividades, como líder da enfermagem no início da década de 1850, foi um ambiente de guerra onde ela também testemunhou a sujeira, a peste e a morte. Para ela, a meta da enfermagem era auxiliar os pacientes para que mantivessem suas capacidades vitais, satisfazendo suas necessidades. Sua crença no ambiente é expressa quando ela se refere aos elementos ambientais que perturbam a saúde, tais como a sujeira, a umidade, a baixa temperatura, as correntes de ar, os maus cheiros e a escuridão.

Além de Nightingale, várias teóricas de enfermagem também tratam do ambiente em relação ao indivíduo doente. Citando algumas, vimos que Hall<sup>90</sup> pressupôs que o ambiente do hospital, durante o tratamento da doença aguda, cria uma experiência psicológica difícil para a pessoa doente. Já Roy<sup>91</sup> refere-se ao ambiente como a totalidade das condições em torno das pessoas ou grupos e que influenciam seu desenvolvimento e comportamento.

<sup>88</sup> *Ibidem*. P. 18.

<sup>89</sup> GEORGE, Júlia B. *Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 39.

<sup>90</sup> *Ibidem*, p. 84.

Outro exemplo é Newman<sup>92</sup> para quem o ambiente é composto por forças internas e externas que circundam as pessoas.

A forma como se estruturou a medicina ocidental - que vê apenas o corpo doente ou o órgão doente ou, ainda, simplesmente, a doença enquanto conjunto de alterações orgânicas e suas manifestações- talvez seja a primeira explicação para que o hospital se apresente como um local "feio". O que interessa a esse tipo de medicina é apenas a intervenção terapêutica sobre a doença que levou o indivíduo a hospitalizar-se. Não importa, nesse tipo de intervenção, que o indivíduo venha a apresentar repercussões de ordem psicológica ou mesmo social decorrentes da hospitalização. Considerando que a criança é um ser humano em fase de desenvolvimento, o hospital deveria prover um ambiente adequado às suas peculiaridades. Na situação relatada não existe um ambiente próprio a qualquer indivíduo, quanto menos à criança. Todo paciente tem o direito a um atendimento médico condigno, inclusive, em termos de ambiente. Este direito, tem sido discutido e está oficialmente estabelecido nos "Direitos do Paciente Hospitalizado"<sup>93</sup>.

Elsen e Patrício<sup>94</sup> afirmam que a forma como se apresenta o ambiente hospitalar denuncia o tipo de abordagem à criança hospitalizada. Para as autoras, todo hospital dispõe de uma abordagem que, mesmo não estando explicitada em seus regimentos e manuais, pode ser facilmente identificada na rotina diária. Elas classificam três formas de abordagem : (1) centrada na patologia da criança; (2) centrada na criança; (3) centrada na criança e sua família.

O ambiente do hospital pesquisado demonstra claramente que a abordagem de assistência é centrada na patologia da criança. Neste tipo de abordagem há ênfase na organização e funcionamento adequado e a área física é organizada de forma que comporte as necessidades dos

---

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 323.

<sup>92</sup> *Ibidem*, p. 322.

<sup>93</sup> GAUDERER, E. Christian - Os direitos do paciente. Um manual de sobrevivência. Rio de Janeiro: Record, 1991. P. 189 e 202.

profissionais. Na instituição em questão, as crianças são distribuídas em enfermarias de acordo com os médicos visitantes e, na medida do possível, o número de pacientes em cada enfermaria é igual para evitar que uns profissionais fiquem mais “sobrecarregados” que outros. Neste tipo de abordagem, ainda , a disciplina é rígida, o ambiente é pobre em caracterizações infantis e as normas e rotinas são generalizantes. Além disso, os brinquedos, quando existem, são insuficientes e inadequados ao estágio de desenvolvimento e ao estado clínico da criança.

*Na sala de recreação há uma voluntária. Ela diz que não tem formação especial para o trabalho e vem até três vezes por semana. A TV está ligada, ela olha para o aparelho enquanto faz um trabalho manual com lã. Na sala há duas crianças que estão sentadas sobre mesas (não há cadeiras) junto às mães. As mães também olham para a TV. Cada uma das crianças tem um brinquedo na mão mas não há um clima de estímulo à brincadeira. Converso com a voluntária que reclama que há pouco material para trabalhar.*

Nota de Observação n. 6 A/B

*Na unidade de isolamento não há qualquer caracterização infantil. Também não há recreação.*

Nota de Observação n. 12 A

A feiura do ambiente inclui também a falta de limpeza. A “sujeira” não interfere apenas na estética do ambiente, mas também no conforto dos indivíduos e representa um sério risco.

Em recente pesquisa, Lins<sup>95</sup> lembra que também cabe à enfermeira a responsabilidade pela segurança do ambiente. Afirma que o conhecimento quanto aos métodos pelos quais devem ser realizados os procedimentos de limpeza e desinfecção do ambiente no hospital, bem como a razão de sua realização, são de competência da enfermagem. Entretanto, é comum a

<sup>94</sup> ELSÉN, Ingrid; PATRÍCIO, Zuleica M. Assistência à criança hospitalizada; tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, Edilza Maria Ribeiro e col. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989. p. 169-179.

<sup>95</sup> LINS, Joceli F. A . B de Albuquerque. **Biossegurança e a equipe de enfermagem**. Florianópolis – Cuiabá: 1998. Dissertação(Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, 1998.p.146

equipe de enfermagem julgar constrangedor o ato de limpar. Além disso, a maioria das CCIHs<sup>96</sup>, cujo principal líder deve ser o enfermeiro, não são suficientemente atuantes. E alerta:

*... o que deve ser lembrado é que se os trabalhadores da enfermagem não forem capazes de manter as mínimas condições de higiene, (...) o risco de contaminação provocado por infecção cruzada pode ser relevante.*

A sujeira do ambiente contrasta com o aviso “LAVE AS MÃOS”. No contexto em que a ordem está expressa, o procedimento que, reconhecidamente, é o principal preventivo de infecção hospitalar apresenta-se banalizado. Outras observações ilustram essa discussão:

*Para abrir o portão que dá acesso ao hospital, a segurança utiliza um puxador feito com atadura ( que por sinal estava imundo!).*

Nota de observação n. 1 A

*Entrei no banheiro para ver as condições. Há um chuveiro velho, uma pia, um vaso. No chão, embaixo da pia, tem uma bacia com água suja e um rodo encostado na parede.*

Nota de observação n. 3 B

*Estourou o sifão da pia e o posto de enfermagem está todo molhado. O encanador está mexendo e por isso espalham-se ferramentas, água e sujeira pelo chão. Não tem como parar o atendimento e, nesse mesmo local as auxiliares estão preparando diluições e desprezam parte do volume do frasco de soro na pia comprometida.*

Nota de observação n. 26 A

*A criança quer ir ao banheiro e a mãe a acompanha. Está com soro. O Banheiro está todo molhado e sujo. A mãe empresta o chinelo para a criança entrar. A mãe fica na porta, segurando o soro. No chão há um tapete sujo e molhado. A mãe diz que está com nojo de entrar no banheiro.*

Nota de observação n. 19 D

<sup>96</sup> CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

*A criança está em um berço com um lençol sujo de fezes. Não há mais roupas na clínica para ser trocada. O berço está encostado na parede e vejo uma barata passando.*

Nota de observação n. B- C

Podemos dizer que é uma violência a exposição de seres humanos que estão em situação de fragilidade a condições tão impróprias. Observamos situações em que o próprio cuidado, feito de modo totalmente “descuidado”, além da péssima aparência, contradiz princípios de higiene e expõe a criança a sério risco de infecção:

*(...) a fixação da veia da criança impressiona: uma tala feita de papelão com fita crepe em um acesso venoso na dobra do braço. A fixação parece já velha (uma veia com alguns dias de infusão). O esparadrapo está todo sujo ( marrom). Próximo à fixação do abocath há resto de sangue em um esparadrapo velho. Perto da conexão do equipo, junto ao abocath, há um escalpe fincado na borrachinha por onde devem estar sendo infundidas as medicações(...)*

Nota de observação n. 7 C

As acomodações inadequadas e a falta de conforto à criança e família são aspectos relacionados ao ambiente que representam outra forma de violência. A permanência conjunta mãe-filho é um direito previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C. A.)<sup>97</sup>, mas muitas instituições ainda não prevêm um ambiente adequado para essa permanência:

*(...) Há poucos lençóis, algumas crianças dormem só com um pedaço de lençol no meio do berço. Uma mãe dorme no meio da enfermaria em um colchonete, sem lençol, muita sujeira no chão(...). Outras mães dormem sentadas em cadeiras debruçadas sobre o berço do filho, aparentemente muito cansadas. Algumas dormem dentro do berço(...).*

Nota de observação n. 9 A

<sup>97</sup> “Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. Art. 12 da Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. ( BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente .Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições técnicas, 1991. 116p.

*(...) O terraço/parque (neste local tem alguns balanços e outros brinquedos quebrados) serve também para secar as roupas que as mães lavam na pia. Os balanços são “varais” improvisados (...)*

Nota de observação n. 9 A

*(...) a criança fica deitada com a metade das pernas para fora do berço e sem lençol(...)*

Nota de observação n. 19 C

*(...) O setor de queimados localiza-se em um corredor fechado , escuro e quente (não há ar condicionado). Não há luz natural e nenhuma visão para o mundo exterior. As crianças e mães são restritas ao quarto, não há como sair(...).*

Nota de observação n. 24 A

*“(...) Perguntei à mãe se ela tinha dormido. Disse que dormiu sentada na cadeira porque tem algumas auxiliares de enfermagem que ‘esculhambam a gente’ (quando elas dormem no chão).*

Nota de observação n. 9 B

Na prática, o Estatuto da Criança e do Adolescente pouco interferiu na modificação das instalações físicas da instituição para acomodar o familiar, pois o que houve foi apenas uma improvisação no ambiente<sup>98</sup>. As mães dormem no chão ou em cadeiras desconfortáveis, não há infra-estrutura para comportar adequadamente a permanência conjunta mãe-filho.

Os trabalhadores são agentes dessa violência mas, também, são vítimas dela pois convivem no mesmo meio. Nem os espaços privativos dos trabalhadores são agradáveis:

*(...) A sala das enfermeiras é muito feia, abafada, suja, com odor forte e desagradável, móveis estragados, sofá rasgado e desconfortável ...*

Nota de observação n. 20 I

---

<sup>98</sup> Já existem trabalhos na área da enfermagem que discutem essa questão. Exemplo: SOUZA, Tânia V. de- **O familiar acompanhante nos bastidores da unidade de internação pediátrica**. Florianópolis: UFSC, 1998. (datilografado)

*Conversando com a assistente social no posto de enfermagem, vi uma barata no chão. Mostro a ela que me responde, ironicamente: ‘ – Ah, agora barata já é normal, já faz parte, convive normalmente com todos. Estamos acostumados.’*

Nota de observação n. 9 A

Durante o período que permanecemos no campo, inquietava-nos a convivência aparentemente normal dos indivíduos (trabalhadores e clientes) com a “feiura” do ambiente: sujeira, baratas, estrutura sem conservação, mal acomodações das crianças e das mães, falta de roupas e de material para higiene, banheiros sujos, desorganização, o cuidado feito de qualquer jeito, entre outros. Pensamos, muitas vezes, que aquilo ocorria por ser um serviço público que atende, predominantemente, pessoas pobres e que têm, por isso, um nível de exigência pequeno. Mas isso também não convenceu-nos.

Há um certo discurso ‘pseudo-humanitário’ entre os trabalhadores do hospital que reveste este ‘dar um jeito’ para atender com uma aparente sensibilidade e interesse pelo outro. Esse “dar um jeito” seria, assim, a própria expressão da consciência da necessidade. Entretanto, quando os arranjos precários se fixam em soluções permanentes, encerra-se qualquer possibilidade de idealização de uma assistência de qualidade e a violência da precariedade se afirma<sup>99</sup>.

Maffesoli<sup>100</sup> afirma que *as diversas modulações da aparência (...) formam um conjunto significativo, um conjunto que, enquanto tal, exprime bem uma dada sociedade*. Embora o autor tenha se expressado dessa forma ao discutir a estética ligada à arte, acho que também cabe em nossa reflexão. Se a considerarmos verdadeira, podemos dizer que todo esse contexto, apresentado de forma tão “decadente”, apenas exprime o caos de nossa sociedade: uma sociedade que não preza o público, não vê a saúde como um direito, que não elege o ser humano como prioridade e por isso, impõe processos completamente desumanizadores e violentos, tanto aos usuários como aos trabalhadores. É preciso, também, compreender as razões que

<sup>99</sup> RAMOS, Flávia R. S. Notas de aula, 1998.

<sup>100</sup> MAFFESOLI, Michel. *No fundo das aparências*. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 126.



levam os trabalhadores a se acostumarem com o feio, com o sujo e com o imoral e ver o que há por detrás desse “costume”.

Para que isso possa ser desvendado, creio que seja necessário, primeiramente, compreender o complexo cenário do hospital e a lógica do serviço público.

## **4.2. O hospital: a organização do trabalho no serviço público**

O trabalho em saúde é um trabalho de produção não material, que se completa no ato de sua realização. É um trabalho essencial para a vida humana e não tem como resultado um produto material. O produto está diretamente ligado ao processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade. O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças<sup>101</sup>.

Para Dejours<sup>102</sup>, a organização do trabalho

*... não é somente a divisão do trabalho no sentido da divisão de tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também, e sobretudo, a divisão dos homens para garantir essa divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.*

No hospital se conjugam diversas forças de trabalho no processo de tratar e de cuidar. Os diferentes segmentos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares, etc) agem em cooperação e interdependência, onde, teoricamente, a complementaridade deveria consolidar o processo terapêutico. Entretanto, na prática se verifica que as ações são compartimentalizadas e quase sempre sem integração. O trabalho é

---

<sup>101</sup> PIRES, Denise. *A estrutura objetiva do trabalho em saúde*. Florianópolis: UFSC, 1998. (datilografado)

*caracterizado pela divisão parcelar e pormenorizada do trabalho e com relações hierárquicas de comando, sendo que o trabalho parcelado ocorre mais nas atividades de apoio e nas áreas de atuação da enfermagem, fisioterapia, nutrição e farmácia. Além disso, o profissional de nível superior detém os conhecimentos, exerce o poder e delega tarefas aos trabalhadores de nível médio ou elementar.* <sup>103</sup>.

A história mostra, como já foi visto anteriormente, que essa divisão do trabalho se deu devido à transformação da prática e do saber médicos. Hoje, no hospital, as funções ditas mais intelectuais são, em sua maioria, de exercício exclusivo pelo médico (diagnóstico e prescrição, além de técnicas privilegiadas), mantendo-o como dominante e determinante do processo de trabalho. As funções relativamente mais manuais, associadas ao processo terapêutico e de infra-estrutura se transferiram para a enfermagem. Esta, por sua vez, passou por um processo de profissionalização sendo que, nos dias de hoje, o trabalho mais intelectual também é realizado pela enfermeira e o manual é executado por auxiliares de enfermagem<sup>104</sup>.

*Essa conformação do processo de trabalho determina e é determinada pela hierarquização das atividades, pela fragmentação do cuidado e pelo parcelamento das ações. Além desta dinâmica – divisão técnica do trabalho – também está presente a divisão social do trabalho, pois as relações que se estabelecem são de domínio e de subordinação, pois deter as funções mais intelectuais viabiliza controle e poder sobre o processo.* <sup>105</sup>

Essa forma de organização do trabalho no hospital – permeada por hierarquias, rotinas, carga horária de trabalho, etc - impõe, principalmente

---

<sup>102</sup> DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992, p. 10.

<sup>103</sup> PIRES, *Op. cit.*

<sup>104</sup> Foucault utiliza o termo “suboficialato” para designar os trabalhadores auxiliares ao novo trabalho.

<sup>105</sup> Reflexão de Lima, baseada em Gonçalves. In: LIMA, Regina A. G. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral**. Tese (doutorado) Curso de pós-graduação em Saúde Pública, EERP-USP, Ribeirão Preto, 1996.

Para aprofundamento ver: GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec, 1994. 278p.

aos trabalhadores mais “manuais”, condições que inibem a capacidade de reflexão sobre o seu fazer e viver. Leva-os a aceitar sem criticar tudo o que lhes é imposto e faz crescer a sua docilidade e utilidade.

O fazer dos trabalhadores de saúde, principalmente da enfermagem, neste modelo, é justaposto e não interativo. Os profissionais desconhecem *a teia de poder que permeia todas as dimensões da suas práticas o que interfere no seu planeamento e na qualidade da assistência prestada* (Polak <sup>106</sup>).

Apesar do controle médico sobre as demais profissões (historicamente explicado, como já dissemos) ter se relativizado neste século com o surgimento de organizações profissionais independentes, os médicos continuam com o poder legal de exercer qualquer ramo da atividade assistencial em saúde. O mesmo não ocorre com os demais profissionais de saúde, que são impedidos de exercer atividades privativas dos médicos. Segundo Pires<sup>107</sup>,

*...os conhecimentos em saúde têm um detalhamento técnico que é de difícil acesso a toda a população e a sociedade não dispõe de mecanismos de controle sobre o funcionamento das instituições assistenciais. Essas instituições se organizam sob regras rígidas que auxiliam no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo que propiciam a defesa dos interesses corporativos em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial.*

A mesma autora afirma que, na área da saúde, a satisfação das necessidades da clientela não está presente do planeamento da maioria dos serviços, apesar de fazer parte do discurso dos profissionais e dirigentes.

Paralelamente à forma de organização e de divisão do trabalho no hospital, o serviço público de saúde, atualmente influenciado pela ideologia neoliberal, apresenta falhas estruturais que repercutem tanto em redução da

<sup>106</sup> POLAK, Imiracy N. S. A concepção de corpo no mundo da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 4-9, jan./jun. 1996.

<sup>107</sup> PIRES, Denise. *A estrutura objetiva do trabalho em saúde*. Florianópolis: UFSC, 1998. (datilografado)

qualidade da assistência oferecida à população, quanto em condições impróprias de trabalho ao servidor público.

Parece haver, no serviço público de saúde, uma conjunção de fatores que explicam as diversas situações constatadas nesta pesquisa. Podemos enumerar estes fatores: (1) “des”-organização<sup>108</sup> do trabalho, aliado à falta de empenho dos trabalhadores e à falta de cobrança a esses trabalhadores; (2) indefinição de papéis entre os profissionais; (3) desmotivação dos trabalhadores ( falta de percepção, o trabalho como simples fazer desprovido de finalidades); (4) falta de estrutura e descaso no atendimento ao público ( desrespeito à necessidade do outro como se fosse um respeito a si) e (5) corporativismo e interesses privados.

Sobre a **“des”- organização do trabalho** (1), alguns relatos ilustram muito bem:

*(...) Têm crianças que ficam três-quatro dias sem prescrição médica e a gente tem que ficar correndo atrás do médico prá prescrever, prá avaliar a criança. Às vezes eles falam assim: ‘- eu vou repetir a prescrição.’ Eu digo: ‘- Não, eu quero que você avalie a criança, ver se ela melhorou, piorou.’ É um grande problema. Neste carnaval teve criança que ficou três dias sem prescrição porque os especialistas não passaram. (...) Aí você tem que correr (...) tem que se virar. Aí encaminham o problema e ninguém resolve, e fica, e ninguém resolve! ...*

Enfermeira A (Nota de entrevista n. 20 E)

*O cirurgião pega o prontuário, lê rapidamente e vai até a criança para avaliar. A criança e a mãe estavam dormindo e, por isso, ele volta ao posto de enfermagem e diz à auxiliar que amanhã volta para avaliar e tirar o curativo. A criança ficou sem prescrição nesse dia.*

Nota de observação n. 19 B

*A gente vê criança que fica até 48 horas sem atendimento, necessitando de avaliação de especialidade ou de transferência (...) Às vezes eu não aguento e vou atrás do Serviço Social (...), mas ninguém cobra.*

Enfermeira B ( Nota de entrevista n. 22)

<sup>108</sup> “Des”- organização no sentido de que há uma certa organização, porém não adequada.

A atuação dos profissionais (como dos médicos especialistas citados acima) não é submetida a qualquer tipo de controle ou de cobrança. Geralmente a enfermeira assume a responsabilidade de “correr” atrás para que a criança seja, pelo menos, avaliada. Na enfermaria há os médicos “visitantes” que passam pela manhã e prescrevem os pacientes clínicos<sup>109</sup> (no máximo cinco crianças para cada médico). O contrato de trabalho desses médicos é de quatro horas diárias. É comum, entretanto, que em uma hora, no máximo, todas as crianças sejam prescritas e os mesmos se ausentam do hospital. Também não há cobrança para o cumprimento da carga horária de trabalho. As crianças, cujos casos são cirúrgicos ou de especialidades (ortopedia, cirurgia plástica, neurologia) podem até ficar sem avaliação se a enfermeira não “cobrar”. Com isso, muitas vezes, a enfermeira utiliza todo o seu tempo “correndo atrás” dos médicos, sendo que o trabalho que lhe é próprio não é executado.

**A indefinição de papéis** (2) não é uma ocorrência exclusiva da enfermeira, embora tenha sido melhor observada neste caso. Outros trabalhos também relatam esta situação. Pitta<sup>110</sup> diz que

*...neste edifício de despersonalização em que se transformou o hospital moderno, cabe aos enfermeiros, expostos e mobilizados por sentimentos fortes e contraditórios, uma face humanizada na rotina dos serviços, que, por não serem suficientemente conhecidos e discutidos com os mesmos, se tornam um grupo de trabalhadores particularmente vulnerável a trocar de papéis (...), desenvolvendo formações reativas e muitas das vezes fugindo para funções administrativas e burocráticas, aparentemente mais fáceis.*

Sichóski et al<sup>111</sup> demonstraram que existem vários fatores que levam a enfermeira a distanciar-se do cuidado à criança hospitalizada e utilizam a

<sup>109</sup> Neste caso são os pacientes não cirúrgicos e de especialidades médicas.

<sup>110</sup> PITTA, Ana Maria F. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível.** Documento preparado para a representação do Brasil na OPS/OMS (datilografado) s/d. p. 11.

<sup>111</sup> SICHÓSKI, Demétrio et alli. **Ter que dar conta de tudo : fatores que levam o enfermeiro pediatra a afastar-se do cuidado.** Cuiabá: UFMT, 1995. Monografia (Especialização em Enfermagem Pediátrica) -

expressão “ter que dar conta de tudo” para resumí-los. Muitas observações confirmam essa situação:

*Se ela ( a enfermeira) quiser, se ela correr, ela resolve. Se a enfermeira priorizar o atendimento da criança ela consegue resolver. A assistência à criança depende muito da enfermeira da clínica, para encaminhar as coisas, pareceres, exames, avaliações, transferências.*

Enfermeira A – Nota de entrevista n. 19 F

*A gente tem que ir atrás do médico, conversar com ele e convencê-lo prá ele ir avaliar a criança (...) A gente tem que estar sempre correndo, então fica de lado a assistência de enfermagem, a função própria da enfermagem.*

Enfermeira A ( Nota de entrevista n. 20 C)

Mesmo consciente de que não é o seu papel, ela opta por assumir outras atribuições para garantir o atendimento à criança. Ela acaba priorizando os encaminhamentos que, devido à desorganização do serviço, não são assumidos por ninguém. Além disso, ela tem consciência de que as funções que lhe são próprias ficam comprometidas, mas faz isso pelo “bem do paciente” ou seja, como forma de “tomar partido” dele. Baseada em Collière, Moraes<sup>112</sup> analisa que esse comportamento explica-se quando retomamos a origem histórica da enfermagem que obrigou a enfermeira a adaptar-se ao modelo religioso vocacional . Nesse modelo, servir tornou-se a missão e a base da prática da enfermagem. Ela deveria servir os doentes, objeto da finalidade dos cuidados e, em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata e os seus representantes.

---

Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica Clínica e Cirúrgica, Universidade Federal de Mato Grosso, 1995.

<sup>112</sup> MORAES, Maria Auxiliadora Maciel. **O legado histórico das mulheres provedoras de cuidado**. São Paulo: UNIFESP, 1998. 193p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 1998.

Fabro<sup>113</sup> relaciona esse comportamento como uma “crise de identidade” das enfermeiras e o atribui ao reflexo da própria indefinição de seu espaço (entendido como lugar de inserção ou ação social da enfermeira). A sensação da enfermeira não ter uma definição sobre o seu papel decorre, por um lado, da percepção de estar inserida em uma instituição que a obriga a ser multifuncional exercendo várias funções simultaneamente, o que lhe imprime a identidade pressuposta de enfermeira “toca-serviço”, “quebragalho” ou “responsável por tudo”.

*Eu acho que ('correr atrás') acaba sendo função da enfermeira na medida em que a nossa função é, eu digo assim, sarar / cuidar da criança. Então se eu posso fazer isso para a melhora do paciente, prá criança ser atendida, eu faço. Só que fica falho por isso (por não estar no cuidado direto)... Você tem que tomar partido da criança. Se você esperar os outros fazerem, não fazem.*

Enfermeira A ( Nota de entrevista n. 20 D – E)

Essa fala traz também uma expressão de compaixão que, para Caponi<sup>114</sup> tem um sentido negativo quando ela é elevada ao nível de uma categoria moral ou social. A autora diz que o problema é *quando acreditamos que a mesma é capaz e eficiente a ponto de nos construir como agentes morais ou quando pretendemos fundamentar nela uma ordem social mais justa*. Mas, como mostra Ramos<sup>115</sup> *a compaixão é um forte componente emocional do trabalhador de saúde, independente de qualquer juízo parcial que seja feito tais como: amor próprio, estratégia para suportar a tragédia humana estampada no outro ou como expressão de fraternidade e solidariedade*.

<sup>113</sup> FABRO, Marcia Regina Cangiani. **O processo de formação da identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar**. Campinas: UNICAMP, 1996. 310p. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Campinas, 1996.

<sup>114</sup> CAPONI, Sandra N. C. **Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica**. Florianópolis: UFSC, 1997. p.7 (datilografado)

<sup>115</sup> RAMOS, Flávia R. S.. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: Ed. Univers./ UFPEL, 1996.p. 91.

A indefinição de papéis também ocorre entre outros profissionais. Em entrevista com um profissional de psicologia, este diz que o seu trabalho é basicamente de orientação. Orienta sobre o que representa a hospitalização para a criança, a importância da afetividade e da atenção que os pais devem ter com a criança nessa fase. Diz também que orienta os pais para exigirem que as pessoas se identifiquem ( médicos, pessoal de enfermagem), que solicitem ao médico explicações sobre o que está acontecendo com a criança. Ele tenta, pelo que entendi, orientar os pais a cobrarem uma assistência adequada. Entretanto, não é difícil imaginar que a família, nesse momento de fragilidade, não tem condições de despende mais energia para cobrar aquilo que lhe é de direito.

Este mesmo profissional também criticou a atuação dos médicos. Comentou que, há alguns anos atrás, houve uma experiência de se promover reuniões periódicas com a equipe ( psicólogo, assistente social, nutricionista e enfermeiro). Disse que nunca conseguiram a participação do médico e atribui grande parte dos problemas da assistência à criança hospitalizada à forma de atuação médica. Acha os médicos visitantes muito descomprometidos, dizendo que deveriam cumprir a carga horária a que são pagos e não apenas passar visita em quinze minutos. Questionado sobre o seu poder para modificar a realidade, disse que não costuma denunciar ou fazer qualquer pressão de forma direta pois tem medo de “ se queimar”. Prefere atuar de forma indireta, tentando orientar os pais e não se expondo. Não disse a que não quer se expor, mas ficou subentendido que é à classe médica. Podemos dizer que essa é a violência do silêncio. Ele diz:

*Você sabe, por mais que a gente tente estar lado a lado deles ( dos médicos), eles sempre estão num patamar além do nosso.*

Um profissional da área de psicologia (Nota de entrevista n. 15 A)

Isto pode ser visto como um exemplo representativo da situação de muitos trabalhadores, a imobilidade reativa a que estão sujeitos, não



levando o profissional à mudança ou a provocar qualquer alteração no que está posto. E isso não deixa de ser uma resposta violenta à própria violência que ele também sofre.

Para Lopes<sup>116</sup>

*essa espécie de aceitação do poder sem resistência, do poder normal de uma autoridade (no caso a autoridade da medicina), se nos referimos ao pensamento de M. Weber, 'é fundada nas regras de uma tradição' por exemplo. A historicidade dos personagens (médicos e outros profissionais) se modela em um poder natural. Como o poder médico se organiza em torno do saber legítimo e, fundamentalmente, na sua dimensão hospitalar, é nesse meio que podemos observar uma situação de dominação que integra classe, legitimando a hierarquia das práticas de uns e outros nesse meio.*

Isso se confirma quando esse trabalhador expressa sua insatisfação no desempenho do seu papel profissional, pois sofre limitações e pressões frente à estrutura e ao grande poder que o médico tem, visto que a instituição é organizada para manter a hegemonia da categoria.

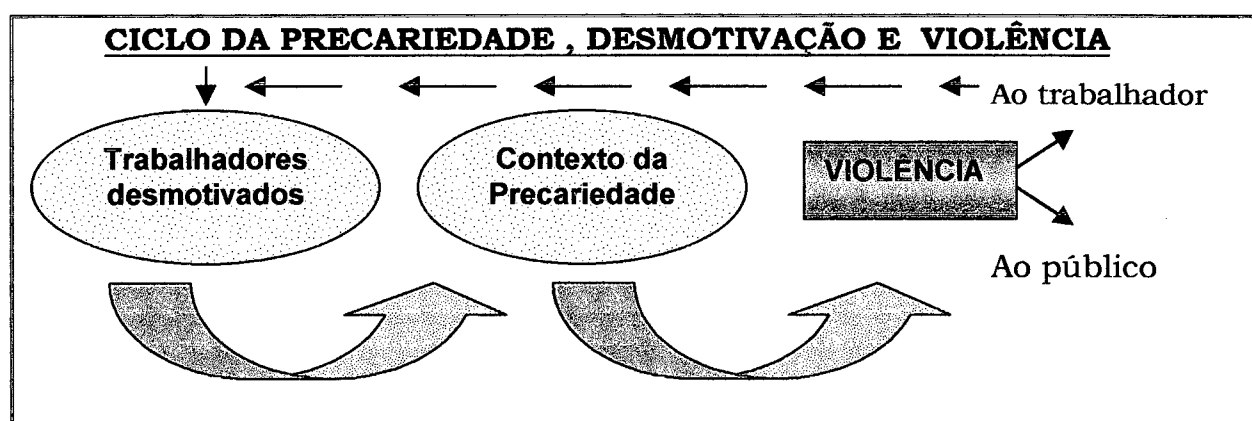
Durante a entrevista este mesmo profissional manteve no semblante uma expressão de seriedade e de tensão, como se estivesse muito descontente com a situação e insatisfeito com o seu agir profissional. Disse que costumam escrever no prontuário para registrar o seu trabalho e expressou seu desânimo pelas inúmeras vezes que faz anotações mas percebe que, no dia seguinte, ninguém tomou conhecimento de suas informações.

Neste caso parece haver uma dupla violência: violência à criança e família por um lado e ao trabalhador de outro, uma vez que o trabalho se mostra como simples "fazer" desprovido de finalidades e de efetividade. Por isso, entre outros motivos, ocorre a **desmotivação do trabalhador** (3).

*Percebo as assistentes sociais desmotivadas, cansadas e desanimadas com o sistema. Vejo que muitas vezes são rudes no trato às pessoas. Sua sala é refrigerada, tem a porta fechada e uma janela de vidro por onde se comunicam com o público. As informações são fornecidas com pressa e de qualquer jeito.*

Nota de observação n. 23 B

Os elementos aqui analisados parecem coexistir como numa relação de interdependência, compondo um ciclo difícil de ser rompido, como pode ser esquematizado:



A forma como o contexto<sup>117</sup> está estruturado produz trabalhadores desmotivados os quais, por sua vez, também retroalimentam esse contexto tornando-o ainda mais precário. Os trabalhadores desmotivados – que não recebem investimentos para o seu aprimoramento nem são avaliados ou cobrados no seu fazer – são agentes potenciais de violência ao público. São, por isso, muitas vezes rudes no trato ao público e desenvolvem o seu trabalho de maneira grosseira, mecânica e impessoal. Como já foi dito, esses trabalhadores também são vítimas de violência devido a todo o contexto de organização do trabalho na instituição. Já o público, fragilizado pela doença e por tudo o que ela representa, não reage da mesma forma, exceto em raras situações. Cria-se, então, um ciclo vicioso em torno da violência, que aqui

<sup>116</sup> LOPES, Marta Júlia M. O sexo no hospital. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (orgs) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996. p. 104.

<sup>117</sup> Contexto no qual se inserem os serviços e políticas públicas

denominamos “Ciclo da precariedade, desmotivação e violência” . Vejamos algumas observações:

*A médica visitante passa visita a cinco crianças em cinco minutos. Retorna ao posto de enfermagem e, ironicamente, pergunta às auxiliares: ‘- Tem chefe aqui ainda?’ , referindo-se à enfermeira chefe.*

Nota de observação n. 9 F

*A mãe chega ao posto de enfermagem e diz à auxiliar que parou de pingar o soro da criança e pede para ela ir ver. A auxiliar não vai, permanece no posto conversando. À essa altura a veia já obstruiu.*

Nota de observação n. 9 C/D

*Tenho a impressão que as pessoas estão muito desestimuladas, que as coisas foram sendo largadas, largadas e chegou a um ponto que as pessoas estão sem ânimo para retomar qualquer qualidade de assistência. Tudo é “avacalhado”, ninguém leva a sério a criança e a família que estão ali. Dá a impressão que todos se conformam e aceitam que a assistência para o pobre não precisa ser de qualidade, que qualquer coisa serve.*

Nota pessoal n. 9 F/G

Campos<sup>118</sup> diz que os trabalhadores da área pública estão frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo. Percebe, da mesma forma como se mostram os dados desta pesquisa, que há uma marcada e especial alienação destes profissionais em relação ao seu objeto de trabalho (ligação débil com a doença ou a saúde do outro), ou seus meios de trabalho (uma separação progressiva entre os que executam ações e os que dirigem as instituições) e também em relação à equipe de saúde (há trabalho em grupo mas não há identidade do trabalhador coletivo). O autor afirma acreditar na existência de bases concretas para a construção de um projeto sanitário que aponte para a superação desse quadro e atenda os interesses dos usuários do sistema. A solução seria criar um modo de socialização capaz de compatibilizar o

<sup>118</sup> CAMPOS, Gastão W. de Souza. Sobre la reforma de los modelos de atencion: um modo mutante de fazer saúde. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.) . **Política de saúde: o público e o privado** . Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. P. 308.

interesse individual com uma certa dose de seguridade, mas superando os aspectos exclusivistas dos trabalhadores, partindo da forte idéia de que “o outro” das relações individuais ou sociais é sempre um sujeito também desejante, também portador de uma certa legitimidade ou de uma possibilidade de legitimidade, desde que alteradas determinadas relações de poder pessoal, institucional, político ou econômico.<sup>119</sup>

Quando as pessoas “tocam” seu cotidiano despreocupadamente com o seu “ao redor” (como a assistente social que já percebe o convívio com as baratas como normal!) estamos diante de uma questão essencialmente ética, apesar de não ser percebida por elas como tal. E sobre a ética no cotidiano do trabalho, aproprio-me das reflexões de Ramos e Martins<sup>120</sup> afirmando que

*a ética tem sofrido uma violenta redução, como se restringisse a sistemas normativos aplicados às profissões, ocultando-se o seu maior sentido: a reflexão sobre o próprio estar e agir do homem no mundo. Se até mesmo as “grandes questões” éticas vão sendo arquivadas num espaço paralelo, que dirá questões às vezes invisíveis.*

Esse convívio normal com a precariedade não me parece invisível, mas nem sempre é enxergado pelos trabalhadores.

Para Foucault, citado por Schmidt<sup>121</sup>, a ética deve ser entendida como a “estética da existência” ou seja: a ética é inseparável da forma que o indivíduo se dá, das escolhas que faz para não ser submisso a tudo que se apresenta. E para se fazer uma boa escolha, precisa-se de sensibilidade e de inteligência. Precisa-se, enfim, pensar.

Arendt, citada por Lunardi<sup>122</sup> questiona: *será que nossa capacidade de julgar, de distinguir o certo do errado, o belo do feio, depende de nossa capacidade de pensar?* A impressão que tenho é que a forma como se organiza o trabalho, o modo como os profissionais têm implementado o seu

<sup>119</sup> *Ibidem*, p. 310.

<sup>120</sup> RAMOS, Flávia R.S.; MARTINS, Cleuza R. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.4, n. 2, p. 60-72, jul/dez. 1995.

<sup>121</sup> SCHMIDT, Wilhem. Foucault, Michel: da ética como estética da existência. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 93-102, jul/dez. 1995

fazer, os leva a agir como se estivessem indiferentes ao que, aparentemente, não lhes diz respeito diretamente. O problema da sujeira, dos insetos, enfim, da precariedade do contexto, diz respeito a outras instâncias, a outras pessoas e, portanto, não há muito o que se fazer, quanto menos se “pre-ocupar” com o problema. É certo que o hospital possui uma inacessível e interminável seqüência de “instâncias” que, no contexto organizacional (ou “des-organizacional”), acabam levando à situação de ninguém assumir para si a responsabilidade por “ocupar-se” de problemas que dizem respeito a toda instituição ou afetam a todos<sup>123</sup>.

Baseada nestas questões, aceitamos a hipótese de Arendt de que esse descompromisso (ou talvez esse adormecimento) seja fruto do “não pensamento” ou do “agir mecanicamente”. Sob a regra e a técnica rotinizada e desprovida de sentido, prescinde-se de escolha e de responsabilidade.

*o não pensamento, o agir mecanicamente, (...) pode levar os indivíduos a acostumarem-se a não decidir por si próprios, a acatar regras e códigos que lhe são apresentados, muitas vezes, independentes dos seus conteúdos, num aparente adormecimento da capacidade de pensar, refletir, divergir e resistir. No entanto, se a capacidade do homem de discernir entre o certo e o errado realmente depende da capacidade do homem pensar, refletir, filosofar, então cabe-lhe exigir de si mesmo, assim como dos outros, simples ou intelectuais, o exercício do pensamento.*<sup>124</sup>

<sup>122</sup> LUNARDI, Valéria Lerch. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 73-92, jul/dez 1995. P. 87

<sup>123</sup>“ Dentre as restrições que o trabalhador enfrenta e relaciona com uma gênese institucional, (...) algumas são identificadas com uma forma de organização do trabalho no interior de uma entidade político - administrativa (...) (burocratização dos serviços, restrições ao poder de decisão pessoal, desvalorização de funções, entre outras) . (...) Mas o discurso da impossibilidade (...) se expõe também quando se associa à própria imagem que o sujeito elabora de sua profissão (profissão enquanto campo definido e instituído de saber e prática e também como corporação/categoria)”. In: RAMOS, Flávia Regina S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde.** Pelotas: Ed. Univers./ UFPEL, 1996. p. 79-81.

<sup>124</sup>LUNARDI, Valéria Lerch. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 73-92, jul/dez 1995, p 88.

A ética, como uma “estética da existência” implica em uma sensibilidade política a tudo o que é inaceitável e requer uma capacidade de julgamento apoiada na sensibilidade. Além disso (e o mais importante!), as escolhas devem ser resultados das relações com o outro, devendo ser corrigidas pela “razão do outro”.

*... apesar de tudo, eu acho que a assistência é boa. Tá certo que tem suas falhas. Todo hospital tem falhas. Aqui não é diferente. Mas se o meu sobrinho precisasse de atendimento eu não o traria aqui, (pausa) por causa da infecção hospitalar, pelos insetos, pelas baratas. É demais! Todo lugar que você olha tem barata (...) Não é só problema de dedetização, é de limpeza mesmo (...) Não há CCIH (...) Eu acho que o hospital é sinônimo de limpeza e aqui é o contrário (...) Apesar de que aqui a demanda é muito grande, então às vezes fica difícil manter a limpeza. Às vezes não tem onde colocar a criança e não pode deixar de atender...*

Enfermeira A

A fala anterior corresponde à resposta de uma enfermeira, ao ser questionada sobre como reagiria se alguma criança, próxima afetivamente a ela, precisasse ser hospitalizada naquele serviço. A enfermeira entrou em pânico ao imaginar a situação e foi categórica ao afirmar que não a levaria para o seu serviço. Vê a falta de limpeza como um grande problema mas não reage no seu cotidiano para que isso não ocorra. A fala é cheia de ambivalências, o que demonstra o sério conflito em que tais trabalhadores se encontram. Ao mesmo tempo que diz que a assistência é boa, também fala que não confia nela pela infecção hospitalar. Às vezes demonstra uma certa ‘ vaidade ’ enquanto trabalhadora daquele serviço, relativizando os problemas e procurando justificativas para eles. Mas também mostra repulsa ao serviço quando se vê enquanto suposta usuária.

Apropriamo-nos aqui de algumas reflexões de Ramos<sup>125</sup> sobre a imagem que os trabalhadores da saúde fazem de si, do outro e da instituição. Discutindo a auto-identificação do trabalhador de saúde, a autora afirma que a imagem que estes têm de si manifesta-se de modo duplo: há situações em que o trabalhador se identifica com o seu trabalho (identificação) e se reconhece no seu trabalho e há situações em que o trabalhador se identifica em oposição ao seu trabalho (negação) e se reconhece fora do seu trabalho. Afirma também que, ao falar dos limites do trabalho sobre si o trabalhador estabelece, *mesmo que despropositalmente, os vínculos entre a imagem do outro e a imagem do institucional. (...) Este 'outro que me limita' pode ser o outro trabalhador ou paciente/cliente. A instituição é o contexto no qual se desenvolvem as relações e o trabalho. E o sujeito parece olhar para esse 'outro' com o filtro do olhar que lança sobre si mesmo.* A autora acrescenta dizendo:

*Mas se esse outro não lhe é tão estranho (...) uma margem segura de aceitação precisa ser preservada para lhe garantir a sobrevivência; ou a sobrevivência de uma imagem necessária. A destruição 'imaginária' da instituição e do outro seria como destruição de uma parte de si mesma.*

Daí a explicação para a aceitação parcial que a enfermeira expressa.

**A falta de estrutura e o descaso no atendimento ao usuário** (4), assim como na maioria dos serviços públicos, foi um dos aspectos que apareceram com destaque em algumas observações dramáticas. Relatamos apenas uma delas, a que consideramos mais rica e significativa:

---

<sup>125</sup> RAMOS, Flávia R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde.** Pelotas: Ed. Univers./ UFPEL, 1996.

*Chego à clínica e pergunto sobre a criança que tinha visto no dia anterior. Vou até a enfermaria e encontro a criança com hidratação venosa no membro superior esquerdo, toda infiltrada, muito edemaciada, todos os membros edemaciados, com sonda nasogástrica aberta, com catéter de oxigênio nasal, com a cabeceira elevada mas com a cabeça semifletida, com coletor de diurese (a equipe informou que a criança não urina há mais de sete horas). A criança tem um olhar desesperado, parece pedir ajuda, um olhar vivo, olha para tudo em volta dela, para o movimento. E é um bebê! A mãe chora sem parar. O soro está em uma veia que também está infiltrando, com equipo de gotas e não de microgotas (é uma criança pequena para gotas!), sem controle, sem escala, sem identificação de horário ou tempo de infusão. O balanço hídrico está furado. Não havia ninguém cuidando da criança naquele momento. O que mais me impressiona é a tranqüilidade de toda equipe, cada um fazendo o seu trabalho (executando as prescrições médicas!), como se não tivessem nenhuma preocupação com a gravidade daquela criança que está lá, distante na enfermaria, gravíssima. (...) Peguei a papeleta para ler. Nela diz que a criança foi avaliada pelo médico e foi solicitado transferência para UTI (como se a responsabilidade da equipe se encerrasse ali, ou seja, a criança precisa de UTI e, enquanto não tem, continua ali sendo assistida do jeito que dá. Aliás, muito mal assistida. (...) Sugeri à enfermeira que poderia tentar transferi-la para a UTI do serviço onde trabalho. A mesma acata minha sugestão. Mas, não há telefone na clínica e precisei usar um telefone público para ligar. Não consegui vaga. A essas alturas, chegaram dois pediatras que a enfermeira chamou após minha intervenção. Como não vêem alternativa para transferência, começam a agir dentro das condições que o local oferece(...)*

Nota de observação n. 8

No dia que presenciei a situação relatada acima, saí do campo com a certeza de que aquela criança não resistiria. Não por eu acreditar que seu quadro fosse irreversível, mas porque a situação que estava ali posta dificilmente culminaria em outro destino. Havia, entre as pessoas, um clima que transparecia indiferença e conformismo frente à possibilidade da morte.



*Uma outra enfermeira mostrou-se muito conformada. Disse-me : ‘- Se você conseguisse a vaga seria ótimo, porque a gente vê que é uma criança que, se for bem atendida, tem chance de sobreviver.*

Nota de observação n. 8 G

Infelizmente, em nosso meio, muitos casos como esse têm como desfecho final a morte. Com frequência, também, a causa mortis registrada nos atestados de óbito são coisas vagas e subjetivas como, por exemplo, “insuficiência respiratória”. Entretanto, as causas reais – mesmo as fisiológicas - são omitidas. Digo causas “fisiológicas” por elas poderem ser comprovadas e mensuradas pelos dados obtidos no prontuário do paciente. Mas, se houvessem outros critérios (talvez qualitativos), poder-se-ia constatar muitas mortes por “causas externas”, pois considera-se nessa classificação as diversas formas de violência (e a negligência e a iatrogenia são formas de violência). Inúmeras crianças brasileiras são vítimas dessa violência e de outra ainda mais cruel: a violência da exclusão. Este é um fenômeno que sinaliza o destino de parcelas majoritárias da população mundial devido às restrições impostas pelas transformações do mundo do trabalho e também por situações decorrentes de modelos e estruturas econômicas que geram desigualdades absurdas<sup>126</sup>. A exclusão, segundo Sposati apud Wanderley<sup>127</sup>, significa a impossibilidade de poder partilhar, levando à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão de um conjunto significativo da população. Esse processo ocorre, inclusive, com violência. Embora atinja pessoas, a exclusão não é um processo individual, mas coletivo. Ela inclui a pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade e não representação pública. É, portanto, exclusão social e não pessoal.

---

<sup>126</sup> WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. *Serviço social e sociedade*. São Paulo: Cortez, N.55, nov., 1997

<sup>127</sup> *Ibidem*, p. 78.

Adorno<sup>128</sup> diz:

*vivemos em uma sociedade que empurra crianças contra a vida e lhes comprime o espaço de infância digna, levando-se à construção de trajetórias que vingam o destino que se lhes impõe.*

A reação das pessoas frente a casos como esse assemelha-se ao que Alajmo<sup>129</sup> analisou sobre a forma como os canais tradicionais da linguagem e da informação vêm e mostram a criança pobre brasileira : entre o “compadecimento” e a “culpabilização”. Compadecimento (na morte), onde substancia-se uma espécie de predestinação ou fatalismo intelectualmente culpável. Culpabilização (em vida), sendo a vida prática de sobrevivência que escapa a regras e ao normal. O autor diz:

*É, esta, a culpabilização do diferente; a culpabilização do pobre e da pobreza. Desautoriza-se com ela o princípio da responsabilidade e a norma lógica da causalidade. A responsabilidade (...) - estritamente individual - é arbitrariamente coletivizada, adquirindo hereditariedade e persistência. A culpa já não é mais consequência de atos, mas de situações.*

Para completar a discussão, cabe também considerar o **corporativismo e os interesses privados** (5) como elementos presentes no contexto da violência constatada nessa investigação.

*O exercício da cidadania e do direito se confrontam, na prática do dia a dia, com o exercício do poder do mais forte sem o controle do direito, pela ação de grupos que só buscam levar vantagens no seu interesse privado.*<sup>130</sup>

<sup>128</sup> ADORNO, Sérgio. A experiência precoce da punição. In: MARTINS, José de Souza (coord.) **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 183.

<sup>129</sup> ALAJMO, Marco. Des-informação e criança brasileira. In: RIZZINI, Irene (org.) **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Ed. Santa Úrsula, 1996. p. 78.

<sup>130</sup> FALEIROS, Vicente de Paula. Violência e barbárie: o extermínio de crianças e adolescentes no Brasil. In: RIZZINI, Irene (org.) **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Ed. Santa Úrsula, 1993. P. 175

Durante a observação no campo, ficou evidente o corporativismo, principalmente relacionado à categoria médica. Aqui entendo corporativismo como a cooperação mútua na categoria profissional<sup>131</sup>. O não cumprimento da carga horária pelos médicos, por exemplo, é do conhecimento de todos mas nunca houve intervenção da diretoria do hospital ( que também é ocupada por um profissional médico). As falhas profissionais são “encobertas”, mas com maior facilidade se tratam-se de falhas médicas.

*(...) Todo mundo sabe que eles não cumprem o horário. Se é para ficar dois por doze horas, eles se dividem e ficam seis horas cada um.*

Um profissional de nível superior ( Nota de entrevista n. 15 E)

*A enfermeira comenta sobre uma criança que internou com derrame pleural, fez uso prolongado de antibiótico aminoglicosídeo sem controle da função renal. A criança desenvolveu insuficiência renal aguda, sendo necessário até diálise. Felizmente a criança sobreviveu. (...) E nada aconteceu com o responsável*

Nota de observação n. 17 C

Na verdade, o médico é “útil” à forma organizacional da instituição, pois a visão empresarial dos serviços de saúde prioriza os elementos da estrutura responsáveis por sua viabilidade financeira ou lucratividade. Assim, é o médico quem interna, assina AIH<sup>132</sup>, opera, medica e, em suma, é quem mobiliza o capital. Para este devem ser facilitadas as condições de trabalho, é claro que nem sempre no sentido de sua qualidade, mas de seu absoluto domínio e privilégios.

O interesse privado, embora de difícil comprovação, aparece de forma sutil. Como é um hospital público, o médico não recebe pelos procedimentos que executa. Por esse motivo, os médicos que têm vínculo com outros hospitais conveniados ao SUS, preferem encaminhá-los para receber produtividade pelos procedimentos e internação. Isso ocorre, principalmente, entre as especialidades médicas como ortopedia, cirurgia e neurologia.

<sup>131</sup> MACHADO, Maria Helena. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: \_\_ (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro; Ed. Fiocruz, 1995, p. 27.

*A enfermeira diz que o médico que está atendendo hoje gosta de encaminhar todas as crianças para outros hospitais (conveniados ao SUS), mesmo tendo vaga aqui.*

Nota de observação n. 1 B

*No hospital há um projeto de UTI Pediátrica que não sai do papel há anos. O município não possui nenhuma UTI Pediátrica pública.*

Enfermeira A (Nota de entrevista n. 26 )

Machado<sup>133</sup> diz sobre o corporativismo médico:

*Assistimos paralizados ao crescente fenômeno de tribalização das corporações, tornando-se mais que sociedades secretas, verdadeiras tribos (sociedades e/ou grupos profissionais altamente especializados). As conseqüências dessa tribalização são por demais desastrosas, não gerando em benefícios coletivos e sim na satisfação de interesses exclusivamente corporativos. Exemplos: os casos dos médicos anestesistas, ortopedistas, radiologistas, neurocirurgiões, odontólogos, etc. Estes agem de forma fechada buscando resolver seus micro-problemas.*

Para Nigenda<sup>134</sup> o corporativismo médico tem sido motivado, historicamente, pela necessidade da categoria defender seus interesses profissionais. O grau com que esse objetivo se cumpre varia em função de elementos tanto internos à profissão como externos a ela. Entre os elementos internos encontramos a habilidade para manter um conhecimento técnico relativamente homogêneo, a capacidade de manter uma coesão grupal e a sustentação de uma ideologia profissional. Entre os elementos externos

<sup>132</sup> AIH - Autorização para Internação Hospitalar , documento sobre o qual é autorizado o pagamento da internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde.

<sup>133</sup> MACHADO, Maria Helena . Trabalhadores de saúde: um bem público. *Saúde em debate*. N. 48, set/95, p. 56.

encontramos os agentes financiadores e administradores dos serviços de saúde. O Estado é outro agente externo. Além disso, tem a capacidade de determinar as regras do jogo no cenário político, que é o espaço onde os grupos sociais negociam a representação dos seus interesses.

Outras categorias profissionais também são corporativas. A enfermagem também manifesta comportamentos corporativos que são ilustrados por algumas observações:

*O soro está instalado em uma veia que está infiltrando. A criança está toda infiltrada ( mas ninguém se responsabiliza ou critica a equipe do plantão anterior).*

Nota de observação n. 8 A

*A enfermeira comenta que há um problema sério na Pediatria: um menino de rua internado que é muito agressivo e está desestruturando a equipe de enfermagem. A enfermeira confessa que teve um impulso de bater na criança quando a viu querendo agredir a auxiliar de enfermagem.*

Nota de observação n. 5. D

Evitar o confronto - comportamento muito comum entre os diversos profissionais no hospital - também é uma forma de ser corporativista.

*O profissional diz que não denuncia (comportamentos inadequados de outros profissionais) porque não gosta de se expor.*

Nota de observação n.15 C

Mas, retornando ao referido por Campos<sup>135</sup> anteriormente, é possível a superação do corporativismo e do desânimo hoje vigentes entre a maioria dos profissionais, transformando-lhes em capacidade dirigente, num plano de socialização onde os sujeitos partam da realidade do conflito de

<sup>134</sup> NIGENDA, Gustavo. Asociaciones médicas y política corporativista em México: apuntes sobre algunos cambios recientes. In: MACHADO, Maria Helena (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 63.

interesses, mas busquem resolvê-los a partir da articulação de novas relações que tornem regra o trabalho criativo, que instituem projetos embasados na solidariedade e na destruição/superação dos mecanismos autoritários e subordinantes . Assim, o trabalho seria sempre um espaço para assegurar a sobrevivência, o consumo, mas também não renunciaria mais as suas potencialidades prazerosas, ligadas à sua dimensão criativa e, no caso da saúde, de realização da solidariedade.

---

<sup>135</sup> CAMPOS, Gastão W. de Souza. Sobre la reforma de los modelos de atención: um modo mutante de fazer saúde. In: EISENSCHUTZ, Catalina (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. P. 310.

## **5. Impertinente rebeldia : a dor e o choro no espaço disciplinado.**

*A criança é pequena, é leve, é pouca coisa(...) Pior ainda, a criança é fraca(...) Se ela não obedece, temos força de sobra para impor nossa vontade. (...) A criança já sabe que não há como resistir(...) A sensação de impotência faz surgir o culto da força.<sup>136</sup>*

Nem tudo é silêncio no espaço disciplinado do hospital. Inúmeras situações observadas no campo tinham a dor e o choro como centro e foram extremamente sensibilizadoras. Isso levou-nos a tornar o tema uma categoria, a qual desenvolvemos discutindo: a abordagem conceitual da dor, sua importância e significado; como o corpo é visto e utilizado pelos trabalhadores do hospital ; o direito de não sentir dor e o pouco uso das tecnologias disponíveis para amenizar o sofrimento; o choro como expressão de impertinente rebeldia que denuncia a violência e as reações dos adultos frente à dor e ao sofrimento da criança.

### **5.1. A dor negada**

A palavra “dor” deriva do vocábulo latino *poena*, que significa punição.<sup>137</sup> É interessante essa associação, que torna-se compreensível se nos reportarmos à Pré-história onde a dor era vista como uma punição dos deuses.

<sup>136</sup> \_\_\_\_\_. Saúde da criança e do adolescente, políticas e programas de saúde, aspectos técnicos, científicos e éticos. In: ANAIS do 45. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1993, Recife. *Anais...* Recife: ABEn Nacional/ Ed. Universitária da UFPE, 1993. P. 131.

<sup>137</sup> COUTINHO, José Reinaldo. *A dor no túnel do tempo: uma breve história*. Cuiabá: Atalaia, 1998. P. 30.

Leriche, citado por Canguilhem<sup>138</sup>, apresentou, no início do século XX, uma original e profunda tese sobre o problema da dor. Ela pode ser qualificada como um “comportamento” :

*A dor não está no plano da natureza (...) Ela é um fenômeno individual monstruoso e não uma lei da espécie. É um fato da doença (...) Não consiste simplesmente em influxos nervosos percorrendo o trajeto de um nervo. É a resultante do conflito entre um excitante e o indivíduo todo.*

A dor é, segundo a fisiologia atual, *a sensação produzida quando o estímulo que atua sobre o organismo é potencialmente lesivo*. Traduz também uma sensação resultante da associação de um componente sensitivo a um afetivo ( apreciação de um estímulo), sendo que esta sensação varia de acordo com fatores psicológicos, constitucionais e neurológicos.<sup>139</sup>

Coutinho<sup>140</sup> afirma que *quanto mais se conhece a seu respeito, melhor preparadas estarão as pessoas para enfrentar de forma positiva e vitoriosa a dor*. Afirma também que a ignorância quanto à sua natureza, seu desenvolvimento e manifestações tem levado muitos a sofrer desnecessariamente.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), a dor dos brasileiros ainda é pouco tratada. Isso ficou evidenciado através de uma pesquisa que levantou o consumo da morfina entre vários países. Esse procedimento indica o nível de preocupação com a dor de cada país. Para se ter uma idéia, o consumo da Dinamarca é de 2.608 doses de morfina ao dia por milhão de habitantes. Nos Estados Unidos esse número cai para 653. No Brasil, é consumida apenas uma dose diária por milhão de habitantes, que significa trinta vezes menos morfina que o padrão da OMS.<sup>141</sup>

Apesar de fazer parte do cotidiano do hospital, a dor nem sempre é encarada com a atenção merecida. Os analgésicos opióides e opiáceos (

<sup>138</sup> CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. P. 71.

<sup>139</sup> COUTINHO, *Op. Cit*, P. 23-24.

<sup>140</sup> *Ibidem*, p. 25.



derivados ou copiados do ópio) são remédios baratos e não são receitados por preconceito médico, comodismo hospitalar, desinteresse das farmácias e burocracia estatal. Além disso, o despreparo dos profissionais é reforçado pela resignação do doente ou da família. Também a cultura cristã, aliada à desconsideração pelo sofrimento alheio, produz a crença de que a dor é natural.<sup>142</sup>

Em recente pesquisa, Teixeira<sup>143</sup> mostra que a maioria dos *médicos e enfermeiros demonstra despreocupação com o sofrimento causado pela dor e que se preocupam mais com o diagnóstico do que com o sofrimento*. Na sua formação, os profissionais de saúde são treinados para a cura e não para aliviar a dor e o sofrimento do outro. A pesquisa também mostra que os livros, tanto de Medicina quanto os de Enfermagem dedicam pouca atenção ao tema da dor.

Quando se trata da dor da criança a atenção é menor ainda. Muitas vezes ela é ignorada.

*À caminho da Pediatria ouço o choro de uma criança que diz: ‘ – Dói mamãe, dói mamãe...’ Chego à sala de procedimentos e vejo a cena : uma criança de dois anos sobre a maca, a mãe segurando os bracinhos com o rosto colado ao da criança que chora. As auxiliares estão trocando a faixa da tala gessada que está suja de fezes. A criança tem o fêmur fraturado e parece sentir muita dor. Está toda transpirada e chora continuamente (...) Pergunto se havia sido feito algum analgésico antes do procedimento e me respondem que não.*

Nota de Observação n. 16 A /B

Rossato e Rezende <sup>144</sup> afirmam que a dor da criança é ignorada por diversos motivos: por falhas na formação dos profissionais da área de saúde; devido a mitos (como o de que o recém-nascido não sente dor, que as crianças pequenas logo esquecerão os procedimentos dos quais tenham se

<sup>141</sup> DOENTES brasileiros sentem mais dor. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 8/07/97; p. 3/1 – 3/2.

<sup>142</sup> *Ibidem*.

<sup>143</sup> Manoel Jacobson Teixeira, médico e coordenador do estudo “Dor no Brasil” (DOENTES brasileiros sentem mais dor. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 8/07/97; p. 3/1 – 3/2.)

<sup>144</sup> ROSSATO, Lisabelle M. ; REZENDE, Magda A. A criança com dor. In: SIGAUD, Cecília H. S. ; RAMALLO VERÍSSIMO, Maria De La Ó (org.) **Enfermagem pediátrica : o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996. P. 223-229.

submetido ou o da dependência física e psicológica provocada pelo uso de analgésicos); alegação de que tais fármacos não podem ser dados por causarem depressão respiratória. Além disso, muitas vezes os familiares reforçam as atitudes dos profissionais de saúde valorizando comportamentos de negação da dor, uma vez que, também eles, ignoram métodos para aliviá-la.

Há que se considerar, *a priori*, que a criança tem direitos. Em texto recente do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA)<sup>145</sup>, onde há a explicitação do direito da criança hospitalizada “*a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la*”.

Mas, outras observações também demonstram a violação desse direito:

*A enfermeira afirma que é um grande sofrimento para ela trabalhar com as crianças queimadas que vêm fazer curativo no ambulatório. Não é feito analgésico algum para fazer o procedimento, pois nem sempre o médico está presente no momento para prescrever.*

Nota de Entrevista n. 28 A

*A criança entra em pânico na hora do banho (curativo de queimadura). Logo que se aproxima da sala começa a chorar. As funcionárias tentam acalmá-la mas sem interromper o seu ritmo de trabalho. Conversam com a criança enquanto executam a sua tarefa. Uma auxiliar ajuda a mãe a segurar e outra dá o banho com o chuveirinho, removendo as crostas com uma gaze. Uma perna da criança treme o tempo todo, parece que é devido à dor porque a pele está com áreas cruentas.*

Nota de Observação n. 24 B/C

Além das drogas analgésicas, atualmente existem muitos trabalhos que propõem técnicas para amenizar o sofrimento da criança com dor. Para avaliar a sua intensidade há vários meios, como a observação de mudanças de comportamento, de respostas fisiológicas, além da própria informação da

---

<sup>145</sup> Resol. Conanda n. 41 de 13/10/95- Direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União de 17/10/95- seção I p. 16319-16320.

criança. Em crianças pequenas, usam-se instrumentos que permitem fazer essa avaliação, como as escalas de faces, entre outras.<sup>146</sup>

Outro aspecto a ser considerado é que, na maioria dos procedimentos dolorosos feitos com a criança é usada a força dos adultos. Embora os adultos sintam-se penalizados pelo sofrimento, no hospital existe a questão da técnica, do procedimento que não pode ser adiado. Mesmo para aqueles que não são urgentes existe uma rotina e não há uma padronização de preparo psicológico da criança para se submeter a um procedimento doloroso. Sem isso não há como não ser agressivo. Mas parece existir uma cultura que estabelece que a execução dos procedimentos não pode esperar. Perderia-se muito tempo para tranquilizar a criança, convencê-la da necessidade do procedimento sem forçar, sem ser violento.

*A equipe se prepara para fazer a sutura da criança. O menino ( de mais ou menos oito anos) é posicionado em decúbito dorsal, o tio segura as pernas e braços, uma auxiliar segura a cabeça e fecha os seus olhos com os polegares. O médico posiciona-se para o procedimento. O menino chora para o tio soltar-lhe as pernas e mãos, pedindo insistentemente. Vencidos pelo cansaço, concordam em soltá-lo após ser informado sobre a necessidade de não se mover ou colocar a mão no campo estéril. Permaneceu chorando mas colaborando com o cuidado.*

Nota de Observação n. 27 B

Na situação relatada percebe-se que após o atendimento da solicitação de soltá-la, a criança comporta-se de forma cooperativa. Isso comprova a afirmação de que a criança deve ser tratada como um ser que possui capacidades. Ela é, segundo Ramallo Veríssimo e Sigaud<sup>147</sup>,

<sup>146</sup> Para isso ver:

WHALEY, L. H.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 910p. e

CLARO, Maria Tereza. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças**. Ribeirão Preto, 1993. 62p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

<sup>147</sup> RAMALLO VERÍSSIMO, Maria de La Ó ; SIGAUD, Cecília H.S. O ser criança. In: \_\_\_\_ (orgs.) **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996. p. 11.

*capaz de fazer escolhas, tomar decisões, encontrar soluções para muitos de seus problemas e assumir responsabilidades. Tem direito a conhecer a verdade, a ter privacidade, a ser compreendida nos seus desejos e preferências. Enfim, a criança deve ser respeitada e tratada como pessoa.*

Entretanto, a criança quase sempre é vista como um ser menor que tem baixo poder reivindicatório e, por isso, facilmente dominável.

Discutindo o relacionamento adulto-criança, Szasz<sup>148</sup> reflete :

*Os adultos são maiores, mais fortes e mais experientes que as crianças – e podem sobreviver sem elas. As crianças não podem sobreviver sem os adultos. Esta desproporção básica define e modela o relacionamento da criança com o mundo adulto.*

Essa desproporção estabelece relações de poder que permeiam o encontro dos trabalhadores de saúde com o corpo da criança hospitalizada. A incapacidade para questionar ou contra-argumentar acerca das intervenções que serão realizadas em seu corpo, traz certas “facilidades” no desenvolvimento das atividades dos trabalhadores do hospital.<sup>149</sup>

‘O corpo é o primeiro e mais normal patrimônio que o homem possui.’<sup>150</sup> Entretanto, a criança ainda não desenvolveu a consciência de propriedade sobre ele e, por isso, seu corpo fica à mercê de outros “donos” que são os adultos.

É interessante como os adultos, em especial os trabalhadores do hospital, são conscientes das relações de poder estabelecidas entre eles e o “paciente” criança e encaram o domínio como algo natural.

<sup>148</sup> SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1994. p. 103.

<sup>149</sup> TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira. **Corpo – criança hospitalizado : representações de enfermeiras**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1996. Monografia (Especialização)- Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica, Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

<sup>150</sup> RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1986, p. 47.

*Se você não chorar eu vou fazer (a injeção). Se você chorar eu vou fazer do mesmo jeito...*

Auxiliar de enfermagem A (Nota de observação n. 13 A)

A relação de poder entre o adulto e a criança tem raízes históricas e os trabalhadores do hospital apenas reproduzem o comportamento de uma sociedade “adultocêntrica”.

As tecnologias médicas, na medida que cuidam da saúde e manipulam o corpo das pessoas, compõem estratégias de “bio-poder” que interferem na existência do ser humano.

Indo um pouco além na discussão sobre o corpo, quero citar Ramos<sup>151</sup> para quem o corpo tem sido focalizado de duas formas básicas pelos profissionais de saúde: como um “corpo habitado” (por uma doença) ou como um “corpo que habita” (um determinado espaço). Sobre o primeiro foco o corpo doente é apenas uma normalidade alterada e, por isso, passível de descoberta e de intervenção. No segundo foco o corpo é apreendido sob a visão da epidemiologia, instrumental também limitante. A autora propõe uma outra possibilidade que denomina “sujeito e corpo total”, onde o princípio da integralidade pode ser tomado como perspectiva para a apreensão do humano e busca da completude utópica. E é esta utopia que também se almeja para o cuidado da criança hospitalizada que, enquanto não a tem concretizada, apenas chora.

## **5.2. O choro : lágrimas impotentes**

O choro é uma reação natural ao sofrimento e à dor, sejam estes físicos ou psíquicos. A criança é pouco familiarizada com a dor, a discriminação e a injustiça e, por isso sofre e chora mais que o adulto. As lágrimas, diz Korczak<sup>152</sup>,

---

<sup>151</sup> RAMOS, Flávia R.S. *Os corpos do saber: uma perspectiva ética do trabalho de enfermagem no cuidado ao adulto*. Cuiabá, 1998. (datilografado)

<sup>152</sup> KORCZAK, Janusz. O direito da criança ao respeito. In: DALLARI, Dalmo de A. ; KORCZAK, Janusz. *O direito da criança ao respeito*. 2ed. São Paulo: Summus, 1986. p. 88.

*representam sensações de impotência e revolta, um protesto desesperado, um grito de socorro, uma queixa contra a proteção negligente, uma manifestação de inconformismo para com imposições e constrangimentos descabidos, um sintoma de mal-estar; em todos os casos, um sinal de sofrimento.*

O choro, pode-se dizer, é uma expressão que a criança utiliza para denunciar a violência percebida por ela. Tanto é que, durante o período de coleta de dados ( observação de campo), muitas vezes eu ia de encontro ao choro pois sabia que encontraria alguma forma de violência à criança.

Aliás, o choro é o que há de mais comum e frequente em unidades de internação pediátrica.

Procuramos analisar, na sequência, as reações dos adultos ( principalmente dos trabalhadores do hospital) frente ao choro da criança.

Pudemos identificar, basicamente, duas reações: a compaixão / piedade e a indiferença aparente.

### **Compaixão / piedade**

*A enfermeira diz que sente muita pena das crianças queimadas durante o curativo, o que a leva a afastar-se do procedimento*

Nota de Entrevista n. 28 A

*A auxiliar de enfermagem tenta consolar a criança que chora durante a punção venosa. Diz: ‘\_Ai que dó! Não chora, já vai acabar...*

Nota de Observação n. 10 A

*A criança chorava porque a mãe estava ausente. Uma pessoa visitante, compadecida, pega a criança no colo e comenta que tem muita pena de criança internada.*

Nota de Observação n. 17 A

A criança é vista, na maioria das vezes, como fraca, pequena, menor,, indefesa e dependente. É, portanto, alguém digna da compaixão dos adultos. Como está ilustrado pelas observações anteriores, no hospital é comum que as pessoas sejam sensibilizadas e compadecidas pela dor e pelo sofrimento da criança.

*O contratempo sofrido por outra pessoa nos ofende, nos faz sentir nossa impotência e talvez nossa covardia, se não acudirmos em seu auxílio (...) Ou na dor alheia vemos algum perigo que também nos ameaça. Ainda que sejam somente sinais de insegurança e da fragilidade humana, os infortúnios alheios podem produzir em nós penosos efeitos.*<sup>153</sup>

Problematizando a lógica interna da compaixão piedosa, Caponi afirma que ela instaura uma modalidade peculiar de exercício do poder . Existe, na compaixão, uma relação sempre assimétrica, entre quem assiste e quem é assistido. Para a autora, a piedade e a compaixão se revelam como *uma tecnologia de poder que, no entanto, insiste em aparecer com a máscara de um desapaixonado e necessário humanismo.*<sup>154</sup>

A manifestação da compaixão ou da piedade faz caracterizar o outro como alguém portador de uma debilidade, que só pode superar suas limitações pelo socorro que a pessoa compadecida pode oferecer. *Compadecer, portanto, equivale a depreciar.*<sup>155</sup>

A alternativa à piedade é, para Arendt <sup>156</sup>, a solidariedade. Esta encontra seu fundamento na simetria dos interesses, onde todos compartilham a única preocupação que é a “universalização” da dignidade humana.

Quando, no relato de entrevista acima, a enfermeira diz que se afasta da dor da criança, sentindo o seu infortúnio, está caracterizada a compaixão.

<sup>153</sup> Nietzsche, citado por CAPONI, Sandra N. C. *Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica*. Florianópolis: UFSC, 1997. P. 7 (datilografado)

<sup>154</sup> *Ibidem*, p. 6.

<sup>155</sup> Nietzsche citado por Caponi. *Ibidem*, p. 9.

Um comportamento solidário seria questionar o não uso de analgésicos e não permitir que o procedimento fosse realizado sem a garantia de que a sua dor fosse sedada.

Nos casos da auxiliar de enfermagem e da visitante - que expressam sua piedade através das palavras 'pena' e 'dó' - também cabe uma reflexão: **por mais que a dor e o sofrimento possam nos emocionar, essa emoção só se torna humana para nós**, na visão de Arendt, **a partir do momento em que possamos discutí-las com nossos semelhantes. O que não pode ser objeto de diálogo, pode muito bem ser horrível, mas não é verdadeiramente humano. Humanizamos o que passa no mundo e em nós, quando falamos, e com esse falar, aprendemos a ser humanos.**<sup>157</sup>

Como diz Caponi<sup>158</sup>, a solidariedade supera a piedade pois nos permite excluir qualquer forma de glorificação do sofrimento e, conseqüentemente, qualquer interesse sentimental em sua existência.

Portanto, assim como em qualquer âmbito de assistência ao ser humano, no cuidado à saúde do outro deve-se rejeitar qualquer apelo à piedade e propiciar uma solidariedade efetiva entre iguais.

*A solidariedade, no momento que pressupõe a pluralidade humana, precisa da mediação do diálogo e da argumentação razoada. Fica excluída, portanto, qualquer generalização que unifique a pluralidade dos que sofrem negligenciando sua singularidade e sua individualidade. Só assim, poderemos assumir o lugar desse outro que sofre (...); desse outro que (mesmo quando seus interesses possam ser contrários aos meus) reconhecemos como alguém que é um semelhante em orgulho e dignidade. Trata-se, enfim, de colocar o respeito acima da paixão, a solidariedade acima da piedade.*<sup>159</sup>

Hoje, racionalmente, aceitamos essa posição. Entretanto, reconhecemos que, durante muito tempo de nossa vida profissional, convivemos com

<sup>156</sup> Hanna Arendt, citada por Caponi. *Ibidem*, p. 23

<sup>157</sup> Hanna Arendt, citada por Caponi. *Ibidem*, p. 26

<sup>158</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>159</sup> *Ibidem*, p. 30-31.



sentimentos de piedade e compaixão sem percebermos essa sua outra dimensão. Atualmente temos “mais olhos” para enxergá-la embora ainda apresentemos, como diz Ramos<sup>160</sup>, *sinais de uma resistência do sentimento (que) estão sempre presentes e solapam, por vezes, a atitude ocidental moderna, fundada no princípio masculino, de enfrentar a dor e o sofrimento sem penalizar-se por ele.*

### **Indiferença aparente**

*Chegando à unidade, ouço um choro de criança (parece um choro de dor e de medo). A porta do posto de enfermagem está aberta, entro e observo : uma funcionária lendo um mural, outra que parece ter acabado de fazer uma medicação endovenosa (pois estava recolhendo escalpes, algodões e seringas sujos), uma enfermeira lendo revista, outras três funcionárias conversando amenidades. A criança levanta da maca, amparada pela mãe, ainda soluçando e com expressão de assustada. Ninguém, além da mãe, olha para a criança. Saindo do posto de enfermagem, a mãe e a criança são abordadas por uma auxiliar de enfermagem que diz: - ‘ A senhora vai tirando (o algodão) aos poucos.*

Nota de observação n. 1 A

*A auxiliar diz, durante a punção venosa: ‘- Tá chorando por quê? Não estou sentindo nada...*

Nota de observação n. 17 B

*Uma criança caminha chorando pelo corredor, ao lado de três mulheres adultas ( a mãe, e outras visitantes que iam embora). Nenhuma procura acalmá-la, fazê-la parar de chorar. Depois soube que ela chorava porque as tias estavam partindo e queria ir também.*

Nota de observação n. 5 A

Nestes três exemplos há uma aparente indiferença dos adultos em relação ao choro da criança. O que levaria os trabalhadores e mesmo os familiares a se mostrarem tão indiferentes? Algumas suposições são possíveis. A primeira é de que haja, por parte do adulto, a compreensão de

<sup>160</sup> RAMOS, Flávia Regina S. *Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador de saúde*. Pelotas – Florianópolis: UFPEL – Ed. Universitária UFSC, 1996. P. 90.

que o choro é um direito de expressão da criança e, por isso, não se utilizam de estratégias para cessá-lo. Seria louvável essa posição, caso os adultos demonstrassem qualquer expressão de empatia ou de solidariedade à criança que sofre, o que nem sempre ocorre.

A segunda suposição é de que os adultos estejam “acostumados” à essa expressão e, portanto, não se sensibilizam mais com o choro. Esse costume pode explicar-se pela cultura de pouca valorização da criança enquanto um ser humano e merecedor de respeito. Muitas vezes, as lágrimas da criança são interpretadas como algo desprovido de gravidade o que leva os adultos a desprezarem e até fazerem “chacotas”. O choro chega, também, a ser irritante aos ouvidos dos adultos.

Outra hipótese - que se confirma com o estudo de Pitta<sup>161</sup>- é de que o trabalhador do hospital utiliza mecanismos de defesa como forma de proteção ao sofrimento que o trabalho o expõe. Entre esses mecanismos estão: o distanciamento e a negação do sentimento; a fragmentação da relação técnico-paciente e a despersonalização e negação da importância do indivíduo.

Libouban, citado por Pitta<sup>162</sup>, fala de estratégias defensivas utilizadas pelo pessoal do hospital para proteger-se da sobrecarga emocional e afetiva frente à dor e ao sofrimento. Entre essas estratégias, algumas são constatadas nas observações acima relatadas: ações ou verbalização de questões não vinculadas ao trabalho (as funcionárias conversam amenidades enquanto a criança chora, a enfermeira lê revista, outra lê o mural); agressividade reativa contra o paciente através de zombarias, colocações cínicas e ridicularização como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento do outro, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade (a auxiliar ridiculariza a dor da criança).

Outra questão que apareceu de forma representativa no processo desta investigação foi o choro materno. Pudemos discutir, anteriormente, que o choro da mãe representava a sua entrega e submissão ao saber médico.

---

<sup>161</sup> PITTA, Ana. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 65-66.

Mas acreditamos que ele tem outras significações, e a maior delas é a expressão do seu próprio sofrimento.

*A mãe tem os olhos vermelhos e inchados de tanto chorar*

Nota de observação n. 7C

A experiência de quem trabalha em pediatria também mostra que o choro de mãe tem um outro significado: o da intuição materna. Alguns profissionais mais atentos valorizam essa expressão como um importante sinal clínico. Atualmente tenho compartilhado discussões com colegas que também trabalham em pediatria e, baseadas nessa intuição, chegamos a uma conclusão que costumamos expressar pela frase: “Quando mãe chora, corre porque é grave!”.

*A mãe chora o tempo todo. Reclama que a criança só toma soro, soro, soro! Acha que é muito soro que a criança está tomando.*

Nota de observação n. 7 C

No caso da criança referida na nota anterior, o seu quadro agravou-se e culminou na morte da mesma.

Infelizmente são poucos os profissionais que trabalham em pediatria que conseguem enxergar e compreender os possíveis significados do choro materno.

*Diante do choro da mãe as pessoas apenas dizem que é assim mesmo, que não é culpa dos médicos, que a criança não vai melhorar assim, que tem que ser paciente...*

Nota de observação n. 7 C-D

Ângelo<sup>163</sup> diz que a mãe é sempre colocada diante da criança para que os profissionais possam comunicar-se com ela. Mas, da mesma forma como acontece com a criança, esse contato geralmente é infantilizado como se

<sup>162</sup> *Ibidem*, p. 156.

<sup>163</sup> ANGELO, Margareth. Saúde da criança e do adolescente: políticas e programas de saúde, aspectos técnicos, científicos e éticos. *Anais 45. CBEnf.* Recife, 1993. ABEn Nacional. Ed. Univ. UFPE. P. 127-132.

ambos não conseguissem compreender a fala do adulto. É como se a mãe ficasse do tamanho da criança e, assim como esta, também é vista como alguém que não tem identidade ou singularidades. Assim, da mesma forma como o choro da criança, o choro da mãe é encarado pelos profissionais do hospital ora com indiferença, ora com compaixão.

## **6. A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica**

*A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.*<sup>164</sup>

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), expressa de forma muito clara os direitos da criança no que se refere à saúde. O artigo citado acima é o mais abrangente pois através dele procura-se garantir não só a sobrevivência da criança, mas a sua integridade física, psicológica e social.

Saúde é muito mais que o atendimento que se faz no consultório ou no hospital. Ao falar de saúde, o ECA utiliza o seu conceito mais atual que é aquele que se refere à harmonia do ser humano por inteiro, com o seu corpo, sua mente e com o seu meio social.

Para a execução do artigo 7º, não é necessário apenas “o pessoal de roupa branca” (os profissionais de saúde). É necessário a articulação da sociedade e um posicionamento político que considere o respeito pela criança como um ser humano, para que seja possível proporcionar-lhe a vida e a saúde com dignidade. Portanto, quando se fala em políticas sociais públicas, deve-se atentar para o papel que devem assumir tanto o Estado como a sociedade na sua implementação, uma vez que a palavra pública é sinônimo de coisa de todos.

Apesar de não ter sido nossa intenção fazer uma análise profunda do atual sistema de saúde, sentimo-nos forçados, pelos dados obtidos, a

---

<sup>164</sup> Artigo 7. da Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990.(BRASIL, *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Senado Federal; Subsecretaria de Edições técnicas, 1991. p.8.

discutir a questão do acesso da criança aos serviços de saúde. Em seu artigo 11º o ECA<sup>165</sup> diz:

*É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.*

Entretanto, sabemos que esse direito não tem sido efetivado. No Brasil, a criança tem sido vítima, principalmente, da pobreza, da violência e da falta de cuidados com a sua saúde.

Durante o período de observação de campo pudemos constatar muitas situações de crianças hospitalizadas por problemas que poderiam ter sido evitados caso as diretrizes para a atenção à criança e ao adolescente preconizadas pela legislação<sup>166</sup> fossem realmente implementadas.

*A criança tem 40 dias de vida, está desnutrida e com diarreia. A mãe diz que não conseguiu amamentar e estava oferecendo leite NAN engrossado com arrozina.*

Nota de observação n. 6 A

*A criança internou por pneumonia e desnutrição. Ela tem quase dois anos e pesa sete quilos.*

Nota de observação n. 9 A

*A equipe comenta sobre o 'menino de rua' que fez enxerto na mão devido a uma queimadura de terceiro grau causada por acidente com fio de alta tensão, quando ele tentava soltar uma pipa presa no poste de luz.*

Nota de observação n. 5 B

---

<sup>165</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>166</sup> Resolução n. 42 de 13 de outubro de 1995- Dispõe sobre as DIRETRIZES NACIONAIS PARA A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NAS ÁREAS DA SAÚDE, EDUCAÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E PARA A GARANTIA DE DIREITOS. **Diário oficial da União**, Brasília, 17/10/95- seção I, p. 16320-16322.

No Brasil, dentre as principais causas de mortalidade infantil destacam-se as afecções originadas no período perinatal, as doenças diarreicas e respiratórias agudas e a desnutrição. São, também, as causas mais comuns de hospitalização de crianças. As causas externas – acidentes principalmente – também aparecem com destaque entre as causas de internação de crianças em diversas faixas etárias. Todas estas situações poderiam ser reduzidas se houvessem ações dirigidas à promoção da saúde.

Isso nos faz utilizarmos as reflexões de Pessini e Barchifontaine<sup>167</sup> sobre a bioética (ética da vida) no mundo dos pobres. Para os autores é necessário repensar a bioética no contexto do subdesenvolvimento pois, da forma como têm-se tratado o tema, há a ilusão de que a vida está sendo prezada. Mas, ao contrário, muitas vidas estão no limite da existência entre aqueles que chamamos de “excluídos” socialmente. Muitas crianças observadas durante a coleta de dados para essa pesquisa já entravam na instituição violentadas por carências básicas: alimentação, ambiente/habitação, educação, convivência social, entre outras.

O direito à vida e o acesso aos serviços de saúde de qualidade passam também pela forma como se organiza o sistema de saúde pública atualmente. Apesar dos grandes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), este ainda sofre dificuldades representadas principalmente pela grande demanda e também pela falta de investimento nos seus recursos humanos (como já discutimos anteriormente no item 3.3.1.). Entretanto, é importante salientar um aspecto referente aos profissionais que não depende tanto de investimentos públicos.

---

<sup>167</sup> PESSINI, Leocir ; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1994. P. 33-39.

Trata-se da postura ética dos profissionais, pois, como diz Ângelo<sup>168</sup>,

*...os programas de saúde da criança, não se implementam por si só. Eles são uma abstração sem as pessoas, (...)sem os profissionais de saúde. Quem os desenvolve, quem dá estilo e ritmo a eles são as pessoas. Cabe a nós então, numa perspectiva ética, decidirmos que normas e valores devem nortear nossas ações em relação à criança. Que tipo de atenção eu ofereço à criança? Em nome de quem eu utilizo o meu saber? Em nome de uma instituição, também abstrata, sempre auto-referente, já que muitas vezes preocupa-se apenas com ela mesma, com seus manuais e rotinas? E quase sempre nós, para não nos confrontarmos com ela, protegemo-nos com os mesmos manuais de normas e rotinas. Em nome de uma população, sobretudo de crianças, mergulhada no mais profundo desamparo e abandono?*

Na fase inicial desta investigação, durante a coleta de dados, pudemos conviver com muitos dilemas éticos. Entretanto, com frequência, tínhamos a sensação de que ninguém os percebia. Intrigá-va-nos a não reação dos trabalhadores do hospital diante de situações dramáticas .

*Sai do campo agoniada porque aquela criança não está bem. Será que morreu? Fico o resto da noite pensando na situação, por se tratar de um dilema ético importante. O que mais me chocou foi a sujeira, a escabiose disseminada, a desnutrição (kwashiorkor) (...) e não pude fazer nada... Ou talvez eu pudesse fazer mais alguma coisa?*

Notas pessoais n. 7 E

Nesta situação pudemos experimentar um dos maiores dilemas enquanto enfermeira e pesquisadora. Nosso desejo era de, naquele momento, esquecermos que estávamos como pesquisadora. Mas, mesmo que fizéssemos isso, não “estariamos” como enfermeira (porque não trabalhamos

<sup>168</sup> ÂNGELO, Margareth. Saúde da criança e do adolescente, políticas e programas de saúde, aspectos técnicos, científicos e éticos. In: ANAIS do 45. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1993, Recife. Anais..., Recife:



naquela instituição) apesar de continuar “sendo” enfermeira. Há, enfim, uma grande distância entre o “ser” e o “estar” enfermeira, o que nos representou muito sofrimento durante o processo de coleta de dados.

Ocorreram situações, entretanto, que não exitamos ~~hesitar~~ em agir como “sendo” enfermeira:

*A criança está sem acesso venoso e, junto com as auxiliares de enfermagem, resolvemos pegar outra veia. As auxiliares me avisam que a mãe não deixa puncionar na cabeça. Comento com as mesmas que existem situações em que temos que utilizar argumentos mais fortes para convencer a família. Me aproximo da mãe agachando junto a ela e converso esclarecendo sobre a necessidade do procedimento. A mãe continua chorando, sem decidir, mas parece estar querendo confiar em mim. Dada a gravidade da situação, resolvemos decidir por ela. A mãe pede para esperar lá fora. Felizmente o procedimento foi rápido, sem maiores traumas. A mãe retorna e agradece.*

Nota de observação n. 8 E

Há situações, como as de urgência, em que torna-se necessário e irrecusável uma certa violência. Chamo de violência irrecusável: é violência porque, apesar de muito bem indicada, tem um componente agressivo representado pelo procedimento doloroso e também pela relação de dominação simbolizada pelo “decidir pelo outro”. Mas é também irrecusável no sentido de que a recusa pode significar a injúria ou a morte. É uma violência justificável através do “princípio da beneficência”. Nesta situação está em jogo o maior de todos os interesses: a vida. A questão é difícil, principalmente após tanto termos discutido sobre as relações de poder derivados do saber e da conseqüente assimetria que as práticas profissionais de saúde estabelecem entre os trabalhadores e os clientes. Mas, como diz Silva<sup>169</sup>, é possível dissociar o exercício da competência profissional do poder a ele associado através do cuidado ético, paralelo ao cuidado terapêutico.

ABEn nacional. Ed. Universitária da UFPE, 1993. P. 131.

<sup>169</sup> SILVA, Franklin Leopoldo e. Beneficência e paternalismo. *Revista Medicina – Conselho federal*, dez. 1997. P. 8-9.

*(...)Este cuidado consistiria sobretudo num esforço para não chegar a ignorar a singularidade do paciente, isto é, de cada pessoa. Significa compreender que os benefícios devidos ao paciente não se restringem à esfera terapêutica no sentido técnico e operacional, já que, qualquer que seja o problema específico do paciente, é sempre um sujeito individual, moral, histórico, social que o manifesta. Não se pode, assim, separar o problema daquele que o tem.<sup>170</sup>*

Trata-se, também, de agir segundo uma ética da “responsabilidade solidária” proposta por Apel e defendida por Caponi<sup>171</sup>, segundo a qual é impossível resolver todos os conflitos humanos mediante normas ou discursos práticos prontos. Se quisermos garantir, enquanto profissionais de saúde, certa responsabilidade e certa solidariedade em nossas ações cotidianas, é preciso que nos neguemos a prescindir absolutamente da racionalidade estratégica. Trata-se, enfim, de posicionar-se enquanto pessoa e de tratar o cliente também como tal.

Entretanto, muitos dados desta pesquisa demonstram que tem ocorrido a banalização do sofrimento e da experiência de quem se coloca na posição de paciente, e isto tem estreita relação com a redução da qualidade do serviço público.

*(...) A criança está muito grave(...) Saindo da enfermaria (onde estava a criança), vejo duas enfermeiras conversando e rindo, indiferentes ao que ocorria com uma criança a poucos metros dali.*

Nota de observação n. 8 G

A situação colocada por este relato demonstra a desvalorização da vida humana no contexto apresentado. Assim como os trabalhadores do hospital, em muitas situações relatadas anteriormente - no capítulo sobre a *organização do trabalho no serviço público* - têm demonstrado uma certa

<sup>170</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>171</sup> CAPONI, Sandra N. C. Limites Y prioridades éticas de la asistencia de urgência. In: CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, Maria Tereza; CAPONI, Sandra N. C. (org.) **A saúde como desafio ético**. Anais do I

adaptação às condições precárias de trabalho e de assistência aos usuários, também a banalização da vida humana aparece como um “costume”. A morte muitas vezes é vista como inevitável. A morte é, em essência, inevitável. Mas essa generalização de sua inevitabilidade como respaldo para o agir descomprometido com a causa da vida, este sim é evitável. O discurso do inevitável tem um poder muito grande na área da saúde e é utilizado com muita frequência no hospital para justificar negligências, omissões, iatrogenias e outras tantas situações de violação dos direitos dos usuários e também da ética profissional.

Para Lunardi<sup>172</sup> atos de negligência ou de omissão dos profissionais de saúde não devem ser justificados por suas características pessoais e/ou contextos sócio-históricos, pois a atuação destes sujeitos passaria a ser explicada como efeito de tais características e contextos. E refletindo sob a visão de Kant afirma:

*Somos seres naturais, sociais e além disso, racionais e livres, uma liberdade que nos leva para além do que somos, do reino do ser para o reino do dever.(...)A decisão do que fazer ou do que não fazer, entendida também como uma decisão, compete apenas ao homem.*<sup>173</sup>

Mas, como é de se prever, o discurso do inevitável tem sido muito mais freqüente quando se refere à morte de crianças das classes menos favorecidas economicamente, o que confirma a exclusão. A morte de “mais um pobre” parece não chocar mais muitos trabalhadores do hospital, assim como boa parte da sociedade. Embora não declaradamente, tem sido aceito o acesso restrito dos pobres às diversas tecnologias de saúde.

---

Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. P. 54-72.

<sup>172</sup> LUNARDI, Valéria L. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. **Texto Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 73-92, jul./dez. 1995. p. 85-86.

<sup>173</sup> LUNARDI. *Ibidem*, p. 86.

*Dos três respiradores do hospital, dois estão estragados. A gente tem muito caso de perder criança por falta de respirador. Teve um caso de uma criança que nós entubamos, colocamos no oxigênio, não tinha respirador. A criança parou e a médica disse que não iria reanimar porque não tinha o que fazer. Fiquei muito revoltada por perder essa criança. Se fosse meu filho ou o filho dela a atitude seria outra.*

Enfermeira A (Nota de entrevista n. 20J)

Quando esse acesso lhes é permitido, com frequência ele aparece com o sentido de “dádiva”, ou seja, algo oferecido como esmola, nos remetendo a sentimentos como piedade ou compaixão.

*Tem exames que o SUS não paga. Você corre prá conseguir encaixe, ou conversa com o diretor, ou o pessoal do laboratório faz como cortesia...*

Enfermeira A (nota de entrevista n. 20 E)

*Não tem vaga de UTI pelo SUS na cidade. A enfermeira pede para ligarem para o doutor Fulano que trabalha na UTI do hospital X e pedir para atender a esse favor.*

Nota de observação n. 23 B

Estas observações ilustram bem o que Caponi<sup>174</sup> chama de ética da compaixão. A autora demonstra que foi essa abordagem que dominou as relações na área da saúde até o século XVIII. Ser compassivo, atender os pobres, doentes e infortunados era ter a certeza de conseguir a salvação da própria alma. Mas a compaixão caracteriza uma forma de dominação: quando alguém manifesta piedade por outra pessoa, a caracteriza como sujeita a uma debilidade que só pode ser compensada com o auxílio daquela. Citando Collière, Caponi diz que

---

<sup>174</sup> CAPONI, Sandra N. C. *Ética e compaixão na genealogia da ordem médica*. Florianópolis: UFSC, 1997. (datilografado)

*...a necessidade e sujeição dos pobres necessitados é, por si própria, uma garantia de obediência, porém, ela representa também a impossibilidade, a incapacidade de se situar numa relação de paridade e a possibilidade de evitar um enfrentamento com diversas formas de relacionamento social que exijam julgamento e discernimento.*

Embora essa ética compassiva tenha sido mais usual até o século XVII, até hoje persistem resquícios dessa abordagem. Exemplo disso são as ações pastorais ligadas à Igreja, os projetos filantrópicos e o próprio posicionamento de trabalhadores no cotidiano do exercício de suas funções no hospital.

Em superação à ética compassiva/piedosa está a ética utilitarista ou racionalista. Embora supere a primeira, a segunda forma de intervenção torna-se complementar àquela na medida em que também é *fundada na exclusão e na normalização que faz dos pobres perigosos, sujeitos docilizados e laboriosos submetidos ao imperativo de viver conforme o bem-estar geral*<sup>175</sup>. O princípio da ética utilitarista, baseada nas formulações de Jeremias Bentham<sup>176</sup>, é “a procura da maior felicidade para o maior número”, ou seja, o bem estar público e o interesse da maioria das pessoas. São esses critérios que governam e fundamentam até hoje as mais variadas instituições de assistência pública. A ética utilitarista também mostra-se presente no cotidiano do atendimento à criança no hospital.

*A situação do ambiente está caótica: estourou o sifão da pia do posto de enfermagem, está tudo alagado, mas não há como parar. Há em torno de sessenta crianças no corredor para serem atendidas e outras quinze nas enfermarias de observação.*

Nota de observação n. 26 A

<sup>175</sup> CAPONI, 1997. *op. cit.*, p. 47

<sup>176</sup> CAPONI, 1997. *op. cit.*, p. 50. A autora faz referência ao pensamento de Bentham baseada na seguinte referência: BENTHAM, Jeremias. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação. In: **Os pensadores** Vol.XXXIV. São Paulo: Abril, 1974.

Apesar do ambiente impróprio e das condições inadequadas para o atendimento, não há como parar ou mesmo dispensar a grande demanda que procura o serviço, visto que ele tem sido a única opção para a maioria da população.

Aqui está presente o princípio da “maior felicidade para um maior número”. Entretanto, concordamos com Caponi quando esta afirma que este princípio traz consigo uma periculosidade moral, dado o caráter ambíguo de “felicidade”. Para a autora, essa felicidade pode ser um valor radicalmente incompatível com o valor da liberdade, pois há um preço para se pagar essa felicidade.

Mas, tanto a ética utilitarista quanto a ética da compaixão partem da mesma certeza:

*sempre atuam em nome e pelo bem daqueles que dizem auxiliar, conhecem esse bem de um modo claro e distinto, mesmo antes de ser solicitado e prescindem de argumentos, excluem as palavras e emudecem qualquer diálogo. A segunda, pela força do sentimento compartilhado que aproxima os benfeitores responsáveis dos sofredores submissos sem precisar da mediação de razões e a primeira na medida em que modela os interesses privados, através de normas e instituições inapeláveis, com a finalidade de orientá-las para a felicidade e o bem do maior número.<sup>177</sup>*

Contra o utilitarismo e citando Rawls, Caponi<sup>178</sup> relaciona três princípios básicos capazes de garantir o exercício da justiça : o princípio de liberdade, o de igualdade de oportunidades e o princípio de diferença, que ordena beneficiar os membros menos favorecidos do grupo. Entretanto, diz a autora:

<sup>177</sup> CAPONI, 1997<sup>Op. cit.</sup>, p. 53.

<sup>178</sup> CAPONI, 1995.<sup>Op. Cit.</sup>, p. 57.

... esse terceiro princípio e sua ênfase no privilégio dos menos favorecidos, permite dizer que as diferenças deixam de ser um dado meramente arbitrário e passam a ser elementos significativos, que contam no momento de organizar uma estrutura. Mas, ao mesmo tempo, é esse princípio o que nos impede traçar barreiras taxativas entre aqueles que podem ou devem ser excluídos e aqueles que “merecem” a atenção conforme sua “valia”<sup>179</sup>.

Embora já tenhamos discutido a questão da dor, destacamos um fragmento da entrevista com uma enfermeira do setor de queimados que demonstra a inexistência de um radical questionamento ético:

*É um grande sofrimento trabalhar aqui porque você convive o tempo todo com a dor. O que mais me toca são os curativos dos pacientes externos pois não há qualquer solução analgésica para fazer o procedimento, porque o médico não está presente no momento do curativo.*

Nota de entrevista n. 28 A

Nesta situação não há qualquer possibilidade de cuidado ético, pois a mais elementar tecnologia (a analgesia) não está acessível à criança.

A sociedade brasileira tem sido marcada como uma das mais injustas do mundo, mas encontra-se diante da exigência de tornar-se um Estado de direito democrático. Isso pressupõe a integração da imensa massa de excluídos . *Essa é a exigência central de nossa epocalidade; é a forma específica de efetivação, em nossa epocalidade, da exigência ética fundamental do reconhecimento universal.*<sup>180</sup>

Isso nos faz reportar ao atual domínio da racionalidade científica frente às questões éticas. Na concepção contemporânea da ciência - onde temos o exemplo da atual medicina na qual essa racionalidade científica é traduzida pela objetividade do diagnóstico-tratamento - a problemática ética onde o ser do homem está em jogo também carece de uma fundamentação racional

<sup>179</sup> *Ibidem*, p. 58

da ação humana. Nessa perspectiva, a maioria dos profissionais de saúde busca “receitas prontas” para as diversas questões éticas. Mas, como diz Oliveira<sup>181</sup>

*(...)O grande projeto da humanidade secularizada, de legitimar uma “nova moral” inteiramente independente de qualquer metafísica ou religião, unicamente fundamentada na racionalidade crítica do homem, aparece sob muitos aspectos, irrealizável.*

Para o autor, a teoria das ciências herdada do modelo cartesiano<sup>182</sup>, segundo o qual todo saber humano reduz-se ao conhecimento formal e à objetividade, opõe-se à discussão ética. As normas éticas, segundo o mesmo, não podem ser deduzidas de fatos e, portanto, a validade intersubjetiva de argumentos legitimadores dos critérios de ação é ilusória. Sendo assim, não se pode tomar uma decisão “racional” frente aos questionamentos sobre o que se fazer. Isso só é possível quando se supera uma visão cientificista da ciência e se percebe que também a ciência se situa dentro do horizonte ético, onde se explicitam os fins da existência humana.

Outra questão que não poderia deixar de ser discutida nesta análise ética é a situação do risco representado pela “sujeira” presente em vários relatos de observação aos quais já fizemos algumas considerações anteriormente (no capítulo 3.3.1.). Já discutimos a responsabilidade dos profissionais que estão convivendo no que chamamos de “contexto da precariedade e da violência” e creio que iríamos nos repetir se voltássemos a este ponto. Entretanto, um aspecto que gostaríamos de destacar é a responsabilidade que também os profissionais dos órgãos de vigilância e de planejamento das ações de saúde têm frente aos diagnósticos aos quais têm acesso e que, muitas vezes não se refletem em intervenções práticas. A

---

<sup>180</sup> OLIVEIRA, Manfredo A de. Ética e ciência. In: \_\_\_\_\_. **Ética e racionalidade moderna**. São Paulo: Loyola, 1993, p. 172.

<sup>181</sup> *Ibidem*, p. 155



instituição pesquisada, sendo pública, teria, teoricamente, maiores condições de efetivação de práticas de intervenção em situações detectadas pelo órgão de vigilância sanitária, que também é vinculado ao poder público. De que adiantam apenas diagnósticos da realidade se não são desenvolvidas ações para resolvê-las? Campos<sup>183</sup> diz sobre isso:

*Há um culto à vigilância (...) sem criatividade correspondente no tocante às ações práticas (...) Há cada vez um grau maior de especialização dos sistemas de informação. Em geral, estão sendo organizados de maneira estanque, separados das instâncias responsáveis pelo planejamento e gestão das equipes encarregadas da intervenção concreta na realidade. Separação entre coletores e analisadores de informação de quem possuiria autoridade e capacidade para intervir. Distanciamento entre informação e instâncias responsáveis pelo planejamento e administração de serviços. Fratura entre vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.*

Na instituição observada foi constatado que não há coerência ou integração das as ações entre as diversas instâncias do sistema de saúde e, portanto, não há responsabilização/cobrança de nenhuma das partes.

Acreditamos que trabalhadores, equipes, serviços, sistemas de saúde e ciência deveriam assumir um maior compromisso com a produção de saúde e com a defesa da vida e, um caminho para isso deveria ser o resgate da ética, esta no sentido definido por Foucault: “ética como estética da existência”.

Em outras palavras, se a ciência, as instituições e as pessoas – estas últimas sujeitos e representantes das primeiras - querem contribuir para a construção de um novo modelo de saúde e de uma nova humanidade, essas

<sup>182</sup> Cartesiano – referente ao modelo científico proposto por René Descartes segundo o qual se defendia a idéia de que “toda ciência é conhecimento certo e evidente”.

<sup>183</sup> CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sônia (org.) .Saúde e democracia – a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 113-124.

devem-se situar no seio da relação ética, onde o que está em jogo, em última análise, é a vida.

Como bem nos coloca Morin a ciência caracteriza-se por ser essencialmente elucidativa, enriquecedora, conquistadora e triunfante, mas traz possibilidades terríveis de subjugação; possibilidades que remetem à reflexão sobre o conhecimento que a ciência produz, as ações que determina e a sociedade que transforma. O desafio colocado pelo autor ao cientista pode se estendido a nós, profissionais da saúde:

*A necessidade, para a ciência, de se auto-estudar supõe que os cientistas queiram auto-interrogar-se, o que supõe que eles se ponham em crise, ou seja, que descubram as contradições fundamentais em que desembocam as atividades científicas modernas e, nomeadamente, as injunções contraditórias a que está submetido todo o cientista que confronte sua ética do conhecimento com sua ética cívica e humana<sup>184</sup>*

Por último, apropriamo-nos das reflexões de Leopardi<sup>185</sup>, para quem a ordem da Instituição de saúde é contrária à vida plena.

*O assentamento das ações de saúde se dá pela via da ciência e esta se preocupa com uma parte do ser humano – seu corpo biológico. Muito timidamente tem-se observado algumas tentativas de mudança, para fazer do trabalho aí realizado um serviço real ao indivíduo inteiro...(Pois) a saúde não é completa se não se atenta para a vida plena .*

Cabe a todos nós, portanto, cientistas e/ou trabalhadores de saúde, estabelecermos como princípio definidor da ciência e do trabalho a “vida plena” do ser humano, excluindo os padrões, as rotinas, os atos frios, desatenciosos e exclusivamente técnicos.

<sup>184</sup> MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. p. 35

<sup>185</sup> LEOPARDI, Maria Tereza. *A construção do conhecimento e a enfermagem – uma perspectiva ética da ciência*. Florianópolis: UFSC, s/d. (datilografado).p. 2.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentar um tema tão denso, complexo e ao mesmo tempo tão próximo do nosso cotidiano de trabalho representou, para nós, uma grande conquista.

Entretanto, temos a sensação de que este trabalho não terminou pois o desafio maior está por vir. Acreditamos que ele agora abre um espaço mais amplo para que a enfermagem e outras pessoas reflitam, analisem, e se posicionem para a ação: tomar a causa da criança e modificar essa realidade.

Muitos dados da pesquisa demonstraram a banalização do sofrimento e da experiência de quem se coloca na posição de paciente, e isto tem estreita relação com a redução da qualidade do serviço público. Mostraram também muitos dilemas éticos vividos pelos profissionais e pela pesquisadora, frente ao discurso do inevitável e a realidade do descuido, do despreparo, da submissão de uns a outros, dos rituais e procedimentos violentos porque atentam contra o direito à saúde, o respeito à dignidade, o direito de ser ouvido e considerado nas decisões sobre o próprio corpo e a vida. Mas, a função do estudo não foi de apresentar e criticar uma situação em particular. Sabemos que a situação analisada é um retrato do que tem ocorrido na área da saúde e em muitas instituições hospitalares no Brasil onde, podemos perceber, o público e os trabalhadores de saúde - bens públicos por excelência - não são valorizados. Além disso, a forma como os hospitais são organizados, como vimos, está em oposição ao ser humano e à criança, em especial.

Queremos acreditar que esta pesquisa venha, de algum modo, contribuir para um movimento de melhoria da assistência à criança

hospitalizada. Temos convicção de que essa melhoria é possível, uma vez que o principal suprimento para a realização desse desafio são os próprios trabalhadores de saúde, “seres humanos” na mais profunda essência da expressão. Pois, como tão bem disse Ângelo<sup>186</sup>, *a criança não precisa de atenção básica de saúde. Ela precisa é de atenção integral. Ela precisa de um profissional que seja capaz de examinar se ela canta, se ela brinca e no que ela pensa..*

Ao lado dos investimentos técnicos, portanto, há que se investir nos seres humanos – homens e mulheres que trabalham no hospital – e fazê-los voltar a mostrar o seu lado humano que, muitas vezes, a formalidade do espaço do cuidado institucionalizado fez adormecer.

---

<sup>186</sup> ÂNGELO, 1993. *Op. cit.* p. 130

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Sérgio. A experiência precoce da punição. In: MARTINS, José de Souza (coord.) **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1991, p. 183.

ALAJMO, Marco. Des-informação e criança brasileira. In: RIZZINI, Irene (org.). **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro : Ed. Univ. Sta Úrsula, 1996, p. 78.

ANGELO, Margareth. Hospitalização: uma experiência ameaçadora. In: STEINER, M.H.F. (org.) **Quando a criança não tem vez: violência e desamor**. São Paulo: Pioneira, 1986. P. 101-108.

\_\_\_\_\_. Saúde da criança e do adolescente, políticas e programas de saúde, aspectos técnicos, científicos e éticos. In: ANAIS do 45. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1993, Recife. **Anais...** Recife: ABEn Nacional/ Ed. Universitária da UFPE, 1993. P. 131.

\_\_\_\_\_. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. **Revista. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.19, n.3, p. 213-23, 1985.

- ARENDRT, Hannah. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de A.(orgs.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993.
- BARATA, Rita C. B. A historicidade do conceito de causa. In: **Textos de apoio epidemiológico**. Rio de Janeiro, PEC-ENSP-ABRASCO, s/d. p.13-27.
- BOGDAN, Robert C.; BIKLENS, Sari K. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto ed. , 1994.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**.3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** . Brasília: Senado Federal; Subsecretaria de Edições técnicas, 1991.
- CAMPOS, Gastão W. de Souza. Sobre la reforma de los modelos de atención: um modo mutante de fazer saúde. In: EISENSCHUTZ, Catalina (org.) **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996. P. 310.

\_\_\_\_\_. Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sônia (org.) **Saúde e democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P. 113-124.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: 4 ed. Forense Universitária, 1995. P. 71.

CAPONI, Sandra N. C. **Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica**. Florianópolis: UFSC, 1997. P. 7 (datilografado)

\_\_\_\_\_. Limites Y prioridades éticas de la asistencia de urgência. In: CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, Maria Tereza; CAPONI, Sandra N. C. (org.) **A saúde como desafio ético**. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. P. 54-72.

CARVALHO, Marta Maria Chagas. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, Marcos Cezar (org.) **História social da infância no Brasil**. São Paulo – Bragança Paulista: Cortez –USF, 1997. P. 269-287.

CLARO, Maria Tereza. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças**. Ribeirão Preto, 1993. 62p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.

- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Res. No. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética** . v. 4, n. 2, p. 15-25,1996.
- CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Res. n. 42 de 13 de outubro de 1995- Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a política de atenção integral à infância e adolescência nas áreas da saúde, educação, assistência social,, trabalho e para a garantia de direitos. **Diário oficial da União**. Brasília, Seção I, p. 16320-16322, 17/10/95.
- \_\_\_\_\_. Res. n. 41 de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. **Diário Oficial da União** . Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 17/10/95.
- COUTINHO, José Reinaldo. **A dor no túnel do tempo: ma breve história**. Cuiabá :Atalaia, 1998. P. 23-24.
- DARBYSHIRE, P. Parents, nurses and paediatric nursing: a critic review. **J. Adv. Nurs.**, n. 18, p. 1670-80, 1993.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992, p. 10.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.
- DOENTES brasileiros sentem mais dor. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 8/07/97; p. 3/1 – 3/2.
- DOMENACH, Jean-Marie. La violencia. In: JOXE, Alain (org.) **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981. P. 33-46.



ELSEN, Ingrid; PATRÍCIO, Zuleica M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagem e suas implicações para a enfermagem. In: SCHIMITZ, Edilza M. et al. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 1989. P. 169.79.

FABRO, Marcia Regina Cangiani. **O processo de formação da identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar**. Campinas: UNICAMP, 1996. 310p. Dissertação (Mestrado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Campinas, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. Violência e barbárie: o extermínio de crianças e adolescentes no Brasil. In: RIZZINI, Irene (org.) **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Ed. Univ. Santa Úrsula, 1993. P. 175

FARIA, Eliana M. **Comunicação na saúde - fim da assimetria?** Florianópolis: UFSC, 1996. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Filosofia da Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

FERREIRA, Aurélio B. Holanda. **Mini Dicionário Aurélio**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. p. 26.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, Marisa V. **Caminhos investigativos. Novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Ed. Mediação, 1996. p. 39

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. P. 103.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 4 ed. São Paulo: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1996. P. 127.

GALTUNG, Johan. Contribuição específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologias. In: JOXE, Alain (org.). **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981. p. 91-106.

GAUDERER, E. Christian – **Os direitos do paciente. Um manual de sobrevivência**. Rio de Janeiro: Record, 1991. P. 189 e 202.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.p. 39.

GIOVANI, A.M.M. et al. O cotidiano de uma unidade infantil ortopédica após o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996, São Paulo. **Anais...** S.P.: ABen – seção SP, 1996.

GIRARD, René. **A violência e o sagrado**. São Paulo: Paz e Terra - Ed.Unesp, 1990.

GUATTARI, Félix. ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2ed. Petrópolis: Vozes,1986.

HAGUETTE., Tereza M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**.3 ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

KIETZMAN, E.E. Assistência hospitalar ideal : chegando até lá. **Revista Paul. Enf.** V. 3, n.2, mar/abr. 1083.

KORCZAK, Janusz. O direito da criança ao respeito. In: DALLARI, Dalmo de A . ; KORCZAK,Janusz. **O direito da criança ao respeito**. 2ed. São Paulo: Summus, 1986, p. 88.

LEOPARDI, Maria Tereza. **A construção do conhecimento e a enfermagem - uma perspectiva ética da ciência.** Florianópolis: UFSC, s/d. (datilografado).p. 2.

LIMA, Regina A . Garcia de. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral.** Ribeirão Preto: EERP - USP, 1996. Tese (Doutorado). Curso de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996.

LINS, Joceli F. A . B de Albuquerque. **Biossegurança e a equipe de enfermagem.** Florianópolis - Cuiabá: 1998. Dissertação(Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, 1998.

LOPES, Marta Júlia M. O sexo no hospital. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (orgs) **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 104.

LOYOLA, Cristina Maria D. **Os doces corpos no hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1987. P.102.

LUNARDI, Valéria Lerch. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 73-92.jul/dez 1995, p 88.

MACHADO, Maria Helena . Trabalhadores de saúde: um bem público. **Saúde em debate.** N. 48, set/95, p. 56.

\_\_\_\_\_. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995, p. 27.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências**. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 126.

MICHAUD, Yves. **A violência**. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, Maria Cecília de Souza ; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, ciências, saúde**. Vol. IV, n.3. nov.1997/fev.1998.p. 513 a 531.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1992.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem ) - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MORAES, Maria Auxiliadora Maciel. **O legado histórico das mulheres provedoras de cuidado**. São Paulo: UNIFESP, 1998. 193p. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 1998.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. p. 35

NEIRA-HUERTA, Edélia del Pilar. Internação conjunta: critérios para decisão sobre mães poderão acompanhar seus filhos durante a hospitalização. **Revista Esc. Enf. USP.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-21, 1984.

NIGENDA, Gustavo. Asociaciones médicas y política corporativista em México: apuntes sobre algunos cambios recientes. In: MACHADO, Maria Helena (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 63.

NUNES, Everardo Duarte. Brasil: relação médico-paciente e suas determinações sociais. **Educ.Med.Salud**.V. 22, n. 2, 1988. P. 153-176.

OLIVEIRA, Manfredo A de. Ética e ciência. In: \_\_\_\_\_. **Ética e racionalidade moderna**. São Paulo: Loyola, 1993, p. 172.

PESSINI, Leocir ; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de Bioética**. 2 ed. São Paulo: Loyola, 1994. P. 33-39.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. Florianópolis: UFSC, 1998.(datilografado)

PITTA, Ana Maria F. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível**. Documento preparado para a representação do Brasil na OPS/OMS(datilografado) s/d. p. 11.

\_\_\_\_\_. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 65-66.

POLAK, Ymiracy N. S. A concepção do corpo no mundo da saúde. **Cogitare Enferm**. Curitiba.V. 1, n. 1, p. 4-9 jan/jun.1996. p. 7

PORTO, Maria Stela Grossi. A tecnologia como forma de violência. **Sociedade e Estado**. Vol.III, n. 1-2, jan./dez., 1992.p. 79.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **(Michel Foucault) Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. P. 175.

RAMALLO VERÍSSIMO, Maria de La Ó ; SIGAUD, Cecília H.S. O ser criança. In: \_\_\_\_ (orgs.) **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente** . São Paulo: EPU, 1996, p. 11.

RAMOS, Flávia Regina Souza. **Os corpos do saber: uma perspectiva ética do trabalho de enfermagem no cuidado ao adulto**. Cuiabá, 1998. (datilografado)

\_\_\_\_. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: Ed. Univers./ UFPEL, 1996.

RAMOS, Flávia R.S.; MARTINS, Cleuza R. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.4, n. 2, p. 60-72, jul/dez. 1995.

RIBEIRO, Mara Regina R. **Vivência da (in)certeza: a prática ritualística de professoras de enfermagem pediátrica**. São Paulo: EEUSP, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Pediátrica) - Curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica, Universidade de São Paulo, 1995.

RIBEIRO, Rosa L. R. **Em busca do arco-íris: relato de uma prática de enfermagem para promover a cidadania e a humanização da assistência à criança hospitalizada**. Florianópolis / Cuiabá: UFSC / UFMT. Trabalho de conclusão da disciplina Prática Assistencial de Enfermagem . Curso de Mestrado Assistência de Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal de Mato Grosso, 1997.

- RIVIERE, Claude. **Os ritos profanos**. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 30.
- ROCHA, Semíramis M,M ; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Origem da enfermagem pediátrica moderna. **Revista Esc. Enf. USP.**, v. 27, n. 1, p. 25-41, abr. 1993.
- RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro; Achiamé, 1986, p. 47.
- ROLLO, Adail de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 321-352.
- ROSSATO, Lisabelle M. ; REZENDE, Magda A. A criança com dor. In: SIGAUD, Cecília H. S. ; RAMALLO VERÍSSIMO, Maria De La Ó (org.) **Enfermagem pediátrica : o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996. P. 223-229.
- SCHMIDT, Wilhem. Foucault, Michel: da ética como estética da existência. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 93-102, jul/dez. 1995
- SCHRAIBER, Lilia B.; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.) **Saúde do adulto - programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 38.

SICHÓSKI, Demétrio et alli. **Ter que dar conta de tudo : fatores que levam o enfermeiro pediatra a afastar-se do cuidado.** Cuiabá: UFMT, 1995. Monografia (Especialização em Enfermagem Pediátrica ) - Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica Clínica e Cirúrgica, Universidade Federal de Mato Grosso, 1995.

SILVA, Alcione Leite da; ERDMANN, Alacoque L. O ritual do cuidado em “a conquista do presente.” In: REZENDE, Ana Lúcia M.; RAMOS, Flávia R. S.; PATRÍCIO, Zuleica M. (orgs.) **O fio das moiras – o afrontamento do destino no cotidiano da saúde.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1995, p. 165-166.

SILVA, Franklin Leopoldo e. Beneficência e paternalismo. **Revista Medicina – Conselho Federal**, Brasília. Dez/97. P. 8-9.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.

SOREL, Georges. **Reflexões sobre a violência.** São Paulo: Martins Fontes, 1992. (coleção tópicos).

SOUZA, Tânia V. de- **O familiar acompanhante nos bastidores da unidade de internação pediátrica.** Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1996. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão.** Campinas: Papyrus, 1994. p. 103.

TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira. **Corpo – criança hospitalizado : representações de enfermeiras.** Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1996. Monografia (Especialização)- Curso de Especialização em Enfermagem



Pediátrica, Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

THIOLLENT, Michel J. M. **Crítica metodológica – investigação social e enquete operária**. 2 ed. São Paulo: Polis, 1981.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

VILLA LOBOS, N.A.V. **A caminho da melhoria contínua do cuidado de Enfermagem Pediátrica**. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. **Serviço social e sociedade**. São Paulo: Cortez, N.55, nov., 1997

WHALEY, L. H.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, 910p.

ZALUAR, A . **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1975.

## 9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BARROS, Denise Dias. Desinstitucionalização: cidadania versus violência institucional. **Rev.Saúde em Debate**. Londrina, v.40, p. 68-75, set.1993.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: \_\_\_\_\_. **A instituição negada**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRITO, Pedro et al. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. **Educ. Méd. Salud**. V.27, n.1, p.4-31, 1993.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

CAVAZZUTTI, Tomás. Violência e sociedade. **Cadernos do CEAS**. N. 83, jan/fev.1983.

FERNANDES, Aline et al. Implantação de serviço em saúde mental por equipe multidisciplinar: CTI pediátrico do Hospital São Vicente de Paulo. **Rev.Med.H.S.V.P**. Passo Fundo, v.4,n.10, p. 12-15, 1992.

FIGUEIREDO, Mauro Teixeira de. **O avesso da violência: O movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua pela cidadania para crianças**

**e adolescentes no Brasil.** Florianópolis: UFSC, 1996. 142p.  
Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Curso de Pós-graduação  
em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

FOUCAULT, Michel. Por que hay de estudiar el poder: la cuestion del sujeito.  
**Materiales de sociologia crítica.** Barcelona: La Piqueta. S/d., p. 25-36.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso.** (trad. Laura Fraga de A. Sampaio) são Paulo:  
Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)/ Michel  
Foucault.** (trad., Andrea Daher; consultoria, Roberto Machado) Rio de  
Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

\_\_\_\_\_. **Genealogía del racismo.** Ed. Altamira. S/d. (cópia)

FREITAS, Maria Imaculada de F. A instituição como obstáculo ao prazer no  
trabalho da Enfermagem. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM,  
13, 1994, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: Aben MG, 1994.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização das  
práticas de saúde: características tecnológicas do processo de  
trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São  
Paulo; HUCITEC, Rio de Janeiro, 1994. 278p.

JASPERS, Karl. **La práctica médica em la era tecnológica.** Barcelona,  
Gedisa, 1988.

LEFÈVRE, Fernando. Direito à educação e direito à saúde no Estatuto da  
Criança e do Adolescente: da letra morta à letra viva. **Rev. Bras. Cresc.  
Des. Hum.** São Paulo, V. II, n. 1, p. 47-57, 1992.

\_\_\_\_\_. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, v. II, n. 2, p. 37-42, 1992.

LIPSI, Kathlen et al. Developmental rounds: na intervention strategy for hospitalized infants. **Pediatric Nursing.** V. 17, n. 5, p. 433-436, september/october 1991.

LUNARDI, Valéria L. A dominação do corpo pela força do olhar. **Rev. Enf. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 150-154, out. 1995.

MAFFESOLI, Michel. A ética pós moderna. **Rev. Fac. Educ.** São Paulo, v. 17, n.1, p.194-202, jun./dez. 1991.

MASETTI, Morgana M. **Solução de palhaços para almas humanas.** São Paulo, 1997. (datilografado)

MARTINS, José de Souza. **O massacre dos inocentes.** São Paulo: Hucitec, 1991.

MINAYO, Maria Cecília S. **Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde.** Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1990.

\_\_\_\_\_. Violência e saúde. In: SPÍNOLA, <sup>a</sup>W.P. ET AL (coord.) **Pesquisa social em saúde.** São Paulo: Cortez, 1992. P. 257-267.

MORAIS, Régis de. Violência, vida e civilização. In: \_\_\_\_\_. **Violência e educação.** Campinas: Papyrus, 1995. P. 15-27.

NOGUEIRA, Maria Inês. Práticas de saúde e violência institucional: reflexão teórica. In: \_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994. P.21-40.

NOVAES, Luiza H. V.S. Um novo paradigma para um novo pediatra.  
**Pediatria moderna.** v. 33, n. 5, p. 299-308, maio 1997.

NJAINÉ, Kathie et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 405-414, jul-set, 1997.

OLIVEIRA, Helena de. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada.  
**Cad. Saúde públ.,** Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 326-332, jul./set., 1993.

PAIÃO, Mara R.R.S.; GAYVA, Maria Aparecida M. **Ser pequeno X Ser humano cidadão: um estudo da percepção sobre crianças.** Cuiabá: UFMT, 1996. (datilografado)

PETERSEN, A; BUNTON, R. **Foucault, health and medicine.** London/New York: Routledge, 1997.

PHEBO, L.B.; OJEDA, E.S. Maltrato de niños y adolescentes: uma perspectiva internacional. **Bol. Ofic. Sanit. Panam.** v. 12, n. 2, p.123-137, 1996.

PITTA, Ana M.F. O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível? – documento preparado para a representação do Brasil na OPAS/OMS, s/d.(datilografado)

PORTOCARRERO, Vera (org.) **Filosofia, história e sociologia das ciências I: abordagens contemporâneas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: uma aproximação ao problema da violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito.** Florianópolis: UFSC, 1997. 143p. Tese (Doutorado em Enfermagem) –

Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

RESTREPO, Jaime Manuel. El niño hospitalizado: Otro niño maltratado.

**Arch. Arg. Pediatr.** Buenos Aires, v. 84, n. 2, p. 73-84, 1986.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **O mito da abnegação e do sacrifício no trabalho de Enfermagem.** S/d. (datilografado)

RIBEIRO, Circéia A. Sentindo o valor das experiências significativas para a aprendizagem: relato de duas situações vividas com crianças hospitalizadas. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v. (3) n. 3, p. 179-203, 1983.

\_\_\_\_\_. O efeito da utilização do brinquedo terapêutico pela enfermeira pediatra, sobre o comportamento de crianças recém-hospitalizadas.

**Rev. Esc. Enf. USP.** V. 25, n. 1, p. 41-60, abr. 1991.

RIBEIRO, Herval P. **O hospital: história e crise.** São Paulo: Cortez, 1993.

ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P. (orgs.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1994.

ROCHA, Semíramis M.M.; LIMA, Regina A .G.; SCOCHI, C.G.S. Conhecimento em enfermagem pediátrica no Brasil: estudo de livros didáticos. **Educ. Med. Salud.** V. 26, n. 4, p. 544-55, 1992.

SALDANHA, Nelson. Notas para uma teoria da violência. **Symposium R. UNICAP.** Recife, v. 29, n.2, p.9-17, 1987.

SCHMID, Wilhem. Foucault, Michel: da ética como estética da existência. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v., n.2, jul/dez 1995. P.93-102.

- SCHRAIBER, Lilia Blima. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** n. 1, p. 123-138, agosto, 1997.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. **O sujeito da educação: estudos foucaultianos.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- SUMMERS, Karen Haag. Updates & Kidbits: providing for play in the care of children. **Pediatric Nursing.** V. 17, n. 3, p. 266-267, may/june 1991.
- TESTA, Mário. “El hospital”. **Salud, problema y debate.** Buenos Aires, ano V, n. 9, p. 31-37, invierno, 1993.
- TORRES, Wilma da Costa et al. **Arch. Bras. Psic.** Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.31-6, fev, 1990.
- ZANNON, Célia M. L. C. A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. **Pediatria moderna.** v. 30, n. 7, p. 1126-1135, dez. 1994.

## **ANEXO**

### **Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**



# CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RESOLUÇÃO Nº 41, DE 13 DE OUTUBRO DE 1995

O CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, reunido em sua Vigéssima Sétima Assembléia Ordinária e considerando o disposto no Art. 3º da lei 8.242, de 12 de outubro de 1991, resolve:

I - Aprovar em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, cujo teor anexa-se ao presente ato.

II - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

NELSON JOBIM  
Presidente do Conselho

---

## DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS

1. Direito a proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer.
6. Direito a receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
8. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
9. Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
11. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
12. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.