

# ***Análise sobre atenção multiprofissional em situação de negligência com criança***

## *Analysis of multiprofessional attention in child neglect situation*

Debora Helena do Nascimento<sup>\*</sup>  
Rosana Morgado Paiva<sup>\*\*</sup>

Sabe-se que o profissional de saúde é um dos responsáveis pela identificação, acompanhamento, notificação e articulação de mecanismos de proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. O principal objetivo deste estudo é analisar a abordagem do profissional de saúde, em situações de negligência com a criança. É um estudo descritivo e interpretativo, que foi realizado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. O público-alvo são os profissionais de saúde que atuam nas enfermarias pediátricas. Entre os resultados apontados, está a falta de preparação dos profissionais com relação ao tema abordado tanto durante quanto após a graduação.

*It is known that the health care professional is the one responsible for identifying, monitoring, reporting and coordinating protection mechanisms for children and adolescents as victims of abuse. The main objective of this study is to analyze the health care professional approach in child neglect situation. It is a descriptive and interpretive study conducted at the Martagão Gesteira Institute of Pediatrics. The target audience are health care professionals who work in the pediatric wards. Among the results, the lack of professional training in the area is identified both during and after graduation.*

Palavras-chave: Violência. Negligência com a criança. Profissional de saúde.

*Key words: Violence. Child neglect. Health care professional.*

## ***1 Introdução***

A violência é uma questão de saúde pública reconhecida pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde desde 1993, pois os índices de mortalidade são vultosos. No Brasil a violência representa a 3.<sup>a</sup> causa de morte na população geral, sendo a principal responsável pela morte de brasileiros na faixa etária de 01 a 39 anos (BRASIL, 2008).

Estima-se que os custos da violência para a área de saúde consumam cerca de 3,3% do PIB brasileiro, subindo para 10,5% se incluídos os custos indiretos e as transferências de recursos para estados e municípios. Segundo Estimativa do IPEA/MPOG, o impacto da violência sobre o Sistema Único de Saúde em 2004 foi de cerca de 90 bilhões de reais (PORTAL SAÚDE, 2011).

<sup>\*</sup> Assistente Social especialista em Serviço Social em Oncologia e Mestranda em Serviço Social no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/RJ - Brasil. E-mail: deboranascimento\_80@hotmail.com

<sup>\*\*</sup> Assistente Social. Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ - Brasil. E-mail: rmorgadopaiava@hotmail.com

Segundo dados da VIVA apud Brasil (2008), dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 foram por agressões sexuais, representando 43,6% dos atendimentos. Seguido da violência sexual, estão as agressões psicológicas (37,9%) e, em terceiro lugar, a negligência ou abandono (33%).

Verificou-se ainda nos dados da VIVA apud Brasil (2008), que há mais vítimas do sexo feminino (74%), conforme observado a partir do total de 8.918 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências registradas no período de agosto de 2006 a julho de 2007.

Os manuais publicados pelo Ministério da Saúde enfocam que a atenção do profissional de saúde às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos deve propiciar à família desses sujeitos a orientação, o acompanhamento, com vistas a fortalecer a resiliência e promover atitudes protetivas, prevenindo situações de violência. Além disso, esses manuais também orientam que a atenção à saúde das crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos e das suas famílias requer uma abordagem multiprofissional.

A literatura existente argumenta que a violência deve ser assumida como questão a ser enfrentada também pelo profissional de saúde, visto que, se tratando de crianças, adolescentes e idosos, há uma orientação jurídico-legal que enfatiza a obrigatoriedade de notificar os maus-tratos cometidos contra esses segmentos vulneráveis.

Outra questão importante é sobre a inclusão no currículo acadêmico, dos profissionais de saúde, da temática da violência, visto que Pessoa (2011) argumenta que pediatras, por exemplo, apresentam uma deficiência na formação que é tanto técnica quanto emocional, favorecendo a potencialização dos fatores de risco em detrimento dos fatores de proteção.

Frente ao exposto, o estudo teve como objetivo analisar a abordagem do profissional de saúde em situações de negligência com a criança.

## ***2 Materiais e Métodos***

Foi considerada a pesquisa quantitativa-qualitativa como a mais adequada para análise do objeto em questão, vista a necessidade de apreendermos, numericamente e conceitualmente, a abordagem do profissional de saúde em situação de negligência com a criança.

A amostra de profissionais a serem abordados na pesquisa foi selecionada a partir de um percentual de 17% de um universo de 100 profissionais que atuavam nas enfermarias pediátricas, fazendo o total de 17 entrevistados.

Com vistas a caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto à formação e atuação, interpretar a concepção dos profissionais de saúde quanto à intervenção da equipe multiprofissional em situação de negligência com a criança e a abordagem dos profissionais nesses casos.

O local em que foi desenvolvida a pesquisa foi o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, localizado no município e estado do Rio de Janeiro. É um Hospital Universitário. A técnica escolhida para aplicação da pesquisa foi a entrevista aberta em profundidade. A pesquisa se desenvolveu no período de maio a setembro de 2012. A análise desenvolvida foi temática e descritiva nominal. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa sendo aprovado sob o n.º 68/11.

### ***3 Resultados***

A análise das entrevistas foi realizada a partir dos seguintes eixos: Formação e atuação em Saúde da Criança; Divisão social e técnica do trabalho e cooperação; e Trabalho profissional.

Dentre as categorias que identificamos, merecem destaque a insegurança e o despreparo quanto à abordagem em situação de negligência com a criança, que é indiferente para profissionais recém-formados e para aqueles que já possuíam de 06 a mais anos de formados.

Quanto ao tempo de formação dos profissionais entrevistados observou-se que 11 eram formados de 1 a 6 anos; 2 eram formados de 7 a 12 anos; 3 estavam formados de 13 a 20 anos e 1 profissional se formou há mais de 20 anos.

Como pode ser observado, onze profissionais entrevistados estavam formados há no máximo seis anos, cabendo ressaltar que compuseram o universo dos nossos sujeitos de pesquisa residentes médicos e multiprofissionais.

Cabe análise sobre o papel dos hospitais universitários na formação do alunado durante a graduação e na pós-graduação, tendo em vista que dos onze profissionais formados até seis anos, seis eram residentes e nitidamente pontuaram que não tinham segurança em abordar a família de crianças em situação de negligência, alegando não terem sido chamados a atuar em casos dessa natureza e/ou dizendo não saber o que fazer tendo de recorrer a outros profissionais que pudessem avaliar melhor a situação.

Os entrevistados que estavam formados há mais de sete anos, ainda que um pouco mais seguros na abordagem à família também apresentavam alguma insegurança, visto que alguns não conseguiam se identificar como aptos a abordar a família quando observada a situação de negligência com a criança.

Em relação à área de formação dos entrevistados, havia 2 profissionais de Serviço Social (uma assistente social do quadro efetivo e uma residente); 3 profissionais de Psicologia (duas psicólogas do quadro efetivo e uma residente); 2 profissionais de Nutrição (as duas nutricionistas do quadro efetivo); 5 profissionais de Enfermagem (dois técnicos, duas enfermeiras e uma residente); 3 profissionais de Medicina (uma médica e duas residentes); 2 profissionais de Fisioterapia (um fisioterapeuta do quadro efetivo e uma residente).

Das treze profissões de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução n.º 218/97, fizeram parte do nosso estudo seis profissões discriminadas a seguir: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, Medicina e Fisioterapia.

O tema de estudo é eminentemente multiprofissional por compreender as diferentes dimensões do cuidado em saúde, tendo em vista que a negligência com a criança independe da condição de classe social, do grau de instrução dos pais e/ou responsáveis, do sexo, da etnia, da raça entre outros.

Isso pode ser mais bem identificado ao trazermos para discussão o conceito de negligência definido por Brasil (2010, p. 34):

Caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes.

Tomando como referência a definição acima é que julgamos pertinente incluir sete profissões de saúde no estudo, com destaque para a inclusão de profissionais de enfermagem, do nível técnico inclusive, pois entendemos que assistência à saúde da criança em situação de negligência é de competência da equipe de saúde como um todo.

Os profissionais de saúde, independente da formação superior e/ou de nível técnico apresentaram um discurso pautado na técnica. O conteúdo da relação com a família da criança em situação de negligência foi marcado como algo delegado a profissionais das categorias de Serviço Social e Psicologia, pois, na maioria dos discursos analisados, a técnica foi identificada como o cuidado mais adequado, tendo em vista as dúvidas da maioria dos profissionais que participaram da pesquisa quanto a seu papel nesse lugar da abordagem à família da criança em situação de negligência e sobre as condições emocionais e profissionais (demarcaram insegurança, despreparo, desconhecimento) para realizar essa abordagem.

Os dados coletados na pesquisa quanto ao tempo de atuação na área de saúde da criança revelou que 10 profissionais atuavam de 1 a 6 anos nesta área; 4 profissionais atuavam de 7 a 14 anos; 1 profissional atuava de 15 a 21 anos e 2 profissionais atuavam há mais de 22 anos.

Ao relacionarmos os dados referentes ao tempo de formado e ao tempo de atuação na área de saúde da criança, identificamos que o quantitativo de profissionais é igual. Logo, consideramos que inclusão dos residentes multiprofissionais e de medicina na pesquisa revela que é importante considerarmos a inserção e atuação do profissional de saúde desde o momento do estágio supervisionado, visto que os residentes consideraram o estágio um período de atuação na área de saúde da criança.

Martinelli (2002) reconhece o espaço do estágio como uma relação de troca entre dois sujeitos, o estagiário e o supervisor, no qual ambos estão aprendendo e ensinando mutuamente um ao outro. Sob a perspectiva da referida autora, é no período

de estágio, que os futuros profissionais entram em contato com a realidade interventiva da sua categoria profissional.

Nesse sentido, o estágio e a residência devem proporcionar aos que se encontram em formação inicial ou continuada, a possibilidade de encontro com os sujeitos e familiares que demandam seu atendimento. Em função desse encontro do acadêmico e/ou residente com os sujeitos que demandam seu atendimento, abre-se a possibilidade para enfrentar a insegurança dos profissionais de saúde em abordar famílias de crianças em situação de negligência, desde a graduação, com auxílio dos supervisores e preceptores de campo.

Campos (1999) argumenta que a estrutura dos hospitais universitários não favorece o ensino da clínica integral, por compartimentalizar o ensino médico (analisado por ele) em inúmeras especialidades. Para ele, o ideal seria expandir o espaço do ensino de modo a criar oportunidade de os alunos terem vivência em diferentes espaços nos quais se produzem práticas em saúde durante a graduação em medicina, psicologia, enfermagem, fisioterapia entre outras especialidades.

Quanto à capacitação continuada dos profissionais de saúde, os dados coletados na pesquisa demonstraram que 2 profissionais haviam feito especialização *stricto sensu* e *lato sensu*; 11 profissionais fizeram especialização *lato sensu* e cursos de atualização e 4 profissionais realizaram cursos de atualização/aperfeiçoamento.

Observa-se que, entre os participantes do estudo, há um significativo interesse por qualificação, mas ele não é acompanhado da necessidade de explorar campos dos quais não possuem domínio, como a temática da violência doméstica e maus-tratos, pois, ao considerarmos que a maioria dos entrevistados buscou realizar cursos de especialização e atualização, direcionados a sua técnica e pouco voltados a temas multiprofissionais como a violência, por exemplo, identificamos que o saber técnico na formação em saúde é supervalorizado em detrimento do saber multiprofissional.

A formação dos profissionais de saúde deve ser um elemento importante para gerar atitudes preventivas nas famílias, assim como para que eles se sintam mais seguros na abordagem das famílias cujas crianças se encontram em situação de negligência, pois autores como Pessoa (2011) e Minayo (2004) constatam a inexistência da inclusão do tema da violência na grade curricular das profissões de saúde.

Considerando que é esperado que esses profissionais atuem como facilitadores da prevenção da violência, a falta de preparação continuada se mostra no cenário como um empecilho ao alcance desse objetivo, contido na linha de cuidado para atenção à saúde de crianças e adolescentes e de suas famílias, em situação de violência.

Segundo os dados coletados na pesquisa, os subsídios fornecidos pela educação na graduação e na continuada quanto à abordagem em violência doméstica eram: 6 profissionais relataram que os cursos ofereceram subsídios à intervenção em casos de violência doméstica; 10 profissionais relataram que os cursos não forneceram subsídios para intervir em tais situações e 1 profissional relatou que os cursos que fez ofereceram alguma contribuição.

Minayo (2004) apresenta crítica a uma tentativa de superespecialização dos recursos humanos em saúde, debate interessante, visto que os entrevistados possuíam nível de qualificação e capacitação considerável, que não se revelou em subsídios para a abordagem em situações de negligência com a criança. Pelo contrário, dez entrevistados consideraram que os cursos realizados até aquele momento não haviam oferecido subsídios para intervir nesses casos e sim para sua parte técnica.

Devido à crescente acumulação de conhecimentos e, como consequência, a necessidade de atualização constante do profissional de saúde, torna-se indispensável um processo de formação contínua que vise não somente a aquisição de habilidades técnicas, mas também o desenvolvimento de suas potencialidades no mundo do trabalho e no seu meio social. (PEREIRA, 2003, p. 1528)

A atenção interdisciplinar recebe maior relevo na dinâmica do hospital universitário, devido à articulação entre ensino, pesquisa e assistência em saúde e às implicações trazidas pelos múltiplos e crescentes desafios do contexto socioeconômico e político.

Em relação à necessidade de capacitação em violência doméstica, os dados da pesquisa revelaram que 14 profissionais consideram necessário ter capacitação para intervir nos casos de violência doméstica; 2 profissionais consideram interessante ter capacitação para essa finalidade e 1 profissional considera aconselhável ter capacitação para intervir em casos de violência doméstica.

Os profissionais de saúde identificam que seria necessário haver capacitação para atuar com a temática da violência doméstica, mas, como discutido, eles não empreenderam esforços pessoais para se qualificarem quanto a temas multiprofissionais, priorizando a formação estrita à técnica de suas áreas de formação. O reconhecimento da necessidade da capacitação quanto ao tema traz à discussão questões para pensarmos a respeito, do compromisso que os hospitais universitários têm com a assistência à saúde dos usuários e com a formação de seus próprios recursos humanos.

Ao considerar isso, algumas questões devem ser pensadas quanto à formação continuada dos profissionais de saúde, tendo em vista que eles possuem jornadas de trabalho extensas, dados os plantões e duplos vínculos, além da impossibilidade de alguns arcarem com os custos de sua formação continuada, entre outros, existe a necessidade de os hospitais universitários oferecerem aos profissionais de saúde cursos de capacitação, dentro das próprias unidades, sobre os temas multiprofissionais, visto que a pesquisa revelou que a procura pela capacitação estrita à área de formação é interessante.

Outra possibilidade seria incluir nos cursos de pós-graduação existentes, como as residências multiprofissionais e médica, aulas ministradas pelos próprios alunos sob a orientação do preceptor ou coordenador de área, sobre temas multiprofissionais e até mesmo específicos de cada categoria profissional, para que a troca de saberes entre as diferentes profissões de saúde circulasse entre os alunos em formação continuada e seus pares.

#### ***4 A convivência entre o método e a dialética no atendimento em casos de suspeita de negligência com a criança***

Identificamos que a intervenção dos profissionais em situações de suspeita de negligência com a criança é pautada em três pilares: o fazer técnico da sua profissão, o contato com a família, a comunicação a profissionais de Serviço Social.

O Fisioterapeuta entrevistado afirmou: “Já aconteceu de ter sido chamado umas 3 vezes para intervir nessas situações. Faço minha parte técnica. É muito delicado abordar a família. Não sei como lidar! Não sei se devo intervir! Não sei como intervir!” (informação verbal).

A Residente de Serviço Social afirmou sobre a questão: “A demanda é apresentada pela equipe médica ou pela entrevista social, converso com a família e se tiver alguma suspeita de negligência converso com a equipe e depois vejo quais providências serão tomadas”. (informação verbal).

De acordo com a Enfermeira:

Primeiro contato eu vou chamar atenção para a criança, vou ver se a criança está precisando de cuidados, segundo após examinar a criança entro em contato com o Serviço Social do Hospital que vai ajudar a conduzir esse tipo de coisa. Ai a gente entra na assistência de Enfermagem (informação verbal).

Segundo a Residente de Medicina, do 1.º ano: “Chamo o Serviço Social, a assistente social. A princípio tento manter a criança sob o cuidado do hospital e chamo alguém que saiba lidar com a situação” (informação verbal).

Analisando as falas dos entrevistados, observa-se que no cotidiano do trabalho em saúde as ações são pautadas na observação, no levantamento de várias hipóteses e na conclusão, mesmo que essas etapas não sejam claramente apropriadas pelo profissional.

De acordo com o Técnico de Enfermagem: “Observo, colho o relato de como a criança chegou à enfermaria e observo o comportamento da mãe com o filho ao longo da internação” (informação verbal).

A Psicóloga afirmou: “Primeiro colho a história, chamo outras pessoas da rede familiar para observar as diferentes versões e chegar a uma conclusão, antes de julgar”. (informação verbal).

Contrapondo-se a isso, outros profissionais, mais precisamente nove, identificam a intervenção em casos de suspeita de negligência com a criança como uma ação que requer o trabalho em equipe, o envolvimento de pelo menos dois profissionais de diferentes categorias.

Conforme a Médica: “Tento fazer contato com mais pessoas, reunir a equipe multidisciplinar e abordar a família sempre em conjunto” (informação verbal).

Segundo a Assistente Social: “Realiza a entrevista com a mãe da criança e trabalha com a Psicologia porque há muitas coisas que são faladas pela criança e seu responsável

para esse profissional e não é para o assistente social e vice-versa” (informação verbal).

A Residente de Fisioterapia, do 2.º ano, afirmou: “Chamaria a equipe multiprofissional e daria um jeitinho em grupo” (informação verbal).

No que tange às formas escolhidas para conduzir a intervenção em casos de suspeita de negligência com a criança, podemos identificar que o campo da saúde, em especial a saúde da criança e do adolescente, contrapõe a superespecialização e interdisciplinaridade.

Considerando que a violência é um tema multiprofissional por excelência, indagamos se o método em si para atenção à negligência com a criança não é capaz de responder a todas as questões que atravessam a abordagem da família, visto que muitas vezes a falta e/ou omissão do cuidado material, emocional e educacional são próprios dos modos de vida repassados por geração. Ou seja, o cuidado requer que aquele pai e aquela mãe tenham experimentado a atenção quando criança e tenham condições socioeconômicas e culturais para exercê-lo. Nesse sentido um dos entrevistados faz essa colocação como veremos:

Lembro que algumas situações são tratadas como negligência, mas na verdade são questões de falta de recursos da família tanto materiais quanto intelectuais/culturais. Vejo que o trabalho tem que ser na família, pois é muito fácil falar que a família tá negligenciando que vai notificar e deixar por isso mesmo (RESIDENTE DE PSICOLOGIA DO SEGUNDO ANO – informação verbal).

Destacamos que três profissionais apresentaram, em seus discursos, o recurso aos profissionais de Serviço Social, como estratégia primaz de intervenção em situações de negligência com a criança. Ao refletir sobre este dado nos questionamos se a estratégia adotada pelos profissionais é decorrente de uma identificação dos assistentes sociais como os operadores da mediação entre equipe de saúde–família– órgãos de proteção ou despreparo dos profissionais para abordar a família e estabelecer os contatos necessários com os órgãos de proteção à infância, especialmente o conselho tutelar:

A rigor, o que realizamos na área dos cuidados guarda profunda relação com as políticas, com a produção de conhecimentos, enfim com o conjunto das áreas. Portanto, não é exagero afirmar que o Serviço Social permeia a estrutura organizacional como um todo, participando da malha de interações que se processa no contexto hospitalar. (MARTINELLI, 2002, p. 7).

Outra questão posta para discussão é o reconhecimento dos profissionais de Serviço Social como mediadores das relações entre os demais profissionais e a família, além da interação instituição–família–órgãos de proteção à infância.

Considerando que os assistentes sociais possuem uma formação generalista, atravessada por conteúdos que possibilitam o conhecimento de diferentes políticas sociais e como o social ainda é relegado como o trabalho de menor prestígio, a aproximação dos

demais profissionais, talvez inconscientemente, é conduzida para o não reconhecimento das questões sociais que perpassam à assistência em saúde, sendo atribuído quase que exclusivamente ao assistente social o trato dessas questões, pela vinculação do objeto da sua intervenção com o cuidado dessas crianças em situação de risco e vulnerabilidade social.

## ***5 O reconhecimento da eficiência e o recurso ao ambulatório da família como suporte à equipe multiprofissional***

Observamos no discurso dos profissionais de saúde entrevistados que o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, no local de referência do estudo, possui reconhecimento e é valorizado por eles, como exemplificam os seguintes discursos:

Existe uma atuação que ela é efetiva e eficaz, ela realmente identifica o problema, propõe uma intervenção e essa intervenção é colocada em prática. Quanto à solução, se é a mais adequada ou não, eu realmente não sei dizer. É identificado o problema, são propostas estratégias de intervenção para solucionar e são implementadas e é feita a coisa, é posto em prática. Agora, obviamente é tudo feito para que seja da forma menos trágica. (FISIOTERAPEUTA – informação verbal)

Que considera boa, pois a criança passa pela triagem e é examinada pelo médico que faz a pesquisa, o levantamento e depois conversando com o enfermeiro e tal, os médicos passam a terapêutica a ser realizada pelo profissional de enfermagem. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM – informação verbal)

De acordo com a nutricionista entrevistada: “É importante, pois cada um vai atuar na sua área e ajudar na sua área e identificar os erros”. (informação verbal)

Os discursos acima demonstram que a valorização do trabalho multiprofissional pelos profissionais é central, mas que a manutenção da especificidade de cada profissão também é um elemento presente no cotidiano da prática da assistência à saúde de crianças com suspeita de negligência.

Follari (1995) reconhece como desafio interdisciplinar, no presente, a compreensão de que se faz necessário valorizar o conhecimento específico e prévio como componente necessário à ação interdisciplinar e que a interdisciplinaridade não pressupõe a negação das disciplinas.

Todavia, o reconhecimento da especificidade não limita a atenção multiprofissional, pelo contrário é reconhecida pelos profissionais como “fundamental”, “importante”, “bastante importante”, para trazer diferentes visões a respeito da situação de saúde da criança.

O reconhecimento do trabalho multiprofissional, pelos profissionais, no cotidiano do cuidado à saúde da criança, traz à tona o reconhecimento do saber

do outro profissional, de diferente categoria, para abordar questões complexas como maus-tratos, a própria interface das diferentes configurações familiares, com as questões relacionadas aos modos de criar, educar, cuidar das crianças, como podemos verificar nos discursos abaixo.

Conforme assistente social: “[...] Nesse conjunto de pensadores, um vai trocando com o outro e a gente consegue realmente concluir, fechar e na maioria das vezes eu vejo que a criança sai daqui protegida realmente”. (informação verbal)

Segundo a médica entrevistada:

A abordagem é até satisfatória, a gente consegue reunir bem os profissionais da Psicologia, do Serviço Social, em algumas situações se necessário a gente chama os profissionais da Pediatria, eu já vi isso acontecer e o ambulatório da família também dá um bom apoio quando necessário [...]. (informação verbal)

Follari (1995) argumenta que definir previamente os papéis nos grupos de trabalho colabora para evitar equívocos, visto que o trabalho interdisciplinar prevê que seja colocado em debate o saber de cada profissão e que cada profissional esteja aberto para aprender com outros saberes, mas sem perder de vista sua especificidade.

Os profissionais de saúde reconhecem que o trabalho multiprofissional requer, em alguns casos, a intervenção e/ou auxílio de um elemento externo para ajudá-los a identificar estratégias de trabalho com a família e com a própria criança e diminuir as tensões que a assistência na enfermaria impõe, visto o dinamismo dos acontecimentos naquele espaço de atenção à saúde.

A residente de Serviço Social do 2.º ano afirmou na entrevista:

[...], atuar em equipe multiprofissional é sempre difícil e complicado. Avalio que para lidar com isso de uma forma melhor existe o ambulatório da família que auxilia a equipe quando são detectados alguns casos de negligências mais graves ou então contactam o conselho tutelar. (informação verbal)

Segundo residente de Enfermagem do 2.º ano: “Há uma estrutura para o atendimento, um ambulatório da família, a equipe multiprofissional atua”. (informação verbal).

A residente de Psicologia do 2.º ano, entrevistada, declarou: “Acha boa, que as pessoas se mobilizam de alguma forma e tem um ambulatório, tem profissionais que estão capacitados, que estudam, que estão direcionados à pesquisa”. (informação verbal)

Outra questão importante, constatada nos discursos de alguns profissionais, é referente à ampliação do protocolo de atendimento e assistência em casos de suspeita de negligência com a criança para além do ambulatório especializado, visto que o hospital é composto de outros ambulatórios de diferentes especialidades, pela emergência e pelas enfermarias.

[...]. Mas, acredito também que a gente poderia melhorar, poderia ter protocolos mais bem definidos, fluxos mais bem definidos para esse tipo de abordagem no momento em que não tenha a equipe toda. É satisfatória, mas eu acho que precisa melhorar. (Médica – informação verbal)

A Residente de Enfermagem, do 2.º ano, colocou: “Mas, via isso mais no ambulatório, porque na enfermaria não via muito isso não”. (informação verbal)

A Residente de Psicologia, do 2.º ano, afirmou: “Mas, acho que deveria se estender a todos os profissionais e todos os ambulatórios. Poderia melhorar”. (informação verbal)

O exposto demonstra que o ambulatório da família é reconhecido como um recurso externo à relação do profissional com a família da criança em situação de negligência. Na visão dos profissionais que intervêm nas enfermarias, o ambulatório da família é reconhecido como recurso para compartilhar e dividir as angústias e inseguranças frente às demandas de maus-tratos contra crianças, definindo, informalmente, o ambulatório da família como o local privilegiado para o atendimento dos casos de maus-tratos com crianças e isentando-se de estabelecer protocolos de atenção aos referidos casos nos demais setores da unidade hospitalar.

## ***6 A perspectiva do profissional de saúde sobre o cuidado da família com a criança***

Identificamos através do estudo que o profissional de saúde tem conhecimento dos possíveis sinais de negligência no cuidado com a criança. Entretanto, alguns profissionais ainda apresentam uma visão conservadora em relação à falta de acompanhante, durante a internação, e sobre os hábitos familiares (modos de vestir, as demonstrações de afeto, modos alimentares). Como exemplificam as falas a seguir:

A Psicóloga afirmou: “O modo de lidar, por exemplo, má adesão ao tratamento, higiene, deixar a criança solta na rua até tarde, não monitorar, aquelas coisas de mãe” (informação verbal).

De acordo com o Técnico de Enfermagem:

O comportamento mãe e filho, se a mãe tem atenção, se deixa o filho largado ou fica lá embaixo bastante tempo, vem o lanche e a mãe não dá ou a mãe está nem aí quando vem o lanche não faz questão de acordar o filho e o deixa dormindo até mais tarde (informação verbal).

Contudo, faz-se necessário esclarecermos que poucos foram os profissionais que trouxeram em seus discursos a identificação de um elemento importante na avaliação da negligência que é a cronicidade, ou seja, *“deve-se observar a ocorrência reiterada e contínua de algum indicador para determinar um caso como negligente”* (GUIA, 2005).

## Segundo Fisioterapeuta:

A presença de assaduras extensas, a questão de falta de higiene também, não troca a fralda, a criança vem suja, não são coisas pontuais e a questão da higiene pessoal, a criança chega com cheiro de urina, suja, marcas roxas isso não é comum, para a gente o que chama mais atenção talvez o comportamento das crianças mais arredias (informação verbal).

## A Residente de Serviço Social, do 2.º ano, afirmou:

Geralmente são: se a mãe ou responsável não está trazendo a criança para o tratamento, se está faltando as consultas, a falta de higiene, a gente vê mais pela frequência dessa criança no ambulatório (informação verbal).

## Conforme a Residente de Fisioterapia, do 2.º ano:

Lesões pelo corpo, manchas, hematomas. No atendimento de ambulatório o que chama atenção é porque a criança não comparece a nenhuma consulta. Diz que procura saber se foi intencional (informação verbal).

Na análise das entrevistas observamos que três profissionais se referiram às lesões no corpo da criança como um sinal importante para diagnosticar a negligência. Esses profissionais fizeram outras associações como a falta de higiene, a falta às consultas e sinais emocionais apresentados pela criança durante a abordagem clínica.

A falta de acompanhante tanto nos horários das refeições quanto para monitorar os horários de medicações, dar banho, entre outros, foi apontada por quatro profissionais como um elemento importante para o diagnóstico de negligência com a criança. Desses profissionais pelo menos três identificaram na figura materna o papel de acompanhante legítimo, o que constata que no imaginário social o cuidado ainda está associado à mulher.

## A Residente de Enfermagem, do 2.º ano, colocou:

Criança suja, que a mãe não dá banho, que a mãe não alimenta, deixa largada, que sai para fumar o dia inteiro, que deixa sozinha no leito o dia inteiro. Criança que a mãe não dá os medicamentos, não cuida, não traz ao médico. (informação verbal)

## Segundo a Residente de Medicina, do 1.º ano:

Aqui na enfermaria eu acho que é a mãe sair demais, não dá atenção, não estar atenta às medicações que a criança está fazendo, por exemplo, uma macro, uma nebulização, os horários da medicação, o jeito que a mãe trata se tem carinho (informação verbal).

Questões referentes ao gênero perpassam o cuidado de pais com filhos trazendo a dificuldade de o homem assumir e compartilhar com a mulher os cuidados com os filhos e isso é perpetuado na sociedade que não consegue identificá-lo como cuidador em potencial.

Quanto à questão do acompanhante, é necessário lembrarmos que esse é um direito da criança e do adolescente e não uma obrigação dos pais e/ou responsáveis. Visto isso, temos que trabalhar durante o processo de formação dos profissionais de saúde que o estímulo ao acompanhamento de pais ou responsáveis deve ser incentivado por todos os profissionais, contudo sem o julgamento moral daqueles que porventura não puderem acompanhar seus filhos e/ou dependentes.

A questão da permanência do acompanhante na internação da criança tem atravessamentos nas relações de trabalho daqueles sujeitos e nas relações familiares fora do ambiente hospitalar, apesar do que está definido no Estatuto da Criança e do Adolescente, no art. 12:

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.

Não há respaldo, na Consolidação das Leis Trabalhistas brasileira, para que os pais ou o responsável permaneça de forma integral nesse acompanhamento e tendo em vista que não são todas as famílias que podem contar com uma boa rede de apoio familiar, temos que ter cuidado ao julgar as famílias que não podem acompanhar com frequência a criança durante a internação.

Outra questão relevante a respeito da perspectiva de cuidado que os profissionais de saúde têm em relação à família é quanto ao direcionamento do cuidado da criança como função da mãe. Compreender isso é fundamental quando discutimos cuidado, uma vez que o cuidado da criança pode e deve ser realizado pelos pais de forma compartilhada.

A permanência, contudo, em nossos dias, da idealização dos papéis de provedor, cuidadora e protegidos, atribuídos ao homem/pai, à mulher/mãe e a(o)s crianças/filhos/as, ainda se mostram fortemente presentes, contribuindo para subsidiar a ideia de que relações sociais familiares comportam “permanências e mudanças” (Morgado, 2001, p. 203)

Quando culpabilizamos a mãe pela falta de cuidado ou por cuidados inadequados, esquecemos que a criança possui um pai também e que este é tão responsável pelo cuidado quanto à mãe e acabamos por reproduzir um preconceito de gênero que estabelece que o lugar do homem é na rua e o da mulher em casa, além disso que o cuidado é característico da mulher enquanto ao homem caberia a manutenção/sustento da casa. Entretanto, vivemos uma época em que esses padrões se inverteram e hoje é

natural que homens cuidem de seus filhos e mulheres chefiem famílias. Logo, todo cuidado em abordar as famílias se faz necessário.

Outro elemento apresentado por dois profissionais de saúde, para o diagnóstico da negligência, na perspectiva deles, são os sinais de sujeira, que apareceram associados à relação da criança com a família e a falta do monitoramento dos horários e cuidados da criança pela mãe.

Quanto aos hábitos familiares, é necessário identificarmos que eles são socialmente produzidos, uma vez que cada sujeito encontra-se inserido em um determinado modo de socialização cultural, social, econômica e política, inclusive, em uma mesma região, cidade, estado e país.

Ao considerarmos as múltiplas influências de socialização dos sujeitos é no cotidiano do trabalho que encontraremos pessoas com formas de estabelecer o cuidado para com os seus, possivelmente, diferente daquele de nossa referência.

## ***7 A relação do profissional de saúde da criança com os órgãos de proteção à infância***

Para iluminar a discussão realizada até o momento, proponho discutir os dados coletados na pesquisa quanto à articulação dos profissionais de saúde com os órgãos de proteção à infância, os quais foram: 11 profissionais que não tinham nenhum tipo de articulação com o conselho tutelar; 2 profissionais tinham articulação com o conselho tutelar; 2 profissionais tinham alguma experiência de articulação com o conselho tutelar; 1 profissional com experiência de articulação com conselho tutelar em outro estado e 1 profissional que teve um único contato com o conselho tutelar.

Os dados coletados na pesquisa demonstram a existência, assim que informal, de um protocolo de atendimento de crianças em situação de negligência, no qual os assistentes sociais são reconhecidos como agentes responsáveis pela atenção aos casos e acompanhamento dos desdobramentos dos mesmos.

No entanto, o privilegiamento de uma categoria profissional, no caso o Serviço Social, na atenção à situação de negligência com criança suscita algumas ponderações: primeiro, ao privilegiar o atendimento dessa demanda a uma categoria profissional incorre na possibilidade de não identificação dos casos na sua totalidade institucional, ou seja, essa situação favorece a subnotificação por falta de conhecimento da demanda que pode não chegar aos cuidados dos assistentes sociais; segundo, o encaminhamento das famílias com crianças em situação de negligência ao Serviço Social favorece uma concepção punitiva dessas famílias, quando na realidade, a ação dos profissionais de saúde deve ter como prioridade a prevenção dos maus-tratos e; terceiro, a legislação de proteção da infância e adolescência reconhece como atribuição da sociedade em geral, a denúncia de casos de maus-tratos contra o segmento em questão.

A Lei n.º 8.069/90 – que define o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – prevê no art. 5.º:

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Considerando o previsto em lei, é preocupante identificarmos que onze profissionais de saúde não tiveram nenhum tipo de articulação com o conselho tutelar, visto que os casos de violência e maus-tratos contra crianças, em algum momento, são avaliados por eles.

Além disso, outra questão importante é com a ética profissional, uma vez que cada um de nós assumiu um compromisso com a sociedade no sentido de prestar a assistência qualificada àqueles que dependem dos nossos serviços e, à proporção que nos furtamos de acionar o conselho tutelar, estamos descumprindo o compromisso assumido.

No art. 13 da Lei n.º 8069/90 – ECA, consta a obrigatoriedade da notificação ao conselho tutelar em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Logo, quando o profissional de saúde observa alguma situação de maus-tratos contra esse segmento, deve notificá-la ao conselho tutelar com vistas a oferecer proteção a essas crianças.

Segundo Gonçalves e Ferreira apud Monteiro (2010), a notificação é um importante instrumento no combate à violência por oferecer benefícios aos casos individuais e ser um elemento de controle epidemiológico.

É flagrante que a falta de articulação dos profissionais de saúde, como demonstra a pesquisa, incorre no risco da subnotificação das formas de violência contra crianças e adolescentes.

Monteiro (2010, p. 491) ressalta que a notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes não é algo simples, pois se deve considerar a precarização na formação dos profissionais de saúde, que leva ao desconhecimento de conteúdos específicos para intervir com a temática e à incerteza para agir frente ao problema nas unidades de saúde.

É necessário compreender a notificação como um instrumento de proteção da criança e do adolescente, visto que o conselho tutelar irá tomar as providências cabíveis e acolher essa família e criança, provendo serviços, orientação e acompanhamento, inclusão em programas etc., com vistas a tornar essa família mais protetiva e/ou assegurar o direito da criança ao desenvolvimento saudável em instituições de acolhimento institucional e programas de acolhimento familiar até que seja possível a reintegração à sua família de origem.

## 8 Conclusões

O estudo em tela trouxe algumas reflexões interessantes para organização da ação multiprofissional na atenção a crianças em situação de negligência.

Identificamos que a formação em saúde está voltada para a superespecialização na área de competência técnica de cada profissional, tratando pouco as questões interdisciplinares e multiprofissionais que atravessam o agir em saúde.

Também constatamos, pela pesquisa, que o investimento no interesse particular de cada profissional é direcionado à superespecialização na sua área de formação. As questões generalistas têm menos vulto na busca pela qualificação continuada.

Essa questão traz, como apontamento, a necessidade de as instituições de saúde investirem em programas de formação continuada, voltados a temas multiprofissionais, como forma de atender às exigências que o cotidiano do atendimento em saúde demanda, incentivando mais investimentos do governo a cursos de pós-graduação *lato sensu* voltados à formação multiprofissional, como estratégia de diminuição dessa visão mecanicista sobre atenção em saúde.

A formação em saúde, nesta pesquisa, foi identificada como elemento de atenção do governo, considerando que os profissionais apontaram a ausência de temas voltados para a atenção multiprofissional em saúde, por exemplo, a violência, como essencial para oferecer-lhes conteúdo para reconhecimento dessas questões, bem como favorecer a articulação de conhecimentos de diferentes profissões, visto que a formação superior e técnica hoje é pautada na divisão do conhecimento e não na integração dele.

A pesquisa ainda possibilitou identificarmos que apesar de conhecerem os sinais característicos de negligência, os profissionais de saúde apresentam pouca articulação com os órgãos de proteção à infância e à adolescência, por isso recorrem aos profissionais de Serviço Social para mediar essa articulação com esses órgãos. O que suscitou algumas questões como: a possibilidade de baixa identificação desse tipo de maus-tratos; a subnotificação, uma vez que a articulação com os órgãos de proteção da infância e da adolescência está direcionada a uma única categoria profissional; e a dimensão coercitiva que ganha o encaminhamento das famílias com crianças em situação de negligência para atendimento pelo Serviço Social.

## Referências

BRASIL. *Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente, Rio de Janeiro: Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 218 de 06 de março de 1997*. Regulamentação das Profissões de Saúde, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de*

*crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*. Brasília, 2010. Orientação para gestores e profissionais de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS: prevenção de violências e cultura de paz*. Brasília, v. 3, n. 5, nov. 2008.

DELFINO, V. et al. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, n. 14, p. 38-46, 2005. Edição especial.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, dez. 2000.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 173-180.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev. ABENO*, v. 3, n. 2, jan./dez. 2003.

FOLLARI, R. A. Interdisciplina e dialética: sobre um mal-entendido. In.: JANISCH, A. P.; BIANCHETTI, L. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GUIA de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria; Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Pública; Escola Nacional de Saúde Pública; Secretaria de Estado dos Direitos Humanos; Ministério da Justiça. 3. ed. Rio de Janeiro. jun. 2005.

MARTINELLI, M. L. Serviço social em hospital: escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *Serviço Social & Comunidade*, Campinas, SP, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2002.

MINAYO, C. DE S. (Org.); *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um tema que a realidade social impõe à atenção médica. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, v. 1, n. 1, set./dez. 2004.

MONTEIRO, F. de O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 103, jul./set. 2010.

MORGADO, R. Família(s) e relações de gênero. *Praia Vermelha*, n. 5, 2. sem. 2001.

NEVES, A. S; ROMANELLI, G. A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. *Estudo de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 3, jul./set. 2006.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PESSOA, J. H. L. Os pediatras e os maus-tratos na infância e na adolescência. *Rev. Paul Pediatr.*, v. 29, n. 2, p. 136-137. 2011.

SALIBA, O et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de

casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, jun. 2007.

SILVA, C. C. da. Contextualizando a questão da violência no âmbito familiar. In: BARROS, N. V; SOCHACZEWSKI, J. (Org.). *Violência: múltiplas abordagens*. Niterói: UFF, 1999. p. 89-90.

*Artigo recebido em: 24 out. 2014*

*Aceito para publicação em: 25 fev. 2015*