

JULIANE PORTELLA RIBEIRO

**ACESSO E RESOLUTIVIDADE: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE
PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR**

RIO GRANDE

2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ACESSO E RESOLUTIVIDADE: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE
PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR**

JULIANE PORTELLA RIBEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a MARA REGINA SANTOS DA SILVA

RIO GRANDE

2011

R484a Ribeiro, Juliane Portella
Acesso e resolatividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar / Juliane Portella Ribeiro. – 2011.

99 f.

Orientadora: Mara Regina Santos da Silva
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2011.

1. Enfermagem. 2. Saúde da família. 3. Serviços de saúde.
4. Saúde pública. Título. II. Silva, Mara Regina Santos da

CDU: 616-083:614

**ACESSO E RESOLUTIVIDADE: SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE
PROTEÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR**

JULIANE PORTELLA RIBEIRO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

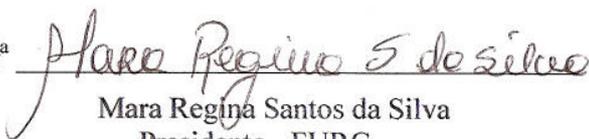
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada sua versão final em 1º de março de 2011 atendendo as normas legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Enfermagem e Saúde.



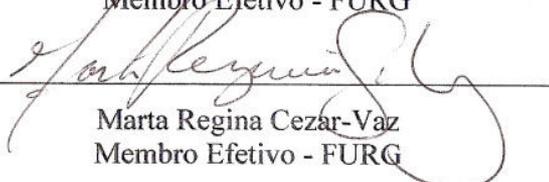
Prof^a. Dr^a Helena Heidtmann Vaghetti
(Coordenadora do Programa)

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a 
Mara Regina Santos da Silva
Presidente - FURG

Prof^a. Dr^a 
Ceres Braga Arejano
Membro - Secretaria Municipal da Saúde

Prof^a. Dr^a 
Adriane M. Netto de Oliveira
Membro Efetivo - FURG

Prof^a. Dr^a 
Marta Regina Cezar-Vaz
Membro Efetivo - FURG

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, por suas bênçãos, pela oportunidade de aprender e evoluir, por iluminar meu caminho e me dar forças para seguir em frente.

Agradeço aos meus amados pais, Cleber e Sônia, pela força, pela educação de base para minha vida, apoio nos meus estudos, e por me incentivarem a buscar os meus sonhos. Vocês são os meus exemplos!

Às minhas irmãs Francine e Jessica, pela constante compreensão, pela força, pelos dias e noites que necessitei de silêncio para estudar.

Ao meu noivo Alex, por ser iluminado, um grande companheiro, por trazer-me um intenso carisma e compreender minhas ausências.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Mara Regina Santos da Silva, pelos valiosos ensinamentos, por seu esforço, paciência, pela afeição e, principalmente, por acreditar em minha capacidade intelectual.

Ao Prof. Tabajara Lucas Almeida, por me conduzir no “desafio quantitativo” imposto por este estudo.

À minha segunda família, mas não menos importante, que constituiu na FURG, minhas companheiras do Grupo de Estudos e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), Andrea, Bárbara, Gabriela, Geisa, Nídia, Penha e Priscila, pelo incentivo constante, pelas risadas, pelo carinho, pelas conversas, pelos conselhos, por momentos que jamais esquecerei.

Aos amigos e colegas de Mestrado, pela convivência, pelo companheirismo e por tornarem o processo de aprendizado prazeroso e as dificuldades mais amenas.

À Banca Examinadora deste estudo e a todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

A todos os que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste trabalho.

Muito obrigada!

*“Na acepção latina, como na grega, meta
significa tanto o mérito ao final de uma
jornada, como o que ainda está mais adiante.
Talvez por isso é que, na vida, nunca nos seja
dado saber em que medida uma conquista é o
fim ou é apenas um novo começo”.*

(Eduardo Couture)

RESUMO

RIBEIRO, Juliane Portella. **Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar.** 2011. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, no Brasil, tem aumentado gradativamente nos últimos anos. Os altos índices apontam para a complexidade que envolve o problema, exigindo que profissionais de saúde intensifiquem o cuidado às famílias e mobilizando diversas instâncias governamentais e não governamentais. A necessidade de que o fenômeno seja considerado uma emergência determina que sejam implantadas ações concretas e imediatas desenvolvidas pela rede de serviços que atendem as famílias. Visando reduzir suas consequências, o acesso aos serviços sociais e de saúde e a resolutividade das ações empreendidas são elementos vitais para combater os altos índices de violência intrafamiliar. O acesso e a resolutividade, em conjunto, correspondem à capacidade do serviço de ofertar cuidados coerentes com as necessidades de seus usuários. Este estudo teve como objetivo geral analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade das ações e serviços de dois serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar do município do Rio Grande/RS. Constituem seus objetivos específicos: (1) Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS; (2) analisar a satisfação das famílias em relação à resolutividade das ações desenvolvidas em serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS. Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e exploratório. A amostra foi composta pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias vinculadas ao CREAS e ao Conselho Tutelar, as quais foram coletadas no período de 2008 a 2009, através da aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos usuários de serviços de saúde mental (SATIS-BR-Usuário). As informações selecionadas foram submetidas a análises descritivas, de correlação canônica e de regressão múltipla. Os resultados indicam alta correlação entre acesso e resolutividade ($R=0,8659$) e que os serviços são considerados de fácil acesso pelas famílias quando são, sobretudo, receptivos ($0,883837$), as tratam com respeito e dignidade ($0,858614$) e as escutam ($0,626720$). Sendo possuidor de tais características, aspectos como tempo de deslocamento até o serviço e informações sobre o tratamento prestado adquirem menor importância para o usuário. A resolutividade é expressa pela decisão do familiar em retornar ao serviço, caso haja necessidade ($0,900171$), por sua satisfação com os serviços ($0,872823$) e com a quantidade de ajuda recebida ($0,803617$), pela avaliação de que a equipe estava lhe ajudando ($0,827258$) e de que os serviços o ajudaram a lidar com os problemas ($0,758437$); e ainda pela compreensão dos mesmos por parte da pessoa que o recebeu no serviço ($0,688417$). Além disso, evidenciaram uma forte associação ($R=0,83$), altamente significativa ($p=0,00000$), entre o grau de satisfação das famílias e quatro aspectos da resolutividade das ações e serviço, sendo que o aspecto “satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu” é o que possui maior influência na satisfação dos familiares ($\beta=0,314682$).

DESCRITORES: Acesso aos serviços de saúde. Satisfação do paciente. Violência na família. Saúde da família. Enfermagem.

ABSTRACT

RIBEIRO, Juliane Portella, **Access and Solving: the satisfaction of service users to protect victims of domestic violence**. 2011. 99f. Dissertation (Masters in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande.

Family violence against children and adolescents in Brazil is gradually increasing in recent years. The high rates point to the complexity involved in this problem by requiring health workers step up care to families and mobilizing various government agencies and nongovernmental organizations. The need for this phenomenon is considered as an emergency requires be implemented immediate and concrete actions undertaken by various departments within the network. Thus, to reduce its impact, access to social services and health and the resolution of the actions taken are vital to combat high rates of domestic violence. Access and resoluteness, together, correspond to the capacity of the service to offer care consistent with the needs of its users. This study aimed to analyze the satisfaction of families in relation to access and resolute actions and services of two protective services to victims of domestic violence in the city of Rio Grande / RS. Constitute the specific goals: (1) analyze the satisfaction of families regarding access to services that address situations of domestic violence in Rio Grande, RS, (2) examine the satisfaction of families regarding the resolution of the actions developed in services serving families in situations of domestic violence in Rio Grande / RS. This is a quantitative, descriptive and exploratory. The sample was composed of the information contained in 113 assessments by the families involved CREAS and the Guardian Council, which were collected between 2008 to 2009, through the application of a questionnaire evaluating the satisfaction of users of mental health services (SATIS-BR-User). Selected information were submitted to descriptive analysis, canonical correlation and multiple regression. The results indicate high correlation between access and problem solving ($RC = 0,8659$) and that the services are considered easily accessible for families when they are especially receptive ($0,883837$), treat them with respect and dignity ($0,858614$) and listen ($0,626720$). Being possessed of such features, aspects such as travel time to service and information about the treatment provided minor gain for the user. The problem solving is expressed by the decision of the family to return to service should the need arise ($0,900171$), for their satisfaction with services ($0,872823$) and the amount of aid received ($0,803617$), the assessment that the team was helping him ($0,827258$) and that the services helped them deal with the problems ($0,758437$) and also by understanding thereof by the person who received the service ($0,688417$). Moreover, they observed a strong association ($R = 0,83$), highly significant ($p = 0,00000$), between the degree of satisfaction of families and four aspects of problem solving actions and service, with due regard to satisfaction with amount of aid it received "is what has greater influence on family satisfaction ($\beta = 0,314682$).

KEY WORDS: Access to health services. Patient satisfaction. Family violence. Family health. Nursing

RESUMEN

RIBEIRO, Juliane Portella. **Acceso y resolutivez: satisfacción de los usuarios de servicios de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar**. 2011. 99f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande – FURG, Río Grande.

La violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes, en Brasil, tiene aumentado gradativamente en los últimos años. Los altos índices apuntan para la complejidad que envuelve el problema, exigiendo que profesionales de salud intensifiquen el cuidado a familias e movilizandoz diversas instancias gubernamentales e no gubernamentales. La necesidad de que el fenómeno sea considerado una emergencia determina que sean implantadas acciones concretas y inmediatas desarrolladas por la red de servicios que atienden las familias. Mirando reducir sus consecuencias, el acceso a los servicios sociales y de salud y la resolutivez de las acciones emprendidas son elementos vitales para combatir los altos índices de violencia intrafamiliar. El acceso y la resolutivez en conjunto corresponden a la capacidad del servicio de ofertar cuidados coherentes con las necesidades de sus usuarios. Este estudio tuvo como objetivo general analizar la satisfacción de las familias en relación al acceso y a la resolutivez de las acciones de dos servicios de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar del municipio del Río Grande/RS. Constituyen sus objetivos específicos: (1) Analizar la satisfacción de las familias en relación al acceso a los servicios que atienden situaciones de violencia intrafamiliar en municipio de Río Grande/RS; (2) analizar la satisfacción de las familias en relación a resolutivez de las acciones desarrolladas en servicios que atienden familias en situaciones de violencia intrafamiliar en municipio de Río Grande/RS. Se trata de un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo y exploratorio. La muestra fue compuesta por las informaciones contenidas en 113 evaluaciones realizadas por familias vinculadas al CREAS y al Consejo Tutelar, las cuales fueran colectadas en período de 2008 a 2009, a través de la aplicación de un cuestionario que evalúa la satisfacción de los usuarios de servicios de salud mental (SATIS-BR-Usuario). Las informaciones seleccionadas fueran sometidas al análisis descriptivos, de correlación canónica y de regresión múltipla. Los resultados indican alta correlación entre acceso y resolutivez ($R=0,8659$) y que los servicios son considerados de fácil acceso por las familias cuando son, sobretodo, receptivos ($0,883837$), las tratan con respeto y dignidad ($0,858614$) y las escuchan ($0,626720$). Siendo poseedor de tales características, aspectos como, tiempo de desplazamiento hasta el servicio y informaciones sobre el tratamiento prestado, adquieren menor importancia para el usuario. La resolutivez es expresada por la decisión del familiar en retornar al servicio caso aja necesidad ($0,900171$), por su satisfacción con los servicios ($0,872823$) y con la cantidad de ayuda recibida ($0,803617$), por la evaluación de que el equipo estaba le ayudando ($0,827258$) y de que los servicios le ayudaran a lidar con los problemas ($0,758437$); y aún por la comprensión de los mismos por parte de la persona que le recibió en servicio ($0,68841$). Además, evidenciaran una fuerte asociación ($R=0,83$), altamente significativa ($p=0,00000$), entre el grado de satisfacción de las familias y cuatro aspectos de la resolutivez de las acciones y servicio, siendo que el aspecto “satisfacción con la cantidad de ayuda que recibió” es lo que posee mayor influencia en la satisfacción de los familiares ($\beta=0,314682$).

DESCRIPTORES: Acceso a los servicios de salud. Satisfacción del enfermo. Violencia en la familia. Salud de la familia. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....	20
3.1 A violência contra a criança e o adolescente ao longo da história.....	20
3.2 A violência intrafamiliar do ponto de vista conceitual.....	23
3.3 Interfaces entre violência intrafamiliar, políticas públicas e saúde.....	25
3.4 Acesso e resolutividade das ações e serviços: pilares da prevenção e proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.....	31
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Tipo de Estudo.....	35
4.2 Contexto do Estudo.....	35
4.3 População e Amostra.....	37
4.4 Variáveis em Estudo.....	37
4.5 Coleta de Dados.....	41
4.6 Análise Estatística dos Dados.....	42
4.7 Aspectos Éticos.....	44
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Artigo I.....	48
5.2 Artigo II.....	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS.....	82

APRESENTAÇÃO

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes esteve sempre presente na história da humanidade, configurando-se em um problema grave, com consequências para a saúde e para a qualidade de vida das famílias envolvidas. Seu reconhecimento como problema de saúde pública é relativamente recente, assim como o desenvolvimento de políticas públicas específicas e a organização da assistência e de serviços sociais e de saúde para o atendimento desses casos.

O fato de a violência intrafamiliar apresentar expressões não só no setor saúde exige a articulação entre serviços e instituições, da qual participem o setor social e o de segurança. A complexidade envolvida no referido processo de articulação e, conseqüentemente, na prevenção da violência e promoção e assistência à saúde tem se evidenciado pelo crescente número de vítimas expresso nas estatísticas de órgãos de monitoramento do governo.

No presente estudo, busca-se compreender a relação entre os usuários e a rede de serviços que atende ao problema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, enfocando, principalmente, a forma como os serviços se organizam para facilitar o acesso das famílias e atender de forma resolutiva as suas necessidades. A proposta, além de cumprir com o compromisso ético-profissional da Enfermagem, expressa o envolvimento do Grupo Estudos e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), do qual a autora desta dissertação é membro, com os problemas sociais do município do Rio Grande/RS.

O GEPEFES é um grupo de pesquisa vinculado à Escola de Enfermagem (EEnf) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Desenvolve estudos na linha de pesquisa denominada: “Resiliência e promoção da saúde familiar”, cuja finalidade é compartilhar experiências e recursos e produzir conhecimentos acerca do processo saúde-doença das famílias em seu contexto ambiental. O conhecimento produzido a partir das pesquisas realizadas contribui para o desenvolvimento de tecnologias de promoção da saúde e do desenvolvimento humano, voltadas, especialmente, para as famílias que vivem situação de risco psicossocial; instrumentalizar profissionais para o trabalho de promoção da saúde familiar, com aderência ao contexto no qual as famílias estão inseridas.

Desde 2003, o GEPEFES vem trabalhando com a questão da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, no município do Rio Grande/RS. Diversos estudos enfocando a

mesma problemática têm sido desenvolvidos, prioritariamente, com famílias cujos filhos são egressos de instituições-abrigo existentes no município. Dentre eles, o projeto “Convergências e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar”, cujo objetivo é avaliar os índices de satisfação das famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar, com relação ao atendimento que recebem em três instituições sociais de Rio Grande/RS.

O presente estudo, intitulado “Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar”, constitui-se em um recorte do projeto descrito anteriormente. Utiliza informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS, obtidos através da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR-Usuário), com a finalidade de avaliar, segundo a percepção de famílias nas quais a violência contra crianças e adolescentes é uma prática presente, o acesso aos serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar e a resolutividade das ações em duas instituições sociais do Rio Grande/RS.

O caminho percorrido para atingir tal propósito está descrito ao longo desta dissertação. Na introdução, delimita-se a problemática em torno da qual a pesquisa se desenvolve, fundamentada na literatura, nas políticas públicas que abordam a assistência nas situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e nos princípios do Sistema Único de Saúde, que garantem o direito ao acesso aos serviços e a resolutividade dos problemas que interferem na saúde da população.

Em seguida, apresenta-se o marco teórico de referência, o qual compreende a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes ao longo da história da humanidade; a violência intrafamiliar do ponto de vista conceitual; interfaces entre violência intrafamiliar, políticas públicas e saúde; acesso aos serviços e resolutividade: pilares da prevenção e proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar. Na metodologia, estão delineadas as bases que nortearam a operacionalização do estudo, incluindo a caracterização das instituições envolvidas, a população e a amostra em estudo, o instrumento utilizado na coleta de dados, as variáveis mensuradas, entre outros.

Na continuidade, os resultados do presente estudo são apresentados na forma de dois artigos. O primeiro, intitulado “Satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade

dos serviços de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar”, responde ao primeiro objetivo específico, que focaliza a avaliação dos dois serviços onde os dados foram coletados. O segundo, intitulado “Resolutividade dos serviços de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência”, responde ao segundo objetivo específico, relacionado à avaliação da resolutividade dos serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS. A discussão dos resultados é apresentada em cada um dos artigos. A partir dos resultados desta pesquisa, são reunidos, nas considerações finais, indicativos para a prática de enfermagem/saúde com famílias que enfrentam o problema da violência dirigida a crianças e adolescentes.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, os índices cada vez mais elevados de violência intrafamiliar intensificaram a preocupação com a saúde das famílias e mobilizaram diversas instâncias sociais e governamentais na direção da implementação de ações, em diferentes níveis, para enfrentar um problema que hoje é reconhecido como situação de emergência. Dados do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), do Ministério da Justiça, que monitora a violação dos direitos das crianças e dos adolescentes no país, através da compilação das estatísticas de 1.635 conselhos tutelares, distribuídos em quinze estados brasileiros, contabilizou 174.851 notificações de violações, no período de 1999 a 2004. De acordo com tais registros, a convivência familiar e comunitária corresponde ao direito mais violado, com 87.579 notificações (51%), ressaltando-se as categorias de “inadequação do convívio familiar e ausência desse convívio”. Em seguida, a violação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, com 25% dos registros, relativos a “atos atentatórios ao exercício da cidadania e violência física, psicológica e sexual” (BRASIL, 2004).

Inúmeros estudos desenvolvidos em diversas regiões do país aportam contribuições valiosas para dimensionar o problema de violência intrafamiliar. Estatísticas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados, em municípios do sul do Brasil apresentaram 1.999 registros de violência contra crianças e adolescentes no período de 2002 e 2006. Destes, 734 notificações ocorreram no ano de 2002 e 1.265, em 2006, evidenciando um aumento nas notificações, com predomínio da violência física, seguida pela negligência e pela violência sexual (MARTINS; JORGE, 2009).

Em Rio Grande/RS, local onde este estudo é desenvolvido, 26,70% da população total está na faixa etária entre 10 e 24 anos. Entre os agravos à saúde que afligem esse grupo populacional, destaca-se a violência intrafamiliar (IBGE, 2003). Segundo dados do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), somente no período de 2009 até agosto de 2010 foram notificados 144 casos de violência intrafamiliar. Destes, 76 foram de violência sexual; 54, de violência física/psicológica e 14, de negligência¹. Apesar dos altos índices, que retratam não apenas uma situação local, mas mundial, é importante estar atento para

¹ Dados obtidos através do Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) do Rio Grande/RS

o fato de que a magnitude do problema violência intrafamiliar ainda é imprecisa, devido à subnotificação, que faz com que muitos casos fiquem excluídos das estimativas oficiais.

Sem dúvida, os efeitos mais devastadores da violência intrafamiliar, em qualquer uma de suas modalidades, repercutem sobre a saúde e o desenvolvimento global do ser humano (físico, social, emocional, cognitivo), não apenas no momento em que acontece, mas também a longo prazo, podendo comprometer seriamente o futuro das pessoas. Por essa razão, é imperioso que a violência intrafamiliar seja considerada uma situação de emergência e combatida através de ações dirigidas às várias dimensões do processo de viver individual e coletivo. Os programas e serviços que atendem as famílias envolvidas precisam estar conscientes de suas necessidades e do caráter emergencial da situação; principalmente, precisam estar organizados de forma a facilitar o acesso das famílias e, ainda, contemplar as exigências de continuidade e complementaridade, necessárias para a resolutividade de um problema grave como a violência intrafamiliar.

Considerando que esse tipo de violência é uma situação que exige ações concretas e imediatas, a fim de proteger as vítimas e reduzir suas consequências, o acesso aos serviços sociais e de saúde e a resolutividade das ações empreendidas são elementos vitais para combater os altos índices de violência intrafamiliar. O acesso e a resolutividade, em conjunto, correspondem à capacidade do serviço em ofertar cuidados coerentes com as necessidades de seus usuários.

O acesso e a resolutividade são contemplados na política de promoção da saúde familiar, implantada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 1990 quando, em caráter oficial, deflagrou-se a reestruturação do Sistema de Saúde, priorizando a Atenção Básica de Saúde. A política criada teve o objetivo de (des)construir a lógica predominante no sistema de saúde, centrada na atenção individual, curativa, hospitalocêntrica, de alto custo e baixa resolutividade. Razão pela qual era insuficiente para atender a emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; BRASIL, 2005a).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementado em 1994, como forma de reorganizar a prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional de assistência. O PSF, como prática inovadora, visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A ESF cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, devido à maior proximidade de suas equipes de saúde com a população, o que possibilita conhecer aspectos que influenciam o acesso aos serviços e a resolutividade das ações, tais como a distância geográfica entre a residência do usuário e o serviço, as características institucionais (preparo dos profissionais, filas, entre outros) e sócio-econômicas dos usuários. O conhecimento que as equipes possuem da população atendida auxilia no desenvolvimento de atividades para alcançar saúde com mais qualidade; entre elas, educação em saúde, palestras, campanhas, oficinas e grupos de caminhada e de autoajuda, mobilizando e sensibilizando as comunidades acerca dos problemas que interferem nas suas condições de saúde, como é o caso da violência intrafamiliar.

Embora a violência intrafamiliar não tenha sido prevista inicialmente como prioridade do programa, não se pode desconsiderar que a reestruturação da atenção básica e, com ela, a ESF constituem-se em um espaço singular para ser possível aumentar a resolutividade em relação às necessidades de famílias em situação de violência intrafamiliar.

Outros serviços e programas específicos para atendimento na área da saúde mental foram criados a partir do propósito de reestruturar o modelo assistencial em saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial, o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), entre outros. Da mesma forma que a ESF, tais serviços preconizam que a prática assistencial deva ser organizada, enfocando a família, a qual passa a ser entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, proporcionando às equipes de saúde dos diversos serviços uma compreensão abrangente do seu processo saúde/doença e das necessidades de intervenções que transcendem as práticas curativas (BORGES; BAPTISTA, 2010). Uma das diretrizes orientadoras da organização dos serviços estabelece que as equipes de saúde devem atuar mais próximas de seus usuários, garantindo, com isso, acesso e assistência de qualidade. O que favorece a resolutividade dos problemas de saúde, através da identificação dos fatores de risco e da intervenção apropriada dos mesmos fatores, aos quais a população está exposta.

Cabe destacar que, no ano de 2008, o Ministério da Saúde iniciou a estimulação e a ampliação da cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família, bem como da definição de conteúdos para a capacitação das mesmas no que se refere ao fenômeno da violência. Ação inovadora para ajudar no combate à "epidemia de violência em que vive o país", tendo por objetivo estimular os agentes comunitários, médicos e enfermeiros a serem também agentes ativos na identificação de situações de violência intrafamiliar a crianças e adolescentes.

As considerações reforçam que o setor saúde tem um papel-chave no enfrentamento da violência, visto que as ações complementares e os meios necessários para minimizá-la ou, até mesmo, solucioná-la (articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema) podem favorecer a resolutividade e o acesso a serviços de qualidade. Nesse sentido, os enfermeiros possuem papel fundamental, como cuidadores e educadores, na prática de ações que possam minimizar o sofrimento das crianças, adolescentes e famílias envolvidas em situações de violência.

De modo geral, os serviços são organizados para atender a população por ordem de chegada, com filas, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento. O critério, além de comprometer a eficácia do atendimento, causa sofrimento desnecessário aos trabalhadores e aos usuários do SUS. Observa-se que, apesar dos 22 anos de existência, avanços e conquistas, o SUS ainda possui lacunas significativas nos modelos de atenção e gestão dos serviços, no que se refere ao acesso e à resolutividade nos serviços de saúde pública (BRASIL, 2008a).

Particularmente a resolutividade, na questão da violência intrafamiliar, está fortemente associada à notificação dos casos e tem sido amplamente debatida. Ainda perdura a concepção de notificação como denúncia policial, o que dificulta a ação do apoio institucional para as famílias. Através da capacitação para a detecção e o atendimento às vítimas de violência intrafamiliar e de seus familiares e da conscientização do impacto, a longo prazo, da violência na vida de crianças e adolescentes, espera-se que os enfermeiros e demais profissionais de saúde contribuam para elevar os índices de notificação e caminhar em direção a uma atenção especializada e adequada.

Por outro lado, os profissionais que atuam no dia a dia dos serviços de saúde se deparam com a dificuldade de articulação com os serviços de retaguarda (outros serviços, projetos e programas dos setores de Bem-Estar Social, de Saúde e de Justiça) e com os próprios conselhos tutelares. Mesmo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as redes de atenção básica às vítimas ainda são precárias ou mesmo inexistentes, refletindo um atendimento reduzido ao tratamento das lesões e à denúncia.

Ressalta-se, ainda, a debilidade de serviços nacionais que atendam a unidade familiar como um todo e ao autor da violência, o que fragiliza a atuação profissional frente aos problemas enfrentados pelas crianças, adolescentes e suas famílias. A intervenção que prioriza a família como foco da atenção enfrenta limitações estruturais e econômicas, aliadas a uma cultura de

atendimento centrada no indivíduo, que restringe o âmbito da intervenção (DESLANDE; ASSIS, 2003).

Essas considerações destacam a complexidade que envolve a situação de violência contra crianças e adolescentes, especialmente porque revelam uma disfunção importante não apenas da família, mas também do Estado. Ao mesmo tempo, permitem pensar que os sistemas institucionais e sociais que atendem as famílias em questão não estão conseguindo reduzir os índices que retratam o problema.

É importante destacar que os serviços que atendem as famílias devem estar estruturados de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual preconiza, entre outros aspectos, que as políticas de atendimento devem ser elaboradas a partir de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, priorizando políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas; serviços de identificação e localização dos pais ou responsáveis (BRASIL, 2008a).

Com vistas a proporcionar assistência de qualidade às famílias vítimas de violência, o serviço deve atentar para a contemplação dos princípios do SUS, buscando a universalidade e a equidade ao atender as famílias com maior dificuldade de acesso aos serviços; a integralidade das ações, através de um conjunto articulado e contínuo de ações entre os diversos serviços e níveis de atenção; a resolutividade aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada às suas necessidades; a participação popular como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde; através de serviços descentralizados, regionalizados e hierarquizados.

As considerações expostas dão sustentação ao desenvolvimento deste estudo, que busca elucidar a seguinte questão: Qual o grau de satisfação das famílias em relação ao acesso ao serviço de proteção a vítimas de violência intrafamiliar e à resolutividade das ações das quais são alvo, em duas instituições sociais do município do Rio Grande/RS?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade das ações de dois serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar do município do Rio Grande/RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS;
- Analisar a satisfação das famílias em relação à resolutividade das ações desenvolvidas em serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

3.1 A violência contra a criança e o adolescente ao longo da história

A violência intrafamiliar dirigida à criança e ao adolescente não é um fenômeno da contemporaneidade. Relatos de filicídios, maus-tratos, negligências, abandonos, abusos físicos, psicológicos, sexuais e negligência narram a violência que os pais infligiram, ao longo da história, aos seus filhos, denunciando que o fenômeno está presente no processo histórico da humanidade, em todas as culturas.

A Bíblia ilustra a prática de violência que Herodes, rei dos judeus, cometeu contra crianças. Diante do anúncio do nascimento de um “novo rei dos judeus”, Jesus Cristo, o rei manda matar todas as crianças menores de dois anos de idade em Belém. O infanticídio foi uma prática comum até quase a entrada do século IV d.C., quando a Igreja passa a ter maior influência sobre a vida familiar e a desestimular a prática de graves castigos físicos (ASSIS, 1999).

Na Babilônia, Grécia, Esparta, Cartago, Egito, Rússia, Índia, China e Roma foram registrados casos de violência contra crianças que nasciam com defeitos físicos, ou que se comportavam de forma “anormal”, que ficavam aleijadas ou cegas por acidentes, ainda bebês, que choravam muito, motivos que poderiam levá-las a serem sacrificadas. Várias eram as formas de praticar o infanticídio, dentre elas, a morte por asfixia, afogamentos em latrinas e cisternas e queimadas em rituais de sacrifício aos deuses (ABRÁPIA, 2001). Durante muito tempo, foi uma prática instituída sem qualquer questionamento, uma vez que, no padrão de relações que vigorava, o pai tinha poder sobre a vida e a morte dos filhos (pátrio poder) (SILVA, 2002).

No Brasil, os primeiros relatos de violência dirigida às crianças datam do período de colonização, quando os jesuítas, com a missão de colonizar e catequizar, impunham castigos físicos e psicológicos como meio de disciplinar e ensinar os nativos. Os índios, diferentemente, não aplicavam castigos e nem abusavam de suas crianças. Por outro lado, eram cruéis com os filhos dos inimigos, os quais eram engordados, mortos e comidos (GUERRA, 2001).

Ainda que a violência contra crianças e adolescentes seja identificada nos relatos históricos, seu reconhecimento como problema de saúde é relativamente recente. Foi estudada

pela primeira vez, em 1860, pelo médico legista Ambroise Tardieu, que publicou “Estudo médico-legal sobre sevícias e maus-tratos exercidos sobre as crianças” (GUERRA, 2001).

Em 1874, nos Estados Unidos, ocorreu o primeiro processo em defesa de uma criança espancada. Mary Ellen Wilson era maltratada e negligenciada pelos pais adotivos. Na época, a falta de leis que protegessem as crianças fez com que o advogado recorresse à lei de prevenção de crueldade contra os animais. A justiça, com base no pressuposto de que a menina era membro do reino animal, designou proteção contra maus-tratos, fomentando a fundação da primeira Associação de Apoio à Criança e Contra a Crueldade Infantil (Society for the Prevention of Cruelty to Children – EUA, 1875) (ABRAPIA, 2001).

Um século mais tarde, em Genebra, 1923, foi promulgada a I Declaração Sobre os Direitos da Criança, seguida pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e pela II Declaração dos Direitos da Criança, em 1959. No Brasil, no ano de 1927 é introduzido no Código Penal o crime de negligência, abandono e maus tratos às crianças (ABRAPIA, 2001).

Os estudos do radiólogo Silverman e de Henry Kempe contribuíram para a identificação de aspectos clínicos e radiológicos relacionados aos maus tratos em crianças. Em 1953, o radiólogo Silverman realizou estudo retrospectivo com lactentes com lesões traumáticas (hematoma subdural e fraturas de ossos longos), constatando que as mesmas eram provocadas por violência física. Em 1962, a “Síndrome da Criança Maltratada” é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID), através do trabalho de Henry Kempe com 302 crianças violentadas. Trata-se de um grande marco em relação à violência contra as crianças e adolescentes, visto que o fenômeno passou a ser estudado internacionalmente por médicos, sociólogos, psicólogos, dando início ao movimento que resultou em legislações, programas educativos e propostas de tratamento (MINAYO, 2001).

Na década de 70, vários países reconheceram a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública. No Brasil, um dos professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo relatou, em 1973, o primeiro caso de espancamento de uma criança na literatura nacional. Foi seguido pelo radiologista pediátrico Armando Amoebo que, em 1975, publicou mais cinco casos (GUERRA, 2001).

Em 1984, é publicado o primeiro livro brasileiro sobre o fenômeno *Violência de pais contra filhos*: procuram-se vítimas, de autoria de Viviane N. de Azevedo Guerra, que, conjuntamente com Maria Amélia Azevedo, dedicou-se a compreender a dinâmica e as

características do fenômeno e também a propor uma teoria explicativa do mesmo e um programa de atendimento às vítimas e a seus familiares. Criaram, ainda, o Laboratório de Estudos da Criança – LACRI, na Universidade de São Paulo, formando especialistas no assunto através do TELELACRI – Curso de Formação a Distância (GUERRA, 2001).

Na década de 80, especialmente no Brasil, o tema violência entra com fôlego na agenda de debates e no campo programático da saúde. Os movimentos sociais pela democratização, instituições de direito, algumas organizações não governamentais (ONGs) de atenção à violência na infância e organizações internacionais foram fundamentais para tal inclusão. Ao longo dessa década, atividades assistenciais e de prevenção são iniciadas por alguns pediatras nos hospitais onde trabalhavam; depois, para maior visibilidade de seus trabalhos, criam ONGs, dentre as quais se destacam: Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), em São Paulo; Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (ABPANI), em Minas Gerais (ABRAPIA, 2001).

Em 1988, a área legislativa brasileira dá um salto qualitativo, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil. Nela está expresso, no art. 227, que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (VADE MECUM RT, 2008, p. 94)

Esse mesmo artigo, em seu parágrafo 4, expressa claramente que a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual de crianças e adolescentes (VADE MECUM RT, 2008).

Em 1990, é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pela Lei Federal nº 8069, de 13/07/1990, a qual assegura direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente, além de tornar compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de abuso ou maus tratos ao Estado, por meio do Conselho Tutelar (instituição criada pelo Estatuto em questão, com a finalidade de zelar pelo cumprimento dos direitos a esses indivíduos em formação) (BRASIL, 1999).

A partir da implementação do ECA, em passos mais rápidos, outras propostas foram sendo desenvolvidas. O Ministério da Saúde, em 1998, criou o Comitê Técnico-Científico para a

elaboração da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, a qual estabeleceu um plano específico de ações para a atuação dos profissionais que atendem a essa população em instituições de saúde pública e/ou conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Em 2001, a Política Nacional de Redução da Violência é aprovada e publicada pelo Conselho Nacional de Saúde. Através dela, são definidas as estratégias e políticas para as três esferas governamentais. Com a portaria nº 1968/2001 do Ministério da Saúde, fica estabelecida, aos profissionais de saúde que atuam em estabelecimentos vinculados ao SUS, a obrigatoriedade da notificação de casos ou suspeitas de qualquer uma das modalidades de violência contra crianças ou adolescentes (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

A violência, por tudo que vem sendo colocado, é um problema grave, com ocorrência constante ao longo da história da humanidade. Seu reconhecimento como problema de saúde estabeleceu nova pauta de discussão, visto que suas consequências – lesões e traumas físicos, mentais e emocionais – afetam a qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades. Considera-se que os enfermeiros e os demais profissionais das equipes de saúde, atuantes em todos os níveis de atenção, devam ser qualificados para identificar os casos de violência contra as crianças e adolescentes, ocorridos, na maior parte, no interior das famílias. Visto que nem sempre uma família consegue realizar com êxito seus propósitos, criando um ambiente cercado de violência, no qual a criança e o adolescente ficam vulneráveis às piores formas de relação, cabe aos profissionais que zelam pelos direitos dos mesmos criar estratégias capazes de viabilizar a superação dessa situação (ABRAPIA, 2001).

3.2. A violência intrafamiliar do ponto de vista conceitual

Definir conceitos acerca do problema da violência possui extrema importância para os profissionais dos serviços de saúde, uma vez que através destes, eles constroem uma linguagem unificada, permitindo integrar ações em uma mesma direção. Além disso, a distinção entre as modalidades de violência possibilita aos profissionais visualizarem aspectos específicos de cada uma e planejar ações de prevenção da violência e de promoção da saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, violência intrafamiliar se refere a ações ou omissões que prejudiquem o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes. Manifesta-se nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros de uma mesma família (BRASIL, 2002a). Trata-se da violência efetuada no âmbito familiar, no lar de crianças e adolescentes e, geralmente, praticada por aqueles que deveriam educá-los e respeitá-los; no entanto, os maltratam, machucam e violentam. É importante estabelecer a distinção entre o conceito de violência intrafamiliar e o de violência doméstica: a última envolve outras pessoas que não possuem função parental, mas que residem no mesmo espaço doméstico, tais como empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados (BRASIL, 2002a).

Outro termo bastante difundido, principalmente no âmbito internacional, é o de maus-tratos, utilizado para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no ambiente familiar, institucional ou pela sociedade. A terminologia tem sido bastante criticada pelos estudiosos, por não ser muito precisa, levando-se a supor que a expressão “maus-tratos” é o oposto de “bons tratos”; com isso, carregaria apenas uma conotação moral, enquanto a violência contra a criança e o adolescente é um problema social muito sério (BRASIL, 2002b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (KRUG, 2002) classifica a violência em três tipos, de acordo com as características de quem a comete: violência dirigida a si mesmo (autoinfligida), violência interpessoal e violência coletiva. A violência dirigida a crianças e adolescentes pelos familiares está inserida na violência interpessoal, na subcategoria violência da família e de parceiro(a) íntimo(a), podendo os atos que a constituem serem de natureza física, sexual, psicológica, de privação ou negligência.

Azevedo e Guerra (2001), pesquisadoras brasileiras renomadas, classificam em “tipo” as diferentes modalidades de violência intrafamiliar contra criança e adolescente: violência física, violência sexual, violência psicológica e privação ou negligência. A primeira é a agressão mais comum e de fácil visualização, visto que, na maioria das vezes, deixa marcas no corpo da vítima. Essa modalidade envolve os atos intencionais que causem dor e tenham por consequência danos físicos a uma criança, como queimaduras, esganadura ou espancamento.

A violência sexual compreende o envolvimento de crianças e adolescentes em atividades sexuais. A dependência e a imaturidade emocional é foco dos agressores, que se utilizam de ameaça ou sedução para atingir seus objetivos. Esse tipo de violência não se restringe à prática de

relações sexuais, abarcando também atos libidinosos diferentes da conjunção carnal: toque, carícias e exibicionismo dos órgãos genitais.

A violência psicológica refere-se a atitudes e condutas que repercutem de forma adversa e severa sobre o comportamento e o desenvolvimento emocional da criança e do adolescente. É uma modalidade de difícil comprovação pelas vítimas e, portanto, igualmente difícil de ser combatida. É expressa por meio de ameaças, humilhações, rejeições, depreciações, impedimentos, gerando sentimentos de culpa, medo, mágoa e insegurança.

A privação ou negligência é a omissão de provimento às necessidades básicas da criança e do adolescente; manifesta-se pela ausência de cuidados físicos, emocionais, sociais, afetivos e educacionais. Também envolve a não efetivação da defesa e da proteção, expondo a criança a sérios riscos, que levam a danos na saúde e no desenvolvimento.

Destaca-se que a maioria das violências que vitimam crianças e adolescentes não chega ao conhecimento do Sistema de Saúde, pois sua prática como castigo e educação está naturalizada em nossa sociedade. Tal fato suscita que serviços e profissionais envolvidos no atendimento a vítimas de violência utilizem os conhecimentos acumulados sobre o problema em questão para a efetivação de práticas de prevenção da violência e promoção da saúde infantil e juvenil.

3.3 Interfaces entre violência intrafamiliar, políticas públicas e saúde

A violência tornou-se um dos problemas prioritários em saúde pública, por sua magnitude e repercussão no comprometimento da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos. Quando é dirigida às crianças e aos adolescentes, constitui-se em uma grave violação dos direitos, na medida em que lhes nega a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis (PESCE, 2009). Do ponto de vista da saúde, a gravidade da violência intrafamiliar na infância e na adolescência tem acarretado uma demanda crescente de atendimento nos serviços públicos, justamente em etapas cruciais do desenvolvimento humano (MAGALHÃES et al, 2009).

Os programas e as iniciativas dirigidos à proteção e ao apoio das famílias estão adquirindo cada vez mais importância dentro da conjuntura das políticas públicas de proteção à infância e à

adolescência, pois, se por um lado, a família é entendida como um dos ambientes protetores da criança, por outro, se reconhece a existência de relações não protetoras em seu interior. Assim, passa a ser caracterizada como um ambiente de vulnerabilidade (UNICEF, 2004). No Brasil, nos últimos anos, estudiosos e órgãos governamentais têm somado esforços, objetivando cuidar de forma mais efetiva dessa parcela da população que, há muito tempo, tem seus direitos e sua cidadania negados.

De acordo com a legislação brasileira, todas as modalidades de violação aos direitos da criança e do adolescente são objetos de notificação, seja violência física, psicológica, sexual ou negligência. Essa obrigatoriedade está devidamente qualificada na Constituição Federal, na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Legislação Penal brasileira. O ECA, em seu artigo 5º, afirma que nenhuma criança ou adolescente pode ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; em caso de transgressão a essa lei, o agressor será punido, por ação ou omissão, aos direitos fundamentais da criança ou do adolescente em questão.

Independentemente do tipo, a violência sofrida pela criança ou pelo adolescente deixa marcas definitivas em seu desenvolvimento global. Se eles não forem tratados, bem-cuidados, a maioria poderá compreender a violência como uma prática normal e reproduzi-la em suas relações, no futuro, tornando-se também um agressor, já que esses são os valores e os símbolos presentes em seu cotidiano durante a fase de socialização do seu desenvolvimento (GRÜDTNER, 2005).

Do ponto de vista da saúde, é importante destacar que inúmeros estudos desenvolvidos mostram que crianças expostas à violência intrafamiliar podem apresentar sequelas por toda a vida: depressão, ansiedade, pensamentos suicidas, estresse pós-traumático, agressividade, impulsividade, delinquência, hiperatividade ou abuso de substâncias (ALGERI, 2005). O efeito a longo prazo mais relatado na literatura é o risco elevado para perpetração da violência na idade adulta, em seus relacionamentos com os próprios filhos. O relatório da OMS (2002) divulga que há evidências de que a maioria das doenças em adultos, incluindo as isquêmicas do coração, câncer, pulmonares crônicas, síndrome do intestino irritável e fibromialgia estão relacionadas a experiências de situações de violência intrafamiliar na infância.

Da mesma forma, Minayo (2003) destaca a relação entre violência e saúde, estabelecendo uma comparação entre o setor da saúde e um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno, para o qual convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade. No Brasil, em muitos lugares, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é ainda um fenômeno disseminado e aceito como método corretivo, disciplinador do comportamento de crianças e adolescentes. Logo, é mantida a complacência da sociedade, o que dificulta o controle e a avaliação da extensão real do problema, pois o fato de ser considerada como algo “natural” torna raras as notificações, fazendo com que as mesmas retratem apenas uma pequena parcela da incidência do fenômeno. Também, pela maneira como são tratadas as situações de violência intrafamiliar, de acordo com a classe social a que pertence a família (SILVA, 2002).

Comumente associada às classes sociais desfavorecidas, a violência intrafamiliar pode ser interpretada sob uma visão distorcida, visto que as pessoas socialmente mais favorecidas contam com recursos materiais e intelectuais mais elaborados para camuflarem o problema, como o acesso a profissionais em caráter particular e sigiloso; podem ainda justificá-la de forma mais complacente, relacionando-a com “acidentes” domésticos. Inversamente, as pessoas que pertencem às classes populares são denunciadas com maior frequência e não dispõem de recursos financeiros para utilizarem serviços profissionais particulares, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde no socorro a suas vítimas, o que as deixa mais expostas ao julgamento da sociedade, bem como mostra de maneira explícita sua vulnerabilidade (SILVA, 2002).

Uma vez que a violência contra crianças e adolescentes pode apresentar-se de diversas maneiras, tanto que sintomas ou sinais isolados não permitem assegurar sua existência, é fundamental que os serviços e os profissionais da saúde possam olhar atenta e criticamente os problemas identificados, procurando estabelecer sua relação com o relato da possível vítima, dos familiares ou de pessoas de sua convivência acerca dos acontecimentos informados (BRASIL, 2002a). Especificamente os enfermeiros, mas também outros profissionais da área da saúde, estão em uma posição estratégica para detectar riscos e identificar as possíveis vítimas, visto que, com frequência, são os primeiros a serem informados a respeito dos episódios de violência.

Embora o motivo da busca por atendimento, em geral, seja mascarado por outros problemas ou sintomas que não se configuram, isoladamente, em elementos para um diagnóstico (BRASIL, 2002a), é importante não perder de vista que, em tais ocasiões, os profissionais

precisam estar atentos para não limitar sua atuação ao tratamento clínico dos traumas e lesões resultantes desses problemas. Especialmente, é preciso ter claro que as crianças e adolescentes, após deixarem o local de atendimento, voltam para os ambientes onde as relações, as práticas e os comportamentos permanecem agressivos (BRASIL, 2002b).

Quando os casos de violência contra criança e adolescente chegam aos serviços de saúde, além dos cuidados específicos desse setor, a vítima precisa de serviços de assistência psicológica, social e jurídica. Portanto, é indispensável um trabalho conjunto, em consonância com as Coordenadorias da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares e outros órgãos de proteção, a fim de que se possa determinar, com maior profundidade, a dinâmica do caso, seu diagnóstico e prognóstico (BRASIL, 2002a). É importante que existam mecanismos bem- definidos não somente para a detecção dos casos, mas também para o acesso a serviços de qualidade, que possam responder as necessidades das pessoas envolvidas na situação de violência, isto é, que sejam resolutivos frente aos problemas enfrentados pelas vítimas e suas famílias. Nesse sentido é que se reforça a necessidade de que os programas e os serviços de saúde sejam articulados, multidisciplinares, engajados, possibilitando que os recursos existentes estejam disponíveis e facilitando o acesso às redes de apoio e proteção (GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

O ECA define muito claramente o papel do setor saúde, tratando-o como esfera pública privilegiada de proteção, que recebe incumbências específicas, como, por exemplo, identificar e notificar a situação de violência, buscar parcerias para proteger a vítima e dar apoio à família (BRASIL, 2002b). Da mesma forma, o Ministério da Saúde, com base na realidade nacional e na experiência internacional, vem realizando uma série de publicações, com o propósito de apoiar as atividades dos profissionais de saúde no que diz respeito às definições, normas e protocolos de condutas para o atendimento dos casos de violência contra a criança e o adolescente (GAWRYSZEWSKI et al, 2007).

O atendimento a casos de violência contra crianças e adolescente deve ocorrer através da atuação integrada dos diversos profissionais e órgãos na defesa e garantia dos direitos da criança e do adolescente. A integração potencializa um atendimento integral à pessoa, pois as práticas são complementares entre si e cada profissional e órgão possui a clareza da sua intervenção e do momento certo para agir, tendo por objetivo apurar as denúncias, responsabilizar os agressores e proteger a criança e o adolescente de toda e qualquer forma de violência (ABRAPIA, 2001).

Para alcançar tal objetivo, é necessário criar e fortalecer espaços de atenção às vítimas de violência, com equipes multidisciplinares que prestem atendimento clínico às lesões físicas, assistência psicológica individual e familiar e, também, assistência social e legal. A equipe deve criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns, que garantam maior qualidade ao atendimento (BRASIL, 2002a).

Por outro lado, à equipe de saúde compete identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam constituir estruturas de apoio e de assistência, a exemplo de delegacias especializadas, Instituto Médico Legal (IML), Ministério Público, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e outras instituições, como casas-abrigo e creches. A integração dessas organizações e serviços viabilizam o processo das ações em rede, possibilitando ampliar o alcance da ação interdisciplinar e atingir resultados mais eficazes (SANTOS; FERRIANI, 2009).

No entanto, o Ministério da Saúde reconhece que a escassez de serviços de proteção apropriados, assim como a execução de intervenções apenas pontuais no atendimento a situações de violência intrafamiliar representam entraves que retardam ou afastam a resolução do problema. Além disso, os profissionais que atendem as crianças e adolescentes em questão, muitas vezes, se veem isolados em suas tomadas de decisões, atuando de forma não integrada, em uma rede fragmentada, na qual os diversos serviços não se comunicam entre si, perdendo as referências e negligenciando a melhor maneira de assistir as famílias. Esse descompasso dificulta o atendimento integrado, necessário ao desfecho favorável à proteção da vítima e contribui para que o sistema de saúde revitalize a criança, ao não garantir seus direitos e ao não se responsabilizar pela preservação de sua vida (GRÜDTNER, 2005).

Da mesma forma, a ausência de intervenção poderá levar à perpetração da violência, pelo fato de a criança ter seus direitos negligenciados e permanecer em um círculo de silêncio. Assim, cada vez mais presente no cotidiano da sociedade, a violência exige dos profissionais de saúde habilidades para manejar tal situação, na forma de referenciais que orientem o cuidado, possibilitando uma melhor resolutividade do caso (GRÜDTNER, 2005).

A realidade apresentada requer, tanto da Enfermagem quanto de todas as outras profissões, o compromisso para com o outro e o engajamento, a fim de bem cuidar das vítimas. Nessa perspectiva, trabalhar com situações de violência intrafamiliar significa entrar em um caminho complexo e delicado, que expõe detalhes muito pessoais, íntimos e dolorosos, o que

pode contribuir para fragilizar ainda mais a vítima. Em função disso, o profissional deve estar consciente dos efeitos de sua intervenção e capacitado a desenvolver, acima de tudo, uma atitude compreensiva e não julgadora (BRASIL, 2002a).

Principalmente, é preciso ter claro que o fato de a família estar solicitando auxílio não significa que ela está em condições de colocá-lo em prática, devido aos complexos efeitos da violência sobre sua saúde emocional. Não é papel do profissional acelerar esse processo ou tentar influenciar as decisões de seus clientes, muito menos culpabilizá-los por manter práticas de violência, mas sim investir na capacidade deles de enfrentar os próprios problemas. Assim, a abordagem da equipe de saúde deve priorizar orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivenciando e analisar as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada para sua proteção. Esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos) (BRASIL, 2002a).

O profissional de saúde, de acordo com o preconizado no manual de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2002b) e de uma forma ética, deve ter o cuidado de acolher e orientar a família, explicando-lhe a necessidade de notificação, para que ela seja beneficiada com ajuda competente. Geralmente, a pessoa que acompanha a vítima aos serviços de saúde precisa de apoio – seja no caso de ser o próprio agressor, seja para lidar com o agressor –, o qual deverá ser dado no processo de atendimento, que se desdobrará após a notificação.

Pesquisa documental, realizada através da análise de documentos de processos de casos de violência sexual, constatou que, nos casos em que as famílias não estavam bem-orientadas e envolvidas, os encaminhamentos das instituições não foram cumpridos e as vítimas, crianças e adolescentes, dependiam dos familiares para serem conduzidas aos serviços especializados (HABIGZANG et al, 2006). O vínculo entre os Serviços de Saúde e a família é fundamental, no contexto da violência intrafamiliar. A relação do profissional com a pessoa que acompanha a criança ou o adolescente deve ser muito firme, sincera e, ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade que o tipo de problema requer (BRASIL, 2002b). Essa relação potencializa a manutenção do acompanhamento às famílias e favorece o trabalho dos profissionais participantes da rede de apoio (HABIGZANG et al, 2006).

Considerar a família como eixo central da atenção nos casos de violência intrafamiliar não é uma conduta nova; todavia, seu foco estava mais direcionado à ótica da responsabilização familiar nas situações de violência. Recentemente, a família vem obtendo papel mais destacado, discutindo-se não apenas sua responsabilidade com a forma de cuidado dispensada aos filhos, mas, principalmente, o estímulo ao seu potencial como cuidadora, baseando-se em estratégias de promoção de “ambientes familiares saudáveis”, influenciadas pelo campo da promoção em saúde (UNICEF, 2004).

Destaca-se ainda que o trabalho com as famílias que enfrentam o problema da violência contra crianças e adolescentes não deve ser apenas pontual. Elas devem ser acompanhadas durante um período de tempo que permita ao profissional avaliar a possibilidade de retorno da criança para sua casa, com segurança (BRASIL, 2002a). Tal responsabilidade constitui-se em um grande desafio, pois implica conhecer e compreender a família e sua dinâmica, tomando-a como parceira do atendimento. Para tanto, é imprescindível promover suporte em rede para que essa família possa vir a ser, de fato, a protagonista qualificada dos cuidados da criança e do adolescente. (UNICEF, 2004).

Há uma demanda crescente de ações, visando à inserção da família em uma rede de solidariedade para que ela possa, pela socialização de seus problemas, buscar formas de superação. Em geral, as famílias que convivem com a violência se encontram socialmente mais isoladas do que as que não apresentam esse padrão de comportamento. (UNICEF, 2004). Embora a atenção às famílias vítimas de violência seja uma realidade na política de atendimento, os profissionais e instituições que constituem a rede de apoio social para crianças e famílias vítimas de violência encontram-se diante do desafio de intervir, sem resvalar na violência institucional, resultante da falta de acesso e resolutividade dos serviços necessários.

3.4 Acesso e resolutividade das ações e serviços: pilares da prevenção e proteção de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar

De longa data, o acesso aos serviços de saúde é uma preocupação do setor saúde. Desde 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da Declaração de Alma Ata, propõe o

acesso aos serviços de saúde para todos como meta que deveria ter sido cumprida até o ano 2000. Da mesma forma, a Constituição Federal brasileira, de 1988, estabelece o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos. No entanto, somente em 1989, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), obteve-se a ampliação do acesso, o qual deixou de ser vinculado a contribuições à previdência social.

Ao longo dos 22 anos de implantação do SUS, observa-se aumento importante no acesso aos serviços, desde os procedimentos mais simples até os mais complexos, além de maior acesso da população vinda de regiões mais carentes e, em todas as regiões, dos mais pobres (VIACAVA, 2010). Atualmente, os serviços são arquitetados para o uso de todos os cidadãos, mas vários elementos relacionados ao acesso determinam a escolha e a utilização desses serviços. Estudo sobre acesso e acolhimento a usuários em uma unidade de saúde, através da classificação do acesso em geográfico, econômico e funcional, identificou elementos geradores de facilidades e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Os resultados obtidos apontam que a proximidade geográfica entre o serviço de saúde e a residência do usuário, por não configurar garantia de atendimento, não é elemento determinante na escolha do serviço por parte do usuário. A escolha pode ser embasada em experiências prévias, positivas ou negativas, junto ao serviço, ou na capacidade da equipe de saúde em responder as necessidades do usuário, ou seja, no aspecto funcional do serviço. Identificou também que os usuários realizam migração entre os diferentes serviços na busca pela satisfação das necessidades de saúde (RAMOS; LIMA, 2003).

Ao encontro desses apontamentos, Travassos; Oliveira e Viacava (2006) conceituam acesso como a expressão de características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por parte das pessoas que deles necessitam. As limitações originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde, tais como disponibilidade de serviços e sua localização geográfica, a oferta e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos e a informação sobre funcionamento do sistema são aspectos que afetam o acesso.

Da mesma forma, a análise da implantação de ações voltadas para a acessibilidade à atenção básica em um município da Bahia observou que, apesar da ampliação na oferta dos serviços de saúde, as dificuldades de acesso persistiam, no âmbito geográfico, institucional e econômico (CUNHA; SILVA, 2010). Assim, é possível observar que o acesso aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde, no processo de busca e obtenção do cuidado pelo usuário.

Segundo Chioro e Scaff (1999), o acesso da população à rede de serviços deveria se dar através dos serviços de atenção básica, dos quais se espera a resolutividade de 80% dos problemas de saúde dos usuários que a eles recorreram. Os casos não resolvidos por esse nível, encaminhados para a atenção secundária (centros de especialidades), em torno de 15%. Apenas uma minoria dos casos chegaria a atenção terciária (hospitais): cerca de 5% .

Na prática, essa proporção tende a ser inversa. A população procura os hospitais por considerá-los mais qualificados e de fácil acesso, quando comparados aos serviços da atenção primária. Como consequência dessa inversão, observa-se a superlotação de emergências da rede hospitalar e a insatisfação dos usuários com a resolutividade do serviço. O fato de a lógica de atenção não ser seguida resulta no comprometimento do acesso a todos os níveis de atenção da rede de saúde.

A atenção primária, por ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, deve possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde. A qualidade e a capacidade resolutiva desse nível são essenciais para a efetivação da integralidade em saúde, visto que suas ações ou sua adequada articulação com os demais níveis de atenção podem resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população.

Nesse sentido, acesso refere-se ao princípio do SUS de acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, a saber, aquele que é ofertado no momento adequado ao atendimento do problema de saúde do paciente, envolvendo a utilização de recursos adequados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Salienta-se que o atendimento adequado e de qualidade pode requerer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos na produção da saúde e, ainda, o envolvimento interdisciplinar (PENNA; BRITO; PORTO, 2007).

No contexto da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, situação que exige ações concretas e imediatas, a fim de proteger as vítimas e reduzir suas consequências, é imperativo que a rede de serviços seja capaz de responder, de fato, às necessidades das famílias. A esse respeito, Carneiro (2006) coloca que a resolutividade de problemas envolvendo crianças e adolescentes pressupõe que o serviço esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade. Assim, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) estabelece princípios e diretrizes cujo objetivo é proporcionar atenção qualificada para a população vítima de acidentes e violências, nos vários níveis de atenção do sistema de saúde.

Solucionar o problema apresentado pelo usuário, muitas vezes, implica fazer o encaminhamento para outro serviço da rede do SUS, o qual possua competência para tal. Pesquisa sobre a resolutividade da rede de atendimento a crianças e adolescentes na região noroeste da cidade de Porto Alegre verificou, através da análise de atas, baixa resolutividade de problemas discutidos em reuniões de equipe. Também identificou a existência de problemas no funcionamento da rede, que contribuíram para a ocorrência de baixa resolutividade, tais como a pouca participação de conselheiros tutelares nas reuniões de equipe, a ausência de algumas instituições, a rotatividade dos representantes das instituições envolvidas, as dificuldades de comunicação entre as instituições, a falta de articulação entre os diversos serviços e as dificuldades na criação de projetos integrados (CARNEIRO, 2006).

Degani (2002) ressalta que um serviço de saúde que busca a resolutividade de problemas e necessidades de seus usuários, não deve centrar-se na “consulta”, visto que o acesso equânime não é uma realidade nos serviços. Dessa forma, é importante considerar que a resolutividade envolve a intersecção entre o usuário, o profissional e o serviço, caracterizando-se por certas possibilidades, entre elas: acesso, acolhimento humanizado, equidade, competência, agilidade, qualidade e participação do usuário nos serviços.

Nesse sentido, a resolutividade pode ser uma forma de avaliação dos serviços de saúde, a partir de seus aspectos quantitativos e/ou qualitativos. A capacidade resolutiva quantitativa é mensurada através da relação entre o número de usuários atendidos e o número de usuários que solicitaram o serviço. A resolutividade qualitativa envolve a natureza e a complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos considerados na prestação dos serviços. Quanto maior a capacidade resolutiva de um serviço de saúde, mais voltado e preparado para atender as necessidades de saúde da população (TURRINI; LEBRÃO, CESAR, 2008).

O serviço que promove acesso e resolutividade gera maior confiabilidade dos usuários em relação ao atendimento, havendo aceitação de medidas propostas à saúde e/ou terapêutica indicada, com desdobramentos na diminuição dos níveis de morbimortalidade e nas taxas de hospitalização, assim como diminuição dos custos desses serviços (DEGANI, 2002). Diante das reflexões anteriores, é possível inferir que o acesso e a resolutividade se constituem em bases para a prevenção da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e promoção da saúde, já que, através dos mesmos, é possível incidir efetivamente na construção de práticas de saúde com maior qualidade.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Esta dissertação apresenta um recorte de um projeto de pesquisa mais amplo, desenvolvido no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), intitulado “Convergência e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar”. O referido projeto de pesquisa aborda o tema violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, considerando-o um grave problema de saúde pública, que exige não apenas ações concretas para proteger as vítimas, mas, principalmente, uma rede de serviços capaz de ajudar as famílias que convivem com esse problema a (re)constituírem um ambiente favorável para o desenvolvimento dos filhos.

Trata-se de uma dissertação desenvolvida com abordagem quantitativa, contemplando um caráter descritivo e exploratório, uma vez que está comprometida com o aprofundamento de um tema atual e sobre o qual busca produzir informações mais precisas. Isto é, contribuir para melhor compreender a relação que se estabelece entre os serviços de proteção à infância e adolescência maltratada e os usuários, na especificidade das questões que envolve o acesso e a resolutividade possibilitados às famílias por eles atendidas (RICHARDSON, 2010).

4.2 Contexto do Estudo

Os dados utilizados neste estudo fazem referência a dois serviços públicos da cidade do Rio Grande/RS, os quais serviram de ponto de recrutamento das famílias participantes: o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (antigo Projeto Sentinela) e um dos Conselhos Tutelares existentes no município.

O Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) foi criado pelo governo federal, em parceria com os municípios, para atender a determinação da Constituição Federal, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da lei orgânica da assistência social (Portaria nº 878 de 03/12/2001). Inicialmente foi instituído em 2001, nos estados do norte e

nordeste brasileiro, devido aos altos índices de violência contra crianças e adolescentes nessas regiões. (AVANCINI, 2006). Posteriormente foi expandido para outras regiões metropolitanas brasileiras, inseridas no Programa Nacional de Segurança Pública, em grandes entroncamentos rodoviários, polos turísticos e industriais, zonas de garimpo, áreas portuárias e também em lugares que comprovassem situações de violência contra criança e adolescentes.

O CREAS é destinado a cumprir linhas de ação da política de atendimento estabelecida no artigo 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente². Dentre seus objetivos, prioriza: construir, nos municípios, uma rede de serviços que permita a garantia dos direitos fundamentais da criança e do adolescente; desenvolver ações sociais para o fortalecimento da autoestima e o restabelecimento do direito da população infanto-juvenil à convivência familiar e comunitária; proporcionar a inclusão da clientela atendida pelo Programa (crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos, vítimas de violência e suas famílias), em serviços prestados pelas instituições sociais sediadas na cidade. Em Rio Grande/RS, esse programa foi implantado em 1999 e funciona como apoio técnico para as instituições que visam à proteção da criança e do adolescente, no município.

Atualmente o CREAS atende acerca de duzentas famílias, através do encaminhamento dos casos pelo Conselho Tutelar ou de denúncias realizadas por vizinhos, escolas, serviços de saúde etc. Após o recebimento da família no serviço, é realizada uma anamnese, pelos profissionais responsáveis pelo serviço e, então, elaborado um diagnóstico, a partir do qual essa família passa a ser acompanhada. O acompanhamento oferecido é permanente e realizado em conjunto com a rede de serviços, a família e a comunidade.

O **Conselho Tutelar** é um órgão público que atua na esfera municipal, atendendo casos concretos de ameaça ou de violação dos direitos da criança e do adolescente, definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente. É um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional. O desempenho de sua missão é regido por um Estatuto que, entre outras atribuições, prevê: aplicação de medidas de proteção; atendimento e aconselhamento de pais ou responsáveis, exigindo o cumprimento de seus deveres; fiscalização de entidades vinculadas ao problema. Cabe

² Art. 86. A política de atendimento aos direitos da Criança e do Adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

salientar que os Conselhos Tutelares requisitam serviços e realizam encaminhamentos à rede de atendimento, conforme disposto no art. 136 do Estatuto da Criança e do Adolescente³.

4.3 População e Amostra

A população de abrangência do estudo foi constituída de famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS. A amostra foi composta pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias vinculadas ao CREAS e ao Conselho Tutelar. Trata-se de uma amostra não probabilística, selecionada com base nos seguintes critérios:

- a) Estar vinculada e em acompanhamento no CREAS ou no Conselho Tutelar, incluídos neste estudo;
- b) Expressar disponibilidade para responder ao instrumento de coleta de dados;
- c) Concordar em participar do estudo e expressar concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Variáveis em estudo

V₁- Acesso: refere-se ao princípio do SUS de universalidade do acesso aos serviços de saúde, o qual garante aos cidadãos o direito de serem atendidos em serviços de saúde de qualidade, bem como naqueles contratados pelo poder público. O acesso aos serviços se concretiza através da conjugação de aspectos geográficos, organizacionais, financeiros e informativos, que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços. Cada um dos aspectos citados expressa um conjunto de características que, além de relacionarem-se entre si, por vezes, ocorrem simultaneamente.

³Art. 136 dispõe sobre as atribuições dos Conselhos Tutelares.

De modo geral, o conceito de acesso engloba aspectos geográficos relativos à localização dos serviços, tendo como referência a residência dos usuários, o tempo gasto no deslocamento entre a residência e o serviço, o tipo de transporte utilizado e a facilidade para tal deslocamento. Os aspectos financeiros relacionam-se fortemente ao aspecto geográfico, pois quanto maior a distância, maior o custo financeiro do deslocamento e a dificuldade para utilizar o serviço. O aspecto organizacional expressa as características dos serviços, no que se refere à qualidade dos recursos humanos no tratamento, receptividade e escuta dos usuários. Essas atitudes consistem em fazer com que o usuário se sinta “bem-vindo” ao serviço, respeitado e ouvido de forma atenta no seu problema. Quanto a esse aspecto, o tempo de uso do mesmo serviço pode indicar se ele possibilita acesso contínuo (uso regular). O aspecto informativo refere-se à divulgação de informações para os usuários sobre o sistema de saúde, os serviços de saúde, as doenças e suas alternativas terapêuticas.

Seis questões foram utilizadas para mensurar o grau de satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços, as quais foram respondidas através de uma escala de variação de cinco pontos, conforme o especificado no Quadro 1. Essas questões foram extraídas do instrumento SATIS-BR-Usuário (BANDEIRA et al, 1999).

Quadro 1 – Questões utilizadas para mensurar o grau de satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços de proteção à criança e ao adolescente

Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até o serviço?	
0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
mais que 60 min	5
Até que ponto é fácil para você chegar ao serviço?	
Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito fácil	5
Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?	
Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

Quando você falou com a pessoa que lhe admitiu no serviço, sentiu que ele/a ouviu você?	
Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu o bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5
Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do serviço quando pediu por elas?	
Muito frequentemente	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5
Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do serviço?	
Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

V₂- Resolutividade: refere-se ao princípio do SUS relativo à exigência de os serviços estarem capacitados para solucionar os problemas e as necessidades da população, no local mais próximo de sua residência ou encaminhá-la para outros que possuam competência para tal.

Considerando as diretrizes do SUS, orientado para a promoção da saúde, o conceito de resolutividade engloba aspectos relativos à capacidade de o serviço e de a equipe compreenderem os problemas enfrentados pela família; à eficácia dos cuidados recebidos no serviço ao qual está vinculada; à qualidade e à quantidade de ajuda recebida no serviço. As questões levantadas podem ser mensuradas através do grau de satisfação das famílias em relação aos serviços e a predisposição das mesmas para retornarem ao serviço, caso haja necessidade.

Seis questões extraídas do instrumento SATIS-BR-Usuário (BANDEIRA et al, 1999), foram utilizadas para mensurar o grau de satisfação das famílias em relação à resolutividade dos serviços, as quais foram respondidas através de uma escala de variação de cinco pontos, conforme especificado no Quadro 2.

Quadro 2 – Questões utilizadas para mensurar o grau de satisfação das famílias em relação à resolutividade dos serviços de proteção à criança e ao adolescente

Até que ponto a pessoa que admitiu você no serviço pareceu compreender o seu problema?	
Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5
Os serviços que lhe foram oferecidos o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?	
Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5
Você considerou que a equipe do serviço estava lhe ajudando?	
Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5
Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda recebida no serviço?	
Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5
Se precisar de ajuda novamente, você voltaria ao serviço?	
Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5
29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços oferecidos?	
Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

V₃- Satisfação: é utilizada para expressar a percepção e as expectativas dos usuários com o serviços do qual estão vinculados. Para tanto, foi empregado como indicador a percepção do usuário quanto à sua satisfação com o serviço de forma global. A questão utilizada para mensurar

o grau de satisfação das famílias foi respondida através de uma escala de variação de cinco pontos, conforme o especificado no Quadro 3.

Quadro 3 – Questão utilizada para mensurar o grau de satisfação das famílias com o serviço de forma global

De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços oferecidos?	
Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

4.5 Coleta de Dados

O banco de dados foi constituído com informações advindas de 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de dois serviços públicos que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS, obtidas através da aplicação da Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários de Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR-Usuário) (ANEXO B). Os dados foram coletados no período de 2008 a 2009, na sede das instituições referidas anteriormente.

Foi utilizada a Escala de Avaliação de Satisfação do Usuário com o Serviço de Saúde Mental – SATIS-BR-Usuário, adaptada para a proposta deste estudo. A escala faz parte de um conjunto com duas outras escalas, elaboradas no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), adaptadas e validadas no Brasil a partir de um estudo multicêntrico realizado pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com pesquisadores do Centro Colaborador da OMS de Montreal, para Pesquisa e Formação em Saúde Mental, e do Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ) (BANDEIRA et al, 1999). Embora as escalas referidas sejam instrumentos de domínio público, cabe registrar que já em 2006 foi solicitada a autorização para sua utilização em Rio Grande/RS. É importante registrar também que o conjunto de SATIS-BR foi submetido à validação, em estudo desenvolvido no âmbito do GEPEFES.

A SATIS-BR do usuário é composta por 44 questões, sendo 39 quantitativas, expressas através de uma escala ordinal do tipo Likert, de 5 pontos, e cinco qualitativas descritivas, que complementam as informações. As questões qualitativas descritivas referem-se à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços em foco. Sete questões sócio-demográficas referem-se à idade, ao sexo, ao estado civil, ao grau de escolaridade, à ocupação, ao tipo de moradia e às condições residenciais (BANDEIRA, 2000 apud EICKHOFF, 2006).

No presente estudo, foram utilizadas quatorze questões quantitativas, assim distribuídas: seis abordam a percepção das famílias em relação ao acesso (questões: 3, 4, 5, 6, 13 e 17); seis referem-se à resolutividade dos serviços (questões: 8, 12, 16, 24, 27e 29); duas gerais (questões: 2, 9b) e seis sócio-demográficas (questões: 33 a 38), que descrevem o perfil da mostra.

4.6 Análise estatística dos dados

As informações selecionadas no Banco de dados foram processadas com o suporte tecnológico do Programa Statistica versão 5.0 (STATSOFT, 2000). Foram realizadas análises descritivas, de correlação canônica e de regressão múltipla. A escolha foi determinada pelos objetivos do estudo e pelo número e natureza das variáveis selecionadas para análise.

Regressão linear múltipla

A técnica de regressão múltipla foi utilizada para analisar a influência da resolutividade das ações e serviços (variável independente) na satisfação das famílias usuárias (variável dependente) de serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência intrafamiliar. Trata-se de uma técnica estatística apropriada, quando o problema de pesquisa envolve uma única variável dependente, considerada na relação com duas ou mais variáveis independentes. Sua aplicação permite que se estime o valor da variável dependente, com base nos valores, que são conhecidos, das variáveis independentes.

De forma específica, pode-se dizer que a análise de regressão linear múltipla responde a três objetivos principais: 1) examinar as relações entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes; 2) determinar a importância relativa de cada uma das variáveis independentes para prever a variável dependente; 3) comparar a contribuição de diferentes

variáveis independentes, indicando quais são as melhores preditoras (HAIR JÚNIOR; ANDERSON; BLACK, 2005).

A seguir, são pontuados termos-chave na compreensão da aplicação da técnica de regressão múltipla:

- **Coefficiente de correlação (R):** indica a relação entre as variáveis, podendo diferenciar-se dentro do intervalo -1 a $+1$. Quando o coeficiente de correlação é > 0 , as variáveis são positivamente correlacionadas; em contrapartida, quando é < 0 , as variáveis são negativamente correlacionadas; quando o coeficiente de correlação é $= 0$, não existe qualquer correlação entre as variáveis.

- **Coefficiente de regressão padronizado (beta):** possibilita a comparação direta entre coeficientes e seus poderes relativos de explicação.

- **Coefficiente de determinação (R^2):** é a porcentagem de explicação que o conjunto de variáveis independentes tem sobre a variação da variável dependente.

- **Coefficiente de regressão (b):** é a variação na variável dependente, em relação a uma unidade de variação na variável independente.

Correlação canônica

A técnica de correlação canônica foi aplicada para analisar a relação entre o acesso e a resolutividade dos serviços. Trata-se de uma técnica estatística apropriada quando o problema de pesquisa envolve mais de uma variável dependente. Sua aplicação fornece um meio para avaliar a força da relação entre dois conjuntos de múltiplas variáveis.

Especificamente, pode-se dizer que a análise de correlação canônica responde a três objetivos principais: 1) determinar se existe alguma correlação entre os grupos; 2) explicar a natureza da relação entre os mesmos; 3) medir a contribuição de cada variável em cada grupo (HAIR JÚNIOR; ANDERSON; BLACK, 2005).

A seguir, são pontuados termos-chave na compreensão da aplicação da técnica de correlação canônica:

- **Coefficiente de correlação canônica (R_c):** é a medida da força da relação entre os dois grupos de variáveis, cujo nível de significância, geralmente, considerado como o mínimo aceitável para a interpretação é de 0,05.

- **Pesos canônicos:** medem a importância ou contribuição relativa de uma variável.

4.7 Aspectos Éticos

No desenvolvimento do presente estudo, foram respeitados os preceitos éticos e legais preconizados na resolução 196/96 (vigente na época em que os dados foram coletados) e a Portaria n.º 2048/2009, válida a partir da revogação da resolução 196/96, ambas normatizando a pesquisa com seres humanos. Os sujeitos foram integrados como participantes mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), sendo-lhes garantido o caráter confidencial e privativo das informações fornecidas; o direito ao anonimato; esclarecimentos de qualquer dúvida que venham a apresentar e ainda a liberdade de retirar seu consentimento, podendo, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O projeto de pesquisa ao qual está vinculado o presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), tendo sido registrado e aprovado sob o número 23116.004268/06-13 (ANEXO A).

5. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados em dois artigos científicos. O primeiro, intitulado “Satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade dos serviços de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar”, responde ao primeiro objetivo específico da dissertação – analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS. Foi organizado de acordo com as normas do periódico científico *Texto & Contexto de Enfermagem*, cujas normas para publicação encontram-se disponíveis em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/conteudo.php?&sys=bd&id=17>.

O segundo artigo, intitulado “Resolutividade dos serviços de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência”, responde ao segundo objetivo específico da dissertação, qual seja, analisar a satisfação das famílias em relação à resolutividade das ações desenvolvidas em serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS. O referido artigo foi organizado de acordo com as normas do periódico científico *Revista de Saúde Pública*, cujas normas para publicação encontram-se disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/rsp/pinstruc.htm>.

Para melhor visualização dos resultados, na sequência, são apresentados dois modelos esquemáticos que representam a organização dos resultados de ambos os artigos.

FIGURA 1 – Modelo Esquemático do artigo I

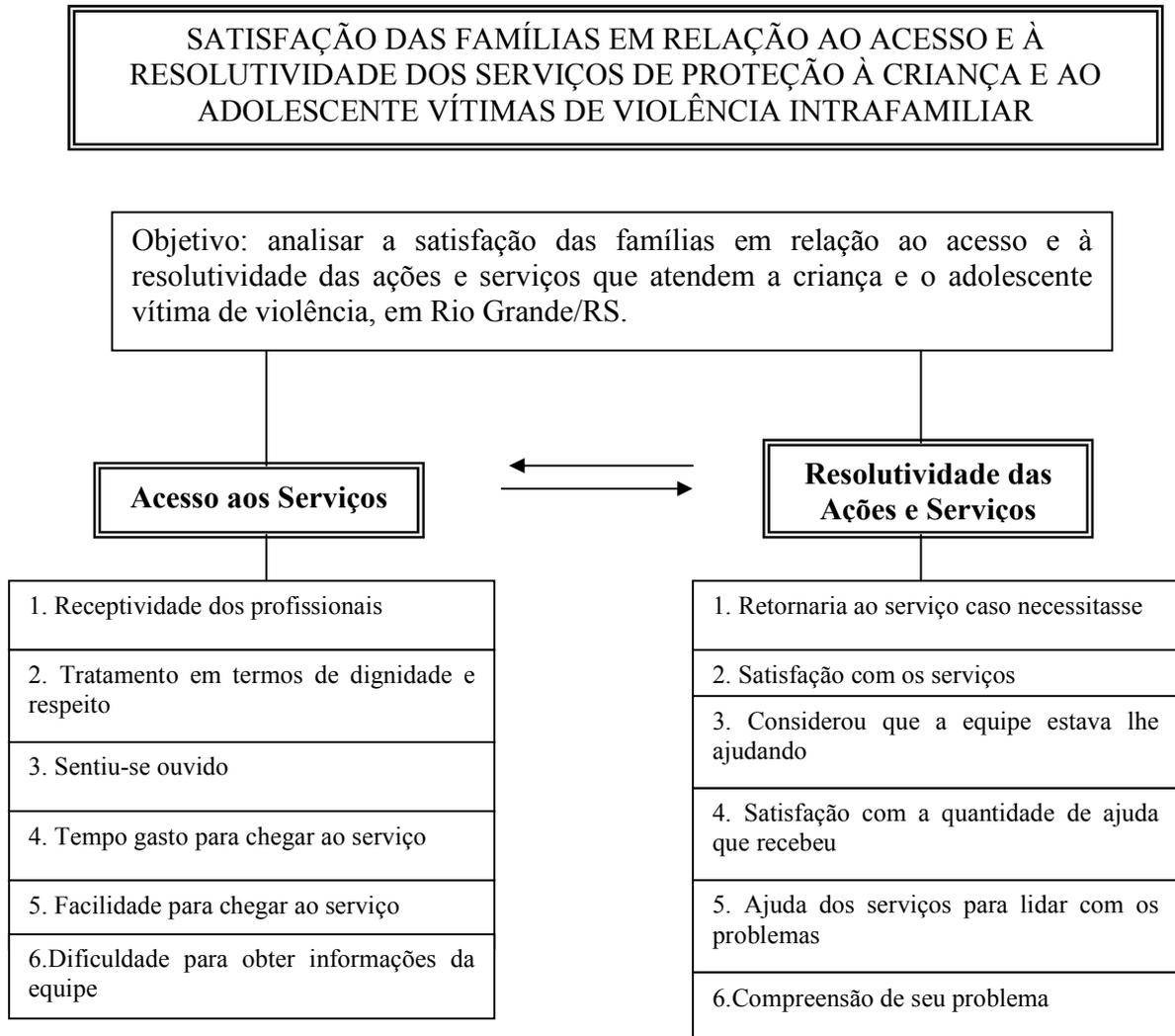
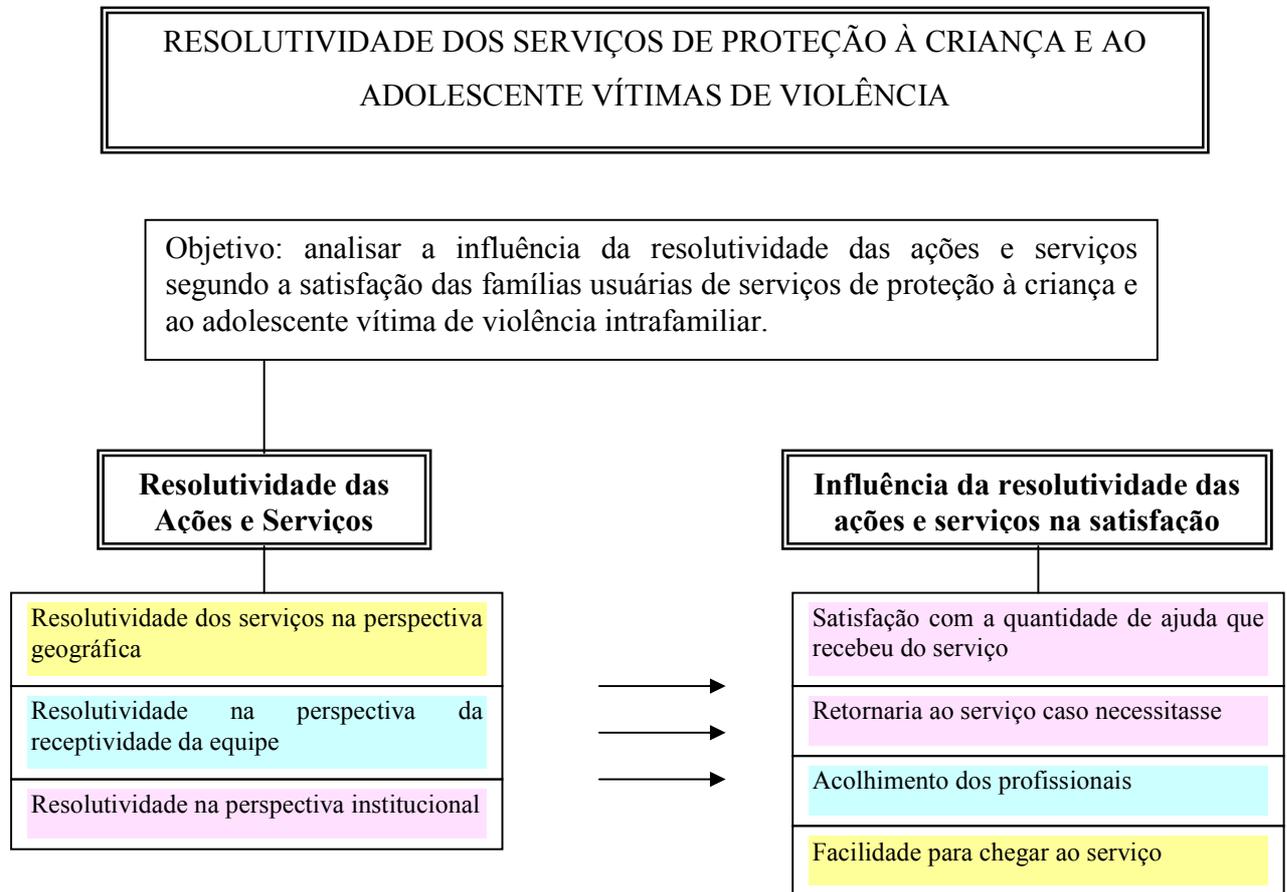


FIGURA 2 – Modelo Esquemático do artigo II



5.1 ARTIGO I

**SATISFAÇÃO DAS FAMÍLIAS COM O ACESSO E À RESOLUTIVIDADE DOS
SERVIÇOS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA⁴**

**SATISFACTION OF FAMILIES IN RELATION TO ACCESS AND CANCELLATION
OF SERVICES TO PROTECT THE CHILD AND ADOLESCENT VICTIMS OF
VIOLENCE**

**SATISFACCIÓN DE LAS FAMILIAS EN RELACIÓN AL ACCESO Y
RESOLUTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN A NIÑOS Y
ADOLESCENTE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Juliane Portella Ribeiro⁵, Mara Regina Santos da Silva⁶

⁴ Resultado parcial da dissertação – “Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2011.

⁵ Enfermeira. Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES). Bolsista CAPES. E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do GEPEFES. E-mail: marare@brturbo.com.br Endereço: Frederico Carlos de Andrade, 750 – Cassino – Rio Grande/Rio Grande do Sul/Brasil CEP: 96208-050

RESUMO: este estudo objetivou analisar a satisfação dos usuários em relação ao acesso e à resolutividade dos serviços que atendem a criança e o adolescente vítima de violência, em RioGrande/RS. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que utilizou informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias vinculadas e em acompanhamento no Centro de Referência Especializado em Assistência Social e no Conselho Tutelar. Os resultados indicam a satisfação dos usuários com o acesso e a resolutividade, bem como a alta correlação entre os mesmos (RC= 0,8659). Pelo exame dos pesos canônicos, verificou-se que os serviços são considerados de fácil acesso pelas famílias quando são, sobretudo, receptivos (0,883837); e resolutivos quando o familiar expressa sua decisão em retornar ao serviço, em caso de necessidade (0,900171).

DESCRITORES: Acesso aos serviços de saúde. Satisfação do paciente. Violência na família. Saúde da família. Enfermagem.

ABSTRACT: This study examines customer satisfaction with regard to access and problem solving services that meet the child and adolescent victims of violence in Rio Grande / RS. This is a quantitative, descriptive and exploratory, using information from assessments carried out in 113 families linked and monitored by the Reference Center Specializing in Social Work and the Guardian Council. The results indicate user satisfaction with access and resolution, as well as the high correlation between them (RC = 0,8659). An examination of the canonical weights, it was found that the services are considered easily accessible for families when they are especially receptive (0,883837); and resolute when the family expressed its decision to return to service in case of need (0,900171).

KEY WORDS: Access to health services. Patient satisfaction. Family violence. Family health. Nursing.

RESUMEN: este estudio objetivó analizar la satisfacción de los usuarios en relación al acceso y a la resolutividad dos servicios que atienden el niño y al adolescente víctima de violencia, en Río Grande/RS. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio, que utilizó informaciones contenidas en 113 evaluaciones realizadas por familias en acompañamiento en Centro de Referencia Especializado en Asistencia Social y en Consejo Tutelar. Los resultados apuntan la alta correlación entre acceso y resolutividad (RC= 0,8659) y que los servicios son considerados de fácil acceso por las familias cuando son, sobretudo, receptivos (0,883837); y resolutivos cuando el familiar expresa su decisión en retornar al servicio, en caso de necesidad (0,900171).

DESCRIPTORES: Acceso a los servicios de salud. Satisfacción del enfermo. Violencia en la familia. Salud de la familia. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, foi instituído na década de 80, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos. Nessa mesma época, o fenômeno da violência contra a criança e o adolescente foi reconhecido como problema de saúde pública. A violência era considerada a causa mais frequente de mortalidade no país como um todo¹, tornando-se pauta da agenda de debates e do campo programático da saúde.

Os índices cada vez mais elevados de violência, principalmente contra a criança e o adolescente, praticada pelos próprios familiares, intensificou a preocupação com a saúde das famílias e mobilizou diversas instâncias sociais e governamentais em direção à implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, em 2001. Além disso, o Ministério da Saúde instituiu várias portarias específicas, de forma a orientar o Sistema de Atenção à Saúde quanto aos atendimentos às vítimas e aos seus familiares, através de ações de prevenção da violência e de promoção da vida¹.

No entanto, mesmo com tais iniciativas, os índices de violência contra criança e adolescente permanecem elevados. Conforme o Ministério da Saúde, o fenômeno é a quarta causa de mortalidade na faixa etária de zero a nove anos e a primeira, entre os adolescentes de dez a dezenove anos de idade². O Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) registrou 9703 violações dos direitos de crianças e adolescentes, em 2010, no Brasil, sendo que destas, 362 ocorreram no Rio Grande do Sul e 341 casos tiveram como agente violador familiares como avó (um caso), irmãos (18 casos), mãe (51 casos), padrasto (67 casos) e pai (204 casos)³.

Os dados apresentados explicitam a complexidade que envolve a situação de violência contra crianças e adolescentes, especialmente por revelarem que os diversos serviços envolvidos no controle desse fenômeno não estão conseguindo reduzir os índices que retratam o problema. Em função disso, é preciso considerar a violência intrafamiliar como uma situação de emergência, que necessita de uma rede assistencial organizada, de forma a facilitar o acesso das famílias aos serviços e, ainda, contemplar as exigências de continuidade e complementaridade, necessárias para a resolutividade de um problema tal natureza e com tamanha abrangência.

Considerando que o quadro exige ações concretas e imediatas para proteger as vítimas e reduzir suas consequências, o acesso aos serviços sociais e de saúde e a resolutividade das ações empreendidas são elementos vitais para combater os altos índices de violência intrafamiliar. O

acesso universal e a resolutividade são princípios que fundamentam o SUS e que, em conjunto, correspondem à capacidade de o serviço ofertar cuidados coerentes com as necessidades de seus usuários.

Estudo realizado a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) revelou que a maior parte da população brasileira (75%) depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde; os 25% restantes estão cobertos por planos de saúde. Revelou ainda que houve aumento no percentual de atendimentos realizados através do SUS: de 49%, em 1998, para 56%, em 2008; as crianças e os adolescentes estão entre os que mais utilizaram os serviços de saúde nos quinze dias anteriores às entrevistas⁴.

Um grande desafio para o controle do problema em questão consiste na articulação das ações entre os diferentes serviços que prestam assistência às vítimas, dificuldade sentida também nos demais serviços de saúde. Pesquisa sobre o acesso às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro evidenciou que apenas 15,2% dos agravos que motivaram a demanda infantil requeriam potencial tecnológico condizente com a capacidade assistencial da unidade. Assim, foi apontada a existência de limitações no acesso aos demais níveis de atenção, possivelmente relacionadas aos conflitos de interesses entre oferta e demanda⁵.

Outro estudo que buscou analisar as formas de acesso e acolhimento de adolescentes em um serviço de saúde identificou dificuldade no acesso, quando a demanda é espontânea. As queixas dos usuários relacionaram-se à demora do serviço em responder as suas necessidades, em função das longas filas, do tempo de espera para o atendimento e da “triagem”, realizada por profissional desqualificado para a função. Por outro lado, os adolescentes referenciados por outros serviços de saúde relataram um atendimento rápido e resolutivo diante do seu problema⁶.

Quando o problema envolve a proteção de crianças e adolescentes, espera-se o que o serviço esteja capacitado para enfrentá-lo e solucioná-lo no nível de sua complexidade⁷. Para tanto, é indispensável a existência de mecanismos bem-definidos, não somente para a detecção dos casos, mas também para o acesso a serviços de qualidade, que possam responder as necessidades das pessoas envolvidas na situação de violência, isto é, que sejam resolutivos frente aos problemas expressos pelas vítimas e suas famílias.

Considerando o grau satisfação dos usuários como um dos indicadores da qualidade dos serviços, pelo qual são obtidas informações sobre as percepções e expectativas dos mesmos em relação aos serviços que utilizam, este estudo objetiva analisar a satisfação das famílias em

relação ao acesso aos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que utilizou informações do banco de dados de um projeto de pesquisa amplo desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), intitulado: “Convergências e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar”.

A amostra foi constituída pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de dois serviços públicos que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS: o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e um dos Conselhos Tutelares existentes no município.

Os dados foram coletados entre 2008 e 2009, através da aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos usuários de serviços de saúde mental (SATIS-BR-Usuário) e é constituído de 39 questões fechadas e cinco abertas, as quais referem-se à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços em foco. Para o artigo ora apresentado, foram selecionadas doze questões, que investigam a percepção das famílias em relação ao acesso e à resolutividade dos serviços. Elas foram respondidas através de uma escala ordinal do tipo Likert, de 5 pontos. Além das citadas, foram utilizadas questões sócio-demográficas, que delineiam o perfil da amostra.

Para analisar o acesso aos serviços de saúde, foram utilizados os seguintes indicadores: tempo gasto para chegar ao serviço; percepção do usuário em relação à facilidade para chegar ao serviço; percepção do usuário quanto à maneira como foi tratado, em termos de respeito e dignidade; percepção do usuário de ter sido ouvido com interesse pela pessoa que o recebeu no serviço; percepção em relação à dificuldade para obter informações da equipe sobre o tratamento prestado; classificação do paciente quanto à acolhida realizada pelos profissionais. A resolutividade dos serviços foi analisada através da percepção das famílias acerca da capacidade de a equipe compreender o seu problema; ajuda recebida pelos serviços para lidar com os problemas; ajuda da equipe; quantidade de ajuda recebida do serviço; decisão do retorno ao serviço caso haja necessidade; grau de satisfação com relação aos serviços. Os dados foram analisados descritivamente e por correlação canônica, utilizando-se o programa Statistica versão

5.0⁸. O projeto do qual este estudo é integrante foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido registrado e aprovado sob o processo de número 23116.004268/06-13.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

A amostra foi constituída pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS, sendo 62 usuárias do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e 51, do Conselho Tutelar. Em 71 (62,83%) avaliações, as famílias estavam em acompanhamento pelo serviço há seis meses ou menos; 13 (11,50%), entre sete e doze meses; 20 (17,70%), entre doze e vinte quatro; e, 9 (7,96%) há mais de sessenta meses.

No total de avaliações, 102 (90,27%) foram realizadas por mulheres responsáveis pela criança ou adolescente (mães, avós, tias) e 11 (9,73%), por homens. A faixa etária dos entrevistados variou de 24 a 64 anos, com maior concentração na faixa entre 24 e 54 anos. Com relação ao estado civil, 56 (49,56%) eram casados e 68 (60,18%) possuía grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental, enquanto nove (7,96%) pessoas nunca frequentaram a escola. A maioria possui casa/apartamento próprio (n= 86; 76,11%), e 55 (48,67%) não têm atividade remunerada.

Acesso aos serviços de saúde

Os serviços em estudo localizam-se na área central da cidade, enquanto as famílias residem em áreas afastadas do centro, precisando percorrer longas distâncias para chegar até os serviços; por isso, a maioria necessita utilizar transporte público (n=74; 65,50%) ou caminhar (n= 23; 20,35%) para chegar até o serviço, com um gasto de tempo que varia de 0 a mais de 60 min.

Mesmo diante de dificuldades geográficas, relativas à distância entre a localização dos serviços e a residência dos usuários, e de dificuldades financeiras, relacionadas ao fato de que a maioria dos respondentes não possui emprego e precisa custear o transporte utilizado, o serviço é considerado, em mais de 50% das avaliações, como de fácil acesso (n= 66; 58,41%) (tabela 1).

Tabela 1 – Percepção da família em relação à facilidade para chegar ao serviço

Facilidade de chegar ao serviço	Famílias	
	N	%
Muito difícil	02	1,77
Difícil	11	9,73
Mais ou menos	31	27,43
Fácil	66	58,41
Muito fácil	02	1,77
Não respondeu	01	0,88
TOTAL	113	100

N= 113

O fato de o acesso aos serviços ser considerado fácil pode estar relacionado a aspectos institucionais, visto que, na avaliação das famílias, a receptividade dos profissionais destaca-se, em 61 (53,98%) como muito amigável; e, em 36 (31,86%), como amigável. Além disso, 53 (46,90%) avaliações expõem que os familiares sentiram-se bastante ouvidos; e 49 (43,36%) muito ouvidos pela pessoa que os recebeu no serviço. Essa forma de interação entre serviço e família justifica a percepção destas quanto à maneira como foram tratadas. Número expressivo, 97 (85,84%) registros, revelaram que elas sempre se sentiram tratadas de forma respeitável e digna. Observa-se que os aspectos institucionais contribuíram, conseqüentemente, para que os usuários tivessem acesso a informações sobre o serviço, sendo que 80 (70,80%) referiram nunca ter tido dificuldade para obter informações sobre o tratamento prestado pelo mesmo.

Resolutividade dos serviços

Do total considerado, 94 (83,18%) avaliações revelam que os familiares estão muito satisfeitos ou satisfeitos com a quantidade de ajuda recebida dos serviços. Da mesma maneira, 103 (91,15%) afirmam estarem satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços de forma geral e global. Cabe destacar que em 89 (78,76%) avaliações as famílias registraram que com certeza retornariam aos serviços.

Analisando-se separadamente cada serviço com relação aos aspectos mencionados, observa-se que a porcentagem de avaliações em que as famílias do CREAS afirmam estarem

satisfeitas ou muito satisfeitas com a quantidade de ajuda recebida (n= 55; 88,71%) é maior do que a obtida quando a instituição avaliada foi o Conselho Tutelar (n= 39; 76,47%); não havendo, contudo, diferença estatística significativa (p=0,1175). Com relação às avaliações de usuários satisfeitos ou muito satisfeitos com o serviço de forma geral e global, a porcentagem é maior no primeiro serviço (n= 61; 98,38%) do que no segundo (n= 42; 82,35%); nesse caso, o teste t mostrou que há diferença estatística significativa entre a satisfação dos usuários dos dois serviços em favor do primeiro (p=0,0043). No CREAS, nenhuma família referiu estar muito insatisfeita, enquanto que, no Conselho Tutelar, 04 (7,84%) referiram. Os dados são apresentados de forma mais genérica na Tabela 2.

Tabela 2 – Satisfação das famílias usuárias do CREAS e do Conselho Tutelar com a quantidade de ajuda recebida e com o serviço de forma geral e global

Satisfação das famílias	CREAS				Conselho Tutelar			
	Quantidade de ajuda		Serviço de forma geral e global		Quantidade de ajuda		Serviço de forma geral e global	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito insatisfeito	-	-	-	-	04	7,84	02	3,92
Insatisfeito	04	6,45	-	-	04	7,84	05	9,80
Indiferente	03	4,84	01	1,61	04	7,84	02	3,92
Satisfeito	28	45,16	29	46,77	27	52,94	25	49,02
Muito satisfeito	27	43,55	32	51,61	12	23,53	17	33,33
TOTAL	62	100	62	100	51	100	51	100

Com relação à decisão das famílias em retornar aos serviços em questão, caso haja necessidade, 57 (91,94%) avaliações demonstram que as famílias usuárias do CREAS, com certeza, retornariam ao serviço, enquanto que 32 (62,75%) avaliações demonstram que as famílias usuárias do Conselho Tutelar retornariam a ele, se fosse preciso. No primeiro serviço, não houve registro de familiares que certamente não retornariam ao serviço; porém, o segundo serviço teve 05 (9,80%) registros.

Considerando que a satisfação envolve interação entre usuário, profissional e o serviço na busca pela resolução dos problemas, avaliou-se a percepção das famílias com relação à ajuda

recebida pela equipe. Verificou-se que 77 (68,14%) afirmam que a equipe sempre ajudou, enquanto 15 (13,27%) relatam que ajudou frequentemente. Somente em 10 (8,84%) avaliações constatou-se que a equipe nunca ou raramente ajudou a família (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação das famílias sobre a ajuda recebida da equipe

Equipe ajuda	Famílias	
	N	%
Nunca	03	2,65
Raramente	07	6,19
Mais ou menos	11	9,73
Frequentemente	15	13,27
Sempre	77	68,14
TOTAL	113	100

N= 113

Esse fato pode ter contribuído para que a maioria (n= 62, 54,87%) dos respondentes referissem que os serviços ajudam muito a lidar com os seus problemas. Por outro lado, 12 (10,61%) registros apontam que os serviços não ajudam ou, ainda, pioram as coisas (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação das famílias sobre a ajuda recebida pelos serviços para lidar com os seus problemas

Ajuda recebida pelos serviços	Famílias	
	N	%
Eles parecem piorar as coisas	03	2,65
Eles não ajudam muito	09	7,96
Mais ou menos	11	9,73
Eles me ajudam um pouco	28	24,78
Eles me ajudam muito	62	54,87
TOTAL	113	100

N= 113

Para que o serviço auxilie os familiares, faz-se necessária a capacidade de compreensão do problema, visto que intervenções equivocadas podem refletir na resolução do mesmo e, conseqüentemente, na satisfação das famílias. A esse respeito, 95 (84,07%) avaliações revelam

que a pessoa que admitiu o familiar no serviço compreendeu muito bem ou bem o seu problema, enquanto que 10 (8,85%) revelam não terem sido muito bem compreendidos ou, ainda, incompreendidos.

Correlação entre acesso e resolutividade

A técnica de correlação canônica foi aplicada para analisar a relação entre o acesso e a resolutividade dos serviços, obtendo-se forte correlação (RC= 0,8659), com alto nível de significância (p= 0,00000). Para a presente análise, foram selecionados seis aspectos, representantes do acesso aos serviços e outros seis, representantes da resolutividade dos serviços.

Tabela 5 – Correlação entre acesso e resolutividade dos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar em Rio Grande (RS)

RC: 0,86594 p= 0,0000	
Pesos canônicos	
	Função 1
Acesso aos serviços	
Receptividade dos profissionais	0,883837
Tratamento em termos de dignidade e respeito	0,858614
Sentir-se ouvido	0,626720
Tempo gasto da casa até o serviço	0,326169
Facilidade para chegar ao serviço	0,203792
Dificuldade para obter informações da equipe	0,016830
Resolutividade dos serviços	
Retornaria ao serviço caso necessitasse	0,900171
Satisfação com os serviços	0,872823
Considerou que a equipe estava lhe ajudando	0,827258
Satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu	0,803617
Ajuda dos serviços para lidar com os problemas	0,758437
Compreensão de seu problema	0,688417

Pelo exame dos pesos canônicos, verificou-se que dos aspectos que representam o acesso aos serviços, a “receptividade dos profissionais” é a que possui maior contribuição, seguida pelo

“tratamento em termos de dignidade e respeito” e por “Sentir-se ouvido”. Entre os aspectos que representam a resolutividade dos serviços, “retornaria ao serviço caso necessitasse” é a que possui maior contribuição, seguida pela “satisfação com os serviços”, “satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu”, “Considerou que a equipe estava lhe ajudando”, “ajuda dos serviços para lidar com os problemas” e “compreensão de seu problema”.

DISCUSSÃO

A saúde é um direito assegurado pela Constituição Federal (1988), sendo o Estado responsável por prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve e implementa a política nacional de saúde, a qual visa à redução de riscos de doenças e de outros agravos e estabelece condições que assegurem acesso universal e igualitário a serviços equipados com recursos necessários para garantir a resolutividade dos problemas da população ⁹.

O SUS fundamenta-se em princípios e diretrizes como o acesso universal e a resolutividade das ações e serviços, de modo a ofertar cuidados coerentes com as necessidades de seus usuários. Neste estudo, o acesso foi considerado de forma ampla, incluindo uma perspectiva além da geográfica, relativa à distância e facilidade para chegar ao serviço; foi considerada também uma perspectiva institucional, referente à dificuldade de obter informações sobre o serviço, e da receptividade dos profissionais, incluindo o acolhimento do usuário, o tratamento em termos de respeito e dignidade e escuta. A resolutividade das ações e serviços foi considerada como capacidade de o serviço e a equipe compreenderem os problemas enfrentados pela família; eficácia dos cuidados recebidos no serviço; qualidade e quantidade de ajuda recebida no serviço.

Particularmente nos serviços de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, o enfoque da assistência é a prevenção da violência e a promoção da saúde, de forma a contribuir para a qualidade de vida das famílias. No entanto, apesar dos 22 anos de existência, avanços e conquistas, o SUS ainda possui grandes barreiras no que se refere ao acesso e, por extensão, na resolutividade das ações e serviços. A disponibilidade de serviços e sua localização geográfica, a oferta e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos e a informação sobre o funcionamento do sistema são aspectos que afetam o acesso¹⁰. Além disso,

características da população, tais como, renda, educação e habitação, também estão relacionadas ao acesso¹¹.

No estudo aqui proposto, a predominância de famílias que não possuem atividade remunerada (n= 55; 48,67%) e com grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental (n= 68; 60,18%) define um perfil de usuários de baixa renda e baixa escolaridade. Da mesma forma, pesquisa que analisou um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica expôs que a população atendida era predominantemente composta por famílias de baixa renda. Sendo assim, a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, embora possa ocorrer em todas as classes sociais, possui maior percentual de registros nas classes populares¹².

As famílias residem em áreas afastadas dos serviços analisados; por isso, a maioria utiliza transporte público (n=74; 65,50%) ou percorre o trajeto através de caminhada (n= 23; 20,35%), com um gasto de tempo que varia de 0 a mais de 60 min. Embora a distância e o tempo de deslocamento pudessem constituir impedimentos ao acesso, o serviço é considerado, em mais de 50% das avaliações, como de fácil acesso (n= 66; 58,41%). Estudiosos afirmam que a facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com outros fatores, em especial o acolhimento, favorece o vínculo do usuário e, muitas vezes, a procura e a utilização do atendimento¹¹.

Por outro lado, se o serviço for de fácil acesso e não ofertar assistência de qualidade e eficiência, o impacto pode ser negativo. A execução de cuidados ou procedimentos deve envolver, além da técnica, aspectos relacionais entre usuários, suas necessidades e profissionais de saúde, responsáveis diretos pela resolução dos problemas¹³. Mas, o Ministério da Saúde aponta que vários relatórios de ouvidoria, depoimentos e pesquisas de satisfação têm evidenciado que as relações solidárias e a escuta qualificada são pouco exercidas².

Considerando que a relação entre usuário, equipe e serviço se estabelece desde o acolhimento, a receptividade adquire caráter essencial na assistência. A postura receptiva do profissional consiste em escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade e se responsabilizar em dar uma resposta ao problema². Nesse sentido, os serviços receberam 61 (53,98%) avaliações, classificando a receptividade como muito amigável; e 36 (31,86%), como amigável.

Além disso, 53 (46,90%) avaliações informam que os familiares sentiram-se bastante ouvidos, enquanto 49 (43,36%), muito ouvidos pela pessoa que os recebeu no serviço. A escuta

deve ser prioridade no atendimento, visto que através dela se tem a oportunidade de se estabelecer o diálogo, discutir com a família suas necessidades e compreender o melhor modo de resolvê-las¹⁴. Em 95 (84,07%) avaliações, os familiares consideraram que a pessoa que lhes admitiu no serviço compreendeu muito bem ou bem o seu problema e em 94 (83,18%) avaliações revelaram estar muito satisfeitos ou satisfeitos com a quantidade de ajuda recebida dos serviços.

A ideia de que o plano de cuidado elaborado unicamente pelo profissional corresponda às expectativas do usuário no tocante à ajuda esperada não é verdadeira, pois vários aspectos podem influenciar os desejos e as necessidades sentidas pelo mesmo¹⁵. Portanto, a assistência deve contemplar tanto a necessidade observada pelo profissional quanto a sentida pelo usuário, com vistas à construção de um cuidado ético.

Salienta-se que a família tem o direito de ser informada e de participar do processo de reflexão e construção das ações a serem realizadas⁹. A esse respeito, constatou-se que, nos serviços analisados, a maioria dos usuários (n= 80; 70,80%) nunca teve dificuldade para obter informações sobre o tratamento prestado, o que justifica o fato de 97 (85,84%) respondentes sentirem-se tratados de forma respeitável e digna. Pesquisa que investigou as influências das necessidades percebidas pelos profissionais e a necessidade sentida pelos usuários sobre a satisfação revelou que os usuários ficaram insatisfeitos com a imposição do plano de cuidado pelo profissional. Observou-se que a imposição foi fundamentada na crença do profissional de que seu saber tem mais valor que o do usuário, em termos científicos¹⁵.

No atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, a ocorrência de tal comportamento pode tornar a situação ainda mais delicada do que já é por si só, além de dificultar a interação usuário/profissional, visto que, muitas vezes, o adulto que acompanha a vítima até o serviço é o próprio familiar agressor¹⁶. Assim, é fundamental que os profissionais atuantes em serviços de proteção às vítimas de violência realizem um processo reflexivo capaz de refutar preconceitos quanto aos determinantes das condições de saúde e também quanto às táticas de sobrevivência física e psíquica dessas pessoas¹⁷.

Quando os trabalhadores possuem a capacidade de refletir, a compreensão do sofrimento do outro é favorecida, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança, em que o usuário se sente ajudado. Em 77 (68,14%) avaliações, as famílias consideraram que a equipe sempre lhe ajuda e em 62 (54,87%), que os serviços ajudam muito a lidar com os seus problemas. Uma análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de

violência apontou o percentual de famílias que considera a intervenção como tendo contribuído para diminuir ou interromper o padrão abusivo no relacionamento familiar é utilizado como um dos indicadores de resolutividade¹⁸.

Para atingi-la, primeiramente, o serviço de saúde deve assegurar o acesso sempre que solicitado, exigindo a integração dos profissionais e a organização do processo de trabalho na oferta de assistência de qualidade. O acesso e a resolutividade dos serviços são elementos que contribuem para a satisfação do usuário e procura pelo serviço¹¹. Nos serviços avaliados, 103 (91,15%) registros explicitam que os usuários estão muito satisfeitos ou satisfeitos com o serviço de forma geral e global; já 89 (78,76%) apontam que, com certeza, retornarão ao serviço, caso haja necessidade.

Analisando-se separadamente as avaliações de cada serviço, observou-se que a porcentagem de famílias satisfeitas ou muito satisfeitas com o serviço de forma geral e global é maior no CREAS do que no Conselho Tutelar. Pode-se inferir que as atividades desenvolvidas em cada serviço influenciam na forma como os familiares avaliam a assistência, uma vez que o primeiro serviço acolhe e acompanha as famílias envolvidas em situações de violência, enquanto que o segundo não assiste diretamente às famílias; ele aconselha e encaminha aos serviços necessários para o atendimento de cada caso.

Os resultados desse estudo indicam a existência de alta correlação entre acesso e resolutividade dos serviços ($RC= 0,8659$), os quais são considerados de fácil acesso pelas famílias quando se mostram, sobretudo, receptivos, dispensando tratamento com dignidade, respeito e atenção. Sendo assim, aspectos como tempo de deslocamento até o serviço e informações sobre o tratamento prestado adquirem menor importância para o usuário.

A resolutividade é expressa pela decisão do familiar em retornar ao serviço caso haja necessidade, por sua satisfação com os serviços e com a quantidade de ajuda que recebeu; pela avaliação de que a equipe estava lhe ajudando e de que os serviços o ajudaram a lidar com os problemas; pela compreensão dos mesmos por parte da pessoa que recebeu esse familiar. Tais resultados resumem a percepção e as expectativas dos usuários em relação à assistência dos serviços analisados, revelando a importância de esses facilitarem o acesso para garantirem a resolutividade das ações ofertadas, conforme o preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS, em seus 22 anos de implementação, produziu grandes avanços, no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde à população. De modo geral, observam-se altas taxas de utilização dos serviços, inclusive com redução das iniquidades no acesso às ações e aos serviços de saúde, decorrentes das desigualdades sociais. Destaca-se que, nos serviços de proteção à criança e ao adolescente, o acesso é condição essencial para a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas à violência.

Os resultados do estudo aqui apresentado indicam a satisfação dos usuários com o acesso e a resolutividade dos serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência, além de evidenciar que a resolutividade está relacionada ao acesso aos serviços, suscitando, assim, o investimento na acessibilidade. Embora predominante, a satisfação dos usuários está relacionada a apenas dois dos serviços que compõem a rede de proteção às famílias vitimadas, que não são serviços de assistência à saúde, mas serviços sociais comprometidos com a produção da mesma.

A inserção dos serviços de saúde na rede de proteção é fundamental para a efetivação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), já que seus profissionais estão em posição estratégica para identificar riscos e possíveis vítimas. Especificamente a enfermagem, através de sua inserção nos diferentes níveis do setor saúde e das ações que compõem o seu processo de trabalho, possui ampla possibilidade de intervenções nos casos de violência intrafamiliar.

Nesse sentido, os enfermeiros exercitam o papel de cuidadores, educadores, gestores, pesquisadores, ao passo que também se instrumentalizam para agir politicamente na assistência a crianças, adolescentes e famílias envolvidas em situações de violência, de modo a minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das mesmas. Por isso, é importante que os ambientes de formação incluam, em sua grade curricular, questões relacionadas ao tema violência, colaborando para que o acesso e a resolutividade dos serviços se tornem realidade em todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Deslandes SF, Minayo MCS, Lima MLC. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(6): 430-440.

2. Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília (DF): MS; 2008.
3. Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA) [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2011 [acesso em 2011 Jan 10]. Disponível em: <http://www.sipia.com.br/>
4. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. Radis comunicação em saúde 2010; 96: 12-19.
5. Kovacs M.H, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria* 2005; 81(3): 251-258.
6. Queiroz MVO, Ribeiro EMV, Pennafort VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Abr-Jun; 19(2): 291-299.
7. Carneiro RV. Reflexão sobre a resolutividade da rede integrada de atendimento à criança e ao adolescente na microrregião 2 da cidade de Porto Alegre. [trabalho de conclusão de curso de especialização]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão; 2006.
8. StatSoft, Inc. STATISTICA (data analysis software system), version 5. [acesso em 2011 Jan. 10]. Disponível em: www.statsoft.com
9. Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP): Hucitec; Rio de Janeiro (RJ): Ed. Fiocruz, 2006.
10. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-986.
11. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003 jan-fev; 19(1):27-34.
12. Deslandes SF. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cad. Saúde Públ.* 1994; 10 (supl. 1): 177-187.
13. Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: contribuições ao debate. *Cad. Saúde Públ.* 1997 abr.-jun.; 13(2): 325-30.
14. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(supl.1): 1523-31.
15. Usual AB, Araujo AA, Diniz FVM, Drumond MM. Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. *Arquivos em odontologia* [online]. 2001 [acesso em 2011 Jan 10]; 42(1). Disponível em: http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/downloads/doc_view/95-artigo-08?tmpl=component&format=raw
16. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília (DF): MS; 2008.
17. Lima CM, Stotz C, Valla V. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. *Rev. APS* 2008 jul.-set; 11(3): 273-284.
18. Ferreira AL, Souza ER. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad. Saúde Pública* 2008 Jan.; 24(1):28-38.

5.2 ARTIGO II

**RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO
ADOLESCENTE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA⁷**

RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE PROTEÇÃO

**RESOLUTIVITY OF SERVICES OF PROTECTION TO CHILD AND
ADOLESCENT VICTIMS OF VIOLENCE**

RESOLUTIVITY OF SERVICES OF PROTECTION

Juliane Portella Ribeiro⁸, Mara Regina Santos da Silva⁹

RIBEIRO JP, SILVA MRS

⁷ Resultado parcial da dissertação – “Acesso e resolutividade: satisfação dos usuários de serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar”. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2011.

⁸ Enfermeira. Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES). Bolsista CAPES. E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

⁹ Enfermeira. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do GEPEFES. E-mail: marare@brturbo.com.br Endereço: Frederico Carlos de Andrade, 750 – Cassino – Rio Grande/Rio Grande do Sul/Brasil CEP: 96208-050

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a influência da resolutividade das ações e serviços segundo a satisfação das famílias usuárias de serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência intrafamiliar. **MÉTODOS:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que utilizou informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias do Centro de Referência Especializado em Assistência Social e um dos Conselhos Tutelares existentes no município do Rio Grande/RS. **RESULTADOS:** Os resultados deste estudo indicaram a satisfação das famílias com os serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência, além de evidenciarem uma forte associação ($R= 0,83$), altamente significativa ($p=0,00000$), entre o grau de satisfação das famílias e quatro aspectos da resolutividade das ações e serviço. O aspecto "satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu" é o que possui maior influência na satisfação dos familiares ($\beta= 0,314682$). **CONCLUSÕES:** A satisfação das famílias com os serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência está associada à resolutividade dos mesmos.

DESCRITORES: Satisfação do paciente. Violência na família. Saúde da família. Enfermagem.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aimed to examine the influence of the resolution of the actions and services according to the satisfaction of service users families to protect children and adolescent victims of domestic violence. **METHODS:** This is a quantitative, descriptive and exploratory, using information from assessments carried out in 113 families that use the Reference Center specializes in one of Welfare and Protection Council in the municipality of Rio Grande / RS. **RESULTS:** The results of this study indicated the satisfaction of families with protective services to children and adolescent victims of violence, and also show a strong correlation ($R = 0,83$), highly significant ($p=0,00000$), between the degree satisfaction of families and four aspects of problem solving actions and service. The aspect of "satisfaction with the amount of aid it received" is what has greater influence on family satisfaction ($\beta = 0,314682$). **CONCLUSIONS:** The satisfaction of families with protective services to children and adolescent victims of violence is associated with solving them.

KEY WORDS: Patient satisfaction. Family violence. Family health. Nursing

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes no Brasil é a quarta causa de mortalidade na faixa etária de zero a nove anos e a primeira, entre os adolescentes de dez a dezenove anos de idade¹. Trata-se de um fenômeno polêmico e preocupante, não só por sua magnitude, mas pelo fato de que a maioria dos casos ocorre no âmbito familiar, praticados por aquelas pessoas que deveriam educar e respeitar crianças e adolescentes.

A violência intrafamiliar é compreendida como problema de saúde pública em razão de suas consequências – lesões físicas, psíquicas e morais –, que exigem atenção e cuidados dos serviços de saúde. Ao compreender a violência como problema, o setor saúde reconhece a sua participação, juntamente com outros setores, na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e também o seu papel específico, exercido nas medidas de prevenção à violência, de promoção da saúde e de recuperação e reabilitação de pessoas vitimadas.

Nesse contexto, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) é o instrumento orientador da atuação do setor saúde na assistência às crianças e aos adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, instituindo diretrizes e responsabilidades institucionais. Essa política prioriza ações de prevenção da violência, por considerar que o investimento em tais níveis repercute em menor custo no atendimento às vítimas e em maior impacto e abrangência na proteção da população. Além disso, estimula a promoção da saúde como forma de adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde².

A PNRMAV reforça o papel-chave do setor saúde no enfrentamento da violência intrafamiliar, porquanto as ações complementares e os meios necessários para minimizá-la ou, até mesmo, solucioná-la, pela via da articulação entre os serviços de atenção básica e os demais níveis do sistema, favorecem a resolutividade dos serviços. Esta constitui um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), que exige dos serviços capacidade para solucionar os problemas e necessidades de saúde da população, no

local mais próximo de sua residência ou encaminhá-la para outros que possuam competência para tal³.

Analisando as diretrizes do SUS, orientadas para a promoção da saúde, o conceito de resolutividade engloba aspectos relativos à capacidade de o serviço e de a equipe compreenderem os problemas enfrentados pela família; à eficácia dos cuidados recebidos no serviço ao qual estão vinculados; e à qualidade e à quantidade de ajuda recebida no serviço de saúde. No estudo ora proposto, considerou-se relevante ampliar essa concepção, uma vez que, aspectos relativos ao acesso ao serviço, como tempo gasto e facilidade para chegar até ele, influenciam na resolutividade das ações. Portanto, a acessibilidade é um fator relevante para explicar os resultados subsequentes.

A resolutividade extrapola a preocupação com a oferta dos serviços; nesse sentido, estudo realizado com o objetivo de conhecer o impacto e a resolutividade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde atuantes em unidades básicas ressaltou que o serviço de saúde que busca a resolutividade de problemas e necessidades de seus usuários não deve centrar-se na “consulta”, visto que o acesso equânime não é uma realidade nesses serviços⁴. Logo, é importante considerar que a resolutividade envolve a articulação entre o usuário, o profissional e o serviço, a facilidade de acesso aos serviços de qualidade, o acolhimento humanizado, a equidade, a agilidade e a participação do usuário nos serviços.

Cabe salientar que a resolução de problemas de violência intrafamiliar também depende de um conjunto articulado de ações intersetoriais. Nesse sentido, pesquisa realizada com o objetivo de compreender as concepções de trabalhadores da saúde sobre os princípios de equidade e resolutividade evidenciou que os mesmos compreendem seu significado e reconhecem que as soluções dependem do trabalho em equipe, interdisciplinar, com a construção de uma rede de atenção intersetorial. O que possibilita a ampliação das respostas dadas aos usuários e, conseqüentemente, da capacidade resolutiva do serviço⁵.

Da mesma forma, estudo avaliativo da rede de proteção a crianças e adolescentes verificou, através da análise de atas, a baixa resolutividade de problemas discutidos em reuniões de equipe. Também identificou a existência de problemas no

funcionamento da rede, que contribuíram para a ocorrência da baixa resolatividade, tais como a baixa participação de conselheiros tutelares nas reuniões de equipe, a ausência de algumas instituições, a rotatividade dos representantes das instituições envolvidas, as dificuldades de comunicação entre as instituições, a falta de articulação entre os diversos serviços e as dificuldades na criação de projetos integrados⁶.

As reflexões expostas destacam a complexidade que envolve o atendimento às situações de violência intrafamiliar, além de explicitar as lacunas comprometedoras dos serviços para o controle do problema na população. Nesse sentido, surge a necessidade de avaliar a satisfação das famílias usuárias de serviços de proteção a vítimas de violência intrafamiliar, visto necessitarem de serviços sociais e de saúde qualificados e resolutivos para o seu atendimento. O presente estudo teve por objetivo analisar a satisfação das famílias em relação a resolatividade das ações desenvolvidas em serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, que utilizou informações do banco de dados de um projeto de pesquisa amplo, desenvolvido pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), intitulado “Convergências e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar”.

A amostra foi constituída pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de dois serviços públicos que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS: o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e um dos Conselhos Tutelares existentes no município.

Os dados foram coletados entre 2008 e 2009, através da aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos usuários de serviços de saúde mental (SATIS-BR-Usuário) e é constituído de 39 questões fechadas e cinco abertas, as quais referem-se à percepção dos usuários sobre diversos aspectos dos serviços em foco. Para este

artigo, foram selecionadas doze questões, que investigam a percepção das famílias em relação ao acesso e à resolutividade dos serviços. As questões foram respondidas através de uma escala ordinal do tipo Likert, de cinco pontos. Além dessas, foram utilizadas questões sócio-demográficas que desenham o perfil da amostra.

Para analisar a resolutividade das ações e serviços, foram utilizados determinados indicadores, entre eles: tempo gasto para chegar ao serviço; percepção do usuário em relação à facilidade para chegar ao serviço; percepção do usuário quanto à maneira como foi tratado, em termos de respeito e dignidade; percepção do usuário de ter sido ouvido com interesse pela pessoa que o recebeu no serviço; percepção em relação à dificuldade para obter informações da equipe sobre o tratamento prestado; classificação do paciente no que se refere à acolhida realizada pelos profissionais; percepção da capacidade de a equipe compreender o seu problema; ajuda recebida pelos serviços para lidar com os problemas; ajuda da equipe; quantidade de ajuda recebida do serviço; decisão pelo retorno ao serviço caso haja necessidade; grau de satisfação com relação aos serviços. Para avaliar a satisfação com os serviços de saúde, utilizou-se como indicador a questão 29 do SATIS-BR-Usuário, que avalia a satisfação geral e global do usuário com o serviço.

Os dados foram analisados descritivamente e por regressão múltipla, utilizando-se o programa Statistica versão 5.0⁷, sendo aplicado o método *Stepwise*, passo a passo, para testar a relevância dos aspectos selecionados e identificar os que apresentam maior contribuição no modelo preditivo. O projeto ao qual o presente estudo está integrado foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido registrado e aprovado sob o processo de número 23116.004268/06-13.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

A amostra foi constituída pelas informações contidas em 113 avaliações realizadas por famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar, em Rio Grande/RS, sendo 62 usuárias do Centro de Referência

Especializado em Assistência Social (CREAS) e 51, do Conselho Tutelar. Em 71 (62,83%) avaliações, as famílias estavam em acompanhamento pelo serviço há seis meses ou menos; 13 (11,50%), entre sete e doze meses; 20 (17,70%), entre doze e vinte quatro; e 9 (7,96%), há mais de sessenta meses.

No total de avaliações, 102 (90,27%) foram realizadas por mulheres responsáveis pela criança ou adolescente (mães, avós, tias) e 11 (9,73%), por homens. A faixa etária dessas pessoas variou de 24 a 64 anos, com maior concentração na faixa entre 24 e 54 anos. Com relação ao estado civil, 56 (49,56%) desses eram casados e possuíam grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental (n=68; 60,18%). Nove (7,96%) pessoas nunca frequentaram a escola e a maioria possui casa/apartamento próprio (n= 86; 76,11%); além disso, 55 (48,67%) não têm atividade remunerada.

No presente estudo, a predominância de pessoas sem atividade remunerada e com grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental define um perfil de usuários de baixa renda e baixa escolaridade. É importante frisar que o anterior se difere do perfil de pessoas com maiores chances de uso do Sistema Único de Saúde, pois as pessoas de maior renda têm 59,5% a mais de chances de usar os serviços de saúde do que as provenientes de classe de menor renda; e ainda: pessoas com nove anos ou mais de escolaridade possuem 32,4% a mais de chance do que pessoas com menor escolaridade⁸, considerando o mesmo quesito.

Resolutividade dos serviços na perspectiva geográfica

As famílias usuárias dos serviços de proteção da criança e do adolescente vítima de violência residem em áreas periféricas e distantes dos serviços, com um gasto de tempo que varia entre 0 e mais que 60 min. Observando as dimensões territoriais do município e as facilidades de trânsito (sem congestionamentos), sessenta minutos é muito tempo para se chegar até o serviço. No entanto, em 66 (n= 58,41%) avaliações, as famílias avaliaram ser fácil chegar ao local onde o serviço está situado. Tal percepção pode estar atrelada ao fato de que um dos serviços fornece aos usuários passagens para o deslocamento urbano.

Tabela 1 – Resolutividade dos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar em Rio Grande, na perspectiva geográfica

Resolutividade	N	%
Tempo gasto para chegar ao serviço		
0-15 min.	25	22,12
16-30 min.	31	27,43
31-45 min.	31	27,43
46-60 min.	22	19,47
Mais que 60 min.	03	2,65
Não respondeu	01	0,88
Facilidade de chegar ao serviço		
Muito difícil	02	1,77
Difícil	11	9,73
Mais ou menos	31	27,43
Fácil	66	58,41
Muito fácil	02	1,77
Não respondeu	01	0,88

Os resultados obtidos demonstram que os serviços não atendem ao princípio de regionalização dos serviços, visto que estão dispostos em uma mesma área geográfica; ao invés de situarem-se, cada um, em uma área delimitada e com definição da população a ser atendida, o que pode implicar na capacidade dos serviços em ofertar assistência a uma determinada população, bem como o acesso ao mesmo e um ótimo grau de resolutividade³.

Destaca-se que os casos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente, por envolver diferentes fatores, requerem medidas e ações de diferentes segmentos governamentais, não governamentais e da população em geral, de forma a possibilitar o diagnóstico da violência, o acesso a serviços de qualidade e de assistência resolutiva, desde o primeiro nível de atenção. Para tanto, se faz necessário o estabelecimento de serviços de referência para o atendimento dos casos.

Resolutividade na perspectiva da receptividade da equipe

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) institui que o Conselho Tutelar deve ser notificado em caso ou suspeita de violência contra criança e adolescente, já que, dentre outras atribuições, requisita serviços públicos nas áreas de saúde,

educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança. Embora o Conselho Tutelar não assista diretamente as crianças, adolescentes e suas famílias, ele aconselha e encaminha-os aos serviços necessários à efetivação do atendimento adequado para cada caso. Além disso, aplica medidas de proteção, previstas nos artigos 101 e 129 do ECA, tais como o encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família, a tratamento psicológico ou psiquiátrico e a cursos ou programas de orientação; perda da guarda; entre outras⁹.

Da mesma forma, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) desenvolve serviços de proteção social a indivíduos e famílias, visando à orientação e ao convívio sócio-familiar e comunitário¹⁰. Tais serviços devem atender as exigências do ECA, no que se refere à política de atendimento, exposta na parte especial, capítulos I e II, procedendo a inscrição de seus programas e especificando o regime de atendimento – orientação e apoio sócio-familiar, apoio sócio-educativo em meio aberto, colocação familiar, abrigo, liberdade assistida, semiliberdade ou internação – ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o qual comunicará ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária local⁹.

A operacionalização dessas recomendações compreende serviços que acolham as famílias e prestem assistência de forma respeitável e digna. O acolhimento consiste em ações de receptividade, as quais fazem com que o usuário se sinta bem-vindo ao serviço; nesse quesito, os serviços receberam 61 (53,98%) avaliações classificando-os como muito amigável; e 36 (31,86%), como amigável. Além disso, 97 (85,84%) registros revelam que as famílias sentiram-se tratadas de forma respeitável e digna, demonstrando que elas não são vistas sob a ótica da responsabilização sobre as situações de violência, mas sob o prisma do estímulo de potencial cuidadora¹¹.

Estudo realizado com adolescentes internados em hospital evidenciou que a satisfação dos usuários parece estar relacionada aos aspectos humanitários, à comunicação com os profissionais e às relações estabelecidas na produção dos cuidados¹². Isso comprova que a receptividade é essencial para a compreensão dos problemas das famílias envolvidas em situação de violência, pois envolve uma postura de escuta, cuja finalidade é dar respostas ao usuário¹³.

Em 53 (46,90%) avaliações, os familiares expressaram ser bastante ouvidos, enquanto em 49 (43,36%), ser muito ouvidos; a tal fato se atribui a predominância de 95 (84,07%) registros apontarem que a pessoa responsável pela admissão do respondente no serviço compreendeu muito bem ou bem o seu problema. A escuta deve ser prioridade no atendimento, visto que através dela é que se podem conhecer as necessidades da família, permitindo a associação entre o conhecimento do usuário e o do profissional, no planejamento das ações, sem sobrepor a necessidade percebida por esse profissional à sentida pela família, ampliando, assim, a compreensão do problema.

Com relação à avaliação das famílias acerca da compreensão de seu problema, 95 (84,07%) registros revelaram que a pessoa responsável pela admissão no serviço compreendeu muito bem ou bem o seu problema. Através da interação equipe-usuário, se estabelece o diálogo e os profissionais possuem a oportunidade de ouvir e discutir com o familiar suas necessidades e de saber o melhor modo de resolvê-las¹⁴. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de informações, inclusive acerca do tratamento prestado pelo serviço. Constatou-se que, nos serviços analisados, a maioria dos usuários (n= 80; 70,80%) nunca teve dificuldade para obter informações sobre o tratamento prestado. Pesquisa sobre o acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre identificou, através das falas e da observação, que a relação profissional-usuário se estabelece, em geral, pelas perguntas que o último se encoraja a fazer e pelas respostas obtidas ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, o que confere a segurança necessária para enfrentar eventuais dificuldades e aumenta a relação de confiança já existente¹⁵.

Segundo a mesma pesquisa, a atuação profissional é expressa pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas, nas orientações dadas e na resolutividade das condutas adotadas¹⁵. É possível inferir que a interação entre os usuários, a equipe e os serviços contribuiu para que as famílias, em 77 (68,14%) avaliações, considerassem que a equipe sempre as ajudou. O fato de os respondentes deste estudo, no momento da coleta das informações, estarem em acompanhamento nos serviços de proteção à criança e ao adolescente aponta que a assistência às famílias é permeada por interações que, transcendendo o exercício do conhecimento

técnico-científico, propiciam a satisfação imediata do usuário, em consequência do modo como o profissional responde ao problema.

Tabela 2 – Resolutividade na perspectiva da receptividade da equipe dos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar em Rio Grande

Resolutividade	N	%
Acolhimento dos profissionais		
Nada amigável	02	1,77
Pouco amigável	07	6,19
Mais ou menos	07	6,19
Amigável	36	31,86
Muito amigável	61	53,98
Tratamento em termos de respeito e dignidade		
Nunca me senti respeitado	04	3,54
Geralmente não me senti respeitado	01	0,88
Mais ou menos	04	3,54
Geralmente me senti respeitado	07	6,19
Sempre me senti respeitado	97	85,84
Percepção de ter sido ouvido pela pessoa que o admitiu no serviço		
Não me ouviu de forma alguma	03	2,65
Não me ouviu o bastante	01	0,88
Mais ou menos	06	5,31
Me ouviu bastante	53	46,90
Me ouviu muito	49	43,36
Compreensão de seu problema		
Não me compreendeu	02	1,77
Não me compreendeu muito	06	5,31
Mais ou menos	09	7,96
Me compreendeu bem	47	41,59
Me compreendeu muito bem	48	42,48
Não respondeu	01	1,00
Dificuldade para obter informações da equipe		
Muito frequente	06	5,31
Frequente	03	2,65
Mais ou menos	08	7,08
Raramente	08	7,08
Nunca	80	70,80
Nunca pedi	07	6,19
Equipe ajuda		
Nunca	03	2,65
Raramente	07	6,19
Mais ou menos	11	9,73
Frequentemente	15	13,27
Sempre	77	68,14

Resolutividade na perspectiva institucional

A maioria dos respondentes (n= 94; 83,18%) referiram estar muito satisfeitos ou satisfeitos com a quantidade de ajuda recebida nos serviços e 62 (54,87%) consideraram que os serviços ajudam muito a lidar com os seus problemas. Salienta-se que autores têm constatado a associação entre o grau de escolaridade e a satisfação com os serviços oferecidos, sendo que, quanto menor o grau de escolaridade do usuário, menor o seu juízo de valor e maior a tendência a ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados¹⁶. Neste estudo, 103 (91,15%) avaliações registraram que as famílias estão satisfeitas ou muito satisfeitas com o serviço de forma geral e global; observa-se que, do total de respondentes, 68 (60,18%) possuem grau de escolaridade correspondente ao ensino fundamental e 9 (7,96%) nunca frequentaram a escola.

Tabela 3 – Resolutividade na perspectiva institucional dos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar em Rio Grande.

Resolutividade	N	%
Ajuda recebida pelos serviços		
Eles parecem piorar as coisas	03	2,65
Eles não ajudam muito	09	7,96
Mais ou menos	11	9,73
Eles me ajudam um pouco	28	24,78
Eles me ajudam muito	62	54,87
Satisfação com a quantidade de ajuda		
Muito insatisfeito	04	3,54
Insatisfeito	08	7,08
Indiferente	07	6,19
Satisfeito	39	34,51
Muito satisfeito	55	48,67
Retornaria ao serviço		
Certamente que não	05	4,42
Acho que não	06	5,31
Indiferente	02	1,77
Acho que sim	11	9,73
Com certeza	89	78,76
Satisfação geral e global com relação ao serviço		
Muito insatisfeito	02	1,77
Insatisfeito	05	4,42
Indiferente	03	2,65
Satisfeito	54	47,79
Muito insatisfeito	49	43,36

Outro ponto relevante é o fato de que os serviços avaliados possuem caráter obrigatório para os respondentes, pois, uma vez que tenha notificação de violência intrafamiliar contra a criança ou adolescente, tais serviços mantêm as famílias em acompanhamento e intervêm, através de uma série de procedimentos, para prevenir que a transgressão venha a acontecer novamente.

Tal fato pode contribuir para a ocorrência de viés, na avaliação, relacionado à dificuldade de os familiares expressarem descontentamento com os serviços por medo de retaliações. O grande número de registros a apontar que, com certeza, o respondente retornaria ao serviço caso houvesse necessidade (n= 89; 78,76%) parece justificar a suspeita, uma vez que o acompanhamento contínuo exige o retorno dos familiares aos serviços.

Influência da resolutividade das ações e serviços na satisfação das famílias

A técnica de regressão múltipla foi utilizada para analisar a influência da resolutividade das ações e serviços (variável independente) na satisfação geral e global das famílias (variável dependente). Para tanto, foram selecionados os doze aspectos representantes da resolutividade dos serviços.

Tabela 4 – Influência da resolutividade das ações e serviços na satisfação das famílias usuárias de serviços que atendem situações de violência intrafamiliar em Rio Grande/RS

R= 0,83006061 R ² = 0,68900062 p<0,0000				
Variáveis na equação				
Aspectos da resolutividade	Coefficiente de regressão padronizado (beta)	Coefficiente de regressão (b)	Valor t	Significância estatística p-level
Intercepto		0,810292	2,32932	0,021775
Satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu	0,314682	0,266115	3,84994	0,000204
Retornaria ao serviço caso necessitasse	0,245985	0,196426	2,73892	0,007254
Receptividade dos profissionais	0,185498	0,164777	2,22699	0,028103
Facilidade para chegar ao serviço	0,117498	0,130757	2,07749	0,040220

Os resultados indicam uma forte associação ($R= 0,83$), altamente significativa ($p=0,00000$), entre o grau de satisfação das famílias e quatro aspectos da resolutividade das ações e serviço. O aspecto “satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu” é o que possui maior influência na satisfação dos familiares ($\beta=0,314682$), seguido por “retornaria ao serviço caso necessitasse” ($\beta= 0,245985$), pela “receptividade dos profissionais” ($\beta= 0,185498$) e pela “facilidade para chegar ao serviço” ($\beta= 0,117498$). Conforme o coeficiente de determinação (R^2), os aspectos citados explicam 68,9% da variação do grau de satisfação, enquanto que 31,1% da variação não é explicada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O forte impacto da violência na morbimortalidade de crianças e adolescentes na população brasileira provocou a estruturação de uma rede de proteção às vítimas, a qual deve promover condições para assegurar o acesso aos serviços e a assistência resolutiva. No aprimoramento dos serviços que compõem a rede, avaliações são realizadas para analisar as potencialidades e os limites dos serviços na satisfação das necessidades dos usuários.

Os resultados deste estudo indicaram a satisfação das famílias com os serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência; além disso, evidenciaram que tal condição está associada à resolutividade dos mesmos. Salienta-se que tais resultados não podem ser generalizados, à medida que se trata de apenas dois serviços integrantes da rede de proteção às famílias vitimadas.

A rede depende da articulação de ações entre diversos serviços e setores da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, como elementos transformadores, com potencial para responder resolutivamente aos problemas dos usuários. Para tanto, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde, particularmente da enfermagem, a fim de atuar na prevenção da violência e na promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, conforme o preconizado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

A enfermagem possui potencial para atuar na concretização da PNRMAV, visto que sua inserção em serviços de diferentes níveis de atenção possibilita a ampliação do

atendimento e a oferta de ações adaptadas às demandas sociais. Para isso de fato ocorrer, os serviços e os profissionais devem integrar-se na organização do processo de trabalho, utilizando como base suas diretrizes, uma vez que elas proporcionam o desenvolvimento de várias estratégias e a atuação criativa, respeitando características e necessidades da população. Possuem, portanto, potencial para ofertar cuidado qualificado, embasado em uma postura ética e satisfatória aos seus usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Brasília; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.
4. Degani VC. A Resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde [Dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
5. Penna CMM, Brito MJM, Porto F. Equidade e Resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. Online Brazilian Journal of Nursing; 2011 [citado 2011 jan. 10]; 6(3). Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1091>>
6. Carneiro RV. Reflexão sobre a resolutividade da rede integrada de atendimento à criança e ao adolescente na microrregião 2 da cidade de Porto Alegre. Trabalho de conclusão de curso (Especialização). Porto Alegre: Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Gestão, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
7. StatSoft, Inc. STATISTICA (data analysis software system), version 5 [internet]. 2000 [citado 2011 Jan 10]. Disponível em: <www.statsoft.com>.
8. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(4): 975-86.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 2008.
10. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. Brasília; 2005. Reimpresso em maio de 2009.
11. UNICEF. Famílias parceiras ou usuárias eventuais? Análise dos serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra criança e adolescente. Brasília; 2004.
12. Queiroz MVO, Ribeiro EMV, Pennafort VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(2): 291-9.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2008.
14. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14 supl.1:1523-31.
15. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(1):27-34.
16. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, et al. *Scientia Médica*. 2005; 15 (4): 227-234.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seus 22 anos de implementação, produziu grandes avanços no que se refere à ampliação do acesso aos serviços de saúde à população. De modo geral, observam-se altas taxas de utilização dos referidos serviços, inclusive com redução das iniquidades no acesso às ações e serviços de saúde, decorrentes das desigualdades sociais. Destaca-se que, nos serviços de proteção à criança e ao adolescente, o acesso é condição essencial para a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas à violência.

O forte impacto desse fenômeno na morbimortalidade de crianças e adolescentes, na população brasileira, provocou a estruturação de uma rede de proteção às vítimas, a qual deve promover condições para assegurar o acesso aos serviços e a assistência resolutiva. No aprimoramento dos serviços que compõem a rede, avaliações são realizadas para analisar as potencialidades e os limites dos serviços na satisfação das necessidades dos usuários.

Os resultados desta dissertação indicam a satisfação dos usuários com o acesso e a resolutividade de serviços de proteção à criança e ao adolescente vítima de violência e também a associação entre acesso e resolutividade. Frisando a importância de os serviços facilitarem o acesso, como forma de garantir a resolutividade das ações ofertadas, conforme o preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS.

Com relação à resolutividade, os resultados evidenciaram que quatro de seus aspectos influenciam no grau de satisfação das famílias: “satisfação com a quantidade de ajuda que recebeu”; “retornaria ao serviço caso necessitasse”; “receptividade dos profissionais”; “facilidade para chegar ao serviço”. No modelo seguido, embora os demais aspectos tenham se mostrado de menor relevância, não significa que não sejam importantes; apenas não se mostraram significativos no modelo utilizado no presente estudo.

Além disso, o acompanhamento das famílias não poderia ocorrer sem que a interação profissional-usuário, a qual promove o tratamento em termos de respeito e dignidade, ofereça informações, escuta, compreensão e ajuda na resolução dos problemas. Dentro desse contexto, há possibilidades de inserção e ampliação do espaço de atuação da enfermagem, uma vez que tais aspectos integram o arcabouço ético-legal que norteia suas práticas ao atendimento integral, humanizado e interdisciplinar.

A rede de proteção às vítimas de violência depende da articulação de ações entre diversos serviços e setores da sociedade, incluindo os profissionais de saúde, como elementos transformadores, com potencial para responder resolutivamente aos problemas dos usuários. Para tanto, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde, para atuar na prevenção da violência e na promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, conforme o preconizado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

Para a concretização da PNRMAV, serviços e profissionais devem integrar-se na organização do processo de trabalho, utilizando como base suas diretrizes, uma vez que proporcionam o desenvolvimento de várias estratégias e atuação criativa, respeitando as características e necessidades da população. Portanto, a inserção dos enfermeiros na rede de serviços de proteção a crianças e adolescentes é fundamental, já que esses profissionais estão em posição estratégica para identificar riscos e possíveis vítimas. Especificamente a enfermagem, através de sua inserção nos diferentes níveis do setor saúde e das ações que compõem o seu processo de trabalho, possui ampla possibilidade de intervenções nos casos de violência intrafamiliar.

Nesse sentido, os enfermeiros, como cuidadores e educadores, instrumentalizam-se para agir politicamente na assistência a crianças, adolescentes e famílias envolvidas em situações de violência, de forma a minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das mesmas. Assim, os ambientes de formação devem incluir, em sua grade curricular, questões relacionadas ao tema violência para que o acesso aos serviços e a resolutividade dos mesmos se tornem realidade em todos os níveis de atenção, colaborando, conseqüentemente, para a oferta de cuidado qualificado, embasado em uma postura ética e satisfatória aos seus usuários.

Proporcionar uma formação que se traduza em compromisso social é o grande desafio para o ensino em enfermagem, no sentido de buscar novos modos de formar, para que seja possível abordar as necessidades do usuário e dos grupos sociais de forma acessível e resolutiva. No entanto, esse desafio não deve ser imobilizador, mas um fator a ser considerado quando se desejam profissionais e serviços de saúde de qualidade.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Capacitação na temática de abuso sexual e exploração sexual contra crianças e adolescentes: instrumentalizando uma prática.** Rio de Janeiro: 2001.

ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.26, n.3, p.308-15, dez. 2005.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, S. G. **O percurso da violência na história ocidental: infância e saúde.** Bragança Paulista: Horizontes, 1999.

AVANCINI, E. V. Caracterização das crianças e adolescentes usuários do Programa Sentinela de Medianeira – PR. **Textos e Contextos**, v.3, n.1. 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, U. N. A. **A infância e violência doméstica.** v.1. São Paulo: LACRI USP, 2002.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.6, p. 233-44, 1999.

BORGES, C. F.i; BAPTISTA, T. W. F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 27-53, mar./jun.2010

BRASIL. Ministério da Assistência e Promoção Social. **Trajetória do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.** 2004. Disponível em: <<http://www.assistenciasocial.gov.br>> Acesso em 11 dez. 2010.

_____. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União; 1999 jul.16.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos.** Síntese dos Principais Resultados 2.^a ed. Série C. Projetos, Programas e Relatórios Brasília: 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.** Brasília; 2005b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**. Brasília; 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Série Cadernos de Atenção Básica; n.8. Brasília: 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz**. Brasília; 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília; 2008c.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria nº 878, de 03 de dezembro de 2001**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/legislacao/Portaria_MPAS_SEAS_87803122004.doc> Acesso em 10 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA)** [página na Internet]. Brasília; 2011. Disponível em: <<http://www.sipia.com.br>> Acesso em 10 jan. 2011.

_____. **PORTARIA Nº 2.048, DE 3 DE SETEMBRO DE 2009** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). CAPÍTULO VII DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

CAMPOS, G.W.S (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec; Rio de Janeiro (RJ): Ed. Fiocruz, 2006.

CARNEIRO, R. V. **Reflexão sobre a resolutividade da rede integrada de atendimento à criança e ao adolescente na microrregião 2 da cidade de Porto Alegre**. Especialização. Porto Alegre: Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>> acesso em 10 de dez. 2010.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva** vol.14, supl.1, p. 1523-31, 2009.

COTTA, R.M.M.; MARQUES, E.S.; MAIA, T.M.; AZEREDO, C.M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S.C.C, et al. **Scientia Médica**. vol. 15, n.4, p. 227-34, 2005.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.4. p.725-737, abr. 2010.

DEGANI, V. C. **A Resolutividade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma Unidade Básica de Saúde**. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2006.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. (Coord.). **Famílias – parceiras ou usuárias eventuais? análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: UNICEF/FIOCRUZ/CLAVES, 2003. Relatório de Pesquisa.

DESLANDES, S.F.; MINAYO, M.C.S.; LIMA, M.L.C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**. Vol 24, n. 6, p. 430-40, 2008.

DESLANDES, S.F. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. **Cad. Saúde Públ.** vol. 10, supl. 1, p. 177-187,1994.

EICKHOFF, M. L. **Satisfação de usuários e familiares relativa a centros de atenção psicossocial de municípios do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado). Rio Grande: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, 2006.

FERREIRA, A. L.; SOUZA, E. R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 28-38, jan, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços Sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, Sup., p. 1269-1278, 2007.

GRÜDTNER, D. I. **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras**. Tese (Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

HABIGZANG, L. F. et al. Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.3, p. 379-386, 2006.

HAIR JÚNIOR, J.F.; ANDERSON, R.E.; BLACK, W.C. **Análise Multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005, 593f.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais**, 2003.

KOVACS, M.H.; FELICIANO, K.V.O.; SARINHO, S.W.; VERAS, A.A.CA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria** vol. 81, n.3, p. 251-258, 2005.

KRUG EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

LIMA, C.M.; STOTZ, C.; VALLA, V. Pobreza e violência: desafios para os profissionais de saúde. **Rev. APS**. vol. 11, n.3, p. 273-84, 2008.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. **Femina**, v.37, n.10, Out. 2009.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. A violência contra criança e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em municípios do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol. Ser. Saúde**, Brasília, v.18, n.4, p. 315-334, out-dez 2009.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

_____. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M.; PORTO, F. Equidade e Resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**. vol. 6, n.3. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1091>> Acesso em 10 jan. 2011.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.507-518, 2009.

PIERANTONI, L. M. M.; CABRAL, I. E. Crianças em situação de violência de um ambulatório do Rio de Janeiro: conhecendo seu perfil. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.4, p.699-07, out-dez. 2009.

PIRES, A. D.; MIUAZAKI, M. C. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. **Arq Ciênc Saúde**, v.12, n.1, p. 42-9, 2005.

QUEIROZ, M.V.O.; RIBEIRO, E.M.V.; PENNAFORT, V.P.S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Texto Contexto Enferm**. vol. 19, n.2, p. 291-99, 2010.

- RAMOS, D. D.; Lima, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan-fev, 2003.
- RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. L. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 13, v.6, p.1027-34, Nov/dez. 2005.
- SANTOS, L. E. S.; FERRIANI, M. G. C. Ações do Conselho Tutelar e seu envolvimento com a violência infantil. **Pediatr. mod**; v. 45, n.6, nov-dez. 2009.
- SILVA, L. M. P. **Violência doméstica contra a criança e o adolescente**. Recife: EDUPE, 2002.
- STATSOFT, Inc. STATISTICA (data analysis software system), version 5. Disponível em: <www.statsoft.com> Acesso em 10 jan. 2011.
- TURRINI; R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.663-674, mar. 2008.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: contribuições ao debate. **Cad. Saúde Públ.** vol. 13, n. 2, p. 325-30, 1997.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. vol. 20, Sup 2, p.190-8, 2004.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVAL, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 11, n.4, p.975-86, 2006.
- UNICEF. **Famílias parceiras ou usuárias eventuais? Análise dos serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra criança e adolescente**. Brasília:CLAVES/ FIOCRUZ, 2004.
- USUAL, A.B.; ARAUJO, A.A.; DINIZ, F.V.M.; DRUMOND, M.M. Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. **Arquivos em odontologia** [online]. vol. 42, n.1. 2001. Disponível em: <http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/downloads/doc_view/95-artigo-08?tmpl=component&format=raw> Acesso em 10 Jan 2011.
- VADE MECUM RT. 3.ed. **Rev. ampl. e atual**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
- VIACAVAL, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis comunicação em saúde**. vol. 96, p.12-19, 2010.

APÊNDICE A

CODIFICAÇÃO: □□□□

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 3233 6500</p>	 <p>GRUPO DE ESTUDO E PESQUISA EM FAMÍLIA, ENFERMAGEM E SAÚDE C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 3233 0304</p>
--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto de pesquisa: Convergências e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar

Pesquisadora responsável: Dra Mara Regina Santos da Silva – Enfermeira, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Pesquisadora-Mestranda: Enfª Juliane Portella Ribeiro – Enfermeira, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Objetivo geral: Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso e à resolutividade das ações de dois serviços de proteção às vítimas de violência intrafamiliar do município do Rio Grande/RS.

Objetivos Específicos: (1) Analisar a satisfação das famílias em relação ao acesso aos serviços que atendem situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS;

Objetivos Específicos: (2) Analisar a satisfação das famílias em relação à resolutividade das ações desenvolvidas em serviços que atendem famílias em situações de violência intrafamiliar no município do Rio Grande/RS.

Procedimentos: Para participar nesta pesquisa, você está sendo convidado a responder um questionário que busca informações acerca das questões abordadas nos objetivos específicos 1 e 2. O preenchimento do questionário será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, de estudo ou familiares.

Direitos assegurados Você é livre para não responder as questões que, segundo sua avaliação, possam lhe causar algum desconforto ou mal estar. Da mesma forma, é livre para retirar, interromper e/ou suspender seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem precisar qualquer justificativa e sem que nenhum prejuízo possa lhe ser imputado ou aos seus familiares.

As informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome e de sua família para garantir seu anonimato.

Benefícios: Sua participação pode contribuir para aprimorar as práticas de enfermagem com as famílias que enfrentam o problema da violência entre seus membros.

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se de que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato : Esta pesquisa é realizada sob a coordenação da Profa Mara Regina Santos da Silva, professora da Escola de Enfermagem da FURG. Para informações relativas a esta pesquisa, você pode entrar em contato com a responsável, através dos telefones (53) 3233 0304 / 3233 8843.

Eu _____ aceito livremente participar como sujeito da pesquisa intitulada: “Convergências e divergências entre as práticas profissionais e as necessidades das famílias no contexto da violência intrafamiliar”. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos a minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Local e data _____

Nome do participante _____

Assinatura do participante _____

Nome do entrevistador _____

Assinatura do entrevistador _____

ANEXO A



CEPAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP
Avenida Itália km 08 - Campus Carreiros - Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900
Telefone: 3233 6736 - Fax: 3233 6822
E-Mail: propesp@furg.br Homepage: <http://www.propesp.furg.br>

PARECER Nº 009 / 2007

PROCESSO Nº 23116.004268/06-13

TÍTULO DO PROJETO: "Convergências e Divergências entre as Necessidades das Famílias e as Práticas Profissionais no Contexto da violência intrafamiliar

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mara Regina Santos da Silva

PARECER DO CEPAS:

Analisei as respostas e verifiquei que atendem a todas as solicitações do parecer nº066/2006, razão pela qual emito este parecer final considerando o **PROJETO APROVADO.**

Rio Grande, RS, em 01 de março de 2007.


Gabriel Hamilton
COORDENADOR DO CEPAS
PROPESP - FURG

ANEXO B

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS SERVIÇOS QUE ATENDEM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA¹⁰

Obrigado por aceitar ser entrevistado neste estudo coordenado por

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

O objetivo principal deste questionário é conhecer a experiência das pessoas com os serviços que atendem famílias em situação de violência e, posteriormente, estar contribuindo para qualificar o atendimento prestado.

Este questionário foi adaptado e validado a partir de um estudo feito no Brasil sobre a satisfação com os serviços de saúde mental, pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da USP, pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS para Pesquisa e Formação em Saúde Mental e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da UFSJ, como parte de uma pesquisa multicêntrica coordenada pela Organização Mundial de Saúde. Para sua aplicação no contexto de Rio Grande/RS, foi submetido à nova adaptação e validação em 2005, no Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande.

Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais (e seu anonimato é garantido).

Nós lhe agradecemos pelo tempo que você está dispensando para responder a todas estas questões e, é claro, todos os seus comentários são bem-vindos.

¹⁰ Instrumento adaptado da SATIS-BR – Usuários.

A versão original encontra-se disponível em <http://www.ufsj.edu.br/saudemental/>

NOME DO SERVIÇO:

TIPO DE SERVIÇO:

DATA |_|_|_|_|_|_|_|_| CÓDIGO |_|_|_|_|_|_|_|_|

Primeiro, nós vamos lhe fazer algumas perguntas sobre o seu grau de satisfação geral com o (nome do serviço). Eu vou ler para você todas as perguntas e todos os tipos de resposta. Não há respostas certas ou erradas. Queira responder de acordo com sua opinião pessoal.

1. Quem encaminhou você a este serviço/ estabelecimento/ instituição?

Minha própria decisão	1
Uma pessoa da família	2
Um amigo	3
Um médico/ terapeuta	4
Um serviço de referência	5
A polícia	6
Uma ordem judicial	7
Outro	8
(especificar) _____	
Não sei	9

2. Que tipo de transporte você usou para chegar a este serviço?

Transporte próprio	1
Transporte da família	2
Transporte de amigos	3
Transporte público	4
Caminhada	5

3. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa até (nome do serviço)?

0-15 min	1
16-30 min	2
31-45 min	3
46-60 min	4
mais que 60 min	5

4. Até que ponto é fácil para você chegar ao (nome do serviço)?

Muito difícil	1
Difícil	2
Mais ou menos	3
Fácil	4
Muito fácil	5

5. Qual a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado	1
Geralmente não me senti respeitado	2
Mais ou menos	3
Geralmente me senti respeitado	4
Sempre me senti respeitado	5

6. Quando você falou com a pessoa que admitiu você no (nome do serviço), você sentiu que ele/a ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma	1
Não me ouviu bastante	2
Mais ou menos	3
Me ouviu bastante	4
Me ouviu muito	5

**7. O que você pensava ser o seu problema quando você foi admitido no (nome do serviço)?
Marcar apenas uma resposta**

Um problema físico de saúde	1
Um problema psicológico	2
Um problema familiar	3
Um problema social	4
Um problema financeiro	5
Um problema no trabalho	6
Não sei	7
Outro (especificar)_____	8

8. Até que ponto a pessoa que admitiu você no (nome do serviço) pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito bem	5

9. Em geral, como você acha que a equipe do (nome do serviço) compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

Não me compreendeu de forma alguma	1
Não me compreendeu muito	2
Mais ou menos	3
Me compreendeu bem	4
Me compreendeu muito	5

9a. Trata-se de sua primeira admissão a este serviço?

Sim	1
Não	2

9b. Há quanto tempo você frequenta este serviço?

6 meses ou menos	1
de 7 a 12 meses	2
de 1 a 2 anos	3
Mais de 5 anos	4
Mais de 10 anos	5

10. Até que ponto os serviços que você recebeu no (nome do serviço) satisfazem suas necessidades?

Muito insatisfatórios	1
Insatisfatórios	2
Mais ou menos	3
Satisfatórios	4
Muito satisfatórios	5

11. Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você pelo (nome do serviço)?

Parece que eles pioraram as coisas	1
Não obtive nenhuma ajuda	2
Não obtive muita ajuda	3
Senti que obtive alguma ajuda	4
Senti que obtive muita ajuda	5

12. Os serviços que você recebeu o ajudam a lidar mais eficazmente com seus problemas?

Não, eles parecem piorar as coisas	1
Não, eles não ajudam muito	2
Mais ou menos	3
Sim, eles me ajudam um pouco	4
Sim, eles me ajudam muito	5

13. Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe do (nome do serviço) quando você pediu por elas?

Muito frequentemente	1
Frequentemente	2
Mais ou menos	3
Raramente	4
Nunca	5

13.1. Se você teve alguma dificuldade, de que tipo foi?

.....

14. Até que ponto você está satisfeito com a discussão que foi feita com você sobre o seu tratamento no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

15. Você obteve no (nome do serviço) o tipo de serviço (tratamento) que você achava que precisava?

De forma alguma	1
Não muito	2
Mais ou menos	3
Em geral, sim	4
Sim, com certeza	5

16. Você considerou que a equipe do (nome do serviço) estava lhe ajudando?

Nunca	1
Raramente	2
Mais ou menos	3
Frequentemente	4
Sempre	5

17. Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais do (nome do serviço)?

Nada amigável	1
Pouco amigável	2
Mais ou menos	3
Amigável	4
Muito amigável	5

18. Porque você escolheu o (nome do serviço)?

No passado eu já estive lá	1
O serviço foi fortemente recomendado por alguém	2
Eu conhecia alguém que estava em tratamento lá	3
Eu confiei na recomendação da pessoa/instituição que me referiu este serviço	4
A localização é muito conveniente	5
Estava dentro de minhas possibilidades financeiras	6
Eu não tive outra escolha	7
Outro (especificar) _____	9

19. Você está de acordo que sua família ou seus parentes sejam envolvidos no seu tratamento?

Totalmente desfavorável	1
Desfavorável	2
Indiferente	3
Favorável	4
Muito favorável	5

20. Em geral, como você classificaria a competência da equipe do (nome do serviço)?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

21. Na sua opinião, que grau de competência tinha a pessoa com quem você trabalhou mais de perto?

Muito incompetente	1
Incompetente	2
Mais ou menos	3
Competente	4
Muito competente	5

22. O que você acha de participar do processo de avaliação das atividades deste serviço?

Em total desacordo	1
Em desacordo	2
Indiferente	3
De acordo	4
Totalmente de acordo	5

23. Como você classificaria a qualidade do serviço que você recebeu no (nome do serviço)?

Péssima	1
Ruim	2
Regular	3
Boa	4
Excelente	5

24. Qual é o seu grau de satisfação com relação à quantidade de ajuda que você recebeu no (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

25. Você ficou satisfeito com o conforto e a aparência do (nome do serviço)?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

26. Como você classificaria as condições gerais das instalações (p.ex., instalações de banheiro/cozinha, refeições, prédio, etc.)?

Péssimas	1
Ruins	2
Regulares	3
Boas	4
Excelentes	5

27. Se você precisar de ajuda novamente, você voltará ao (nome do serviço)?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando desse mesmo tipo de ajuda, você recomendaria a ele ou ela o (nome do serviço)?

Não, certamente que não	1
Não, acho que não	2
Indiferente	3
Sim, acho que sim	4
Sim, com certeza	5

28.1 Por quê?

.....

.....

.....

29. De forma geral e global, qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços que você recebeu?

Muito insatisfeito	1
Insatisfeito	2
Indiferente	3
Satisfeito	4
Muito satisfeito	5

30. De que você mais gostou no (nome do serviço)?

.....

.....

.....

31. De que você menos gostou no (nome do serviço)?

.....

.....

.....

32. Na sua opinião, o serviço no (nome do serviço) poderia ser melhorado?

Sim	1
Não	2
Não sei	3

32.1 Se sim, de que maneira?

.....

.....

.....

.....

Para terminar, vamos fazer algumas perguntas de informação geral

33. Que idade você tem?

□ □

34. Sexo:

Masculino	1
Feminino	2

35. Qual é o seu atual estado civil?

Solteiro	1
Casado ou vive c/ companheiro	2
Separado	3
Divorciado	4
Viúvo	5
Outro (especificar) _____	9

36. Qual o mais alto grau de escolaridade que você concluiu?

Sem escolaridade	1
Escola elementar (1º grau)	2
Escola secundária (2º grau)	3
Curso técnico	4
Universidade	5
Pós-graduação	6
Outro (especificar) _____	9

37. Se você atualmente está trabalhando, explique que tipo de trabalho você faz?

Jornada integral remunerada	1
Jornada parcial remunerada	2
Jornada integral não remunerada	3
Jornada parcial não remunerada	4
Não trabalha	5
Outro (especificar) _____	9

38. Explique que tipo de moradia você tem atualmente (casa, apartamento, alugada, própria,...):

Casa/apartamento próprio	1
Casa/apartamento alugado por você mesmo	2
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa de amigos	4
Abrigo de emergência	5
Hospital ou instituição	6
Pensão (alimentação e moradia)	7
Rua	8
Outro (especificar) _____	9

39. Com quem você vive atualmente?

Sozinho	1
Cônjuge	2
Com filho/a	3
Outros membros da família	4
Amigo(s), fora do ambiente institucional	5
Amigo(s), dentro do ambiente institucional	6
Mãe, Pai	7
Outro (especificar) _____	9

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO !