

Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência

Analysis of quality-of-care indicators for physically abused children and adolescents

Ana Lúcia Ferreira ¹
Edinilsa Ramos de Souza ²

¹ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

A. L. Ferreira
Departamento de Pediatria,
Faculdade de Medicina/
Instituto de Puericultura e
Pediatria Martagão Gesteira,
Universidade Federal do
Rio de Janeiro.
Rua General Silva Pessoa 68,
apto. 301, Rio de Janeiro, RJ
20260-310, Brasil.
anaferr@gbl.com.br
analuferr@gmail.com

Abstract

There has still been limited evaluation in Brazil on the care provided to physically abused children and adolescents. The current study aimed to analyze indicators used in research on services that provide care to such children and adolescents. An exploratory study was conducted, selecting five studies in four services: two nongovernmental organizations in two cities in the interior of São Paulo State and two organizations, one nongovernmental and the other governmental, in the city of Rio de Janeiro. The analysis aimed to identify the indicators used (structure, process, or result) and which aspect of care they proposed to measure (dynamics of care, treatment adherence, case-resolving capacity, and integration with the network). Eighteen process indicators and nine results indicators were identified. A minimum set of essential indicators is recommended to evaluate care for children and adolescents and their families.

Medical Care; Violence; Child; Adolescent

Introdução

A construção, o uso e a análise de indicadores avaliativos da assistência de saúde prestada a crianças e adolescentes em situação de violência são temas extremamente importantes, mas ainda pouco explorados no nosso país, como foi possível observar através da escassez de trabalhos encontrados na literatura.

Planejar e desenvolver ações com base em indicadores permitiria que os serviços não só procedessem ao acompanhamento técnico profissional, monitorando os casos e os resultados do atendimento prestado, como também acompanhassem o processo político, envolvendo a busca de direitos, responsabilização, integração da rede de serviços ¹ e a prevenção e promoção da saúde.

Para Castro ², indicador é a informação analisada com o objetivo fundamental de mensurar um fato conceituado. Em geral, as pesquisas avaliativas de programas ou serviços da área social enfrentam problemas por terem como objetos de estudo fatos, processos, situações ou conceitos complexos que não podem ser diretamente captados ou mensurados. Aguilar & Ander-Egg ³ ressaltam que, apesar disso, caso se pretenda medir quantitativamente tais objetos, é imprescindível transformá-los em números, utilizando indicadores que permitam captar estatisticamente fenômenos sociais que não podem ser conceitualmente medidos de forma direta. O in-

dicador seria considerado, assim, uma forma de aproximação do conhecimento de algo que nem sempre pode ser captado diretamente ⁴.

Uma forma de englobar diferentes aspectos de uma realidade é combinar, numa mesma pesquisa, indicadores quantitativos e qualitativos, formando um sistema de indicadores ⁴.

De acordo com Donabedian ⁵, os pilares para avaliação de serviços de saúde são estrutura, processo e resultado. A análise da *estrutura* se refere a características relativamente estáveis que dizem respeito aos recursos humanos, físicos e financeiros que são necessários à atenção. Sua estabilidade relativa a torna inadequada para monitoração contínua.

Por *processo* compreende-se uma série de atividades que são realizadas por e entre profissionais e pacientes. Refere-se à organização, distribuição e utilização do serviço; à dinâmica dos eventos e das interações. Os tipos de dados a serem coletados incluem produtividade (operacionalizada por meio de taxa de altas, número de medicamentos fornecidos, tipos e números de contatos entre pacientes e profissionais, visitas domiciliares, tempo de internação etc.); acessibilidade; dados sobre as relações profissional-paciente e profissional-profissional; seguimento de planos e procedimentos; e documentação ⁶.

Por avaliação de *resultados* Donabedian ⁵ entende a alteração do estado de saúde do paciente – atual e futura – que pode ser atribuída à atenção médica antecedente. Além dos aspectos físicos e fisiológicos, o autor inclui também a melhoria das funções social e psicológica e as atitudes do paciente (incluindo sua satisfação), o conhecimento que tenha adquirido sobre saúde e alterações no seu comportamento relacionado à saúde. Bowling ⁶ considera também como resultado a possibilidade da manutenção do paciente numa condição estável, o que acredita ser um objetivo válido do tratamento. Essa autora refere-se a resultado como a efetividade das atividades em relação ao alcance das metas desejadas. Ressalta também que a complexidade dos resultados é maior no contexto do cuidado social e no caso de cuidados de saúde prolongados, do que em intervenções e tratamentos específicos e limitados.

Tradicionalmente, a verificação dos resultados baseia-se em sobrevida, toxicidade, recidivas, vários indicadores de morbidade física e psicológica e variáveis sociais facilmente mensuráveis (ex.: dias de falta à escola). É também comum que o foco maior esteja em aspectos negativos dos resultados, tais como morte, adoecimento, seqüelas etc. No entanto, a tendência atual é a incorporação de indicadores positivos, como graus de bem-estar, conforto e satisfação ⁶. Aguilár &

Ander-Egg ³ acham importante que na avaliação dos resultados sejam considerados também os efeitos indiretos e os não esperados.

O objetivo deste trabalho é analisar criticamente indicadores que avaliaram serviços que atendem a crianças e adolescentes em situação de violência.

Método

Foi feito um estudo exploratório que visa à análise de indicadores de avaliação do atendimento usados em pesquisas sobre serviços que atendem a crianças e adolescentes em situação de violência.

Foram selecionados cinco estudos que avaliaram quatro serviços: duas organizações não-governamentais (ONG) do interior do Estado de São Paulo (um em Campinas ⁷ e outro em São José do Rio Preto ⁸); e duas da cidade do Rio de Janeiro: uma não-governamental ^{9,10} e outra governamental que funciona como setor especializado de uma unidade hospitalar universitária federal ¹¹. A seleção foi feita através da revisão da literatura, buscando trabalhos brasileiros que, por meio de indicadores, avaliaram serviços que atendem a crianças e adolescentes vítimas de violência (física, sexual, psicológica ou negligência).

As instituições estudadas têm em comum o fato de prestar o primeiro atendimento e fazer acompanhamento de situações nas quais há suspeita de violência (doméstica ou não) contra crianças e adolescentes, ações estas realizadas por profissionais da área da saúde. A Tabela 1 resume esses trabalhos.

No Brasil não existe um protocolo oficial e único recomendado para o atendimento dessas vítimas. Por isso, a análise foi feita com base na experiência das autoras, nas críticas levantadas pelos próprios trabalhos estudados e na literatura pesquisada sobre esse tipo de atendimento.

A análise inicialmente buscou identificar os indicadores usados pelos autores para procederem às respectivas avaliações. Alguns indicadores foram agrupados por objetivarem medir um mesmo conceito, ainda que empregando denominações diferentes. Nesses casos adotou-se no presente estudo a denominação que melhor refletisse a medida estudada. Buscou-se analisar qual era o tipo de indicador – de estrutura, de processo ou de resultado ⁵ – e a que aspecto da atenção ele se propunha mensurar – dinâmica do atendimento (codificada com as letras “DA”); adesão ao atendimento (“AA”); resolutividade das situações de violência (“RSV”) e aspectos desta resolutividade relacionados à criança, ao agres-

Tabela 1

Estudos brasileiros que avaliaram serviços que atendem a crianças e adolescentes em situação de violência.

Trabalho	Referência	Ano	Objetivos
Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do CRAMI-Campinas	Deslandes ⁷	1993	Analisar a atuação da instituição frente à questão da violência doméstica visando a contribuir para a reflexão e a consolidação de propostas para ações futuras no sistema público de saúde
Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção	Brito et al. ⁸	2005	Conhecer algumas características sobre os casos atendidos, analisar a forma como as famílias recebiam o atendimento e avaliar o impacto da intervenção na intensidade da violência familiar
Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica	Gonçalves et al. ⁹	1999	Avaliar a dinâmica do atendimento do programa SOS-Criança e oferecer subsídios para a avaliação de serviços semelhantes
Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência: impasses e desafios	Cunha ¹⁰	1998	Aprofundar a reflexão sobre o processo de atendimento às vítimas de violência doméstica de forma a subsidiar o setor saúde na busca de estratégias de atenção integral às vítimas
O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público	Ferreira ¹¹	2002	Avaliar o atendimento prestado às vítimas de abuso sexual

sor ou à família (“RC”, “RA”, “RF”); e a integração com a rede externa de serviços (“IRES”). Os indicadores identificados foram discutidos quanto às limitações e aos potenciais de sua aplicabilidade, e classificados como imprescindíveis (essenciais para uma avaliação mínima), necessários (complementares para uma avaliação mais complexa) ou dispensáveis (úteis, porém por si só não são capazes de qualificar a atenção).

Resultados e discussão

Foram identificados 18 indicadores de processo e nove de resultado. A maioria deles se refere à dinâmica do atendimento. As Tabelas 2 e 3 mostram esses indicadores, distribuídos de acordo com o aspecto da atenção aos quais se propõem medir e com os serviços estudados.

As diferentes características dos serviços e os objetivos de cada estudo certamente influenciaram na escolha dos indicadores incluídos nas avaliações. Nenhum dos trabalhos utilizou indicadores da estrutura dos serviços estudados, embora dois deles a tenham descrito ^{7,11}.

Indicadores que avaliaram a dinâmica do atendimento

Neste grupo de indicadores, aquele que acredita-se ser fundamental por permitir a análise de todos os demais é a *qualidade do registro*, que foi sempre destacada nos estudos como uma preo-

cupação, apontando-se a necessidade de melhorá-la. Independente dos motivos para a falta de dados, fica claro que os registros ora não são feitos e quando o são não é com a finalidade de prover informações para uma eventual avaliação.

A dinâmica do atendimento foi avaliada através de um conjunto de indicadores de processo que procuraram quantificar e qualificar o trabalho feito com cada família. Indicadores que quantificam (*número/média de consultas ou ações realizadas em cada caso, duração/tempo médio do acompanhamento*) expressam a produtividade do serviço e podem apontar para a frequência da interação que se desenvolve com as famílias no decorrer do atendimento. No entanto, não mostram o tipo e a forma de interação ocorrida. Acresce a isso o fato de não se poder estabelecer um padrão único de acompanhamento para crianças e adolescentes vitimizados.

Por depender da situação que se apresenta, seria melhor que houvesse um planejamento individualizado e adaptado para as possibilidades de cada família e do serviço, que poderia ser alterado no decorrer do acompanhamento, dependendo da evolução do caso.

A *duração do acompanhamento* foi usada para expressar a qualidade do atendimento prestado em serviços que têm como objetivo o seguimento de famílias. Nesse sentido, parece recomendável que cada serviço estabeleça um tempo mínimo de acompanhamento que julgue necessário para esclarecer suspeitas, criar vínculo com a família, identificar possíveis seqüelas dos maus-tratos,

Tabela 2

Indicadores de processo segundo o aspecto da atenção e o serviço avaliado.

Indicadores de processo	Aspecto da atenção	ONG de Campinas	ONG de São José do Rio Preto	ONG 1 do Rio de Janeiro	ONG 2 do Rio de Janeiro	OG do Rio de Janeiro	Classificação do indicador
Número de ações desenvolvidas por caso	DA	•		•			Dispensável
Duração do acompanhamento	DA	•		•	•		Imprescindível
Tempo médio de acompanhamento	DA					•	Necessário
Proporção de acompanhamento regular	AA					•	Imprescindível
Número de contatos no decorrer do atendimento	DA				•		Dispensável
Média de consultas comparecidas por paciente	DA					•	Necessário
Tempo decorrido entre a notificação ao serviço e o primeiro contato com a família	DA	•			•		Dispensável
Número de serviços envolvidos numa mesma situação	IRES	•					Necessário
Percentual de encaminhamentos a outros serviços	IRES			•		•	Dispensável
Tipo de procedimento adotado em relação às vítimas	DA	•			•		Necessário
Tipo de procedimento adotado em relação ao agressor	DA	•			•		Necessário
Tipo de procedimento adotado em relação à família	DA	•			•		Necessário
Qualidade do registro (percentual de variáveis sem informação nas fichas de atendimento)	DA	•		•	•	•	Imprescindível
Índice de adesão	AA		•			•	Necessário
Percentual de confirmação do abuso	RSV			•		•	Dispensável
Proporção de busca ativa de faltosos	AA					•	Necessário
Proporção de altas	RSV					•	Imprescindível
Proporção de notificação dos casos ao Conselho Tutelar	IRES					•	Imprescindível

DA: dinâmica do atendimento; AA: adesão ao atendimento; IRES: integração com a rede externa de serviços; RSV: resolatividade das situações de violência.

apoiar a família nos possíveis desdobramentos legais etc. Tais parâmetros poderiam ser criados a partir de situações emblemáticas atendidas no serviço, cada qual contemplando um tempo mínimo estabelecido em função das suas especificidades.

Alguns estudos já recomendam um tempo médio para o acompanhamento de vítimas de abuso sexual a ser definido em função dos fatores envolvidos^{12,13,14}.

É preciso ressaltar, ainda, que a família tem autonomia para decidir sobre o momento de interromper o tratamento e, na prática, ela o faz com frequência. Sua baixa receptividade ao acompanhamento tem sido um fator limitante para os serviços^{7,11}.

Finalmente, a duração do acompanhamento reflete a disponibilidade de serviços e famílias para um determinado tempo de trabalho conjunto. Aliado a outros indicadores pode ajudar, por exemplo, a expressar a adesão ao tratamento, a complexidade dos casos ou o estrangulamento do atendimento (poucos profissionais ou poucos serviços podem levar a altas precoces após pouco tempo de acompanhamento). Por outro lado, um

longo acompanhamento pode ser indicador de pouca procura pelo serviço. Parece fundamental que o serviço, ao preconizar um tempo médio ideal de acompanhamento, leve em conta essas questões.

O tempo decorrido entre o recebimento de uma notificação e o primeiro contato com a família foi estudado em dois serviços que eram reconhecidos pela população como receptores de denúncias^{7,10}. Considerando-se que atualmente, por lei, essa é uma função dos Conselhos Tutelares, esse indicador seria melhor empregado na avaliação das ações dos Conselhos Tutelares. A eventual manutenção de serviços (que não sejam os Conselhos Tutelares) para receber denúncias indica a necessidade de se avaliar a rede de atenção às vítimas (sua existência, divulgação e/ou integração).

O indicador *tipo de procedimento adotado* em relação a vítimas, agressores e famílias foi avaliado por meio da distribuição percentual dos seguintes procedimentos: conversa/orientação, atendimento psicológico, atendimento médico, encaminhamentos, combinação de procedimentos e nenhuma ação. Esse conjunto de

Tabela 3

Indicadores de resultado segundo o aspecto da atenção e o serviço avaliado.

Indicadores de processo	Aspecto da atenção	ONG de Campinas	ONG de São José do Rio Preto	ONG 1 do Rio de Janeiro	ONG 2 do Rio de Janeiro	OG do Rio de Janeiro	Classificação do indicador
Desdobramentos do atendimento em relação à criança	RC	•			•		Necessário
Desdobramentos do atendimento em relação ao agente agressor	RA	•			•		Necessário
Índice de reincidência	RSV	•				•	Imprescindível
Índice de proteção	RSV		•				Dispensável
Índice de superação de fatores desencadeantes após intervenção	RF		•				Necessário
Percentual de famílias que considera que a intervenção contribuiu para diminuir ou interromper o padrão abusivo no relacionamento familiar	RF		•				Necessário
Percentual de "respostas" condizentes com a demanda de orientação solicitada	RF			•			Necessário
Proporção de resultados clínicos satisfatórios (considerando a criança)	RC					•	Necessário
Proporção de abandonos	AA					•	Imprescindível

RC: resolutividade em relação à criança; RA: resolutividade em relação ao agressor; RSV: resolutividade das situações de violência; RF: resolutividade em relação à família; AA: adesão ao atendimento.

ações pode ser útil se vinculado a um protocolo de atendimento no qual constem as atividades que deveriam ser desenvolvidas junto a vítimas, agressores e famílias, o que colocaria os serviços diante do desafio de estabelecer procedimentos mínimos para todos os casos e algumas ações específicas para determinadas situações, que poderiam ser por tipo de abuso, idade da criança/adolescente, abuso intra ou extrafamiliar, dentre outras.

Indicadores que avaliaram a adesão ao atendimento proposto

A adesão foi verificada através de três indicadores de processo (índice de adesão, proporção de acompanhamento regular e proporção de busca ativa de faltosos) e um indicador de resultado (proporção de abandonos do acompanhamento).

O indicador aqui denominado como *índice de adesão* foi verificado de maneira diferente pelos dois trabalhos que o abordaram: um deles verificou a adesão que pais, mães e crianças tiveram a dois tipos de acompanhamento propostos pelo serviço (visita domiciliar e psicoterapia), sem explicitar o que foi considerado como adesão⁸. A outra investigação considerou a proporção de casos em acompanhamento no serviço, no período estudado, e avaliou em que medida este

acompanhamento ocorreu de forma regular, ou seja, seguindo as recomendações do serviço¹¹.

Estar em acompanhamento regular certamente significa que a família está aceitando a dinâmica do atendimento daquele serviço. No entanto, considerando que a adesão é a extensão com que o comportamento do indivíduo está de acordo com o que é recomendado pelo serviço¹⁵, este indicador isoladamente não é suficiente para avaliá-la. Como observado em um dos trabalhos¹¹, a frequência das famílias às consultas não garante, por si só, o seguimento das recomendações nem os benefícios que delas podem advir. O comparecimento regular parece ser importante especialmente no início do atendimento, quando os vínculos entre a equipe de saúde e a família estão sendo estabelecidos a partir do planejamento conjunto e implementação dos procedimentos legais e das medidas de investigação.

O abandono do tratamento pelas famílias, em maior ou menor grau, parece ser comum nas instituições que prestam atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência em todas as regiões do país, sejam elas governamentais ou não^{16,17}. A *proporção de abandonos*, isoladamente, não é suficiente para compreender o fenômeno do abandono, mas é fundamental para apontar a necessidade de estudos que investiguem os seus motivos.

É necessário que os serviços estejam atentos e construam indicadores que mostrem a existência de problemas relativos ao vínculo que estabelecem com as famílias que atendem, para que os mesmos não sejam percebidos apenas quando ocorrer o abandono¹⁶.

Algumas estratégias para reincorporar as famílias ao atendimento têm sido utilizadas por instituições que prestam atendimento a crianças vitimizadas, tais como o envio de telegramas, a visita domiciliar e a comunicação do abandono ao Conselho Tutelar¹⁶. Um dos serviços aqui estudados considerou a *proporção de busca ativa* de famílias com acompanhamento irregular como um indicador de qualidade da atenção¹¹. A busca ativa pode ser importante para a adesão ao tratamento, na medida em que alguns familiares a consideram um cuidado adicional com a criança. Por outro lado, pode representar um fator de descontentamento especialmente para aquelas famílias que não desejam interferência na sua dinâmica familiar. Entretanto, acredita-se que exatamente nessas situações a criança possa estar em maior risco, o que por si só já justificaria a ação e denotaria a qualidade da atenção prestada.

Uma questão a ser pensada é que a busca ativa demanda recursos institucionais e, portanto, sua não realização pode decorrer de dois tipos de falha dos serviços: falta de iniciativa dos profissionais envolvidos e/ou limitações de infra-estrutura.

Indicadores que avaliaram a resolutividade do atendimento no serviço

Dois indicadores de processo (o *percentual de confirmação do abuso* e a *proporção de altas*) e dois indicadores de resultado (*índice de proteção à criança* e *índice de reincidência*) versaram sobre a resolutividade da situação de violência.

A confirmação do abuso, mesmo quando não é um objetivo do serviço, tem sido uma preocupação na medida em que muitas vezes as instituições são acionadas por órgãos da justiça com este fim. Essa é uma atividade complexa e, para os serviços de saúde, não tão importante quanto acompanhar e resolver questões da dinâmica familiar, independente do fato do abuso estar ou não confirmado.

A confirmação do abuso parece ser tarefa difícil até mesmo para os serviços onde esta é uma atividade fim. Cerca de 2/3 dos casos suspeitos que chegam aos serviços de proteção dos Estados Unidos e da Austrália não são confirmados¹⁸.

Dentre os serviços avaliados, apenas um deles buscava, como objetivo do atendimento, confirmar ou descartar a ocorrência de maus-tratos e, à

semelhança da literatura internacional, 82% das denúncias não chegaram a ser confirmadas⁹.

A confirmação depende de um conjunto de elementos nem sempre decorrentes apenas do desempenho do serviço. Portanto, não necessariamente expressa a qualidade do atendimento. Ainda quando a confirmação é uma missão do serviço, este indicador merece interpretação que leve em consideração toda a dificuldade envolvida na questão.

A *proporção de altas* foi um indicador considerado apenas pelo serviço público que funciona dentro de uma unidade hospitalar. Além desse, outros serviços aqui analisados também consideraram essa questão por meio do número de casos concluídos. Independente da terminologia utilizada, o momento de encerrar o acompanhamento de um caso, desligando-o do serviço, é considerado um desafio para equipes que prestam atendimento continuado a crianças e adolescentes vítimas de violência¹⁶. Este indicador, se vinculado a metas a serem alcançadas através do atendimento prestado e a critérios de alta previamente estabelecidos pela equipe, pode mostrar que a situação foi minimamente resolvida. Cabe lembrar que geralmente a resolução de situações complexas, como as que envolvem a violência contra crianças e adolescentes, decorre de um conjunto de fatores e ações que incluem, mas não dependem exclusivamente de um único serviço.

O *índice de proteção* foi um indicador mencionado em apenas uma avaliação⁸ e incluiu as seguintes situações: afastamento do agressor da residência sem direito *ou* afastamento com direito a visita e/ou acompanhamento do agressor em tratamento compulsório. Esse indicador, ao considerar apenas parâmetros relacionados ao agressor, expressa uma visão estreita da proteção da criança, às vezes dependente muito mais da existência de algum familiar que a garanta, mesmo com a permanência do agressor no lar. Seu uso deve ser associado a outros fatores de proteção como encaminhamentos para medidas legais, apoio social, registro e análise da existência de adulto protetor cuidador.

O *índice de reincidência* foi expresso de duas maneiras nos trabalhos estudados: reincidência durante o acompanhamento e reincidência após terminada a atuação do serviço. Esse indicador expressa a proteção que a sociedade consegue garantir às vítimas. Após a alta, ele reflete de forma indireta se a família foi capaz ou não de realizar mudanças a partir de uma intervenção.

Em geral, os serviços não se propõem a acompanhar as crianças e adolescentes após o término do tratamento¹⁶, portanto se desconhece a evolução das situações. O acompanhamento pós-

atendimento seria melhor realizado se trabalhos sociais com estas famílias de risco existissem em número suficiente e de maneira eficaz. No estudo em que foi avaliado o índice de reincidência após terminada a atuação do serviço, considerou-se como reincidência apenas os casos que voltaram para o próprio serviço ⁷, mostrando o problema apenas de forma parcial.

Vários fatores são capazes de favorecer a reincidência dos maus-tratos em famílias que já sofreram ou estão sob a intervenção de serviços de proteção, sendo identificados aqueles relacionados não apenas à própria intervenção (suas características e tipos), mas também a características individuais das famílias (capacidade de cooperação) e o contexto social (acessibilidade a serviços, por exemplo), sendo os estudos a respeito ainda insuficientes para concluir o grau de contribuição de cada fator na recorrência dos maus-tratos ¹⁹.

Estudo sobre o atendimento a crianças vítimas de abuso sexual, realizado em cinco capitais brasileiras, revela que o atendimento ainda é centrado quase que exclusivamente nas vítimas; é principalmente de caráter médico, hospitalar e psicológico, com muito pouco acompanhamento social e econômico, e em pouquíssimas situações contribui significativamente para a mudança das condições facilitadoras e/ou geradoras da dinâmica abusiva. Concluiu-se que há uma concepção de atendimento limitada à atenção emergencial e, em algumas situações, à redução dos danos sofridos pelas vítimas, *não sendo privilegiadas a perspectiva de proteção, a mobilização das redes primárias e secundárias, a intervenção nas condições objetivas facilitadoras do abuso sexual e o foco na família* ²⁰.

Alguns indicadores buscaram mostrar aspectos específicos da resolutividade relacionados à criança, ao agressor ou à família.

Em relação à criança foram considerados o desdobramento do atendimento e a proporção de resultados clínicos satisfatórios.

O *desdobramento do atendimento* em relação às crianças e adolescentes abusados diz respeito a três desfechos: se a vítima ficou junto à família, se mudou de núcleo familiar de maneira informal ou se foi encaminhada ao Juizado da Infância e Juventude para decisão sobre seu destino. Nos dois serviços que empregam este parâmetro para avaliação, cerca de 84% das crianças permaneceram junto à família ^{7,10}. Essa, de fato, é a atitude mais recomendada pela literatura. Este indicador, baseando-se apenas no lugar que a criança passa a ocupar após a intervenção, não é um bom parâmetro para avaliar o serviço, posto que não cabe a serviços com o perfil dos aqui estudados decidirem sobre o destino das crianças.

No máximo eles dão subsídios para que instâncias legalmente responsáveis possam fazê-lo. Por outro lado, ao mostrar que as crianças permanecem em seus lares, muitas vezes com os agressores, esse indicador aponta para o investimento que o serviço deve fazer para envolver a família no tratamento e no acompanhamento/monitoramento do caso.

A *proporção de resultados clínicos satisfatórios* considerou como satisfatórios aqueles casos nos quais havia registro, na última consulta do prontuário, sobre melhora ou regressão das manifestações clínicas relacionadas ao abuso, se comparadas ao quadro clínico apresentado na primeira consulta ¹¹. Cabe observar, no entanto, que manter a criança sem apresentar novas manifestações clínicas ou mesmo manter estável um quadro existente, pode também representar resultado satisfatório, se considerarmos que o paciente poderia desenvolver manifestações indesejáveis não fosse a atuação da equipe. Este indicador é limitado, conforme ressalta a própria autora que o usou, na medida em que múltiplos fatores estão envolvidos na evolução clínica. Alguns deles são a atuação paralela de outros serviços e as dinâmicas familiares mais ou menos comprometidas antes do início do acompanhamento. Trabalho recente chama a atenção para a necessidade de se considerar a interferência do contexto ecológico da criança no desenvolvimento das seqüelas dos maus-tratos como explicação para a heterogeneidade dos efeitos entre as vítimas ²¹.

Em relação ao agressor, encontrou-se apenas o indicador *desdobramento do atendimento*. De fato, foi verificado que no Brasil não há muitas experiências relatadas em relação ao atendimento do familiar agressor ¹⁶, o mesmo ocorrendo em relação ao agressor extrafamiliar. Esse indicador foi expresso através dos seguintes possíveis desfechos: permaneceu junto à família, permaneceu no mesmo domicílio sozinho, afastou-se temporariamente ou definitivamente da família ou outros desfechos (no caso de agressores extrafamiliares). Nos dois trabalhos em que esse indicador foi utilizado, em torno de 80% dos agressores permaneceram junto à família ^{7,10}. Se por um lado essa permanência pode permitir restaurar as relações em bases não violentas, por outro reforça a necessidade de ações específicas voltadas para a proteção da criança.

Em relação a indicadores de resolutividade que envolvem a família, foram encontrados: índice de superação de fatores desencadeantes após intervenção, percentual de famílias que considerou que a intervenção contribuiu para diminuir ou interromper o padrão abusivo no relacionamento familiar e percentual de respostas condizentes com a demanda de orientação solicitada.

O indicador que procurou mostrar a *superção de problemas desencadeantes da situação abusiva* (conflitos entre o casal, características da vítima, alcoolismo, histórico de vida, entre outros) foi avaliado com base em afirmações da família a este respeito⁸. Embora possua esta limitação, esse indicador reflete uma tentativa do serviço de atuar nas causas da violência. Seria recomendado, entretanto, que fosse avaliado de forma mais abrangente (associando-se várias medidas de superação dos fatores desencadeantes) e confiável (usando outras informações além do depoimento da família).

A *capacidade de intervenção do serviço para diminuir ou interromper o padrão abusivo de relacionamento familiar* também é um dado importante a ser avaliado em se tratando de estudar o resultado da atenção prestada. A construção desse indicador também se baseou na opinião das famílias, que selecionaram uma entre cinco opções a respeito da intensidade da violência após intervenção do serviço: aumentou, continua igual, diminuiu, não ocorre mais, nunca houve⁸.

O indicador *percentual de respostas condizentes com a demanda de orientação solicitada* foi utilizado apenas no trabalho que avaliou o serviço do tipo SOS-Criança⁹, no qual grande número de pedidos de orientação é feito ao serviço, nem sempre relacionado à violência contra a criança. Eram, portanto, respostas pontuais dadas à demanda inicial do solicitante. Acredita-se que esse indicador também pode ser usado para verificar se as demandas das famílias são satisfeitas pelos serviços no que se refere ao atendimento e acompanhamento das situações abusivas. Seria uma forma de expressar o grau de satisfação com o atendimento.

Mudanças de papéis e no comportamento da criança, alterações na conduta da família e a interrupção da violência foram identificados por pesquisadores como *indicadores de sucesso* utilizados em serviços que atendem a crianças/adolescentes vitimizadas no Brasil. Ressaltou-se a importância de se demarcar indicadores de processo concomitantes a esses, que permitam definir melhor os resultados a serem atingidos¹⁶.

Indicadores que avaliaram a integração do serviço com a rede externa

Três indicadores de processo apontaram para a integração do serviço estudado com a rede externa disponível: o *percentual de encaminhamentos a outros serviços, o número de serviços envolvidos numa mesma situação* e a *proporção de notificação dos casos aos Conselhos Tutelares*.

A iniciativa do serviço ou da família de acionar outros equipamentos sociais revela a exis-

tência e a configuração da rede, além da capacidade de integração com ela. Tais elementos são fundamentais quando se está diante de um problema complexo, multicausal e que depende da intervenção de diversos setores para seu enfrentamento²².

A consciência dos limites de atuação dos serviços parece ser muito importante. Encaminhar para parceiros que desenvolvam ações complementares amplia o espectro da intervenção e maximiza os efeitos da ação institucional, proporcionando mais opções para resolução dos diversos problemas sócio-econômicos pelos quais passam a maioria das famílias envolvidas com maus-tratos contra suas crianças^{7,9}. A necessidade de comparecer a diversas instituições, por outro lado, nem sempre é bem aceita pelas famílias, que certamente seriam mais beneficiadas (especialmente em termos de tempo e gastos) caso conseguissem suprir suas necessidades com uma atenção mais integral e integrada.

O indicador *percentual de encaminhamentos* expressa apenas uma das formas através das quais se pode estabelecer contato com a rede externa e, como ressaltado em um dos trabalhos pesquisados, não mostra em sua plenitude a interação entre os serviços. Alguns encaminhamentos são feitos sem o conhecimento do tipo de atividade oferecida pelos serviços, suas rotinas e suas estruturas de trabalho; o encaminhamento nem sempre é satisfatório (quanto à sua indicação, à forma ou ao conteúdo de uma solicitação de parecer, por exemplo). Além disso, a troca de informações entre os serviços que atendem a um mesmo caso é precária, prejudica a sua condução e ainda impede possíveis oportunidades de troca de experiências e vivências profissionais¹¹.

Embora o percentual de encaminhamentos traga à luz os fatores acima descritos, ele não mostra se as famílias encaminhadas foram, de fato, atendidas. Assim sendo, torna-se mais importante verificar a real atuação dos diversos serviços num mesmo caso⁷.

O *percentual de casos notificados em relação ao total de casos atendidos* por uma unidade de saúde reflete, sem dúvida, o cumprimento de uma determinação legal. Sua escolha como indicador, por si só, já poderia representar uma falha do serviço estudado ao considerar-se que a notificação ao Conselho Tutelar por profissionais de saúde é obrigatória por lei e, portanto, deveria ser feita em 100% dos casos.

Esse indicador, se utilizado conjuntamente com outro que mostrasse o percentual de casos notificados que foram mantidos em acompanhamento, mostraria que o serviço não lançou mão da notificação como uma forma de passar o problema adiante. Melton¹⁸ afirma que nos Estados

Unidos a população e os profissionais consideram que a notificação e a investigação dela decorrente são sinônimos de proteção à criança, sendo esta da responsabilidade única das agências que têm esta missão. Segundo o autor, essa visão diminuiria a segurança das crianças dado que as agências não conseguem solucionar a multiplicidade de problemas envolvidos na maioria das situações nem monitorar constantemente os casos e, por sua vez, a população e outros profissionais diminuem suas ações diretas por considerarem que a criança está protegida. Tais argumentos parecem ser aplicáveis à nossa realidade, embora ainda sejam necessários muitos avanços na área da proteção à criança no Brasil (até o momento sequer existem Conselhos Tutelares em muitos municípios do país). Faleiros²⁰ destaca a fragilidade dos Conselhos Tutelares enquanto instância de acompanhamento das situações de abuso sexual denunciadas e de articulação das ações de proteção. Vários estudos já mostraram a precariedade com que esses órgãos de proteção têm desenvolvido sua missão. A grande maioria deles não tem profissionais suficientes, não possui instalações físicas adequadas nem as mínimas condições de infra-estrutura para o bom desenvolvimento do trabalho, além de não existir capacitação para o exercício das atividades^{23,24}.

Parece também que alguns motivos alegados por profissionais para a não notificação de casos de maus-tratos podem representar um cuidado na atenção dispensada à família e não uma má qualidade da atenção, como seria o caso das seguintes situações: (1) possibilidade de impacto negativo ou imprevisível para a família, afetando a relação estabelecida entre ela e o serviço; (2) preocupação com a situação do suspeito da agressão, especialmente quando for um adolescente; (3) riscos que a notificação pode trazer para a integridade da família já que os agressores podem reagir mal ao procedimento; e (4) suspeitas sem fundamentação que chegam ao serviço e que, notificadas, podem causar problemas para as famílias e sobrecarregar os Conselhos Tutelares¹¹.

Nos Estados Unidos existem orientações, por exemplo, a respeito de níveis de preocupação no tocante ao abuso sexual que auxiliam na tomada de decisão sobre a notificação. O profissional, com base na história, no exame físico e nos exames laboratoriais, trabalharia com diferentes níveis de preocupação e a decisão sobre a notificação se fundamentaria na classificação da situação apresentada em uma das possíveis categorias, podendo o profissional concluir por não notificar; por fazer um acompanhamento de

perto e possivelmente notificar; ou por notificar de imediato²⁵. Também nos Estados Unidos há recomendações oficiais sobre como distinguir punição de abuso físico²⁶, chamando a atenção para a importância e a obrigatoriedade da notificação sempre que houver suspeita de abuso físico. No Brasil não há documentos oficiais que norteiem a decisão sobre *se* e *quando* notificar diante de suspeitas que muitas vezes são levantadas sem fundamentação. Sendo assim, serviços com experiência em lidar com crianças vitimizadas têm optado muitas vezes pelo não cumprimento da determinação legal em 100% dos casos por entenderem que são capazes de esclarecer suspeitas pouco fundamentadas e lidar com certas situações de maus-tratos de maneira mais adequada que os próprios Conselhos Tutelares, evitando assim uma sobrecarga de trabalho para estes órgãos^{27,28}.

Conclusões

Pode-se concluir que a avaliação de um serviço comporta diversos tipos e níveis de análise, que podem ser utilizados de forma isolada ou concomitante, cabendo ao serviço ou ao pesquisador optar por aqueles que sejam mais adequados aos seus objetivos e viáveis em termos de execução.

O menor número de indicadores de resultado expressa a dificuldade de medi-los e vinculá-los unicamente à ação dos serviços estudados. Além disso, resultados devem ser vinculados a metas, e estas nem sempre são claras na maioria dos serviços.

Acredita-se que seja recomendável estabelecer um número mínimo de indicadores a serem regularmente analisados para nortear os trabalhos. Para isso, cada serviço deveria selecionar os dados necessários para serem coletados de forma sistemática, o que implica que esteja atento para a qualidade com que realiza seus registros.

Para finalizar, propõem-se alguns indicadores considerados como imprescindíveis para uma mínima avaliação do atendimento prestado em serviços que acompanham famílias envolvidas em situações nas quais há suspeitas ou confirmação de violência praticada contra suas crianças: duração do acompanhamento (para avaliar a dinâmica do atendimento), proporção de acompanhamento regular e de abandono (para avaliar a adesão), proporção de altas e índice de reincidência (para avaliar a resolutividade) e proporção de notificação de casos ao Conselho Tutelar, em especial aqueles que forem confirmados (para avaliar a integração com a rede).

Resumo

A avaliação do atendimento a crianças vítimas de violência, baseada em indicadores, ainda é pouco realizada em nosso país. Este trabalho tem como objetivo analisar criticamente indicadores empregados em pesquisas sobre serviços que atendem a crianças/adolescentes em situação de violência. Para tal, foi realizado estudo exploratório para o qual foram selecionados cinco trabalhos realizados em quatro serviços: duas organizações não-governamentais de duas cidades do interior do Estado de São Paulo e duas da cidade do Rio de Janeiro: uma não-governamental e outra governamental. A análise buscou identificar os indicadores utilizados (de estrutura, processo ou resultado) e a que aspecto da atenção eles se propunham mensurar (dinâmica do atendimento, adesão ao tratamento, resolutividade e integração com a rede). Foram identificados e discutidos 18 indicadores de processo e nove de resultado. Sugere-se um conjunto mínimo de indicadores considerados essenciais para a realização de uma avaliação do atendimento a crianças/adolescentes e suas famílias.

Cuidados Médicos; Violência; Criança; Adolescente

Colaboradores

A. L. Ferreira e E. R. Souza foram responsáveis pela concepção, análise e redação do artigo.

Referências

1. Faleiros VP. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: Leal MLP, César MA, organizadores. Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Brasília: Coordenadoria Ecumênica de Serviço, Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente, Fundo Cristão para Crianças, Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes; 1998. p. 7-18.
2. Castro OJL. Informação e indicadores. In: Leal MLP, César MA, organizadores. Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Brasília: Coordenadoria Ecumênica de Serviço, Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Direitos Humanos/Departamento da Criança e do Adolescente, Fundo Cristão para Crianças, Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes; 1998. p. 100-19.
3. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
4. Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS, Santos NC. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 105-32.
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
6. Bowling A. Evaluating health services: multidisciplinary collaboration. In: Bowling A, editor. Research methods in health: investigating health and health services. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 1997. p. 5-16.

7. Deslandes SF. Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação CRAMI-Campinas [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
8. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RC, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:143-9.
9. Gonçalves HS, Ferreira AL, Marques MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:547-53.
10. Cunha JM. Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência: impasses e desafios [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
11. Ferreira AL. O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
12. Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência doméstica. São Paulo: Laboratório de Estudos da Criança, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1997.
13. Swanston HY, Tebbutt JS, O'Toole BI, Oates RK. Sexually abused children 5 years after presentation: a case-control study. *Pediatrics* 1997; 100:600-8.
14. Gauderer EC. Abuso sexual de crianças e adolescentes. *Pediatr Atual* 1991; 4:38-58.
15. Winnick S, Lucas DO, Hartman AL, Toll D. How do you improve compliance? *Pediatrics* 2005; 115:718-24.
16. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2004.
17. Vetere A, Cooper J. Setting up a domestic violence service. *Child and Adolescent Mental Health* 2003; 8:61-7.
18. Melton GB. Mandated reporting: a policy without reason. *Child Abuse Negl* 2005; 29:9-18.
19. DePanfilis D, Zuravin SJ. The effect of services on the recurrence of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2002; 26:187-205.
20. Faleiros ET, organizador. O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Presidência da República; 2003.
21. Zielinski DS, Bradshaw CP. Ecological influences on the sequelae of child maltreatment: a review of the literature. *Child Maltreat* 2006; 11:49-62.
22. World Health Organization. Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2004.
23. Silva KH. Notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: uma relação em construção [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
24. Bezerra-de-Miranda ABBA. Chapeuzinho vermelho e o lobo mau: infância abusada na mira do "caçador" [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
25. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics* 1999; 103:186-91.
26. Hornor G. Physical abuse: recognition and reporting. *J Pediatr Health Care* 2005; 19:4-11.
27. Gomes R, Junqueira MFPS, Silva CO, Junger WL. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:275-83.
28. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:315-9.

Recebido em 27/Abr/2006

Versão final reapresentada em 06/Fev/2007

Aprovado em 12/Jun/2007