

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE ENGENHARIA DE BAURU  
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**FLAVIA FERNANDES TREVIZAN**

**MODELOS DE PROJETOS NO SETOR PÚBLICO: REFERENCIAMENTO EM  
CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM O  
USO DE ANÁLISE MULTICRITÉRIO DE DECISÃO**

**BAURU/SP  
2020**

FLAVIA FERNANDES TREVIZAN

**MODELOS DE PROJETOS NO SETOR PÚBLICO: REFERENCIAMENTO EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM O USO DE ANÁLISE MULTICRITÉRIO DE DECISÃO**

Texto de dissertação de mestrado apresentado como exigência para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, UNESP, Campus Bauru, sob orientação da Prof. Dra. Regiane Máximo Siqueira e coorientação do Prof. Dr. Aílton Souza Aragão.

Trevizan, Flavia Fernandes.

Modelos de projetos no setor público:  
referenciamento em caso de violência sexual contra  
criança e adolescente com o uso de análise  
Multicritério de Decisão / Flavia Fernandes Trevizan,  
2020

151 f. : il.

Orientadora: Regina Máximo Siqueira  
Coorientador: Ailton de Souza Aragão

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual  
Paulista. Faculdade de Engenharia, Bauru, 2020

1. Modelo de apoio à decisão. 2. MACBETH. 3.  
Violência. I. Universidade Estadual Paulista.  
Faculdade de Engenharia. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE FLAVIA FERNANDES TREVIZAN, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, DA FACULDADE DE ENGENHARIA - CÂMPUS DE BAURU.**

Aos 17 dias do mês de fevereiro do ano de 2020, às 14:30 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-graduação / FEB, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. REGIANE MÁXIMO SIQUEIRA - Orientador(a) do(a) Departamento de Engenharia de Produção / Faculdade de Engenharia de Bauru - UNESP, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. VITÓRIA MARIA MIRANDA PUREZA do(a) Departamento de Engenharia de Produção / Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, Prof. Dr. ENZO BARBERIO MARIANO do(a) Departamento de Engenharia de Produção / Faculdade de Engenharia de Bauru - UNESP, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de FLAVIA FERNANDES TREVIZAN, intitulada **MODELOS DE PROJETOS NO SETOR PÚBLICO: REFERENCIAMENTO EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM O USO DE ANÁLISE MULTICRITÉRIO DE DECISÃO**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: Aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. REGIANE MÁXIMO SIQUEIRA *R. Siqueira*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. VITÓRIA MARIA MIRANDA PUREZA *Vitoria Pureza*

Prof. Dr. ENZO BARBERIO MARIANO *Enzo B. Mariano*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido, Bruno, pela paciência em momentos difíceis, me apoiar e acreditar na minha capacidade, aos meus filhos, Joaquim e Felipe, por ser meus companheiros e fonte de alegria diária. A minha mãe, Conceição, e à memória do meu pai, Agenor, por terem me impulsionado a chegar até aqui. Aos meus sogros, José Augusto e Cely, pela incansável paciência e acreditarem no meu potencial.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regiane Máximo Siqueira, pelos constantes incentivos, compreensão e fonte de inspiração, e também ao querido Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, pelas valiosas orientações e amizade construída. A Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vitória e Prof. Dr. Enzo pelas contribuições para construção desse trabalho.

Aos profissionais da Rede de Atendimento de Crianças e Adolescente de Bauru-SP por me receberem tão bem e colaborarem com o desenvolvimento desta pesquisa. Em especial à Rose Orlato e Vanessa Neves da Secretaria do Bem Estar Social pelo empenho em contribuir e ter participado de todas as fases do projeto. Ao Daniel Sanches do CAPSi pelo tempo disponibilizado e envolvimento de toda a equipe. Ao Guilherme Melo, Graziela Galvão e Andreia Martins do Conselho Tutelar pelo conhecimento e tempo dedicado. Ao Ezequiel Santos da Secretaria da Saúde por acreditar nos objetivos da pesquisa.

A todos os meus colegas de mestrado que vivenciaram comigo todas as angústias e alegrias dessa jornada. Em especial à Marinez e Gessica pelo incentivo, amizade e trabalhos construídos.

## RESUMO

Utilizando as palavras da Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência é definida como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes a violência sexual é uma das mais complexas violações dos direitos da infância. Ela ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, não tenha desenvolvimento compatível e não exista consentimento (PLATT et al., 2018). As consequências do abuso sexual infantil são múltiplos, seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores, impactando na vida das vítimas e demais membros da família de forma permanente. As crianças e adolescentes que passaram por esse tipo de violência vivenciam situações de medo, fragilidades emocionais e perda de vínculos afetivos que as colocam em situação de vulnerabilidade e insegurança. Dentro dessa problemática, essa pesquisa pretende ser um instrumento norteador da atuação da rede de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no que tange a articulação multissetorial para proteção e assistência em Bauru/SP. O estudo busca encontrar um conjunto de atividades para as crianças e adolescentes em situação de violência relacionando valores, estado e gravidades com o objetivo de maximizar o seu bem-estar. Nesse contexto, propõe-se uma abordagem multimetodologia desenvolvida a partir do modelo multicritério de decisão MACBETH (*Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique*) combinado com os fundamentos do método Delphi e *Value focused Thinking*. Os resultados revelam ações que devem ser tomadas em três níveis de prioridades, especificamente, emergencial, encaminhamentos e acompanhamentos, na formulação de projetos de atendimentos.

**Palavras-chave:** Modelo de Apoio à Decisão; MACBETH; Violência

## ABSTRACT

The World Health Organization defines violence as “the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”. Among the various forms of violence affecting children and adolescents, sexual violence is one of the most complex violations. It occurs when a child is subjected to sexual activity which he cannot understand, has no compatible development, and there is no consent (PLATT et al., 2018). The consequences of child sexual abuse are manifold, their physical and psychological effects can be devastating, impacting the lives of victims and other family members permanently. Children and adolescents who have experienced this type of violence experience situations of fear, emotional fragility, loss of emotional bonds, which put them in a situation of vulnerability and insecurity. This research intends to be a guiding instrument of the performance of the care network of children and adolescents victims of sexual violence regarding the multi-institutional articulation for protection and assistance in Bauru / SP. The study seeks to find a set of activities for children and adolescents in situations of violence relating values, the victim's status and severity, with the aim of maximizing their well-being. In this context, we propose a multimethodology approach developed from the multicriteria decision model MACBETH (Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique) combined with the foundations of the Delphi and Value focused Thinking method. The results indicate actions that should be taken at three levels of use, emergency, referrals and follow-up, in the formulation of care projects.

**Keywords:** Multiple Criteria Decision Analysis; MACBETH; Violence

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Regras de decisão para escolher o melhor método participativo para a situação. ....	22
Figura 2 – <i>Framework</i> DPSIR.....	27
Figura 3 – Fases do processo de decisão - MACBETH .....	32
Figura 4 – O ciclo de aprendizagem para definição de PV, PVF e descritores.....	37
Figura 5 – Categorias de diferença de atratividade .....	41
Figura 6 – Perfil de impacto da alternativa a.....	43
Figura 7 – Etapas de aplicação do método .....	54
Figura 8 – Árvore de relato de casos típicos .....	65
Figura 9 - Árvore de Relatos .....	80
Figura 10 – Árvore de valor .....	82
Figura 11 – Matriz de julgamento Lesão Corporal .....	95
Figura 12 – Importância inter critério.....	98
Figura 13 – Ponderação importância inter critério. ....	98
Figura 14 – Matriz de julgamentos do critério Lesão Corporal – Visão de grupo.....	100
Figura 15 – Pesos dos critérios .....	118
Figura 16 – Projeto de atendimento – Caso I .....	122
Figura 17 – Projeto de atendimento – Caso II.....	123
Figura 18 – Projetos de atendimento – Caso III.....	124



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens da aplicação do método Delphi .....	24
Quadro 2 - Prós e Contras DPSIR .....	27
Quadro 3 - Métodos MCDM Escola Americana .....	29
Quadro 4 - Métodos MCDM Escola Francesa .....	30
Quadro 5 - Representação tabular de uma família de pontos de vista fundamentais .....	36
Quadro 6 - Exemplos de descritores construídos .....	38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atribuições Conselho Tutelar .....	49
Tabela 2 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais .....	50
Tabela 3 – N° de participantes selecionados na 1° fase de estruturação do problema .....	59
Tabela 4 - N° de participantes primeira rodada Delphi .....	63
Tabela 5 – Perfil dos participantes primeira rodada Delphi .....	64
Tabela 6 – Estatística casos típicos de violência física: relatos de origem, encaminhamento e objetivo .....	65
Tabela 7 - Estatística casos típicos de violência física: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso .....	66
Tabela 8 - Estatística casos típicos de violência sexual: relatos de origem, encaminhamento e objetivo .....	67
Tabela 9 - Estatística casos típicos de violência sexual: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso .....	68
Tabela 10 - Estatística casos típicos de violência psicológica: relatos de origem, encaminhamento e objetivo .....	69
Tabela 11 - Estatística casos típicos de violência psicológica: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso .....	70
Tabela 12 - Estatística casos típicos de negligência: relatos de origem, encaminhamento e objetivo .....	70
Tabela 13 - Estatística casos típicos de negligência: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso .....	71
Tabela 14 – Modelagem DPSIR.....	73
Tabela 15 - N° de participantes segunda rodada Delphi .....	74
Tabela 16 - Perfil dos participantes segunda rodada Delphi .....	74
Tabela 17 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso I .....	76
Tabela 18 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso II .....	77
Tabela 19 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso III.....	78
Tabela 20 - N° de participantes para construção da árvore de valor .....	81
Tabela 21 – Alternativas de encaminhamento do modelo.....	83
Tabela 22 - N° de participantes para construção dos descritores .....	86
Tabela 23 – Descritores alterações físicas .....	88
Tabela 24 – Descritores alterações psicoemocionais .....	90

Tabela 25 – Descritores segurança .....	92
Tabela 26 – Descritores assistência social.....	92
Tabela 27 - N° de participantes para construção dos modelos individuais .....	93
Tabela 28 – Descritor Lesão Corporal.....	95
Tabela 29 – Protocolo de questionamento para Lesão Corporal .....	95
Tabela 30 – Julgamentos diferença de atratividade Lesões corporais.....	102
Tabela 31 – Escalas de valor Lesões corporais .....	102
Tabela 32 - Julgamentos diferença de atratividade Lesões genitais .....	103
Tabela 33 - Escalas de valor Lesões Genitais.....	105
Tabela 34 - Julgamentos diferença de atratividade ISTs .....	106
Tabela 35 - Escalas de valor ISTs .....	106
Tabela 36 - Julgamentos diferença de atratividade Gravidez.....	107
Tabela 37 - Escalas de valor Gravidez .....	108
Tabela 38 – Julgamentos diferença de atratividade Depressão .....	109
Tabela 39 – Escalas de valor Depressão.....	110
Tabela 40 – Julgamentos diferença de atratividade Transtorno fóbico ansioso .....	111
Tabela 41 – Escalas de valor Transtorno Fóbico Ansioso.....	111
Tabela 42 – Julgamentos diferença de atratividade Ameaça.....	112
Tabela 43 – Julgamentos diferença de atratividade Ameaça.....	113
Tabela 44 – Julgamentos diferença de atratividade Aspecto Familiar .....	114
Tabela 45 – Escalas de valor Aspecto Familiar.....	115
Tabela 46 – Ordenação decrescente inter-critérios.....	116
Tabela 47 – Casos típicos violência sexual .....	119
Tabela 48 – Modelo de avaliação – Caso I.....	121
Tabela 49 - Modelo de avaliação – Caso II .....	121
Tabela 50 - Modelo de avaliação – Caso III.....	121

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AE – Anticoncepção de Emergência

CT – Conselho Tutelar

CAPSi – Centro Estadual de Atenção Psicossocial e Infanto-Juvenil

DPSIR – Driving Forces Pressure State Impact Response

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MACBETH – Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique

MCDM – Multi Criteria Decision Making

OMS – Organização Mundial da Saúde

PV – Ponto de Vista

PVE – Ponto de Vista Elementar

PVF – Ponto de Vista Fundamental

SEBES – Secretaria do Bem Estar Social

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1	QUESTÃO E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	17
1.2	JUSTIFICATIVA DE PESQUISA .....	17
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL</b> .....	<b>19</b>
2.1	MÉTODOS PARTICIPATIVOS .....	19
<b>2.1.1</b>	<b>Método Delphi</b> .....	<b>23</b>
2.2	ESTRUTURAÇÃO DE PROBLEMAS ATRAVÉS DO MÉTODO DPSIR.....	26
2.3	MÉTODO MULTICRITÉRIO MACBETH .....	28
<b>2.3.1</b>	<b>Caracterização do Contexto de Decisão</b> .....	<b>33</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Fase de Estruturação</b> .....	<b>33</b>
2.3.2.1	Árvore de Pontos de Vista.....	34
2.3.2.2	Descritores.....	36
<b>2.3.3</b>	<b>Fase de Avaliação</b> .....	<b>39</b>
2.3.3.1	Informação ordinal e cardinal e escala MACBETH de base .....	40
2.3.3.2	Informação de preferência Inter critérios .....	41
2.3.3.3	Definição do perfil de impacto.....	43
<b>2.3.4</b>	<b>Fase de Recomendação</b> .....	<b>43</b>
2.3.4.1	Modelo aditivo de agregação .....	43
2.3.4.2	Análises de sensibilidade e robustez .....	44
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>45</b>
3.1	MÉTODO UTILIZADO NA PESQUISA .....	45
3.2	CENÁRIO DE ESTUDO .....	46
<b>3.2.1</b>	<b>Conselho Tutelar</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Secretaria Municipal do Bem Estar Social</b> .....	<b>49</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Secretaria Municipal da Saúde</b> .....	<b>51</b>
3.3	PROPOSTA MULTIMETODOLOGIA .....	52
3.3.1	PROCEDIMENTOS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	55
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>58</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DECISÃO .....	58
<b>4.1.1</b>	<b>Identificação dos stakeholders</b> .....	<b>58</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Identificação dos casos típicos</b> .....	<b>59</b>
4.1.2.1	Primeira rodada Delphi .....	59

4.2	ESTRUTURAÇÃO DO MODELO .....	72
<b>4.2.1</b>	<b>Estabelecimento dos critérios .....</b>	<b>72</b>
4.2.1.1	Segunda rodada Delphi .....	72
4.2.1.2	Reuniões focais para definição da árvore de valor.....	80
<b>4.2.2</b>	<b>Construção dos descritores.....</b>	<b>85</b>
4.3	AVALIAÇÃO .....	93
<b>4.3.1</b>	<b>Modelos individuais multicritério.....</b>	<b>93</b>
4.3.1.1	Construção das escalas de valor .....	93
4.3.1.2	Construção dos pesos dos critérios .....	97
<b>4.3.2</b>	<b>Conferência de decisão.....</b>	<b>99</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÕES DOS RESULTADOS.....</b>	<b>101</b>
5.1	COMPARAÇÃO DOS MODELOS .....	101
<b>5.1.1</b>	<b>Lesões corporais .....</b>	<b>101</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Lesões Genitais .....</b>	<b>103</b>
<b>5.1.3</b>	<b>ISTs.....</b>	<b>105</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Gravidez .....</b>	<b>106</b>
<b>5.1.5</b>	<b>Depressão .....</b>	<b>108</b>
<b>5.1.6</b>	<b>Transtorno fóbico ansioso .....</b>	<b>110</b>
<b>5.1.7</b>	<b>Ameaças.....</b>	<b>112</b>
<b>5.1.8</b>	<b>Aspecto Familiar .....</b>	<b>114</b>
<b>5.1.9</b>	<b>Ponderação dos pesos dos critérios.....</b>	<b>115</b>
5.2	ANÁLISE DE CASOS.....	119
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>125</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>126</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DELPHI ROUND 1.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DELPHI ROUND 2.....</b>	<b>136</b>
	<b>APÊNDICE C – PROTOCOLO FASE DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>144</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescente é um problema universal (OMS, 2002). No Brasil, de acordo com o relatório divulgado pelo Ministério dos Direitos Humanos em 2017, 59% dos casos de violência denunciados foram relacionadas a criança e adolescente. Quando realizada a análise comparativa dos últimos dois anos houve um crescimento de 10,34% de registros. A distribuição por tipo de ocorrência foi: negligência (37%); violência psicológica (24%); violência física (20%); violência sexual (12%).

De acordo com a OMS (2002) violência consiste no “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes a violência sexual é uma das mais complexas violações dos direitos da infância. Ela ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, não tenha desenvolvimento compatível e não exista consentimento (PLATT et al., 2018).

As consequências do abuso sexual infantil são múltiplos, seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores e perpétuos (KAPLAN et al., 1990). Dentre os fatores que determinam o grau de severidade dos efeitos do abuso está a existência do uso da força ou ameaças, ausência de figuras parentais protetoras e de apoio social. A literatura baseada em dados clínicos apresenta alguns sintomas normalmente presentes nas vítimas de abuso sexual: ansiedade, pesadelos, transtornos de stress pós-traumático, comportamento sexual inapropriado, medo, problemas escolares, depressão, isolamento, comportamento suicida (KENDALL et al., 1993).

Platt et al. (2018), sumariza que os profissionais da rede de atendimento ao se deparar com situações de violência sexual contra a criança e adolescente podem ter sentimentos que dificultem a tomada de decisão racional, fato que pode prejudicar o encaminhamento do caso. Nesse contexto, esse estudo pretende auxiliar os profissionais que acolhem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual quanto ao melhor encaminhamento dessa demanda, fornecendo a eles instrumentos de atuação que garantam o correto tratamento do caso no que tange à articulação multistitucional para proteção e assistência.

A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), através da Lei 8.069, foi um marco no processo histórico de proteção à criança e adolescente no Brasil. Dentre as suas contribuições, o Artigo 86 do ECA configura o que denominamos de rede de proteção

social: “...conjunto articulado de ações governamentais, não-governamentais, da União dos estados e Municípios”. Conforme afirma Aragão (2011), uma rede de proteção contempla uma articulação de pessoas, organizações e instituições onde estão envolvidas unidades de saúde, educação, assistência social, segurança pública e organizações da sociedade civil.

Para a efetivação de uma rede é necessário que as necessidades coletivas e individuais dos sujeitos sejam satisfeitas (UDE, 2008). No trabalho de enfrentamento da violência sexual a rede de proteção social deve garantir a interrupção do ciclo de violência sofrida, superação de traumas, promover o fortalecimento de vínculos familiares, garantir o desenvolvimento físico, emocional e psicológico. Além de interromper o ciclo de violência em que a criança e adolescente está envolvido, o processo de atendimento não deve perpetuar ou causar novos traumas (revitimização).

Correlacionar a gravidade da violência sexual com a adequação de projetos de atendimento, torna-se uma tarefa fundamental para a melhoria dos encaminhamentos da rede de proteção. O uso da metodologia de apoio a decisão multicritério nesse estudo busca realizar levantamento e análise dos diversos elementos envolvidos nos casos de violência para a obtenção de prioridades finais. A aplicação do método MACBETH é adequada para este estudo pela sua natureza sócio-técnica e permitir a estruturação de problemas complexos.

O MACBETH (*Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique*) foi desenvolvido por Carlos A. Bana e Costa e J. C. Vansnick, na década de 90. Esse método destaca-se por ser uma abordagem que requer julgamentos qualitativos sobre as diferenças de atratividade de alternativas par a par (BANA E COSTA et al., 2012). É uma abordagem concebida para construir um modelo de valores quantitativos a partir de juízos de valor, fundamentado no objetivo de transformar escalas ordinais em escalas cardinais a partir da diferença de atratividade entre duas alternativas. Com isso proporciona ao decisor, ou à um grupo de decisores, a quantificação da atratividade relativa das opções.

A aplicação do método buscou relacionar os valores e objetivos priorizados no atendimento, os estados e gravidades dos casos. Tendo em vista a complexidade dos casos tratados, a metodologia multicritério foi combinada com método participativo Delphi e abordagem *value focused thinking*, conferindo robustez ao modelo.

No início do desenvolvimento do trabalho foram abordados os quatro tipos de violência (física, psicológica, negligência e sexual), porém no decorrer da pesquisa optou-se por trabalhar apenas casos de abuso sexual, devido a abrangência das discussões (veja explicação na Seção 4.1.2.1). Em resumo, o estudo pretende ser um instrumento norteador da atuação da rede de



atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no que tange à articulação multistitucional para proteção e assistência.

### 1.1 QUESTÃO E OBJETIVOS DA PESQUISA

Diante da contextualização apresentada, este estudo pretende responder à seguinte questão de pesquisa: “Qual a estratégia de encaminhamento que busca maximizar o bem estar da criança ou adolescente no caso de violência sexual? ”.

A partir dessa pergunta, o objetivo geral traçado neste estudo foi: estudar uma forma de tomar decisões de projetos de tratamento de maneira objetiva e concisa dentro da rede de proteção de crianças e adolescentes, considerando que os especialistas são vários e formado em diversas áreas do conhecimento. As decisões são baseadas no estado da criança após ter sido vítima de violência sexual e nos valores que se pretende alcançar com a escolha das opções de tratamento. A ideia é evitar a revitimização da criança ou adolescente e maximizar seu bem estar. Para atingir o objetivo principal do trabalho, os seguintes objetivos específicos foram definidos:

- Mapear as instituições que compõem a rede em Bauru/SP no que tange o tratamento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, excluindo desse painel os órgãos com atuação em prevenção, denúncia e responsabilização jurídica do abuso;
- Propor um modelo de decisão que auxilie o referenciamento das crianças e adolescentes vítimas de violência pautado por abordagem multimetodologia, com a utilização do modelo de tomada de decisão MACBETH , métodos de estruturação de problema e abordagem *Value Focused Thinking*.

### 1.2 JUSTIFICATIVA DE PESQUISA

As consequências do abuso sexual infantil são múltiplos, seus efeitos físicos e psicológicos podem ser devastadores, com impacto na vítima e demais membros da família de forma permanente. As crianças e adolescentes que passaram por esse tipo de violência vivenciam situações de medo, fragilidades emocionais, perda de vínculos afetivos, que as colocam em situação de vulnerabilidade e insegurança.

Em levantamento realizado pelo Ministério dos Direitos Humanos, o Disque 100 (ferramenta do Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes) registrou 17,1 mil ocorrências em 2018. Em São Paulo, esse impacto também é

evidenciado na análise de dados contabilizando o total de 2,81 mil casos, representando 16,44% dos casos nacionais de violência sexual. Nos quatro primeiros meses de 2019 o número de registros é de 969 denúncias, para o estado.

Diante do número alarmante de denúncias, é fundamental determinar prioridades de atendimento e encaminhamentos de forma a garantir a proteção e assistência as vítimas. Santos et al. (2017), sumariza que entre as lacunas científicas sobre o assunto existe a necessidade de uma contribuição quanto ao desenvolvimento de estudos adicionais que considerem a severidade da violência e tratamento quantitativo relacionado ao tema.

A utilização de métodos de tomada de decisão multicritério não é regulamente encontradas na literatura associados a casos de violência contra criança e adolescente. A abordagem mais encontrada são estudos estatísticos (APOSTÓLICO et al., 2012). Esta pesquisa irá, portanto, contribuir com uma abordagem sócio técnica e construtivista para orientar o referenciamento de casos de violência sexual em crianças e adolescentes e assegurar que tenham proteção integral, conforme orientação do ECA.

Outro pilar para a realização da pesquisa é a sua importância social, a construção de um modelo que sirva de base para diversas práticas de melhoria, contribuirá para atendimentos que evitem a revitimização da criança e adolescente e maximizem recursos da rede.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO CONCEITUAL

Neste capítulo apresenta-se as bases conceituais do estudo, com as práticas relevantes para o trabalho.

### 2.1 MÉTODOS PARTICIPATIVOS

Em tomadas de decisão é necessário estruturar o problema, nesse processo a participação dos *stakeholders* é essencial. Há vários métodos de obtenção da informação, por exemplo, questionários, entrevistas e métodos participativos. Os questionários são compostos, geralmente, por questões estruturadas e fechadas podendo abordar questões qualitativas ou quantitativas. Os questionários são muito utilizados em estudos em que o foco é a avaliação do desempenho e sua influência a um determinado grupo, a maior dificuldade é com relação ao tamanho do questionário em que muitas vezes é necessário ser realizado em duas etapas para obtenção de toda a informação (BOYNTON, GREENHALGH, 2004). As entrevistas podem ser realizadas presencialmente ou por e-mail e o objetivo é a obtenção da perspectiva, opiniões e experiências do(s) entrevistado(s). Geralmente, na área da saúde, o ponto negativo das entrevistas é o tempo prolongado de duração em torno de 60 minutos (GILL et al., 2008).

Por fim, os métodos participativos são eficazes em situações complexas e, por muitas vezes contraditórias, que envolvem consenso em uma equipe multidisciplinar (INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES, 2016). De acordo com Slocum (2003) há diferentes níveis de participação dos *stakeholders* nos processos de obtenção da informação: transmissão de informação, em que o processo é feito de forma unidirecional; consultoria, em que o processo é realizado de forma bi-direcional e a solução é dada pelos consultores; participação ativa, é realizado de forma bi-direcional, porém a solução é dada pelos participantes sendo que os consultores são apenas facilitadores.

Ainda de acordo com Slocum (2003), as principais vantagens destes métodos são: desenvolver e construir programas eficientes e eficazes; dar um apoio forte a programas e iniciativas; assegurar que as políticas têm incorporado o conhecimento e experiência da área; identificar rapidamente riscos e ameaças da solução a ser construída; ajudar a criar uma linha de compromisso entre todos os intervenientes.

Os métodos participativos são aplicados em diversas áreas como, engenharia, saúde e educação. Alguns exemplos de aplicação desses métodos podem ser encontrados em áreas como o planejamento do saneamento (KALLIS et al., 2006), energias renováveis (KOWALSKI

et al., 2009), planejamento da educação (OBRIEN, 1978), administração pública (BANA E COSTA, LOURENÇO, 2014) e saúde (KEENEY et al., 2001).

Há vários métodos participativos, alguns dos principais métodos encontrados na literatura são (SLOCUM, 2003): *Charrette*; *Citizens Jury*; *Consensus Conference*; *Delphi*; *Expert Panel*; *Focus group*; *Participatory Assessment, Monitoring and Evaluation*; *Planning cell*; *Scenarios*; *The World Café*. A seguir, uma breve descrição desses métodos:

- *Charrette*: é um processo intensivo *face-to-face*, concebido para trazer pessoas de vários subgrupos da sociedade para consenso. O método consiste em dividir a questão principal em componentes, em que cada componente é atribuído a um subgrupo de pessoas. Os subgrupos reportam periodicamente para todo o grupo e *feedback* do todo é então abordado na próxima rodada de discussões de subgrupos. Esta sequência é repetida até o consenso ser atingido no prazo final para que um relatório final seja elaborado e enviado aos participantes. Esse método tem sido frequentemente aplicado a projetos de desenvolvimento, projeto e planejamento no nível da comunidade local, porém há adaptações para abordar outros tópicos e áreas geográficas.
- *Citizens Jury*: é um meio de obter informações dos cidadãos sobre decisões políticas. O júri é composto de cidadãos selecionados aleatoriamente, é um processo que dura geralmente de 4-5 dias, a ideia é fornecer um meio para tomada de decisão democrática. O método foi aplicado a vários tópicos como, aspectos econômicos, ambientais, sociais e questões políticas. É mais aplicável quando uma ou mais alternativas a um problema precisam ser selecionadas e há vários interesses que concorrem entre si.
- Conferência de Decisão: é realizado por meio de um grupo composto por peritos e *stakeholders* que estejam envolvidos na problemática. A ideia é obter um compromisso que é tornado público por meio de um relatório que engloba a solução final, as preocupações e as recomendações discutidas ao longo da conferência (PHILLIPS & COSTA, 2007). Esse processo geralmente têm um programa intensivo de 3 dias que é aberto ao público.
- Método Delphi: envolve uma pesquisa iterativa de especialistas, cada participante preenche um questionário e recebe *feedback* sobre todo o conjunto de respostas. Com esta informação em mãos, ele preenche o questionário novamente, desta vez fornecendo explicações para quaisquer visões que eles considerem que foram

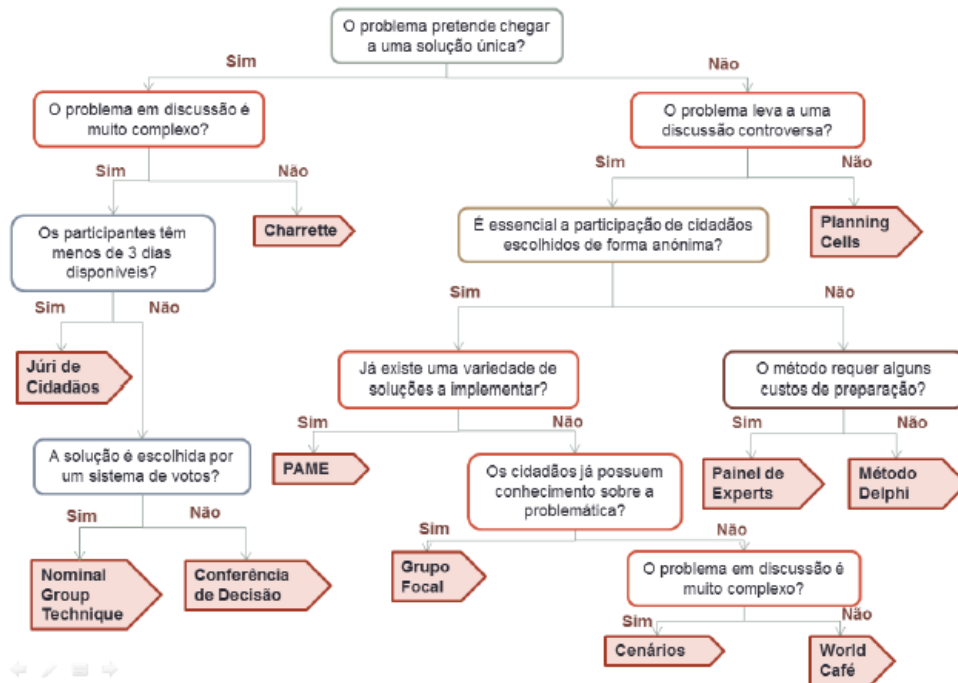
significativamente divergentes dos pontos de vista dos outros participantes. Este processo é repetido tantas vezes quantas útil, a ideia é que todo o grupo possa pesar visões divergentes baseadas em informações privilegiadas ou raras. A técnica permite especialistas lidar sistematicamente com um problema complexo. No Delphi original, as principais características desse método foram (1) a estruturação do fluxo de informações, (2) feedback aos participantes e (3) anonimato dos participantes. Este método pode ter diferentes configurações.

- *Expert Panel*: A principal tarefa, geralmente, é sintetizar uma variedade de entradas (testemunhos, relatórios de pesquisa, métodos de previsão, etc.) e produzir um relatório que forneça uma visão e/ou recomendações para futuras possibilidades e necessidades para os tópicos em análise.
- *Focus group*: discussão planejada entre grupos compostos de 4 a 12 *stakeholders*, com um moderador atuando como facilitador. Grupos focais são bons para a exploração inicial do conceito, gerando ideias criativas. Eles são frequentemente usados para testar, avaliar e / ou fazer uma revisão do programa. É uma técnica mais apropriada para ter uma noção das diferenças regionais, de gênero, idade e etnia. Eles não são eficazes para fornecer informações ao público em geral ou responder a perguntas gerais, tampouco são usados para construir consenso ou tomar decisões.
- *Participatory Assessment Monitoring and Evaluation*: é uma oportunidade para as partes interessadas de um projeto refletirem sobre o passado para tomar decisões sobre o futuro. Por meio do processo de avaliação, os participantes compartilham o controle e a responsabilidade por: decidir o que deve ser avaliado; selecionar os métodos e fontes de dados; realizar a avaliação; analisar informações e apresentar resultados de avaliação. Esse método pode (idealmente) ser conduzido como parte de um processo participativo mais amplo ou como um exercício separado.
- *Planning Cells*: Esse método envolve aproximadamente vinte e cinco pessoas selecionadas aleatoriamente, que trabalham como consultores públicos por um período limitado de tempo, a ideia é apresentar soluções para um determinado problema de planejamento ou política. Os resultados finais do trabalho são resumidos como um "relatório cidadão", que é entregue às autoridades, bem como aos próprios participantes. As *Planning Cells* funcionam melhor em uma situação na qual um problema urgente deve ser resolvido em um curto período de tempo e quando há diferentes opções, cada uma representando benefícios e riscos.

- *World Café*:   um processo criativo para facilitar o diálogo colaborativo e o compartilhamento de conhecimento e ideias.   criado um ambiente de café, no qual os participantes discutem uma questão ou problema em pequenos grupos em torno das mesas do café. Em intervalos regulares, os participantes mudam para uma nova mesa. No fim do processo, as principais ideias são resumidas em uma sessão plenária e as possibilidades de acompanhamento são discutidas.

Almeida (2016) traz uma figura que ajuda a decidir qual método participativo utilizar dependendo da aplica o (Figura 1).

Figura 1 - Regras de decisão para escolher o melhor método participativo para a situa o.



Fonte: Almeida (2016)

Os Mapas Cognitivos são uma ferramenta para representar um modelo formal de análise que pretende mapear o pensamento de uma pessoa com o objetivo de apresentar mais facilmente a natureza de um problema. Pode ser considerado uma rede de ideias ligadas entre si por setas, que   codificada a partir do argumento das pessoas (ALMEIDA, 2016). As setas indicam o caminho na qual uma ideia pode levar a (ou tem implica es em) outra, o que quer dizer que o conceito de “A implicar B e ser explicada por C”   diferente do conceito de “A implicar D e ser explicada por E” (ROSENHEAD, MINGERS, 2001). H  hierarquia nos mapas cognitivos, ou seja, existem ideias (ou objetivos) mais elevados, que surgem como consequência de um conceito subordinado (ALMEIDA, 2016).

Com mostrado na Figura 1, além do método Delphi, há outras duas maneiras de obter consenso, *Nominal Group Technique* (NGT) e Conferência de Decisão. O NGT leva aos participantes a uma discussão usando uma abordagem estruturada em grupos, moderadas por um facilitador. Ele consiste em dois rounds, com questões colocadas aos grupos. Os indivíduos podem escrever suas ideias em conjunto ou individualmente, esse método contribui para participação igualitária dos indivíduos dentro de cada grupo. Também é bastante utilizado com o objetivo de gerar ideias (JONES & HUNTER, 1995). Na conferência de decisão os participantes entram em acordo sobre determinado tópico, o tema é discutido e, em geral, a sessão é encerrada com uma plenária onde cada um pode votar ou mostrar sua preferência.

### **2.1.1 Método Delphi**

O método Delphi é um processo interativo realizado em múltiplos estágios que permite obter consenso a partir de um grupo de pessoas sobre diferentes temas, cujo objetivo é a produção de informações adequadas e confiáveis para a tomada de decisão (LINSTONE, TUROFF, 2002). Além disso é adequado para a realização de análises qualitativas e, ainda, pela possibilidade de uma abordagem interdisciplinar (CUHLS, 2003). Em geral, é aplicado a problemas complexos que por vezes apresentam controvérsias (SLOCUM, 2003). Uma das principais premissas do método é a suposição de que um grupo de especialistas é necessário para tratar adequadamente o problema, sendo possível realizá-lo via internet. (LINSTONE, TUROFF, 1975). Outra característica do método é o anonimato do grupo de especialistas envolvidos, que deve ser mantido até o final para evitar influências tendenciosas sobre os itens analisados (RUSCHIVAL, 2012). Devido a flexibilidade do método, há vários estudos que relatam diferentes maneiras de aplicação do método Delphi, de acordo com Keeney et al. (2011):

- Delphi clássico: envolve a apresentação de um questionário a um grupo de especialistas, a ideia é encontrar um consenso de opinião ou julgamento sobre um assunto específico. Os dados são resumidos e um novo questionário é projetado com base unicamente nos resultados obtidos na primeira rodada. Este segundo instrumento é devolvido a cada sujeito e, considerando os resultados da primeira ronda, é pedido para reconsiderar a sua opinião inicial e, novamente, devolver as suas respostas ao investigador. Rodadas repetidas deste processo podem ser realizadas até que um consenso de opinião seja atingido;

- Delphi geração de ideias: estabelece as bases para uma estratégia de geração de ideias para descobrir questões relativas ao tema em estudo;
- *Police Delphi*: É usado para apoiar decisões que objetivam estruturar e discutir as diversas visões de um "futuro preferido";
- *Argument Delphi*: um derivado de *Police Delphi*, centra-se na discussão em curso e buscando argumentos relevantes em vez de focar no *output*;
- *Disaggregative Delphi*: usa análise de cluster como uma ferramenta sistemática para construir vários cenários do futuro na última rodada do Delphi;
- Delphi de tomada de decisão: É usado para incentivar a tomada de decisão colaborativa, em vez de chegar a um consenso;
- Delphi modificado: Primeira rodada de resposta fechada, sendo substituída por investigação ou integração com *focus group*;
- Delphi em tempo real (ou tecnológico): O *feedback* é dado em tempo real à medida que os participantes selecionam as suas respostas. Havendo possibilidade de deixar comentários de forma a que os participantes sigam as argumentações de cada um;
- e-Delphi: Semelhante ao clássico, mas através de e-mail;
- Online Delphi: Semelhante ao clássico, mas os inquéritos são respondidos online.

Conforme Giovinazzo e Fischmann (2001) e Keeney et. al. (2011) há vantagens e desvantagens encontradas na literatura a respeito da aplicação do método Delphi. As principais podem ser organizadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens da aplicação do método Delphi

Vantagens	Desvantagens
O grupo de especialistas dá maior consistência à análise do problema por possuir um volume maior de informação do que um único especialista, mesmo que bem informado.	Uma das principais desvantagens do método é a falta de conhecimento científico ou profissional sobre a qual o método Delphi é baseado, isso pode gerar uma enorme variação da aplicação do método em que podem levar a erros a respeito do método em si.
O uso de questionários com respostas escritas conduz a uma maior reflexão e cuidado nas respostas dos especialistas em comparação a uma discussão em grupo.	Não há um consenso a respeito do tamanho da amostra do grupo de especialistas e se as pessoas requisitadas formam uma amostra representativa, os estudos indicam que algo em torno de 15 pessoas são necessárias.
O anonimato das respostas elimina a influência de fatores como o nível hierárquico do respondente, ou	O método implica em que os especialistas são anônimos, com isso podem responder ao questionário sem nenhuma influência ou pressões psicológicas. É



sua capacidade de oratória, na consideração da validade de seus argumentos.	questionado até que ponto os especialistas realmente são anônimos e, se eles não se comunicam entre si.
Fatores restritivos da dinâmica de grupo são reduzidos, como a supressão de posições minoritárias, a omissão de participantes, a adesão às posições majoritárias e a manipulação política.	Há uma dificuldade em definir quem são os especialistas. Os especialistas deveriam ter conhecimento e experiência sobre o tema proposto, capacidade e vontade de participar do estudo, tempo suficiente para participar e habilidade de comunicação.
	Em muitos estudos a regra de parada é arbitrária ou nem é mencionada. Por exemplo, alguns deles agregam as respostas dos especialistas, ou geram um nível de consenso pré-determinado, ou aplicam um nível subjetivo de tendência central, ou ainda, medem a consistência das respostas entre sucessivos rounds

Fonte: Giovinazzo e Fischmann (2001) e Keeney et. al. (2011)

Pode-se observar que, ironicamente, as principais vantagens do método Delphi tornam-se facilmente as suas desvantagens. O Método é tão bom quanto mais pessoas são incluídas no estudo, porém uma regra deve prever o tamanho, composição e a seleção dos especialistas a participar do estudo. O anonimato dos especialistas não é, muitas vezes garantido, causando a adoção do termo “quase-anônimo”. Nem toda aplicação do Delphi atinge o consenso, o nível de consenso é, geralmente, arbitrário.

O Método Delphi é aplicado à várias áreas. Uma pesquisa na base de dados Scielo apenas com as palavras “*Delphi method*” retornou trabalhos publicados em áreas como Engenharia, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas, Saúde, entre outras. É possível identificar a utilização da técnica em temas, como tendências da saúde no Brasil (PIOLA, VIANNA, VIVAS-CONSUELO, 2002), no processo de planejamento estratégico (MARTINS, SOUZA, MELO, 2006) e avaliação de necessidades (HSU, SANDFORD, 2007).

Uma das principais justificativas para seu uso foi justamente o julgamento coletivo que, quando organizado adequadamente, é melhor do que a opinião de um só indivíduo (HSU; SANDFORD, 2007; WRIGHT; SILVA; SPERS, 2010; ROZADOS, 2015). Em Sistemas de Informação, a estratégia de pesquisa Delphi é particularmente apropriada para obter recomendações de especialistas ao abordar uma questão de pesquisa da área (SKINNER et al., 2015). Nesse estudo foi utilizado o Delphi Modificado, com rodadas conduzidas através de versão online e impressa, *feedback* e interação através de grupos focais.

## 2.2 ESTRUTURAÇÃO DE PROBLEMAS ATRAVÉS DO MÉTODO DPSIR

A aplicação de métodos de tomada de decisão multicritério tem atraído cada vez mais atenção ao longo dos últimos 20 anos, tanto conceitualmente e também de uma perspectiva prática. Isso se reflete no crescimento significativo no número de artigos publicados que utilizam uma abordagem formal para estruturação de problemas em combinação com um método multicritério (MARTTUNEN et al., 2017). Em revisão bibliográfica, Marttunen et al. (2017) identificou 333 trabalhos publicados entre 2000 a 2015 que contemplavam combinação entre as abordagens. As três técnicas de estruturação de problemas mais utilizadas em combinação com MCDA foram: SWOT, cenário de planejamento e DPSIR.

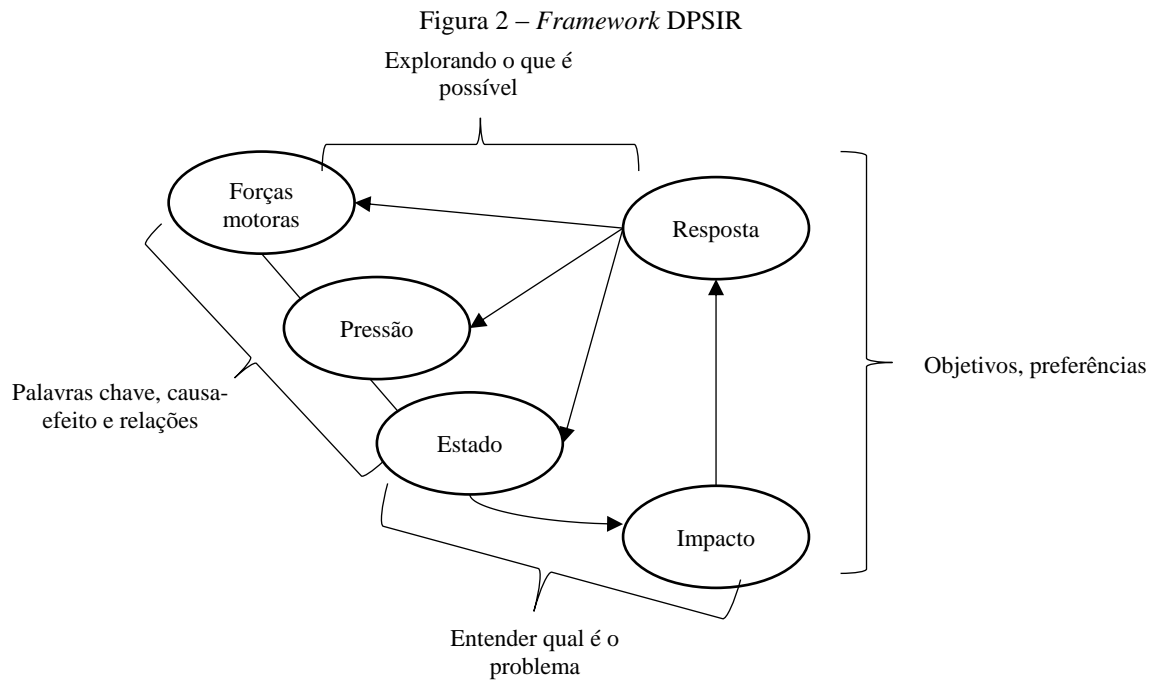
O SWOT é uma ferramenta para a identificação de fatores internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) sendo originalmente desenvolvido para determinação de estratégias organizacionais. Em combinação com MCDA permite uma melhor compreensão do contexto decisional, através do levantamento de fatores internos e externos, porém não fornece meios para determinar a importância relativa entre os elementos, podendo haver dificuldade em transformar fatores do SWOT em um conjunto coerente de objetivos (MARTTUNEN et al., 2017).

A técnica de cenário de planejamento faz o levantamento de diferentes situações possíveis e a partir dela explora as consequências em torno de uma decisão. Um cenário compreende uma narrativa consistente a respeito de um futuro possível. Essa técnica tem sido aplicada em ambientes de profunda incerteza, para melhor compreensão da casualidade dos processos. O uso integrado de cenário de planejamento e MCDA pode ampliar o alcance de análise, exigindo criatividade no desenvolvimento de novas alternativas e horizonte de tempos longos. Os cenários desenvolvidos podem ser usados para explorar a robustez das alternativas.

A técnica *Driving forces-Pressure-State-Impact-Response* (DPSIR) foi desenvolvida na década de 90 para estruturar e organizar indicadores ambientais, interconexões entre a sociedade e o meio ambiente de uma forma compreensível (OCDE, 1993). A modelagem de problema por DPSIR permite o entendimento das forças motoras, pressões, estados, impactos e respostas oferecidas pelo sistema. Integrado a métodos multicritério oferece uma estrutura poderosa para auxiliar a compreensão inicial, estruturação e comunicação de um problema complexo. Porém um dos maiores desafios na combinação entre as duas abordagens é o desenvolvimento de uma hierarquia de critérios a partir dos fatores DPSIR.

A Figura 2 mostra a estrutura do DPSIR composta por forças motrizes (D) que são as causas que serão traduzidas em efeitos para o sistema, as pressões (P) representam os processos

que afetam os recursos e que conseqüentemente provocam alterações em seu estado (S). Dependendo da mudança de estado, conseqüências positivas ou negativas para a sociedade podem ocorrer, estas conseqüências são identificadas pelos impactos (I). Em um contexto decisório, a percepção de impactos relevantes induz ao desenvolvimento de respostas (R) para prevenir, compensar ou mitigar os resultados negativos. As respostas podem ser direcionadas para atuar em forças motrizes, pressões ou estados (MYSIAK, 2005).



Fonte: Adaptado Mysiak et al.(2005)

O trabalho desenvolvido por Marttunen et al. (2017) realiza uma compilação das vantagens, desvantagens, benefícios e desafios na combinação entre DPSIR e métodos multicritério (Quadro 2).

Quadro 2 - Prós e Contras DPSIR

Prós e Contras	Como beneficia MCDA	Desafios
+ Ajuda a identificar relações chave - Decidir em que categoria a variável pertence (ex. estado ou impacto) por ser difícil	Favorece a identificação de critérios. Os fatores levantados como impacto (I) são bons candidatos para critérios; forças motrizes (D), pressões (P) e estados (S)	Difícil transformar fatores do quadro DPSIR em critérios. É necessário ser seletivo na construção da árvore de valor, o uso de elementos do DPSIR pode trazer

- Relações unidirecionais de causa e efeito	apoiam o desenvolvimento de alternativas do modelo de decisão	redundância ao sistema, através de contagem dupla ou dependência.
---	---	---

Fonte: Marttunen et al. (2017). Tradução do autor

No desenvolvimento desse trabalho a técnica DPSIR foi selecionada para a condução da segunda rodada do método Delphi, por ser tratar de uma situação complexa, onde a utilização da ferramenta foi necessária para a melhor compreensão dos elementos envolvidos. Os resultados são apresentados na Seção 4.2.1.1.

## 2.3 MÉTODO MULTICRITÉRIO MACBETH

As metodologias de apoio a decisão propõem-se a auxiliar a modelagem do contexto de decisão, a partir da convicção e valores dos indivíduos. A consideração da subjetividade, além dos elementos de caráter objetivos, é uma das principais vantagens dos atuais modelos multicritérios. Parreiras (2006) reforça que o principal foco de uma análise multicritério é conduzir tomadas de decisão em conformidade com os interesses dos envolvidos, mesmo em circunstâncias de dúvidas, incertezas, conflitos e concorrência entre vários pontos de vista. Nesse tipo de análise vários aspectos relevantes podem ser levados em consideração.

Na otimização clássica uma única função objetivo busca maximizar ou minimizar um dado aspecto do contexto de decisão. Isso equivale a afirmar que as consequências de uma escolha podem ser traduzidas por uma única função e que todas as restrições do sistema podem ser satisfeitas. Em tomadas de decisão reais vários critérios são levados em consideração, muitos deles subjetivos e de difícil mensuração. Assim a análise multicritério busca a tomada de decisão em contexto de incertezas e diversos critérios de avaliação.

O primeiro registro de análise de decisão multicritério foi realizado numa carta datada de 1772, em que Benjamin Franklim respondia a um pedido de conselho (BANA E COSTA, 1993). Nesse documento exista a identificação das duas grandes fases de uma metodologia de apoio à decisão: estruturação e avaliação. No entanto foi a partir da década de 70 que começou a tomar forma na comunidade científica tais abordagens.

Segundo Bana e Costa (1993), o processo de apoio à decisão multicritério está pautado três convicções fundamentais associadas ao desenvolvimento do modelo de avaliação:

- Interpretação de elementos objetivos, subjetivos e sua inseparabilidade: um processo de decisão estão envolvidos aspectos objetivos (inerentes ao próprio sistema de decisão) e

subjetivos (associado ao sistema de valores dos atores envolvidos). Um estudo de suporte a decisão não pode negligenciar nenhum desses dois fatores. A procura pela objetividade é um fator importante, mas a tomada de decisão é uma atividade humana, sustentada por convicções e valores.

- **Construtivismo:** no enfoque construtivista a estruturação do modelo de decisão acontece de forma evolutiva entre o pesquisador e agentes de decisão. O desenvolvimento do processo é caracterizado pela frequente troca de informação entre ambos.
- **Interatividade:** através da interatividade os atores envolvidos estabelecem um processo de discussão crítica, fomentado o paradigma da aprendizagem pela participação. O produto dessa interação é a construção de um modelo partilhado por todos.

O processo de apoio à decisão está pautado na condução de alguns passos que o manual de análise com múltiplos critérios (MCDA, 2009) aborda da seguinte maneira: identificação do objetivo; identificação de alternativas para o alcance do objetivo; identificação dos critérios que fazem parte do processo decisório; análise das opções; consideração do *feedback* entre os elementos do processo decisório.

Em revisão bibliográfica Mardani et al. (2015) apresentam um quadro dos principais trabalhos envolvendo técnicas MCDM no período de 2000 a 2014. As principais técnicas apresentadas são: *Analytic Hierarchy Process* (AHP), *Elimination et Choix Traduisant la Réalité* (ELECTRE), PROMETHEE, TOPSIS e o *Analytic Network Process* (ANP). Existem muitos outros modelos que podem ser aplicados sozinhos ou em combinação com outras técnicas ou abordagens. No trabalho desenvolvido por Marttunen et al. (2017), é destacado elevado número de estudos que integram métodos MCDM com outras técnicas, como mapas cognitivos, DPSIR, SWOT, *Soft Systems Methodology* (SSM) e *Scenario Planning* (SP).

Dentre as classificações existentes dos métodos multicritérios referencia-se aqueles que distinguem as técnicas entre Escola Americana e Escola Francesa. A primeira utiliza como base a teoria da utilidade, segundo o qual o problema de decisão está pautado em uma função utilidade, cujo objetivo é maximização dos benefícios para o decisor. As alternativas do modelo são atribuídas notas (escalas de valor cardinal) que permitem a ordenação decrescente de atratividade (PARREIRAS, 2006). Os principais métodos da escola americana são descritos no Quadro 3.

Quadro 3 - Métodos MCDM Escola Americana

Método	Descrição	Referência
AHP ( <i>Analytic Hierarchy Process</i> )	Método baseado em níveis hierárquicos, utilizando critérios que refletem os valores dos agentes de decisão, estabelece uma escala de comparação entre as alternativas de forma a obter uma priorização	Saaty (1980)

ANP ( <i>Analytic Network Process</i> )	Utiliza uma estrutura em rede, mostrando as relações que existem entre os diferentes critérios e entre os critérios e alternativas.	Saaty (2005)
MACBETH ( <i>Measuring Attractiveness by a Categorical based Evaluation Technique</i> )	Esse método destaca-se por ser uma abordagem que requer julgamentos qualitativos sobre as diferenças de atratividade de alternativas par a par.	Bana e Costa (1994)
TOPSIS ( <i>Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution</i> )	Realiza a priorização de alternativas através de funções geométricas, sendo uma técnica para avaliar o desempenho das alternativas através da similaridade com a solução ideal. A priorização das alternativas é realizada de acordo com a proximidade da solução ideal.	Hwang, Yoon (1981)

Fonte: adaptado Marttunen et al. (2017)

Os métodos de decisão da Escola Francesa caracterizam-se por utilizar dois estágios na condução da modelagem da decisão e o conceito de sobreclassificação. Segundo Parreiras (2006) no primeiro estágio cada alternativa pertencente ao conjunto  $A$  é comparada com os demais. De tal forma que dadas  $a, b \in A$ , se  $a$  é pelo menos tão atrativa quanto  $b$ , então pode-se dizer que  $a$  sobreclassifica  $b$ . No segundo estágio, as relações são exploradas por meio de diretrizes, o objetivo é ordenar as alternativas do pior para o melhor. O Quadro 4 lista os principais métodos da Escola Francesa.

Quadro 4 - Métodos MCDM Escola Francesa

Método	Descrição	Referência
ELECTRE ( <i>Elimination and Choice Expressing Reality</i> )	Utiliza a atribuição de pesos para critérios e alternativas de maneira direta, a partir de informações disponíveis na análise do problema. Para sintetizar os resultados, o método executa o conceito de sobreposição, tendo como base a concordância e a discordância das comparações.	Brans, Vincke, Mareschal (1986)
PROMETHEE ( <i>Preference Ranking Organisation Method for Enrichment Evaluation</i> )	Calcula preferências positivos e negativos para cada alternativa. Usa o conceito de fluxo de rede da teoria de grafos para construir as relações de sobreclassificação.	Hwang, Yoon (1981)

Fonte: adaptado Marttunen et al. (2017)

Os métodos MCDM percebem situações do mundo real como um problema de decisão complexa que requerem o balanceamento de múltiplos fatores. Abrange uma ampla variedade de metodologias e técnicas, sendo difícil comprovar que um método é superior ao outro. Nesse sentido a escolha do método de apoio a decisão é dependente do contexto do problema. Este estudo é focado na abordagem MACBETH pelas seguintes razões: devido à realização de questionamento de

diferença de atratividade não numérico inerentes ao método, deixando o modelo mais simples de ser aplicado em um perfil de decisores que possui formação diversas; MACBETH insere-se numa abordagem construtivista de apoio à decisão e a interatividade é uma das suas vantagens fundamentais.

A literatura apresenta diversos modelos de abordagem multicritério. Esses métodos têm em comum a percepção do mundo real como problemas de decisão complexos que requerem o balanceamento de múltiplos fatores. Dentre os métodos existentes referencia-se o método MACBETH (*Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique*) desenvolvido por Carlos A. Bana e Costa e J. C. Vansnick, na década de 90. Esse método destaca-se por ser uma abordagem que requer julgamentos qualitativos sobre as diferenças de atratividade de alternativas par a par (BANA E COSTA et al., 2012). Esses julgamentos expressos pelo decisor são inseridos no sistema de apoio a decisão M-MACBETH.

O método MACBETH é uma abordagem concebida para construir um modelo de valores quantitativos a partir de juízos de valor, fundamentado no objetivo de transformar escalas ordinais em escalas cardinais a partir da diferença de atratividade entre duas alternativas. Com isso proporciona ao decisor, ou a um grupo de decisores, a quantificação da atratividade relativa das opções. O processo de questionamento interativo não-numérico, emprega sete categorias semânticas: nula, muito fraca, fraca, moderada, forte, muito forte e extrema.

Tal método de tomada de decisão multicritério é fundamentado em julgamentos qualitativos sobre diferenças de atratividade e origina pontuações numéricas de tais julgamentos, o que permite a criação de escalas de valores e pesos. A partir da definição de critérios de avaliação  $A_j$ ,  $j= 1, \dots, n$  e seus descritores  $X_j$ ,  $j = 1, \dots, n$ , o perfil de desempenho das alternativas é medido por um modelo de valor aditivo. A pontuação geral  $v(x)$  de uma opção é obtida pela agregação de valores parciais  $v_j(x)$  nos critérios  $j$  ( $j = 1, \dots, n$ ) e sendo  $k_j$  o peso atribuído ao critério  $j$  ( $j = 1, \dots, n$ ), como segue (BANA E COSTA et al, 2012):

$$v(x_1, \dots, x_n) = \sum_{j=1}^n k_j v_j(x_j) \quad (1)$$

Com

$$\sum_{j=1}^n k_j = 1, k_j > 0 \text{ e } \begin{cases} v_j(x_j^+) = 100 \\ v_j(x_j^0) = 0 \end{cases} \text{ para } j = 1, \dots, n \quad (2)$$

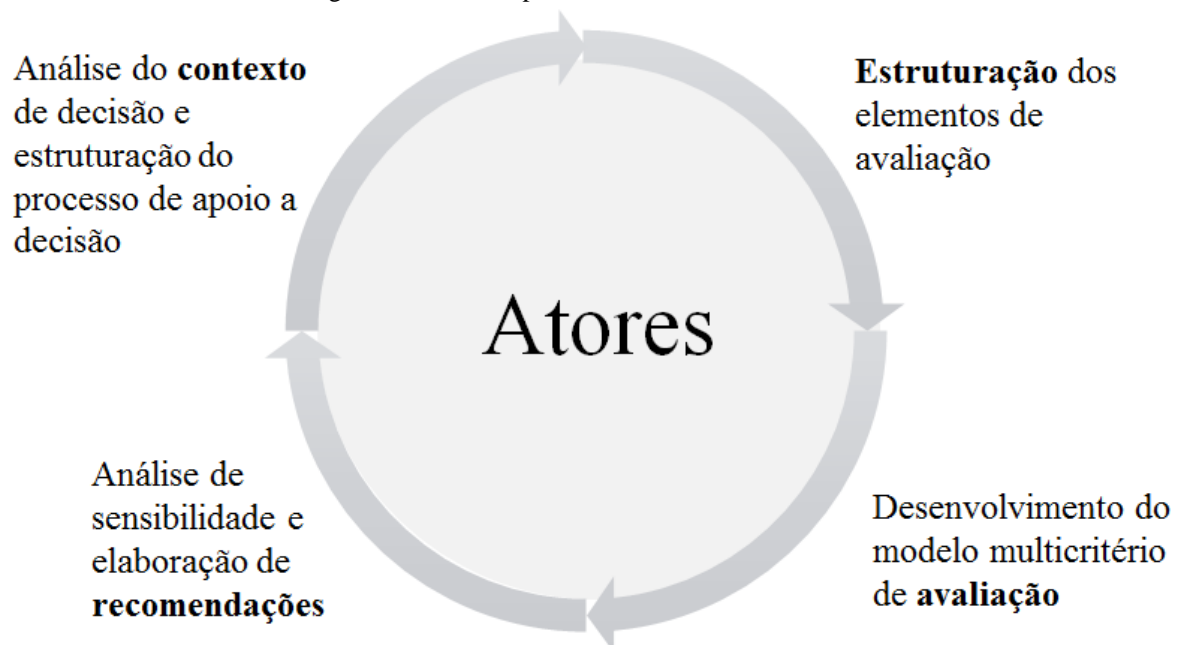
Em revisão bibliográfica, Ferreira e Santos (2018) mostram que a ferramenta tem evoluído através do curso da pesquisa teórica e também pelas inúmeras aplicações, resultando

em 192 artigos científicos com datas de publicação entre 1994-2016. Porém, as características essenciais do método se mantiveram, como sendo uma abordagem humanista, interativa e construtiva para a tomada de decisão. Humanista no sentido de ajudar o tomador de decisão à refletir seu sistema de valores e preferências; interativo porque a ferramenta foi desenvolvida sustentada na ideia questionamentos simples sobre diferenças de atratividade; construtivo porque parte da convicção que a decisão não (pré-)existe, mas que a ferramenta dá o suporte para construir preferências robustas sobre as opções possíveis.

Fundamentado por essas diretrizes, à atividade de apoio a tomada de decisão pelo MACBETH, inicia com a fase de estruturação, etapa de entendimento do problema, visa a construção de uma estrutura partilhada entre os integrantes do processo decisório, análise do ambiente, contexto e possíveis situações de decisão. Após esse procedimento, inicia-se a fase de avaliação, seguindo uma abordagem interativa e sem assumir posicionamentos, onde são realizados os questionamentos de diferenças de atratividade. Por fim, o modelo apresenta a fase de recomendações com a análise de sensibilidade e robustez dos resultados.

As etapas do processo de apoio à tomada de decisão estão estruturadas conforme mostrado na Figura 3.

Figura 3 – Fases do processo de decisão - MACBETH



Fonte: Adaptado Bana e Costa et al. (2012)

As próximas seções abordam questões fundamentais relacionadas a cada etapa do processo MACBETH.



### 2.3.1 Caracterização do Contexto de Decisão

O processo de apoio a decisão MACBETH é caracterizado pela forte interação entre o modelo a ser construído e os tomadores de decisão, assim como as percepções sobre a problemática em estudo. Na caracterização do contexto de decisão identificam-se os agentes envolvidos, suas principais motivações e objetivos. Também são definidos os elementos principais do problema, estabelecendo âmbito e os limites de análise (BANA E COSTA et al., 2002). A questão motriz para interação com os decisores é a definição do problema. A participação dos agentes no processo de construção do modelo é essencial para a melhor compreensão do contexto decisório e aprofundamento das discussões.

Após definidos os *stakeholders* e a situação que norteia a problema, a condução da metodologia segue para a fase de estruturação, onde serão definidos pontos de vista fundamentais e descritores de impacto.

### 2.3.2 Fase de Estruturação

Uma vez identificados os decisores e elementos principais, passa-se para a fase de estruturação, utilizada para aprofundar o entendimento do problema. Trata-se de um processo interativo caracterizado pela busca detalhada e concisa de informações, com o objetivo de construir uma tomada de decisão de maneira segura e precisa. Essa etapa contempla a identificação dos diferentes elementos de avaliação que se transformarão em critérios do modelo e descritores de impacto.

Bana e Costa (1992) enfatiza a importância da fase de estruturação sendo um momento para retirar ambiguidades, reduzir tendências individuais, melhorar a comunicação e evitar o desperdício de esforço. Na condução da fase de estruturação o facilitador pode utilizar diversas abordagens possíveis. Existem dois tipos principais de estratégias de estruturação de modelos multicritérios: o *value-focused thinking*, em que a preocupação inicial é a determinação dos objetivos dos decisores, tornando explícitos os seus valores; e a abordagem por *alternative-focused thinking*, nessa situação o facilitador inicia o trabalho levantando um conjunto de alternativas para o problema, podendo ser chamadas de possíveis soluções.

Na estruturação por objetivos (*value focused thinking*) defendida por Keeney (1996), o facilitador deve inicialmente preocupar-se com a definição de objetivos pelos decisores, tornando explícito os seus valores. Nesse tipo de abordagem as alternativas são os meios para se

alcançar os objetivos dos atores. No enfoque por *alternative-focused thinking* o conjunto de soluções potenciais deve ser avaliado, relacionando todos os bons e maus aspectos.

Durante o processo de estruturação o facilitador deve: estimular a reflexão dos atores para fazer emergir todos os tipos de pontos de vista e clarificar os seus significados; chegar a uma definição comum de árvore de ponto de vista fundamentais; e definir descritores de impacto para tornar os pontos de vista operacionais. As subseções seguintes detalharão os componentes envolvidos nessa etapa, e serão base para condução desse estudo.

### 2.3.2.1 Árvore de Pontos de Vista

Num processo de decisão, diversos elementos relacionados a problemática podem ser considerados importantes para as pessoas envolvidas. Tais aspectos da realidade decisional devem ser traduzidos em Pontos de Vista (PV). Segundo Bana e Costa (1992), um PV representa todo e qualquer aspecto que os atores entendem como importante para a construção do modelo de avaliação. Porém a simples identificação de um PV não é suficiente para a construção de um modelo de avaliação. Segundo Bana e Costa (1992), para que seja possível avaliar as ações potenciais é necessário que tais elementos sejam clarificados, tornados operacionais e encontradas as suas interligações. Por isso, surge a necessidade de distinção entre Ponto de Vista Fundamental (PVF) e Ponto de Vista Elementar (PVE).

Um PVE são as formas de alcançar os pontos de vista fundamentais, sendo um meio para atingir um dado fim. Normalmente diversos pontos de vista elementares formam um ponto de vista fundamental. Logo um PVF representa um fim comum para o qual diversos aspectos elementares convergem. Um PVF será traduzido como um critério que os atores irão utilizar para avaliar as ações potenciais. Segundo Bana e Costa e Beinart (2010), para que um ponto de vista elementar seja considerado um critério, devem ser obedecidas as seguintes propriedades:

- **Consensualidade:** o ponto de vista fundamental deve ser aceito por todos os atores e considerado importante para o modelo. Sendo um parâmetro relevante para influenciar a decisão.
- **Operacionalidade:** para que um PVF seja considerado operacional deve existir uma escala de preferência associada ao nível de impacto, permitindo a construção de um indicador. Essa condição está associada a obtermos descritores de impacto para cada PVF. Por isso, PV de âmbito muito largo, como melhoria da qualidade de vida, não devem ser tomados como PVF. Segundo Keeney e Raiffa, (1976), podem ser chamados de áreas de interesse ou preocupação.

- Independência: um ponto de vista fundamental é isolável se é possível avaliar as ações segundo este PVF, considerando todos os demais constantes. Em avaliações multicritério que fazem uso de procedimentos de agregação aditiva, a isolabilidade irá garantir o uso da função correspondente. Essa condição de independência é necessária para construção de um modelo aditivo de avaliação multicritério, sendo uma das razões pelas quais, alguns PV devem ser agrupados para formar um PVF único.
- Exaustividade e Concisão: todos os aspectos cruciais devem ser considerados, mas o modelo deve ser simples.
- Não redundância: dois ou mais critérios não devem medir o mesmo fator. A redundância pode ter como consequência a sobrevalorização de algum PV.

Após identificados os critérios, os mesmos podem ser agrupados na forma de uma árvore de ponto de vista, através de vários níveis e áreas de preocupação. Em situações que envolvem diversos atores e muitas questões a serem colocadas, a construção da árvore de pontos de vista facilita a estruturação dos PVF. Segundo Bana e Costa (1992), a construção de uma árvore de ponto de vista melhora a comunicação entre os atores, torna mais compreensível a situação decisional e clarifica convicções.

Para ilustrar esse processo de construção, selecionamos o estudo de caso executado na rede rodoviária da Região de Lisboa (BANA E COSTA, 2001) para priorização de investimentos. No desenvolvimento do projeto foram convidados especialistas para discutir PVF. O processo de estruturação foi desenvolvido por meio de conferências de decisão e para estimular o debate o facilitador colocou as seguintes perguntas: “Porquê ou para quê é importante esse PV? ”. “Ou: Como pode esse objetivo ser alcançado? ” (BANA E COSTA, 2001). Durante o processo foram destacados PVE que puderam ser organizados em PVF partilhados pelo grupo. Nas discussões foi definido o PV amplo de melhorar a qualidade da rede rodoviária regional, e a partir dele surgiu a necessidade de melhorar a acessibilidade e conectividade da rede. Para atingir esses objetivos foi levantado a necessidade de construir novas estradas, por exemplo. Nessas reuniões surgiu também uma nova área de preocupação: impactos ambientais, que foi decomposto em PV mais específicos: poluição sonora, poluição do ar, bacias hidrográficas e efeitos do uso da terra.

O Quadro 5 mostra o conjunto de PVF utilizados para esse estudo de caso, agrupados em três áreas de interesse. As dimensões necessárias para a construção de PVF (consensualidade, operacionalidade, independência, exaustividade e concisão e não

redundância) foram analisadas nos sete parâmetros levantados. Os mesmos dados da tabela podem ser organizados em forma de árvore de pontos de vista com o auxílio do *software* M-MACBETH.

Quadro 5 - Representação tabular de uma família de pontos de vista fundamentais

Áreas de interesse	Pontos de vista fundamentais
Transporte	Acessibilidade
	Conectividade
Ambiente	Poluição sonora
	Poluição do ar
	Uso do solo urbano
	Uso do solo não urbano
Desenvolvimento urbano	Potencial de desenvolvimento urbano

Fonte: Bana e Costa (2001)

### 2.3.2.2 Descritores

Após a construção da árvore de pontos de vista é necessário operacionalizá-la de forma a avaliar o impacto de cada ação potencial nos PVF. Esse processo é realizado através da construção de descritores para cada critério. Segundo Bana e Costa e Beinat (2010) um descritor é um conjunto ordenado constituído por níveis de impacto plausíveis. A partir de um PVF o descritor possui as seguintes atribuições:

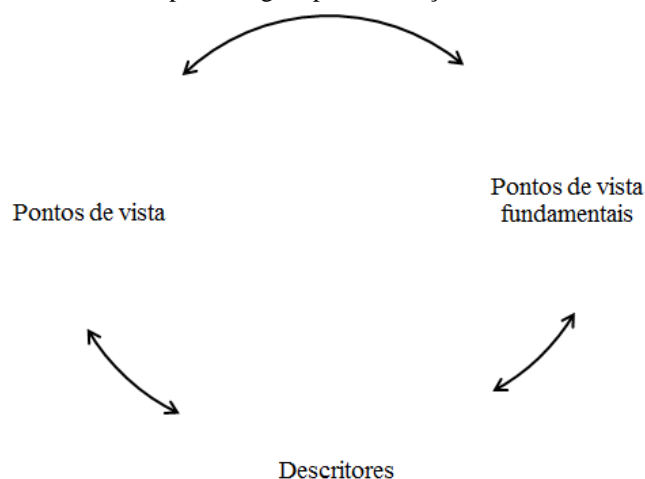
- Operacionaliza a avaliação de impacto. Estabelece em que medida o PVF é satisfeito (quantitativa ou qualitativamente).
- Descreve, o mais objetivamente possível, os impactos das opções no PVF. Quanto mais objetivos os descritores, menos ambíguo será o modelo de avaliação.
- Estabelece um domínio plausível para os impactos (do mais atraente ao menos atraente). A gama de impactos pode ser definida por triagem ou exclusão de níveis não admissíveis.
- Verifica a independência ordinal do PVF correspondente. Se constatada alguma dependência é necessário reestruturar a família de PVF.

Segundo Bana e Costa e Beinat (2010), um descritor tem a estrutura de uma escala ordinal de preferência e pode se apresentar de forma contínua ou discreta. Na construção do modelo de avaliação, o sentido de preferência é inerente ao descritor. Por exemplo, no trabalho desenvolvido por Bana e Costa (2001), quando se avalia o PVF acessibilidade, o descritor

estabelecido foi a diminuição do tempo médio de viagem. Porém pode haver outros aspectos a serem levantados como: poderia ser desejável minimizar o número de estações, a fim de maximizar a velocidade entre as cidades principais e etc. Por isso, associar um descritor a um PVF é também escolher dentre as várias características o que é mais adequado para medir os impactos em um dado contexto.

Outro fator importante na construção dos descritores, é avaliar se várias características estão sendo incluídas no mesmo descritores, quando na verdade deveriam ser tratados como descritores alternativos, tal conduta pode trazer redundância para o modelo. A existência de descritores alternativos para o mesmo PVF revela frequentemente a existência de novos PV, sendo necessário redefinir ou reestruturar a família de PVF. Assim, a fase de estruturação é um processo de aprendizagem recursiva, a Figura 4 estabelece a interação entre os elementos.

Figura 4 – O ciclo de aprendizagem para definição de PV, PVF e descritores




Fonte: Bana e Costa e Beinat (2005). Tradução do autor

Para Bana e Costa e Beinat (2010), os descritores podem ser classificados em: quantitativos ou qualitativos; contínuo ou discreto; direto, indireto ou construído. Nessa definição os descritores diretos medem os efeitos, exemplo, número de pessoas afetadas por doenças respiratórias, os descritores indiretos mensuram as causas, exemplo, grau de concentração de poluentes atmosféricos que causam doenças respiratórias. Porém em muitos casos não é possível encontrar um descritor direto ou indireto de um PVF, por questões subjetivas, falta de informação, ou porque o PVF é um conjunto de PV elementares inter-relacionados. Nesses casos, deve-se desenvolver um descritor construído dentro do contexto de decisão.

Os descritores construídos podem ser caracterizados pelo número de PV envolvidos (unidimensional e multidimensional), ou pelo modo como os níveis de impacto são descritos: pictoricamente, verbalmente (escala qualitativa) ou numericamente (índices e fórmulas). O Quadro 6 construído por Bana e Costa e Beinat (2010) exemplifica os tipos de descritores construídos. Em suma, as escalas qualitativas unidimensionais são conjuntos finitos de descrições verbais de impactos unidimensionais plausíveis; os descritores pictóricos são representações visuais; por último, os descritores multidimensionais descrevem cenários plausíveis por níveis de impacto multidimensionais.

Quadro 6 - Exemplos de descritores construídos

Tipo	Contexto	PVF	Descritor
Escala qualitativa unidimensional	Avaliação de locais para uma instalação de uma central elétrica (KEENEY, 1992)	Atitudes públicas	<p><b>Apoio explícito:</b> nenhuma unidade pública (UP) se opõe à central e pelo menos uma UP manifestou apoio explícito.</p> <p><b>Neutralidade:</b> Todas as UP são indiferentes.</p> <p><b>Controvérsia:</b> Uma ou mais UP opõem-se embora nenhuma através de ações organizadas de oposição explícita. Outras UP são neutras ou manifestam apoio.</p> <p><b>Oposição explícita:</b> exatamente uma UP desenvolve ações organizadas de oposição explícita. As outras UP apoiam, são neutras ou opõem-se, mas passivamente.</p> <p><b>Forte oposição explícita:</b> duas ou mais UP desenvolvem ações organizadas de oposição explícita.</p>
Descritor pictórico	Avaliação das consequências de trabalhos num rio no Chile (NARDINI, 1998)	Os impactos visuais devido à diminuição do volume de água	 <p>Pior ..... Melhor</p>

Escala bidimensional formada por todas as combinações plausíveis de dois aspectos interligados	Construção de uma nova linha ferroviária para o porto de Lisboa (BANA E COSTA et al., 2001)	Efeitos sobre o serviço rodoviário para o porto durante a construção de uma nova linha	<p><b>Muito bom:</b> É possível dividir a construção da nova linha em seções, mantendo a antiga linha em operação.</p> <p><b>Bom:</b> É possível dividir a construção em duas seções apenas, mantendo a antiga linha em operação.</p> <p><b>Neutro:</b> É impossível dividir a construção mantendo em operação a antiga linha.</p> <p><b>Mau:</b> É impossível manter em operação a antiga linha durante a construção da nova linha.</p>
--	---	--	--

Fonte: Bana e Costa e Beinat (2010)

Junto com a definição dos descritores de desempenho, devem ser estabelecidas âncoras do modelo, designados por nível de impacto bom e neutro. Segundo Bana e Costa e Beinat (2010) identificar um nível neutro (um nível de impacto que não é nem atrativo nem repulsivo) permite realçar os prós e contras de cada opção, simplesmente analisando se os seus impactos são tão ou mais atrativos que os níveis neutros dos vários PVF. Para Bana e Costa et al. (2002) existem diversas razões para determinação dessas duas âncoras, entre elas:

- O esforço necessário para identificar dois níveis de referência, contribui para diminuir a intangibilidade do PVF.
- A definição de dois níveis de referência torna possível mensurar a atratividade intrínseca de cada opção em: opção muito atrativa, quando é pelo menos tão atrativa quanto o perfil bom em todos os PVF; Opção atrativa, pelo menos tão atrativa quanto o perfil neutro em todos os PVF, mas menos atrativa do que o perfil bom; Opção não atrativa, se é menos atrativa que o perfil neutro.
- Permite a utilização de um processo de ponderação de PVF necessário para o modelo de agregação aditivo.

### 2.3.3 Fase de Avaliação

A fase de avaliação de um problema de decisão permite estabelecer um modelo global pela agregação de juízos de valor. A construção de escalas de valor cardinal é a principal contribuição dessa etapa (BANA E COSTA, 1992).

### 2.3.3.1 Informação ordinal e cardinal e escala MACBETH de base

Da fase de estruturação foi possível realizar a identificação de escalas de valor ordinal. Matematicamente seja  $X$  um conjunto (finito) de elementos, medir ordinalmente a atratividade das opções  $x$  pertencente a  $X$ , consiste em associar a cada  $x$  um valor numérico  $v(x)$  que satisfaça as seguintes condições de medição: de preferência estrita (3) e de indiferença (4).

$$\forall x, y \in X: [x \text{ é mais atrativo do que } y (xPy) \Leftrightarrow v(x) > v(y)] \quad (3)$$

$$\forall x, y \in X: [x \text{ e } y \text{ são igualmente atrativas } (x|y) \Leftrightarrow v(x) = v(y)] \quad (4)$$

Para obtenção de informações ordinais, solicitamos ao decisor (indivíduo ou um grupo) uma classificação dos elementos de  $X$  por ordem decrescente de atratividade. Após obtida a informação ordinal dos elementos de um conjunto finito de  $X$  a passagem para a informação cardinal acontece quando solicitamos ao avaliador que associe a cada opção  $x$  um valor numérico  $v(x)$  tal que satisfaça, as condições (3) e (4), mas também a condição (5):

$$\forall (x, y), (w, z) \in X \text{ com } x \text{ mais atrativo que } y \text{ e } w \text{ mais atrativo que } z: a \text{ razão } [v(x) - v(y)]/[v(w) - v(z)] \text{ mede a diferença de atratividade entre } x \text{ e } y \text{ quando a diferença na atratividade entre } w \text{ e } z \text{ é tomada como unidade de medida} \quad (5)$$

Segundo Bana e Costa et al. (2013), esta nova escala numérica  $v: X \rightarrow R: x \rightarrow v(x)$  pode ser definida posicionando os elementos de  $X$  sobre um eixo vertical de tal forma que:

- 1)  $\forall x, y \in X: x$  é posicionado acima de  $y$  se e somente se  $x$  é mais atrativo do que  $y$  (informação de valor ordinal)
- 2) As distâncias relativas entre as opções no eixo vertical reflitam as diferenças relativas de atratividade entre elas (informação de valor cardinal)

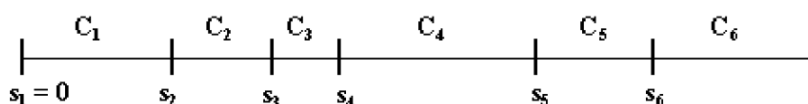
Vários procedimentos podem ser concebidos para obtenção de valor cardinal sobre o valor dos elementos, no MACBETH a transição da informação ordinal para cardinal é realizada por questionamentos par a par em termos qualitativos. Concretamente, propõe-se ao decisor que exprima a diferença de atratividade por seis categorias: muita fraca ( $C_1$ ); fraca ( $C_2$ ); moderada



(C<sub>3</sub>); forte (C<sub>4</sub>); muito forte (C<sub>5</sub>); extrema (C<sub>6</sub>). Para obter informações sobre diferença de atratividade são realizados protocolos de questionamentos do tipo: “quando  $x$  é mais atrativo que  $y$  que diferença de atratividade você sente: muita fraca, fraca, moderada, forte, muito forte ou extrema”. Caso seja necessário é permitido ao decisor que escolha várias categorias sucessivas.

A informação de preferência MACBETH (sobre a atratividade dos elementos de  $X$ ) é obtida quando temos: informação ordinal sobre essa atratividade; e ao par  $(x, y)$  é atribuída umas das seis categorias de diferença de atratividade. A Figura 5 representa graficamente as semi-reta dos números reais positivos das categorias de atratividade. Os limiaries constantes  $s_1, \dots, s_6$  são determinados pela escala de valor  $v$ . As categorias não precisam necessariamente possuir o mesmo tamanho.

Figura 5 – Categorias de diferença de atratividade



Fonte: Bana e Costa e Vansnick (1995)

Bana e Costa e Vansnick (1995) propõem a construção de matrizes para facilitar a expressão dos juízos de valor. Para que uma matriz de julgamentos seja considerada consistente é necessário que seja possível deduzir a partir dela pontuações iguais para elementos igualmente atrativos, que uma opção mais atrativa que a outra obtenha uma pontuação maior, e a diferença de atratividade entre duas opções (“forte”, por exemplo) é maior que a diferença de atratividade entre outras duas opções (moderada, por exemplo). Quando os julgamentos são considerados inconsistentes o *software* M-MACBETH identifica a origem do problema e propõem mudanças necessárias.

### 2.3.3.2 Informação de preferência Inter critérios

Após realizados os julgamentos de diferença de atratividade para cada critério, é necessária a obtenção de informação de natureza inter-critérios, podendo ser representados por constantes, taxas de substituição ou pesos. A sua determinação é realizada com base na importância relativa dos mesmos. Esse dado é importante para que seja possível construir uma regra de agregação aditiva para o modelo. Sendo constantes de escala necessárias para que a

informação cardinal obtida para cada critério esteja em conformidade com a importância relativa entre eles.

O processo de determinação da informação de preferência inter-critério consiste em duas etapas principais: ordenação decrescente de atratividade dos pontos de vista fundamentais; construção de uma matriz de juízos de valor, baseado em julgamentos absolutos de diferença de atratividade, executado de forma similar ao descrito anteriormente quando da construção das escalas de valor cardinais para os níveis de impacto de cada ponto de vista fundamental.

Bana e Costa e Vansnick (1995), recomenda que o facilitador utilize uma estrutura de perguntas para conduzir a discussão. O esquema de questões abaixo foi desenvolvido com o seguinte propósito: a primeira questão necessária para obter a ordenação decrescente, a segunda com objetivo de obter os julgamentos absolutos de diferença de atratividade.

- 1) Considere uma alternativa fictícia com um nível neutro em todos os PVF's. Sendo possível melhorar o impacto de neutro para bom num só PVF, mantendo todos os demais ao nível neutro, seria mais atrativo passar para o nível bom no ponto de vista fundamental  $PVF_i$  ou no  $PVF_j$  ?
- 2) Uma vez que passar do nível neutro para o nível bom no  $PVF_j$  foi considerado mais atrativo do que no  $PVF_i$ , mantendo todos os demais constantes, qual a diferença de atratividade percebida (muito fraca, fraca, moderada, forte, muito forte, extrema)?

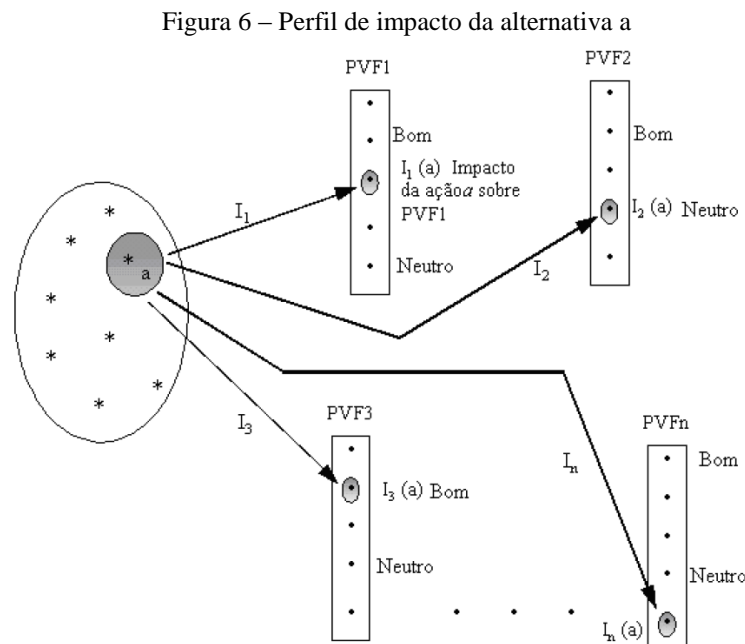
A utilização da metodologia MACBETH para determinação das taxas de preferência inter critério facilita o processo de decisão, por ser realizada uma sequência de perguntas similar ao utilizado para a determinação das escalas de valor cardinal dos PVF's. A partir deste conjunto de julgamentos, são verificadas eventuais inconsistências e depois é determinada uma escala de valor cardinal que represente os julgamentos do decisor. A escala obtida fornece os valores das taxas de substituição entre os PVF's, sendo possível o uso de um modelo de agregação aditiva.

A escala obtida é normalizada. A normalização é feita pela divisão do valor obtido para cada PVF pelo somatório dos valores que formam a escala MACBETH, equação 6 (BANA E COSTA e VANSNICK,1995). Esses pesos são apresentados ao decisor sob a forma de histograma, sendo solicitado que o mesmo examine e confirme os pesos. Existe um intervalo onde o peso relativo dos critérios pode ser alterado, de acordo com a compatibilidade da matriz de julgamentos.

$$p_j = \frac{v(PVF_j)}{\sum_{j=1}^n v(PVF_j)} \quad (6)$$

### 2.3.3.3 Definição do perfil de impacto

O último passo antes da realização da avaliação global do modelo é a determinação do impacto de cada alternativa sobre cada um dos pontos de vista fundamentais. Na presença de um conjunto  $A$  de alternativas e de um conjunto de níveis de impacto  $N_j$  (segundo um ponto de vista  $j$ ) é necessário que seja conduzido um protocolo de questionamentos que selecione os níveis que melhor representem o impacto real da alternativa a ser avaliada (BANA E COSTA, 1992). A Figura 6 representa o perfil de impacto da alternativa  $a$  de acordo com cada  $PVF_j$ .



Fonte: Bana e Costa, 1992

## 2.3.4 Fase de Recomendação

### 2.3.4.1 Modelo aditivo de agregação

A abordagem MACBETH utiliza modelo de valor aditivo de agregação para construção da avaliação global. As vantagens da utilização desse tipo de modelo são: simplicidade, ser bem conhecido na comunidade científica, parâmetros técnicos claros e facilmente explicável.

A partir da definição de critérios de avaliação  $A_j$ ,  $j= 1, \dots, n$  e seus descritores  $X_j$ ,  $j = 1, \dots, n$ , o perfil de desempenho das alternativas é medido por um modelo de valor aditivo. A

pontuação geral  $v(x)$  de uma opção é obtida pela agregação de valores parciais  $v_j(x)$  nos critérios  $j$  ( $j = 1, \dots, n$ ) e sendo  $k_j$  o peso atribuído ao critério  $j$  ( $j = 1, \dots, n$ ), como segue (Bana e Costa et al., 2012):

$$v(x_1, \dots, x_n) = \sum_{j=1}^n k_j v_j(x_j) \quad (1)$$

Com,

$$\sum_{j=1}^n k_j = 1, k_j > 0 \text{ e } \begin{cases} v_j(x_j^+) = 100 \\ v_j(x_j^0) = 0 \end{cases} \text{ para } j = 1, \dots, n \quad (2)$$

O procedimento de agregação aditiva permite a apreciação das diferenças relativas de atratividade global. É importante ressaltar que após a obtenção de um resultado global, para garantir a validade das recomendações feitas, seja realizado uma exaustiva análise de sensibilidade e robustez sobre os resultados. Com essas análises é possível melhorar a confiabilidade dos resultados e compreender o problema em profundidade.

#### 2.3.4.2 Análises de sensibilidade e robustez

A modelagem de análises de sensibilidade e robustez irão permitir conhecer o problema em profundidade e aumentar a confiabilidade dos resultados. A análise de sensibilidade permite avaliar variações de pontuações de acordo com múltiplos cenários. Em suma, é possível avaliar as mudanças na ordenação global das alternativas quando se faz variar o coeficiente de ponderação de um critério, mantendo a proporção dos pesos com os demais. Assim tal análise permite dimensionar como alterações dos pesos dos critérios (dentro de um limite permitido), afetaria os resultados globais do modelo.

A análise de robustez baseia-se no conceito de dominância aditiva (BANA E COSTA, 1992). Uma alternativa domina outra opção se for pelo menos tão atrativa quanto a outra em todos os critérios e ao menos mais atrativa em pelo menos um dos critérios. A tomada de decisão envolve muitas vezes informações escassas ou imprecisas, assim é muito interessante analisar a robustez dos resultados em conjunto com a análise de sensibilidade.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia do desenvolvimento do trabalho. Para cumprir os objetivos dessa dissertação, propõe-se uma abordagem multimetodologia desenvolvida a partir do MACBETH (*Measuring Attractiveness by a Categorical Based Evaluation Technique*) combinado com os fundamentos do Delphi e *Value focused Thinking*. O modelo será aplicado no contexto da rede de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência em Bauru-SP.

#### 3.1 MÉTODO UTILIZADO NA PESQUISA

Quanto à forma de abordagem os métodos de pesquisa podem ser classificados em qualitativos e quantitativos. Segundo Sampieri et al. (2006), o enfoque quantitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, com a utilização de medição numérica e análises estatísticas para estabelecer padrões e comprovar teorias. Além disso, Babbie (2001) confirma a adequação desta abordagem para obter dados ou informações sobre características, opiniões ou ações de um determinado grupo de pessoas e/ou empresas.

O enfoque qualitativo utiliza a coleta de dados sem necessidade de medição numérica para descobrir ou aperfeiçoar perguntas de pesquisa. O pesquisador formula um problema, mas não segue um processo claramente definido (SAMPIERI et al., 2006)

Na pesquisa quantitativa é fundamental em um conjunto de processos, sendo sequencial e comprobatória. Sampieri et al. (2006) listam as fases: inicialmente o estudo parte de uma ideia e dela são extraídos os objetivos e perguntas de pesquisa; a condução da revisão da literatura é a próxima etapa, necessária para construção de um marco ou perspectiva teórica; das perguntas são formuladas as hipóteses e variáveis; após é desenvolvido um plano para testar as hipóteses, seguindo para a medição e análise das variáveis em um determinado contexto; por fim, são realizadas as conclusões.

Com tais definições, pode-se afirmar que a pesquisa desenvolvida segue uma abordagem quantitativa. O modelo de apoio a decisão utiliza modelos matemáticos e segue um processo sequencial na condução do projeto de pesquisa. Ao final, o que se busca é explicar e prever os fenômenos pesquisados, identificando regularidades e relações entre os elementos. Variáveis do processo decisório são levantadas para que se possa fazer previsões desse sistema, caracterizado pela rede de proteção à criança e adolescente dos municípios de Bauru/SP.

Os estudos que utilizam métodos de análise multicritério podem também ser visto sob dois pontos de vista: prescritivo e construtivo. Segundo Gomes (2007), no enfoque construtivo a estruturação do modelo de decisão acontece de forma evolutiva entre o pesquisador e agentes de decisão. O desenvolvimento do processo é caracterizado pela frequente troca de informação entre ambos. Já o enfoque prescritivo, conduz a descrição dos elementos que estão envolvidos no processo de decisão e preferência dos decisores. A partir de tais conceitos, o enfoque construtivo é o que mais se aproxima das características desse estudo, porque parte da convicção que a decisão não pré existe, mas que a ferramenta dá o suporte para construir preferências robustas sobre as opções possíveis. Além disso, o método MACBETH possui uma abordagem humanista e interativa. Humanista no sentido de ajudar o tomador de decisão a refletir seu sistema de valores e preferências; interativo porque a ferramenta foi desenvolvida sustentada na ideia de questionamentos simples sobre diferenças de atratividade.

A literatura apresenta diversos modelos de abordagem multicritério. Esses métodos têm em comum a percepção do mundo real como problemas de decisão complexos que requerem o balanceamento de múltiplos fatores. Em revisão bibliográfica, Ferreira e Santos (2018), mostram que a ferramenta a MACBETH tem evoluído através do curso da pesquisa teórica e também pelas inúmeras aplicações, resultando em 192 artigos científicos com datas de publicação entre 1994-2016. Porém, as características essenciais do método se mantiveram, como sendo uma abordagem humanista, interativa e construtiva para a tomada de decisão.

Por reunir tais características o método MACBETH foi escolhido para o desenvolvimento dessa pesquisa. A violência contra crianças e adolescentes é considerada uma questão complexa dentro da sociedade e nesse estudo há o envolvimento de atores com diferentes visões a respeito do mesmo problema, exigindo a utilização de uma ferramenta sustentada por questionamentos simples, mas que ajude os tomadores de decisão a refletir sobre seus valores com o objetivo de construir um modelo robusto.

Para construção desse modelo o conjunto de processos está fundamentado nas fases da metodologia MACBETH, combinando as metodologias de estruturação de problema Delphi, DPSIR e modelagem de decisão *value focused thinking*, construindo um trabalho multimetodologia, assunto que será abordado na seção 3.3.

### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo desta dissertação consiste na rede de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência na cidade de Bauru/SP. Este atendimento envolve diferentes

unidades como: Conselhos Tutelares, Saúde, Assistência Social, Educação e Cultura, Jurídico, Organizações não Governamentais (ONG's).

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram selecionados setores participantes com base nos objetivos do estudo. Como dito anteriormente, esse trabalho não trata de prevenção da violência e questões jurídicas no que tange a responsabilização do agressor. O foco será dado às instâncias que possuem um papel de tratamento à vítima após agressão ocorrida. As seções seguintes apresentam os departamentos selecionados e sua atuação no que tange o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência.

### **3.2.1 Conselho Tutelar**

O conselho tutelar é uma instituição pública municipal com origem na Lei nº 8.069/90, que por definição legal é “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (BRASIL,1990). Uma vez criado e implantado passa a integrar de forma definitiva o quadro das instituições municipais, não desaparecendo, apenas renovando os seus membros. Por ser um órgão autônomo, exerce suas funções com independência, inclusive para corrigir distorções existentes na própria administração pública relativas ao atendimento de crianças e adolescentes. Possui papel não-jurisdicional, exercendo funções de caráter administrativo, vinculado ao Poder Executivo municipal.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8069/90, estabelece a criação dos Conselhos Tutelares e que Lei municipal definirá local, dia e horário de funcionamento (BRASIL,1990). No município de Bauru/SP o primeiro conselho tutelar foi criado em 1995 pela Lei nº 3473/92 e o segundo conselho tutelar em 2010 (BAURU, 1993). Atualmente conta com cinco conselheiros por unidade.

Dentre as suas atribuições, estabelecidas pelos art. 95 e 136 do ECA, o conselho tutelar deve atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção. O art. 98 estabelece que: “as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçadas ou violadas”. As ameaças ou violações de direitos de crianças e adolescentes acontecem por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, ocorrendo quando um dos elementos ou ambos, não asseguram os direitos fundamentais ou o faça de forma incompleta ou irregular. Existe também a omissão ou abuso dos pais ou responsáveis, quando deixam de assistir, criar e educar, seja por agir nesse sentido ou por deixarem de agir por falta, omissão, abandono, negligência e abuso. Por último, existe a violação em razão da própria

conduta da criança ou do adolescente, quando por iniciativa própria ou envolvimento com terceiros se coloca em ameaça ou violação dos direitos de sua cidadania ou da cidadania alheia (BRASIL,1990). As sete medidas de proteção de acordo com o art. 101 do ECA (BRASIL,1990) que podem ser aplicadas nessas situações são:

- 1) Encaminhamento aos pais ou responsáveis, mediante termo de responsabilidade;
- 2) Orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- 3) Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental e médio;
- 4) Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- 5) Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial;
- 6) Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos;
- 7) Abrigo em entidade;

A segunda atribuição do conselho tutelar é atender e aconselhar os pais ou responsáveis e aplicar medidas de proteção. A instituição deve, prioritariamente, buscar fortalecer o poder familiar, de forma que os pais possam assistir, criar e educar seus filhos. Caso as necessidades das crianças e adolescentes não sejam satisfeitas, o conselho tutelar deve agir nesse sentido, sendo ainda mais urgente a sua atuação quando constatada casos de maus-tratos, opressão ou abuso sexual. O atendimento e aconselhamento aos pais ou responsáveis deve ser realizado com a aplicação das medidas pertinentes a cada caso, de forma a reordenar e fortalecer o ambiente familiar. As sete medidas de proteção de acordo com o art. 101 do ECA (BRASIL,1990) que podem ser aplicadas nessas situações são:

- 1) Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;
- 2) Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras anônimos;
- 3) Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- 4) Encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
- 5) Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;
- 6) Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado;
- 7) Advertência;



A terceira atribuição do conselho tutelar é promover a execução de suas decisões, por não ser um órgão de execução se utiliza de várias entidades governamentais e não-governamentais para cumprir suas decisões e garantir a eficácia de suas medidas. De acordo com o art. 136 do ECA (BRASIL,1990) o conselho pode “ requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança” para promover a execução de suas decisões. A lista completa de atribuições do conselho tutelar pode ser resumida conforme Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Atribuições Conselho Tutelar

<b>Atribuição</b>	<b>Descrição</b>
1°	Atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção
2°	Atender e aconselhar os pais ou responsável e aplicar medidas de proteção
3°	Promover a execução de suas decisões
4°	Encaminhar ao Ministério Público notícia e fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou do adolescente
5°	Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência
6°	Tomar providências para que sejam cumpridas medidas protetivas aplicadas pela justiça a adolescentes infratores
7°	Expedir notificações
8°	Requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou de adolescente quando necessário
9°	Assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente
10°	Representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos no Artigo 220, § 3º, inciso II, da Constituição Federal
11°	Representar ao Ministério Público, para efeito de ações de perda ou suspensão do poder familiar
12°	Fiscalizar as entidades de atendimento

Fonte: Lei nº 8069/90

### **3.2.2 Secretaria Municipal do Bem Estar Social**

A secretaria municipal do bem-estar social de Bauru/SP tem a competência de “ construir a inclusão social da população em situação de vulnerabilidade e risco” (PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, 2019). Para isso, conta com duas redes de proteção social, a primeira delas intitulada de rede de proteção básica que é destinada principalmente a promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, atuando através dos centros

de referência da assistência social (CRAS) dividido por regiões. E a rede de proteção social especial destinada a assegurar a inclusão de indivíduos e familiares em situação de risco.

A Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e posteriormente a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 (CNAS, 2009) aprovam a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais que resumidamente estabelece as seguintes atribuições por rede, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Proteção social básica		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviço de proteção e atendimento integral à família (PAIF);</li> <li>2. Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos;</li> <li>3. Serviço de proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.</li> </ol>
Proteção social especial	Média complexidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI);</li> <li>2. Serviço especializado em abordagem social;</li> <li>3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC);</li> <li>4. Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias;</li> <li>5. Serviço especializado para pessoas em situação de rua</li> </ol>
	Alta complexidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Serviço de acolhimento institucional;</li> <li>7. Serviço de acolhimento em república;</li> <li>8. Serviço de acolhimento em família acolhedora;</li> </ol>

		9. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências
--	--	--

Fonte: Resolução N° 109 (BRASIL, 2009)

### 3.2.3 Secretaria Municipal da Saúde

A secretaria da saúde atua segundo normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao atendimento a pessoas vítimas de violência sexual realiza acolhimento, atendimento clínico, solicitação e coleta de exames, anticoncepção de emergência (AE) e profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e vírus da imunodeficiência humana (HIV), atenção psicológica, entre outras atividades.

O acolhimento representa a primeira etapa de atendimento onde informações preliminares deverão ser registradas, no atendimento clínico a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial n° 7958, de 13 de março de 2013, estabelecem os seguintes registros que devem conter no prontuário:

- 1) Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência;
- 2) História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
- 3) Tipo(s) de violência sexual sofrida(s);
- 4) Forma(s) de constrangimento empregada(s);
- 5) Tipificação e número de agressores;
- 6) Exame físico completo;
- 7) Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica;
- 8) Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame;
- 9) Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura;
- 10) Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

São realizadas a solicitação e coleta de exames de conteúdo vaginal e sanguíneo. Os exames laboratoriais de interesse médico legal são realizados pelo perito. A AE deve ser administrada o mais precocemente possível à adolescente que já tenham atingido a puberdade e que tenham sofrido violência sexual com contato certo ou duvidoso com esperma. As profilaxias são destinadas a evitar a contaminação por ISTs ou HIV.

As crianças e adolescentes vítimas de violência devem ser encaminhadas para tratamento psicoterapêutico, pois essa experiência deixa marcas profundas na personalidade e no comportamento dentre as atribuições do serviço psicológico está avaliação da situação de risco e grau de sofrimento emocional.

### 3.3 PROPOSTA MULTIMETODOLOGIA

Uma metodologia é um conjunto estruturado de diretrizes ou atividades para ajudar as pessoas a empreender pesquisa ou intervenção. A combinação de diferentes técnicas, tendo em vista equacionar, da melhor forma, diferentes problemas é conceituada como multimetodologia (MINGERS; BROCKLESBY, 1997).

A escolha de uma metodologia deve considerar aquela que melhor se enquadre a situação problema. Partindo de situações complexas e com diversidades de questões é difícil encontrar respostas em uma só metodologia. Foi desenvolvida nesse trabalho a análise multicritério de apoio à decisão (abordado na seção 2.3), métodos participativos (abordado na seção 2.1), metodologia para estruturação de problemas (abordado na seção 2.2), buscando obter o melhor resultado para a situação em questão.

Conceitualmente a multiplicidade de metodologias traz a necessidade de definição dos termos paradigma, metodologia, técnicas e instrumentos. Segundo Mingers e Brocklesby (1997), paradigma é uma forma particular de encarar a realidade, definindo a natureza de possíveis pesquisas e intervenções. É a representação de um padrão a ser seguido e a partir dela desenvolve-se uma ou mais metodologias. Considera-se metodologia o conjunto de regras estruturadas, articuladas e sequenciais (passos metodológicos) que orientam uma determinada intervenção ou atividade. Para a operacionalização da metodologia desenvolve se técnicas, sendo ações que concretizam os passos metodológicos. Por último, um instrumento é uma ferramenta utilizada para operacionalizar determinada técnica, muitas vezes associadas a programas computacionais.

A modelagem de multimetodologia tem o objetivo equacionar, da melhor forma, os diferentes problemas que ocorrem em situações de decisão complexa, combinando mais de uma metodologia ou parte delas. Essa abordagem tem como foco a solução de problemas práticos de pesquisa. Moran-Ellis et al. (2006) listaram razões para o emprego de tal abordagem:

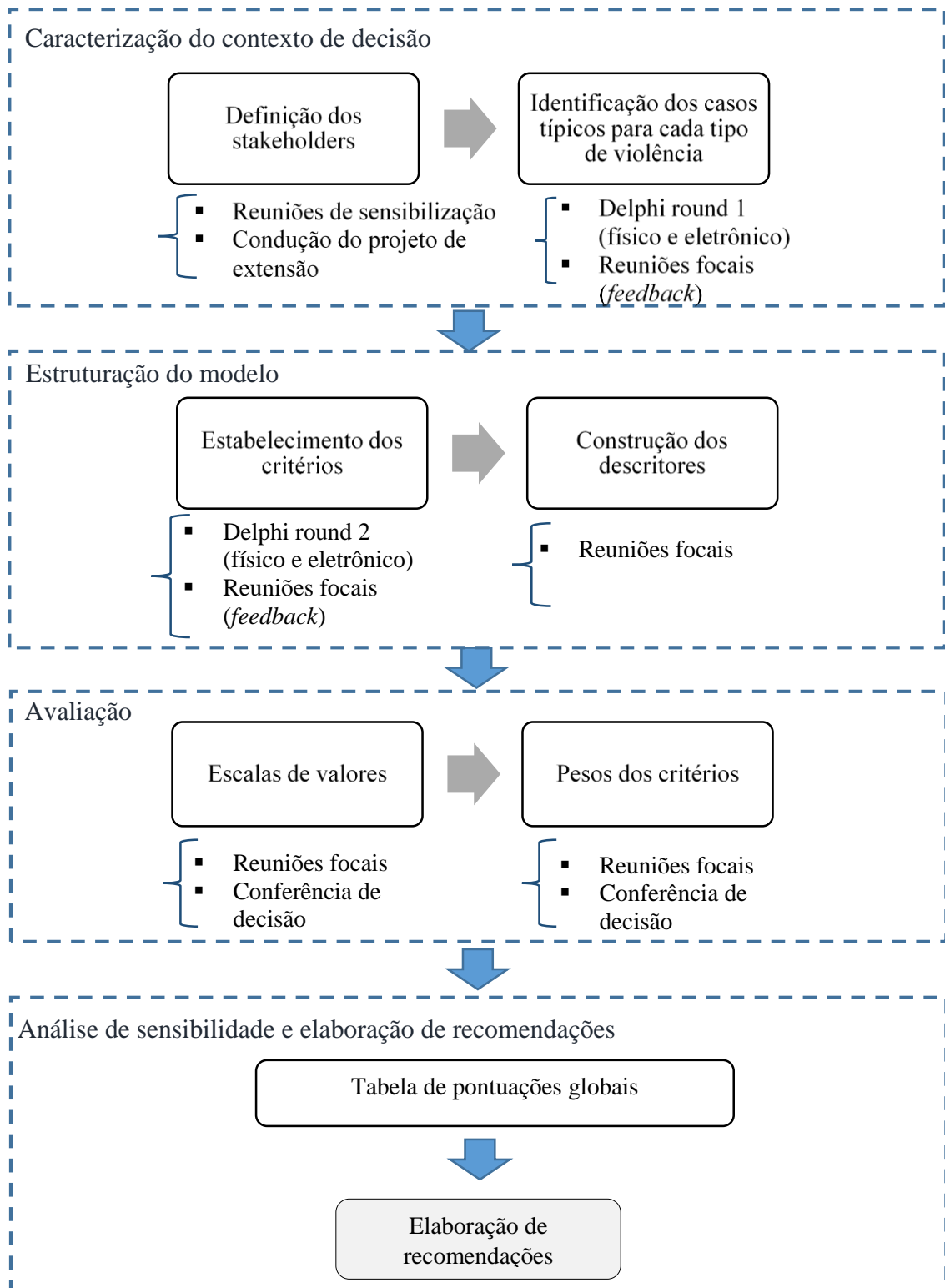
- Aumento do nível de confiança dos resultados
- Síntese de resultados oriundos de várias abordagens
- Modelagem de fenômenos complexos

- Otimiza a implementação lógica de uma abordagem teórica

Nesta pesquisa, conceitos e conhecimentos de diferentes metodologias foram utilizados no processo de desenvolvimento de um modelo de tomada de decisão. A construção desse trabalho segue uma abordagem sócio-técnica, com aplicação de procedimentos de agregação para ajudar o grupo de tomada de decisão a discutir seus pontos de vista e desenvolver um senso comum a respeito da melhor proposta.

As etapas da proposta multimetodologia são apresentadas no esquema da Figura 7. Esse *framework* foi desenvolvido a partir das fases do MACBETH definidas na Seção 2.3, junto com os passos da metodologia Delphi, abordados na Seção 2.1.1, e DPSIR, definidos na Seção 2.2. Os princípios do *value focused thinking* fizeram parte de todo o desenvolvimento metodológico da pesquisa, cujas vantagens são levantadas na seção 2.3.2. A seção seguinte desse capítulo fornece os passos detalhados do procedimento construído.

Figura 7 – Etapas de aplicação do método



Fonte: autor

### 3.3.1 PROCEDIMENTOS: COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Diversos componentes envolvidos nos processos de tomada de decisão contribuem para a complexidade do modelo, tais como a existência de diferentes perspectivas, valores e preferências, sendo estes uns dos principais focos da análise de decisão multicritério, desenvolvidos especificamente para apoiar a avaliação sistemática de múltiplas alternativas e objetivos (MARTTUNEN; LIENERT; BELTON, 2017).

Em casos de grande complexidade, vários aspectos de avaliação estão presentes. A busca pela estruturação adequada do contexto de decisão pode ser facilitada pela utilização de uma abordagem formal para estruturação de problemas em combinação a metodologias de decisão multicritério. As abordagens de estruturação de problema incluem metodologias gerais, tais como, mapas cognitivos, DPSIR, SWOT e etc. Segundo Marttunen et al. (2017), a combinação entre métodos estruturantes e métodos de decisão multicritério tem atraído cada vez mais atenção nos últimos 20 anos, tanto de uma perspectiva conceitual quanto prática.

A estruturação é criticamente importante para as técnicas MCDM pois as fases subsequentes são fortemente influenciadas por ela. Neste trabalho serão utilizados o método participativo Delphi, pois ajuda na compreensão do contexto de decisão e na coleta de resposta robustas dos participantes e método de estruturação de problema DPSIR por auxiliar a compreensão inicial e organização de um problema complexo.

Além disso, sob o ponto de vista metodológico do *value focused thinking* foi possível colocar em evidência os valores envolvidos na garantia de atendimentos mais eficientes para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Os procedimentos adotados na pesquisa foram baseados na aplicação do método MACBETH. Conforme apresentado na Seção 2.3, a aplicação do método deve passar pelas seguintes etapas:

- 1) Caracterização do contexto de decisão

Nessa etapa foi definido o painel de especialistas por meio de reuniões de apresentação e sensibilização com entidades da rede de atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. É importante para o desenvolvimento da pesquisa o envolvimento de servidores públicos ativos, que trabalhem direta ou indiretamente na rede de proteção. Dessa maneira, foram realizados contatos telefônicos e via e-mail para apresentação da proposta de pesquisa e visitas de campo nas unidades para apresentação da equipe envolvida e objetivos.

Após contato inicial, foi realizada reunião com a presença de todas as unidades envolvidas para compartilhamento de visões e questões de pesquisa. Por fim, foi conduzida a formalização da participação no projeto, através da assinatura de termos de anuência pelos

secretários municipais, documentação necessária para garantir o início e término do estudo e determinação de pessoas que serão os pontos focais de comunicação dentro dos departamentos. Os pontos focais (coordenadores dos departamentos) permanecem os mesmos durante toda a execução do projeto.

Com a definição do painel de especialistas, iniciamos a coleta de informação buscando identificar casos típicos de cada tipo de violência. Essa etapa foi conduzida através da aplicação do método Delphi Modificado com integração a reuniões focais. O objetivo dessa fase foi o levantamento de casos típicos para os profissionais atuantes na rede no município estudado, por meio de relatos de casos vivenciados.

A construção de todas as ferramentas de coleta de dados foi fundamentada na abordagem *value focused thinkg*. No âmbito da análise multicritério para políticas públicas, consideramos mais adequado a estratégia de estruturação centrada em valores, pois a escolha de encaminhamento entre as várias opções deve ser encarada como um meio para atingir os objetivos.

Posteriormente, os elementos presentes nos relatos foram organizados em uma árvore, sintetizando as informações encontradas nas repostas e que serviram de base para a compilação estatística dos dados. Após estruturação dos resultados da primeira rodada, o mesmo foi comunicado aos setores participantes através de reuniões (*focus group*) onde foi possível o compartilhamento das estatísticas e delimitação da pesquisa para as etapas seguintes.

## 2) Estruturação do modelo

Nesta fase o objetivo traçado foi a identificação de critérios e descritores de impacto. Para a definição dos critérios foi desenvolvida a segunda rodada do método Delphi Modificado, conduzida por questionamentos focados em abuso sexual devido aos agravantes e encaminhamentos complexos. O desenvolvimento das questões seguiu a metodologia *Driving forces-Pressure-State-Impact-Response* (DPSIR), permitindo o entendimento das forças motoras, pressões, estados, impactos e respostas oferecidas pelo sistema.

Os elementos das violências identificados nos relatos foram organizados em uma árvore, contendo valores, áreas de preocupação e palavras chave. O ponto de partida para a construção da árvore de valor foi a apresentação dos principais elementos levantados na segunda rodada do método Delphi. Essa exposição foi realizada em reuniões presenciais (*focus group*) em cada um dos setores envolvidos, buscando estruturação comum de grupo, consentimento e validação de todos.

Para a construção dos descritores de impacto foram realizadas novas rodadas de reunião focais para determinação de todos os impactos plausíveis que um critério pode ter. A cada



conjunto de descritores foram atribuídos níveis de referência: bom e neutro. Esses níveis correspondem, respectivamente, a uma faixa de desempenho satisfatório para determinado critério e a um nível nem satisfatório e nem insatisfatório. A partir desses parâmetros os descritores foram organizados em ordem decrescente.

### 3) Avaliação

Após a construção dos descritores, definidos anteriormente, inicia-se a identificação de escalas de valor cardinal. Essa etapa já faz parte da fase de avaliação (BANA E COSTA et. al., 1994). Para tal, existe um caminho entre a informação ordinal para cardinal. Primeiramente, a informação ordinal é obtida através da classificação dos elementos dos descritores por ordem decrescente. De posse das informações ordinais, são realizados os questionamentos par a par das diferenças de atratividade. Para cada resposta o *software* M-MACBETH testa a compatibilidade das informações. Caso uma incompatibilidade seja detectada, o sistema dispara uma mensagem de aviso com a fonte do problema e sugestão de modificação.

Na fase anterior, para cada um dos critérios, a informação ordinal foi construída com o limite de referência superior e inferior associados, respectivamente, ao melhor e pior desempenho dos descritores. Obtida a informação ordinal, na fase de avaliação os questionamentos foram realizados com base na seguinte proposta: “Quando X é mais atrativo que Y, que diferença de atratividade é percebida: muito fraca, fraca, moderada, forte, muito forte ou extrema. Para a melhor compreensão e simplicidade nessa fase, cada nível de descritor é avaliado em comparação ao menos atraente e os pares consecutivos de níveis de desempenho, o que corresponde a última coluna e a diagonal principal da matriz de decisão M-MACBETH. Depois de todos os julgamentos, escalas de valor são construídas para cada critério.

A segunda parte do desenvolvimento dessa etapa é destinada a obtenção de informação de preferência intercritério, realizando a classificação de acordo com a escala MACBETH. Para condução dessa fase, protocolo de questões será estruturado.

Nesse estudo foram desenvolvidos modelos por unidade: saúde (epidemiologia CAPSi), secretaria do bem estar social e conselho tutelar. Após foram reunidos todos os especialistas para o desenvolvimento do modelo em grupo, através de conferência de decisão. Esse procedimento permitiu observar variabilidades e consentimentos na tomada de decisão.

### 4) Elaboração de recomendações

Nessa etapa, após a obtenção do resultado global, foram realizadas análises das escalas de valor e gerados projetos de atendimento com a aplicação dos modelos de avaliação individual e em grupo.

## 4 RESULTADOS

Para aplicação da ferramenta de apoio a decisão o projeto passou por duas fases principais, que são: (1) caracterização do contexto de decisão e (2) estruturação do modelo. A caracterização do contexto de decisão identificou os *stakeholders* e casos típicos vivenciados pelos especialistas que aceitaram participar da pesquisa. Na estruturação do modelo houve a definição da árvore de valor e descritores de impacto. As subseções seguintes descrevem as etapas utilizadas na construção do projeto.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DECISÃO

Pretende-se construir um modelo de apoio a decisão que auxilie as instituições integrantes da rede de proteção quanto ao encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Nesse contexto, selecionou-se um painel de especialistas e levantamento de casos típicos.

#### 4.1.1 Identificação dos stakeholders

Em julho de 2018 foi realizada a primeira reunião de sensibilização com gestores da secretaria da saúde em Bauru, onde foi apresentado o projeto de pesquisa do mestrado. Esse encontro fez parte do projeto de extensão intitulado “*Capacitação na interpretação de dados quantitativos que subsidiem a tomada de decisão em rede*” (SIQUEIRA et al., 2019) com presença da Professora Doutora Regiane Máximo Siqueira e Professor Doutor Ailton de Souza Aragão, respectivamente Orientadora e Co-orientador dessa dissertação. Foi discutida a importância do trabalho em rede para atendimentos de casos de violência contra crianças e adolescentes e levantado a necessidade de reunião com demais unidades da rede de atendimento. Nessa oportunidade o termo de anuência ao projeto de pesquisa foi autorizado pelo secretário municipal.

Em dezembro de 2018 foi realizada reunião com representantes da secretaria da saúde, conselho tutelar I e II, secretaria do bem estar social (SEBES) e secretaria da educação, constituindo o primeiro referencial de painel de especialistas. Esse encontro teve a presença de 13 profissionais. Após, foram realizadas reuniões de trabalho com a SEBES e conselho tutelar I e II, para reforçar os objetivos da pesquisa e a importância do tema. Esses encontros foram conduzidas em forma de bate papos com o compartilhamento de pesquisas anteriores.

Após indicação dos profissionais que iriam participar da pesquisa chegamos à um painel de 25 especialistas, que foram convidados a participar das fases seguintes do projeto. Os especialistas incluídos nesse estudo são apresentados na Tabela 3. Vale ressaltar que Tabela 3 apresenta pontos focais de comunicação, na execução das atividades de coleta de informação participantes das equipes foram convidados a participar. Os representantes da secretaria da educação não foram incluídos no desenvolvimento do projeto, pois o foco deste trabalho é no tratamento da criança ou adolescente após violência consumada. Os especialistas da educação possuem maior atuação na prevenção e denúncias em casos de abuso.

Tabela 3 – N° de participantes selecionados na 1° fase de estruturação do problema

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Secretaria da Saúde	11
Secretaria do Bem Estar Social	10
Conselho Tutelar I	3
Conselho Tutelar II	15
<b>Total Geral</b>	<b>25</b>

Fonte: Autor

#### **4.1.2 Identificação dos casos típicos**

Após definição do painel de especialistas, os atores foram convidados a participar da primeira fase de coleta de informação, conduzida por meio do método Delphi Modificado, onde as rodadas são integradas a reuniões focais. Na primeira rodada o objetivo é entender como se comporta a variabilidade das decisões a respeito das crianças e adolescentes vítimas de violência, explorando as decisões ao redor de um caso atendido pelo especialista. A ideia é analisar situações típicas para cada tipo de violência sem que o especialista seja exposto a uma situação constrangedora ou que o remeta a uma vivência pessoal passada, garantindo que sejam minimizados possíveis vieses de análise e preceitos éticos. Não foi necessário identificar o nome verdadeiro dos envolvidos nos casos, o que deixa o especialista à vontade para responder o instrumento sem receio de ser confrontado em algum momento futuro. O Delphi foi aplicado na forma online e na modalidade impressa sendo respondido em reuniões durante o horário de trabalho.

##### **4.1.2.1 Primeira rodada Delphi**

O método Delphi foi escolhido por ser um instrumento onde os especialistas podem contribuir com respostas e opiniões de alto nível de qualidade para as questões apresentadas, não havendo respostas certas ou erradas para as perguntas. O questionário da primeira rodada foi estruturado a partir de uma carta convite, termo de esclarecimento, termo de consentimento livre e esclarecido, instruções de como completar o questionário e a definição de cada tipo de violência com base na literatura. Esse último fator é de suma importância devido a necessidade de alinhamento de conceitos entre os profissionais.

A carta convite reforçou que o projeto é uma parceira da FEB Unesp/ Bauru e UFTM, esclareceu os objetivos da pesquisa, enfatizou que na literatura existem poucos estudos que agreguem métodos de apoio à decisão e problemas sociais, como violência. Por fim, caracterizou o perfil de participantes do estudo: servidor público ativo municipal que trabalha direta ou indiretamente na rede de proteção à criança e adolescentes vítimas de violência e estar disposto a participar. O tempo necessário para preenchimento também foi compartilhado, sendo de 20 a 30 minutos para a primeira rodada.

O termo de esclarecimento trouxe os objetivos do estudo, procedimentos, benefícios e confirmação de que o especialista deseja participar da pesquisa, sendo as respostas coletadas de maneira anônimas. O termo de consentimento livre e esclarecido solicitava que o respondente firmasse, por meio de assinatura, o entendimento dos objetivos do estudo e procedimentos adotados, ressalta que o respondente está livre para interromper a participação a qualquer momento, nomes não serão divulgados e que não haverá despesas e nem remuneração para participar do estudo

As instruções sobre como completar a primeira rodada do Delphi pontuava a existência de doze questões abertas, quatro por tipo de violência, que as respostas fossem as mais detalhadas possíveis e que o nome verdadeiro dos envolvidos não precisavam ser identificados. Por fim, alertava sobre o preenchimento da ficha demográfica e que ao final do preenchimento do formulário há três links: i) ver respostas anteriores, onde os especialistas poderiam acessar as respostas agregadas dos participantes da pesquisa; ii) edite a sua resposta, onde seria possível modificar as respostas, até o encerramento da primeira rodada; iii) enviar outra resposta, sendo permitido preencher o formulário quantas vezes fosse necessário.

Na sequência, o questionário foi estruturado a partir dos quatro tipos de violência levantados pela literatura: negligência, violência física, violência psicológica e violência sexual. A partir de cada tipologia foi solicitado aos profissionais que descrevessem casos que tivessem vivenciado, como foram os encaminhamentos adotados por eles, as opções de encaminhamentos disponíveis e determinantes para sucesso da ação. Essas questões foram

desenvolvidas buscando o entendimento dos casos marcantes vividos pelos profissionais da rede.

Antes de responder as perguntas os profissionais contavam com uma descrição do conceito da violência. A definição de violência física apresenta aos participantes de acordo com Magalhães (2010):

Violência física consiste no uso da força física com o objetivo intencional de provocar dano físico, deixando ou não marcas evidentes. Abrange comportamentos que podem ir de formas menos severas de violência física até formas de extrema severidade (das quais resultam lesões graves, incapacidade permanente ou até mesmo a morte da vítima), tais como empurrar, queimar, puxar o cabelo, dar bofetadas, murros, pontapés, apertar os braços com força, apertar o pescoço, bater com a cabeça da vítima na parede ou outras superfícies, dar cabeçadas, etc. Violência física é, assim, toda e qualquer ação não acidental que provoque dano físico ou enfermidade na criança ou jovem. A maioria das crianças que sofrem maus-tratos apresenta alguns indicadores que podem ser úteis na identificação de um ato de violência. Apresentam lesões físicas tais como: hematomas, queimaduras, feridas, cortes, fracturas e outras.

A definição de violência sexual de acordo com Priotto (2016) também foi pontada, sendo necessária para que os casos citados se enquadrassem nessas pontuações:

Constitui-se em um grave problema de saúde pública, que afeta crianças e adolescentes de todo o mundo. É caracterizada por Souza, Florio e Kawamoto (2001) como uma interação entre a vítima e o agressor, com o objetivo de atender desejos sexuais, fazendo uso, para tanto, do corpo da criança/adolescente. A violência sexual pode ser com contato físico-genital, orogenital, anal, ou sem contato físico, como acontece no exibicionismo<sup>1</sup>. Quando há contato físico, esse tipo de violência pode ser diagnosticado pelo exame médico-legal. No entanto, o voyeurismo, a manipulação dos órgãos sexuais ou a corrupção de crianças e adolescentes não possuem substrato médico-legal, dificultando a identificação de um caso de agressão, uma vez que faltam provas que comprovem tal ato (ADED et al., 2006)

Assim como as demais definições de violência, a psicológica também foi abordada através das palavras de Magalhães (2010):

Consiste em desprezar, desprezar, depreciar, criticar, difamar, insultar ou humilhar a vítima, em público ou em privado, por palavras e/ou comportamentos; criticar negativamente todos os seus comportamentos, características de personalidade ou atributos físicos; gritar de forma a amedrontar a vítima; destruir bens pessoais; perseguir; ameaçar, coagir e intimidar; ameaçar ou maltratar familiares e amigos da vítima; ameaçar matar-se; controlar a vida social com o objetivo de isolar a vítima; entre outras estratégias e comportamentos. No caso de crianças e jovens, pode envolver também expectativas irrealistas ou exigências de rendimentos escolares, intelectuais, desportivos ou atuação negativa sobre a criança e o jovem, induzindo-os

a uma autoimagem negativa e a um fraco desempenho, ou estimulando na criança e jovem um padrão de comportamento destrutivo. Quando não se reconhece o valor da criança/jovem, quando se impede a criança/jovem de ter amigos, quando se praticam agressões verbais contra a criança/jovem, quando não se estimula o crescimento intelectual da criança/jovem, está a cometer-se um ato de violência psicológica, o qual pode trazer graves danos ao seu desenvolvimento psicológico, físico, sexual e social.

Por fim, a negligência foi definida de acordo com os preceitos de Priotto (2016):

É definida por Souza, Florio e Kawamoto (2001) como a omissão em termos de cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente que, a depender da intensidade, pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte. Pode ser identificada em situações em que a criança ou o adolescente não é adequadamente alimentado, veste-se mal, apresenta higiene precária, não recebe atenção, carinho, ou também quando a criança é deixada sozinha, correndo o risco de sofrer um acidente. O abandono é apontado por Costa et al. (2007) como o tipo mais grave de negligência familiar, constituindo, portanto, um importante problema social. Isso se deve ao fato de que crianças e adolescentes são ainda imaturos para enfrentar, sem auxílio dos pais, os entraves impostos pelo ambiente. As consequências desse abuso são, de acordo com Souza, Florio e Kawamoto (2001), danos físicos, psicológicos e emocionais, que podem ser revertidos ou marcar a criança e o adolescente permanentemente.

Conforme mencionado anteriormente, as questões foram formuladas de maneira aberta, sendo solicitado que os participantes fossem os mais detalhistas possíveis em suas respostas. Não era necessária identificação dos nomes verdadeiros dos envolvidos nos casos. O esquema de perguntas realizadas seguiu a lógica abaixo, totalizando doze perguntas, três por tipo de violência.

1. Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser classificado como violência física, conforme definição apresentada, descreva também qual foi o referenciamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo) com essa decisão.
2. Quais eram as suas opções nesse caso?
3. Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação?

Essa estrutura de perguntas está baseada na abordagem *value focused thinking*, pois é interesse da pesquisa entender os valores envolvidos nos encaminhamentos e ações tomadas. Os valores aqui desenvolvidos são os objetivos traçados quanto ao tratamento dessas crianças ou adolescentes, mesmo que não haja alternativas disponíveis no momento para real execução desse objetivo.

Dessa forma, a primeira pergunta desenvolvida buscou principalmente trazer um caso por tipo de violência que tivesse impacto no profissional e quando questionado fosse a primeira situação ao qual ele lembraria, trazendo assim um maior número de elementos para análise. O segundo tópico buscou o entendimento das opções disponíveis no momento, sendo essas suficientes ou não para alcance do objetivo. Por último, os fatores determinantes para o sucesso da ação foram abordados.

Após conclusão do desenvolvimento do questionário todos receberam a versão online do documento em março de 2019 com o prazo de 15 dias para preenchimento, porém notamos dificuldade de acesso por via eletrônica. Assim, foi disponibilizado também cópias impressas. Realizou-se reuniões com os participantes onde além da entrega dos documentos foi reforçado os objetivos da pesquisa, procedimentos e estruturas. Todos os elementos presentes no questionário foram explicados para um correto entendimento das questões colocadas. Devido a necessidade de adotar a modalidade online e impressa o prazo para devolutiva foi estendido por mais 10 dias.

No total obtivemos o retorno de 8 formulários online e 7 no formato físico, que foram obtidos por visitas de campo. Como relatado na seção anterior, os pontos focais disponibilizaram para suas equipes o preenchimento dos formulários. A Tabela 4 resume a participação por secretarias. Notamos a maior contribuição do conselho tutelar I e II com a participação de 7 especialistas no total das duas unidades, seguidos pela secretaria da saúde e SEBES. Dos 15 respondentes destacamos as características demográficas principais relacionadas à faixa etária, sexo, formação e tempo de experiência no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência. Os resultados são mostrados na Tabela 5.

De forma geral, o painel de participantes dessa fase é constituído em sua maioria por mulheres, entre 40 e 47 anos, com especialização e que possuem mais de 4 anos de experiência no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência. A participação desses respondentes por longos períodos nos sugere grande vivência em casos de violação de direitos.

Tabela 4 - N° de participantes primeira rodada Delphi

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Conselho Tutelar	7
Secretaria da Saúde	5
Secretaria do Bem Estar Social	3
<b>Total Geral</b>	<b>15</b>

Fonte: Autor

Tabela 5 – Perfil dos participantes primeira rodada Delphi

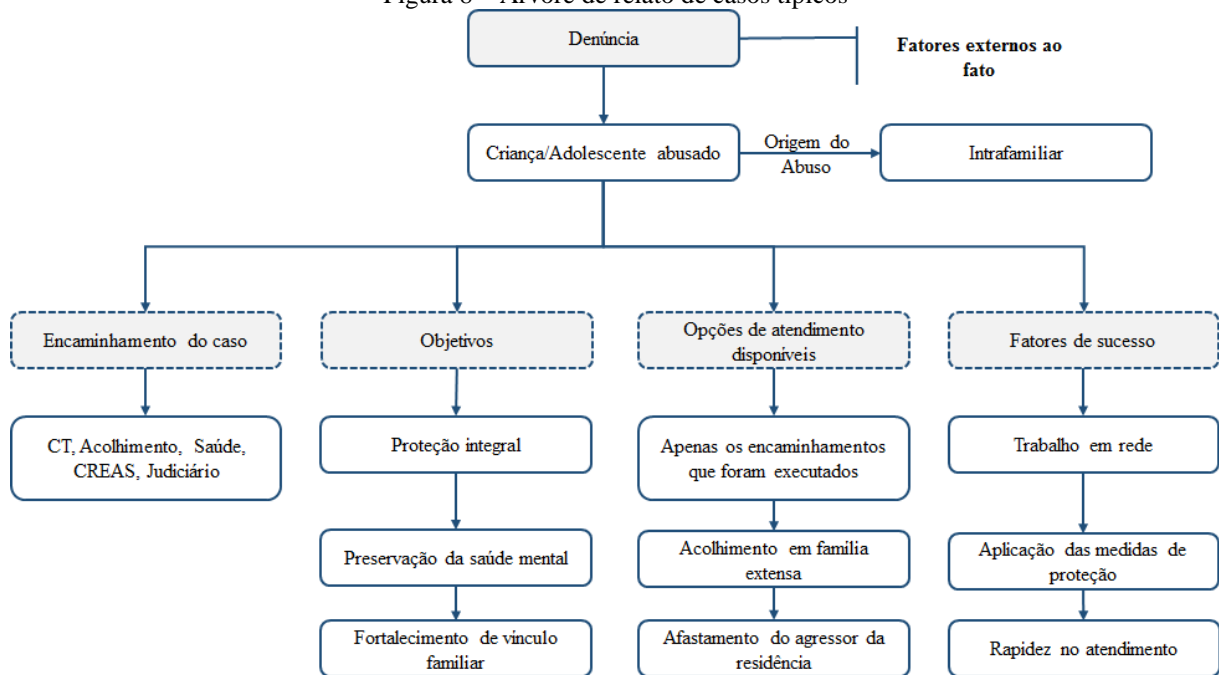
<b>Sexo</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Feminino	13
Masculino	2
<b>Idade</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Entre 40 e 47 anos	6
Entre 32 e 39 anos	4
Entre 48 e 55 anos	3
Entre 18 e 25 anos	1
Entre 26 e 32 anos	1
<b>Formação</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Pós-graduação (Especialização)	7
Ensino Superior	6
Pós-graduação (Doutorado)	1
Pós-graduação (Mestrado)	1
<b>Tempo de Experiência</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Mais que 4 anos	10
De 3 a 4 anos	3
De 1 a 2 anos	1
Menos de 1 ano	1

Fonte: Autor

Posteriormente, os elementos presentes nos relatos foram organizados em uma árvore, conforme Figura 8, sintetizando as informações encontradas nas repostas e que serviu de base para a compilação estatística dos dados. Em geral, as respostas partiam de uma chegada de denúncia, confirmação do abuso, seguido pelos principais encaminhamentos adotados, os objetivos de tratamento, as opções de encaminhamentos disponíveis no momento e, por fim, se existiam fatores de sucesso. Abaixo desses principais termos foram inseridas palavras chaves encontradas.



Figura 8 – Árvore de relato de casos típicos



Fonte: autor

Em sua maioria, quando questionados pela pergunta inicial “*Descreva um caso que você vivenciou, qual foi o encaminhamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo)*” os relatos iniciam com a chegada da denúncia, seguido pela confirmação da suspeita de abuso e identificação de violência intrafamiliar. Após, realizavam os encaminhamentos pertinentes com o objetivo de garantir a proteção integral da criança. Os fatores identificados nessa primeira questão para os casos de violência física podem ser resumidos estatisticamente através da Tabela 6.

Tabela 6 – Estatística casos típicos de violência física: relatos de origem, encaminhamento e objetivo

<b>Violência Física</b>	
<b>Origem</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Intrafamiliar	12
<b>Encaminhamento do caso</b>	
<b>Nº de Relatos</b>	
Encaminhado para serviço de proteção social básica para acompanhamento familiar	3
Acolhimento institucional	3
Encaminhado para serviço de proteção social de média complexidade	3
Acionar a polícia	2
Atendimento hospitalar	2
Acolhimento em família extensa	2
Encaminhado ao conselho tutelar	2

Atendimento psicológico	2
Aplicação de advertência aos pais como medida protetiva e orientação	2
<b>Objetivo</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Garantir integridade física	8
Fortalecimento de vínculo	3
Garantir proteção legal	1

Fonte: Autor

A base de dados para essa análise contou com 12 relatos, todos tiveram o agressor pertencente ao meio familiar. Os encaminhamentos dados foram diversos, com destaque para o serviço de proteção social básica e de média complexidade e acolhimento institucional. Nesses casos, o objetivo dos profissionais foi principalmente garantir a integridade física, em uma forma de preservar o direito à vida.

Quando questionados “ *Quais eram as suas opções de ação nesse caso* ” obtivemos cinco relatos que os profissionais executaram exatamente as opções disponíveis no momento, não havendo outras alternativas de atendimento na rede. Houveram dois relatos de aplicação das medidas protetiva pelo conselho tutelar, que seguem uma ordem de priorização para manter a criança ou adolescente em seio familiar. O Acolhimento institucional ou em família extensa também foi apontado, principalmente nos casos em que uma das alternativas foi de fato executada. Por fim, o acompanhamento pelo conselho tutelar e CREAS, aplicação de advertência aos pais e orientação foram também destacadas. A compilação desses dados está disponível na Tabela 7.

A última pergunta relacionada a violência física questionou “ *Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação* ”. Os profissionais relataram a importância da articulação da rede de atendimento, oferecendo serviços que se complementem e garantam a proteção integral da criança e adolescente. Outro fator importante é a rapidez que as unidades conseguem atender o caso, formalmente esse item foi registrado em um relato, mas nas visitas de campo esse aspecto foi rotineiramente apontado, sendo uma forma de combater a revitimização e o sofrimento. Os dados apontados aqui estão organizados na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7 - Estatística casos típicos de violência física: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso

<b>Violência Física</b>	
<b>Opções de atendimento disponíveis</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Apenas a opção que foi executada	5
Aplicação das 7 medidas protetivas pelo conselho tutelar	2

Acolhimento institucional ou em família extensa	3
Acompanhamento pelo conselho tutelar e CREAS	1
Orientação aos pais, advertência aos genitores por escrito e atendimento clínico da criança	1
<b>Fatores de sucesso</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Trabalho em rede	6
Rapidez no atendimento	1
Detenção do agressor. Porém a criança veio a óbito	1
Acompanhamento familiar	1
Aplicação de medidas protetivas	1
Apoio da família extensa	1
Evitar que agressão se repita	1

Fonte: Autor

A mesma sequência de questionamento foi executada para violência sexual, psicológica e negligência. Os relatos realizados de forma livre também foram organizados estatisticamente, com base na árvore desenvolvida a partir dos elementos das respostas (Figura 8). Para abuso sexual os dados apontam para encaminhamentos mais complexos, quando comparados à violência física, conforme a Tabela 8 sintetiza.

Tabela 8 - Estatística casos típicos de violência sexual: relatos de origem, encaminhamento e objetivo

<b>Violência Sexual</b>	
<b>Origem</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Intrafamiliar	13
<b>Encaminhamento do caso</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Atendimento no conselho tutelar	7
Atendimento psicológico	6
Acolhimento institucional	5
Atendimento em serviço de proteção social de média complexidade	4
Abertura de boletim de ocorrência	3
Acolhimento em família extensa	2
Atendimento hospitalar	2
Atendimento Instituto médico legal	2
Atendimento Ministério público e Central de Polícia Judiciária	1
Destituição da guarda familiar	1
<b>Objetivo</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Proteção integral	11
Preservação da saúde mental	5
Fortalecimento de vínculo familiar	3

Prevenção ou tratamento de ISTs	2
Garantir amparo legal	1
Prevenção a situações de risco/revitimização	1

Fonte: autor

Em todos os relatos a violência foi praticada por um membro familiar (pais biológicos, padrastos, tios/tias ou avôs/avós). O principal encaminhamento realizado foi o atendimento no conselho tutelar com a intenção de aplicar medidas protetivas cabíveis. O atendimento psicológico foi apontado devido a ocorrência de transtornos fóbico ansiosos ou depressão. O acolhimento institucional foi necessário em grande parte dos casos por não haver figura protetiva em genitores ou família extensa. Já o atendimento em serviços de proteção social de média complexidade foi necessário com o intuito de fortalecer o ambiente familiar e eliminar as situações de risco para crianças e adolescentes.

Alguns agravantes foram percebidos nos relatos, como a contaminação por ISTs, ocorrência de gravidez, lesões genitais confirmadas por perícia do instituto médico legal e transtornos mentais graves. Além disso, em 85% dos casos relatados a família ou genitores não eram protetivos, tornando a articulação da rede ainda mais importante para garantir a proteção dessas crianças e adolescentes.

Os objetivos apontados para a escolha dos encaminhamentos foi garantir principalmente o interesse dessas crianças quanto a proteção, preservação da saúde mental e fortalecimento de vínculo familiar.

A Tabela 9 traz as opções de atendimento disponíveis e fatores de sucesso para os relatos de abuso sexual. Assim como nos casos de violência física os profissionais apontaram principalmente que executaram exatamente todas as opções disponíveis e recomendadas para o caso. Quanto aos fatores de sucesso, o trabalho em rede e aplicação de medidas protetivas foram os principais apontamentos.

Tabela 9 - Estatística casos típicos de violência sexual: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso

<b>Violência Sexual</b>	
<b>Opções de atendimento disponíveis</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Apenas a opção que foi executada	9
Afastamento do agressor da residência	2
Acolhimento em família extensa	3
Acolhimento institucional	1
Afastamento do abusador	1
<b>Fatores de sucesso</b>	<b>Nº de Relatos</b>

Trabalho em rede	8
Aplicação das medidas de proteção	5
Rapidez no atendimento	3
Apoio familiar	2
Atendimento psicossocial da família	2
Garantir atendimento médico	2
Garantir atendimento psicológico	1

Fonte: autor

A violência psicológica também foi abordada nessa rodada do Delphi buscando o entendimento dos fatores associados a esse tipo de violência. Os atores da rede descrevem encaminhamentos diversos para os dez relatos descritos. Os tipos de atendimento mais expressivos foram com relação ao atendimento no conselho tutelar, acompanhamento familiar e psicológico. As violências nos casos citados aconteceram em ambiente familiar, por isso, nos relatos de atendimento buscou-se principalmente a interrupção das causas de sofrimento, acolhimento institucional foi realizado em apenas um relato, sendo possível o tratamento dentro da família nos demais casos. A Tabela 10 sintetiza os dados apontados aqui.

Tabela 10 - Estatística casos típicos de violência psicológica: relatos de origem, encaminhamento e objetivo

<b>Violência Psicológica</b>	
<b>Origem</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Intrafamiliar	10
<b>Encaminhamento do caso</b>	
<b>Nº de Relatos</b>	
Atendimento Conselho Tutelar	9
Acompanhamento familiar	6
Atendimento psicológico	5
Atendimento em serviço de proteção social de média complexidade	4
Atendimento Ministério Público	4
Acolhimento Institucional	1
Atendimento setor técnico do Fórum	1
Atendimento serviço de proteção social básica	1
Oferta de serviços que visam a convivência e a socialização.	1
<b>Objetivo</b>	
<b>Nº de Relatos</b>	
Interromper causas de sofrimento	9
Fortalecimento da função protetiva	1
Fortalecimento de vínculo familiar	1

Fonte: autor

Como dito anteriormente, buscou-se interromper as causas de sofrimento através da atuação da rede assistencial. Nas opções de atendimento disponíveis, os atores executaram todas as alternativas existentes em sete casos, nos outros três haveria ainda atuação através de acolhimento e atendimento psicológico da genitora. O principal fator de sucesso apontado foi o acompanhamento familiar conforme listado na Tabela 11.

Tabela 11 - Estatística casos típicos de violência psicológica: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso

<b>Violência Psicológica</b>	
<b>Opções de atendimento disponíveis</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Apenas a opção que foi executada	7
Acolhimento institucional	3
Acolhimento família extensa	1
Atendimento psicológico da genitora	1
<b>Fatores de sucesso</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Acompanhamento familiar	6
Trabalho em rede	4
Aplicação das medidas de proteção	1
Atuação Ministério Público	1
Proteção Integral	1

Fonte: autor

Por último, a violência através de negligência também foi abordada, avaliando os casos onde houve omissão do responsável em prover as necessidades básicas para a criança ou adolescente. Nos casos relatados houve grande atuação do conselho tutelar, buscando a aplicação das medidas protetivas, sendo necessário o acolhimento institucional em quatro situações diferentes, onde não foi possível realizar o tratamento da família. Os objetivos relatados na condução do tratamento de crianças vítimas de violência foram diversos, com destaque para a garantia de integridade física e psicológica, uma vez que essas crianças ou adolescentes estavam enfrentando privações relacionadas a saúde, higiene ou dificuldades com a frequência escolar. A Tabela 12 mostra os dados apontados.

Tabela 12 - Estatística casos típicos de negligência: relatos de origem, encaminhamento e objetivo

<b>Negligência</b>	
<b>Origem</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Intrafamiliar	13
<b>Encaminhamento do caso</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Atendimento Conselho Tutelar	9

Acolhimento institucional	4
Atendimento em serviço de proteção social básica	2
Atendimento em serviço de proteção social de média complexidade	2
Atendimento médico	2
Atendimento psicológico	2
Acompanhamento familiar	1
Atendimento Central de Polícia Judiciária	1
Atendimento Ministério Público	1
Atendimento secretária da educação	1
Acolhimento em família extensa	1
<b>Objetivo</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Garantir integridade física	7
Garantir integridade psicológica	2
Fortalecimento da função protetiva	1
Fortalecimento de vínculo familiar	1
Garantir acesso à escola e vacinação	1
Garantir tratamento médico	1
Interromper causas de sofrimento	1
Orientação de cuidados básicos e higiene	1

Fonte: autor

Os atendimentos realizados passaram por todas as opções disponíveis para o caso, havendo ainda a possibilidade de acolhimento em família extensa em duas situações. Para os profissionais o determinante para o sucesso das ações foi o trabalho em rede executado. A Tabela 13 sumariza esses fatos.

Tabela 13 - Estatística casos típicos de negligência: relatos de opções de atendimento e fatores de sucesso

<b>Negligência</b>	
<b>Opções de atendimento disponíveis</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Apenas a opção que foi executada	10
Acolhimento família extensa	2
Acionar demais unidades de atendimento conforme plano individual/familiar	1
<b>Fatores de sucesso</b>	<b>Nº de Relatos</b>
Trabalho em rede	8
Garantir tratamento adequado à criança ou adolescente	2
Proteção Integral	2
Acompanhamento familiar	1

Fonte: autor

Os resultados obtidos nessa fase foram devolvidos como *feedback*, através de reuniões focais, em cada secretaria e os participantes foram questionados se concordavam ou não com os elementos descritos na Figura 2 e se gostariam de fazer alguma complementação. Os agravantes e encaminhamentos realizados para os casos de abuso sexual foram mais complexos por contemplar outros tipos de violência em conjunto, por isso, a próxima fase do Delphi questionará os atores apenas a respeito de elementos envolvidos em relatos de abuso sexual.

## 4.2 ESTRUTURAÇÃO DO MODELO

Inicialmente, na definição do problema de pesquisa, foi estabelecido o contexto de decisão, identificado os limites de alcance da análise e os atores envolvidos. A estruturação do modelo é o passo seguinte. Essa fase é caracterizada por um processo interativo do facilitador com os setores da rede de proteção envolvidas na pesquisa, buscando a identificação e agrupamento de critérios em uma árvore de pontos de vista e a descrição dos níveis de performance.

### 4.2.1 Estabelecimento dos critérios

O estabelecimento de critérios foi desenvolvido através de duas etapas (1) condução da segunda rodada Delphi, onde foi possível a construção de árvore de relato (2) reuniões focais com *feedback* aos participantes da segunda rodada do método Delphi buscando a definição da árvore de pontos de vista.

#### 4.2.1.1 Segunda rodada Delphi

Nessa etapa do modelo Delphi uma nova rodada de questionamentos foi conduzida, focada em abuso sexual. Assim como na fase anterior, o documento foi estruturado a partir de uma carta convite, termo de esclarecimento, termo de consentimento livre e esclarecido, instruções de como completar o questionário e a definição de violência sexual com base na literatura. A repetição dessa estrutura é necessária devido a existência de novos respondentes, não sendo impeditivo a participação na primeira rodada para seguir para a próxima. Vale ressaltar que os pontos focais foram os mesmos da rodada anterior.

Os atores tinham acesso à árvore de relato de casos típicos montada a partir das respostas do *round* anterior (Figura 8) e o desenvolvimento da ferramenta DPSIR. A modelagem de



problema por DPSIR permite o entendimento das forças motoras, pressões, estados, impactos e respostas oferecidas pelo sistema. Para esse estudo tais elementos foram estruturados conforme Tabela 14. Essas dimensões foram desenvolvidas com o auxílio das informações coletadas da primeira fase e através de discussões com a Professora Doutora Regiane Máximo Siqueira.

A modelagem por DPSIR para esse estudo traz: (i) as forças motoras que são as causas e efeitos para o sistema; (ii) as pressões que representam os processos que afetam as vítimas e que conseqüentemente provocam alterações em seu estado; (iii) as mudanças de estado que provocam conseqüências negativas e se transformam em impactos para o indivíduo e familiares; (iv) a percepção de impactos relevantes induz ao desenvolvimento de respostas para prevenir, compensar ou mitigar os resultados negativos.

Tabela 14 – Modelagem DPSIR

Forças Motoras	Pressões	Estados	Impactos	Respostas
Causas socioeconômicas subjacentes aos problemas de violência sexual	Ameaças Coação	Alterações provocadas no indivíduo pelas pressões	Efeito no indivíduo e na família	Resposta da rede de proteção para o problema de violência sexual

Fonte: autor

As perguntas do segundo *round* Delphi foram desenvolvidas a partir dessa estrutura. Os especialistas tiveram acesso a 3 casos selecionados da fase anterior, escolhidos por terem maior nível de complexidade, e a partir da interpretação desses relatos fossem respondidas as seguintes questões:

- a. Quais são as possíveis causas socioeconômicas subjacentes aos problemas relacionados a esse tipo de violência sexual?
- b. Que tipo de opressão/ ameaça pode ser provocada em um indivíduo que sofreu/sofre esse tipo de violência sexual?
- c. Quais são as alterações físicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- d. Quais são as alterações emocionais provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?

- e. Quais são as alterações psicológicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- f. Quais são os possíveis impactos no indivíduo e na família provocadas por esse tipo de violência sexual?
- g. Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para o indivíduo que sofreu esse tipo de violência sexual?
- h. Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para a família do indivíduo que sofreu esse tipo de violência sexual?

Inicialmente, todos receberam a versão online do documento em abril de 2019 com o prazo de 15 dias para preenchimento. Assim como na fase anterior, foram disponibilizadas cópias impressas. Devido a necessidade de adotar as duas modalidades o prazo para devolutiva foi estendido por mais 10 dias.

No total recebemos o retorno de dois relatos online e nove relatos impressos, porém quatro desses relatos não continham informações pertinentes à construção do modelo. Logo, nessa etapa foram utilizados sete questionários válidos que serão analisados nessa seção. Houve mudanças no perfil de respondente dessa etapa. A Tabela 15 resume a participação por secretarias. Diferente da fase anterior, não houve contribuição do conselho tutelar I e II. Notamos a maior participação da secretaria da saúde e um representante da SEBES. Dos sete respondentes destacamos as características demográficas principais relacionadas à faixa etária, sexo, formação e tempo de experiência no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência. Os resultados são mostrados na Tabela 16.

Tabela 15 - N° de participantes segunda rodada Delphi

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Secretaria da Saúde	6
Secretaria do Bem Estar Social	1
<b>Total Geral</b>	<b>7</b>

Fonte: autor

Tabela 16 - Perfil dos participantes segunda rodada Delphi

<b>Sexo</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Feminino	7
Masculino	0
<b>Idade</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Entre 26 e 32 anos	1

Entre 32 e 39 anos	1
Entre 40 e 47 anos	3
Entre 48 e 55 anos	2
<b>Formação</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Ensino Superior	1
Pós-graduação (Especialização)	4
Pós-graduação(Mestrado)	1
Pós-graduação (Doutorado)	1
<b>Tempo de Experiência</b>	<b>Nº de Especialistas</b>
Menos de 1 ano	2
De 2 a 3 anos	2
Mais que 4 anos	3

Fonte: autor

Os três casos típicos identificados são listados a seguir, foram escolhidos por serem relatos descritos em detalhes e que tinham a maioria dos elementos contidos na Figura 8. Os casos foram descritos com as mesmas palavras utilizadas pelos especialistas que tiveram contato com o fato.

**Caso 1:** *“Um caso que me recordo diz respeito há uma família no qual os três irmãos foram acolhidos devido violência física que sofriam por parte do padrasto e a omissão da genitora, anterior ao acolhimento as crianças precisaram ser encaminhadas ao pronto atendimento infantil, ficando um deles internado e inclusive submetido a cirurgia. Após o acolhimento um dos irmãos foi diagnosticado com sífilis, após contato com a Maternidade Santa Isabel foi constatado que a mãe da criança não possuía essa doença, sendo verificado pouco tempo depois que a criança era abusada sexualmente pelo padrasto”.*

**Caso 2:** *“Genitor morava com Alice de 5 anos na residência que era frequentada por vários amigos que as vezes dormia por lá. A guarda era do genitor, mas ele tomou a criança a base de ameaças. Houve várias denúncias no conselho de ruídos estranhos na casa e de ouvir uma criança pedindo socorro dizendo " papai" "ai minha perninha papai" A criança foi ouvida pela psicóloga do CREAS e conferido abusos por parte do genitor. Foi entregue a avó materna com termo de responsabilidade e encaminhamento para regularização da guarda”.*

**Caso 3:** *“Uma adolescente engravidou de seu padrasto. A adolescente recebeu atendimento em psicoterapia individual, orientações a família, acionado a justiça de infância e juventude, CREAS, Conselho tutelar. Objetivo alcançado: detenção do abusador e adolescente com estabilidade emocional”*

Após apresentado cada relato, foi solicitado aos participantes que discorressem sobre as questões levantadas. As perguntas foram colocadas de maneira aberta, permitindo a interpretação livre. Com a devolutiva dos questionários os elementos foram analisados estatisticamente.

Para o caso I os profissionais da rede: não identificaram causas socioeconômicas; ameaça de morte à vítima e seus familiares, foi a principal forma de coação que poderia estar envolvida; lesões genitais, anais e ISTs foram apontadas como as principais alterações físicas; medo e culpa como forma de alterações emocionais; depressão e ansiedade como forma de alterações psicológicas; impactos nos indivíduos e família são diversos com destaque para dificuldade de socialização e prejuízo nas atividades de estudo e trabalho; respostas dadas pela rede de proteção à vítima e sua família foi principalmente o encaminhamento ao conselho tutelar, CREAS, saúde, ministério público, CAPSi, entre outros, conforme listado na Tabela 17.

Tabela 17 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso I

<b>Elementos</b>	<b>Respostas - Caso I</b>	<b>Nº de Relatos</b>
1) Causas socioeconômicas	Independente de causas socioeconômicas	3
2) Ameaças	Ameaça de morte à vítima e seus familiares	6
	Ameaça à integridade física ou agressão	4
	Chantagem	3
3) Alterações físicas	Lesões genitais	4
	Lesões anais	4
	ISTs	4
	Enurese	2
	Gravidez	2
	Integridade física (lesões)	2
4) Alterações emocionais	Medo	6
	Culpa	6
	Raiva	5
	Tristeza	4
	Isolamento	2
5) Alterações psicológicas	Depressão	6
	Ansiedade	6
	Estresse pós-traumático	2
	Planejamento e tentativas de suicídio	2

	Crise de pânico	2
	Transtornos psíquicos ou mentais	2
6) Impactos indivíduo e família	Dificuldade de socialização	5
	Prejuízos nas atividades de estudo e trabalho	5
	Quebra de vínculo familiar	4
	Conflitos	2
7) Resposta ao indivíduo - Rede de Proteção	Atendimento nos serviços da rede (CT, CREAS, Saúde, Ministério Público, CAPSi, etc.)	3
	Acolhimento	3
8) Resposta à família - Rede de Proteção	Atendimento nos serviços da rede (CT, CREAS, Saúde, Ministério Público, CAPSi, etc.)	3
	Orientação jurídica	3
	Fortalecimento do papel protetor da família	2

Fonte: autor

O mesmo levantamento foi realizado para os casos II e III, apresentando algumas diferenças com relação ao primeiro relato, como identificação de causas socioeconômicas, gravidez, distúrbios do sono, prejuízos nas atividades de estudo e trabalho. As Tabela 18 e Tabela 19 abaixo resumam os elementos abordados.

Tabela 18 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso II

<b>Elementos</b>	<b>Respostas - Caso II</b>	<b>Nº de Relatos</b>
1) Causas socioeconômicas	Independente de causas socioeconômicas	2
	Uso de bebidas alcoólicas ou drogas	2
	Uso de substâncias psicoativas	2
	Histórico de violência na infância sofrida pelos genitores	2
	Alterações psiquiátricas	2
2) Ameaças	Ameaça física	4
	Ameaça de morte à vítima e seus familiares	3
	Chantagem	3
3) Alterações físicas	Lesões genitais	4
	Distúrbios alimentares	3
	ISTs	3
	Distúrbios do sono	2
	Enurese noturna	2

4) Alterações emocionais	Medo	6
	Choro constante	3
	Tristeza	3
	Culpa	2
	Isolamento	2
5) Alterações psicológicas	Depressão	5
	Ansiedade	4
	Pânico	2
	Estresse pós-traumático	2
6) Impactos indivíduo e família	Quebra do vínculo familiar	4
	Restrições no contato social	3
	Prejuízos no processo de aprendizagem	3
	Dificuldade em estabelecer e manter vínculos de confiança	2
7) Resposta ao indivíduo - Rede de Proteção	Acolhimento	4
	Atendimento nos serviços da rede (CT, CREAS, Saúde, Ministério Público, CAPSi, etc.)	3
8) Resposta à família - Rede de Proteção	Fortalecimento do papel protetor da família	3
	Acolhimento	2
	Encaminhamentos para os serviços necessários	2

Fonte: autor

Tabela 19 - Estatística segunda rodada Delphi para o caso III

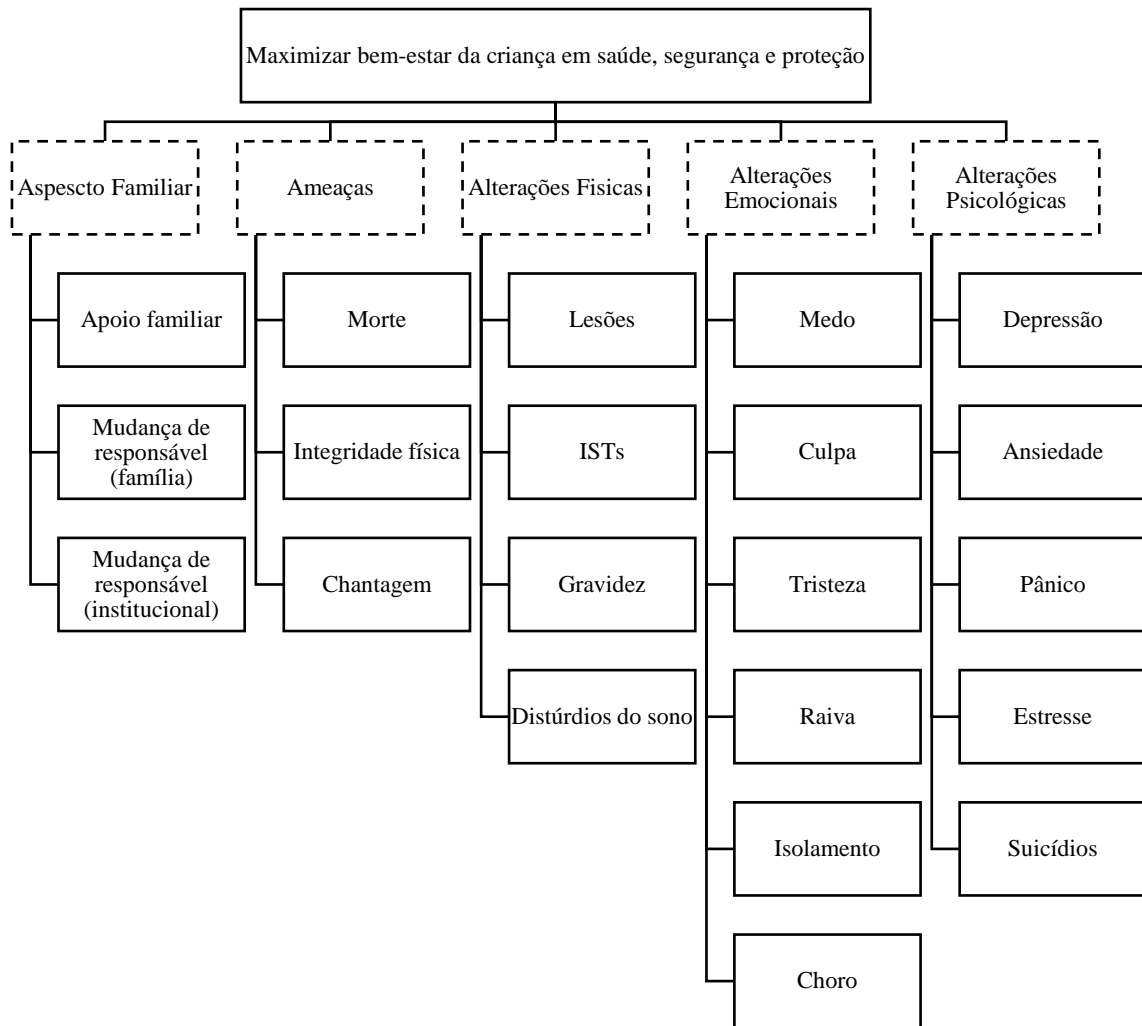
<b>Elementos</b>	<b>Respostas - Caso III</b>	<b>Nº de Relatos</b>
1) Causas socioeconômicas	Independente de causas socioeconômicas	3
2) Ameaças	Ameaça de morte à vítima e seus familiares	4
	Chantagem	2
	Ameaça à integridade física ou agressão	2
3) Alterações físicas	Gravidez	5
	Lesões genitais	4
	Lesões anais	4
	ISTs	3
4) Alterações emocionais	Medo	5
	Culpa	5
	Tristeza	4
	Raiva	2

5) Alterações psicológicas	Depressão	5
	Ansiedade	4
	Pânico	2
6) Impactos indivíduo e família	Quebra de vínculo	3
	Prejuízos nas atividades de estudo e trabalho	2
	Insegurança	2
	Desconfiança	2
7) Resposta ao indivíduo - Rede de Proteção	Acolhimento	3
	Encaminhamento para serviços necessários	2
8) Resposta à família - Rede de Proteção	Acolhimento	3
	Encaminhamento para serviços necessários	2

Fonte: autor

Os elementos com o maior número de citações foram organizados em uma árvore, conforme apresentado na Figura 9. No primeiro nível foi definido o objetivo desse mapa através da garantia de saúde, segurança e proteção (valores). Após, foram definidas quatro áreas de preocupação: aspecto familiar, ameaças, alterações físicas, emocionais e psicológicas, os demais fatores foram distribuídos nessas grandes caixas.

Figura 9 - Árvore de Relatos



Fonte: autor

Após a construção desse mapa foram realizadas reuniões focais de *feedback* da segunda rodada do método Delphi. Na ocasião os especialistas foram questionados se concordavam ou não com os elementos apresentados no mapa conceitual da Figura 9 e se gostariam de complementar. A cada ponto de vista apresentado foi verificado se satisfaziam as condições estabelecidas pelo modelo MACBETH para se tornar um critério. O conteúdo e roteiro dessas reuniões será apresentado na próxima subseção.

#### 4.2.1.2 Reuniões focais para definição da árvore de valor

O ponto de partida para a construção da árvore de valor foi a apresentação dos principais elementos levantados na segunda rodada do método Delphi organizados em um mapa (Figura 9). Essa exposição foi realizada em reuniões focais com cada um dos setores envolvidos em



junho de 2019. O objetivo nessa etapa foi fazer os especialistas pensarem sobre as questões presentes na árvore e os objetivos traçados no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

As reuniões envolveram representantes do conselho tutelar I e II, secretaria do bem estar social e secretaria da saúde. A Tabela 20 resume a participação por unidade. As discussões aconteceram separadamente e na saúde foi necessário a realização de dois encontros, sendo um específico com time de saúde mental. Notamos uma participação homogênea entre as unidades, sendo o perfil dos representantes compostos pela chefia de departamento e um suplente.

Tabela 20 - N° de participantes para construção da árvore de valor

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Conselho Tutelar	2
Secretaria da Saúde	3
Secretaria do Bem Estar Social	2
<b>Total Geral</b>	<b>7</b>

Fonte: autor

Para cada um dos fatores organizados na Figura 9 os especialistas foram questionados se estes eram independentes, exaustivos, mensuráveis, não redundantes, operacionais e concisos. E se os valores de saúde, segurança e proteção eram consensuais. Foi também um momento aberto para que os especialistas incluíssem itens que ainda não tinham sido citados, porém não houve inclusões, apenas melhor disposição da estrutura.

Na condução das reuniões para que os objetivos citados anteriormente fossem alcançados, os profissionais foram levados a supor que eles precisam atender uma criança ou adolescente vítima de violência sexual. As discussões foram embasadas no esquema das perguntas abaixo. Porém, vale ressaltar que nem sempre as questões foram realizadas nessa ordem.

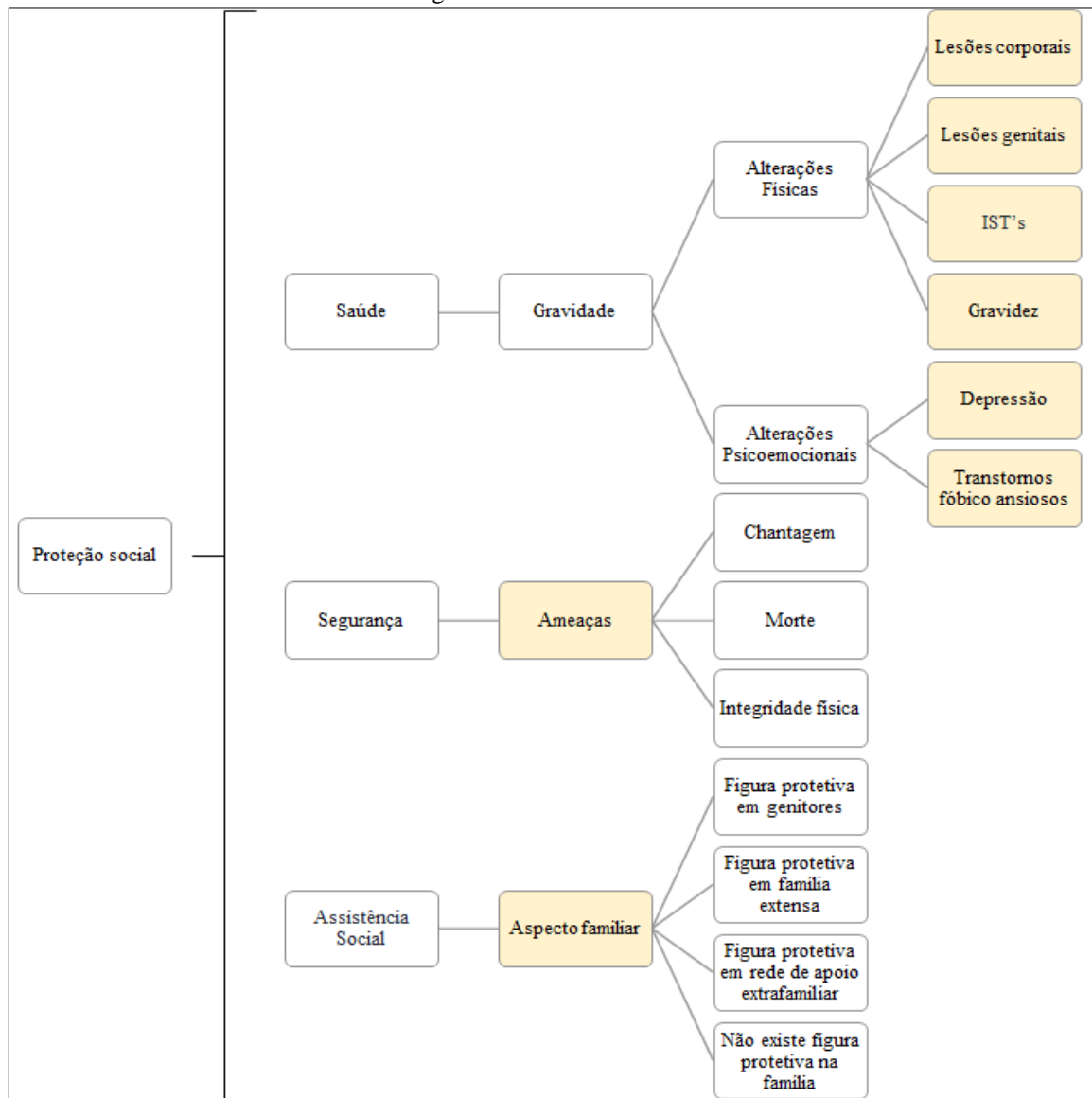
1. O que você espera ao escolher uma alternativa de encaminhamento?
2. Para cada fator presente no mapa
  - a. Estes podem ser subdivididos em mais componentes? Se sim, quais?
  - b. Alguns deles podem ser agrupados?
  - c. Há outros fatores que devem ser avaliados no caso de violência sexual?

O primeiro questionamento busca identificar os valores levados em consideração para a escolha do tratamento, tal estruturação utiliza a abordagem *value focused thinking*, que preconiza o pensamento voltado para os valores que se pretende obter com a decisão e em

segundo plano quais são as alternativas disponíveis. O segundo tópico é especialmente dedicado a exploração dos critérios e das dimensões definidas na seção 2.3.2.1.

Durante os fóruns de discussão obtivemos a totalidade de consenso entre as equipes sobre os critérios que deveriam fazer parte da árvore de valor. Para entender e estruturar os múltiplos fatores que os especialistas consideraram importantes na avaliação dos casos e escolha de tratamentos, foi construído a árvore de pontos de vista que captura os critérios envolvidos na tomada de decisão. A organização obtida é apresentada na Figura 10.

Figura 10 – Árvore de valor



Fonte: autor

No primeiro nível (esquerda para direita), está o valor proteção social entendido como fundamental na condução dos atendimentos e que pode ser avaliado pelos valores saúde,

segurança e assistência social. Os critérios estão identificados pelas caixas laranjas e os demais componentes são caixas inseridas para uma melhor organização e entendimento da estrutura.

Houve mudanças com relação aos valores apontados na Figura 9. O valor proteção foi substituído por assistência social, evitando que houvessem dúvidas com relação a interpretação desse elemento. Essa caixa tem a função de estabelecer a questão protetiva dentro da avaliação do caso. Em muitos momentos, especialistas relacionaram o termo com questões jurídicas, que não foco desse estudo. Por isso, a necessidade de mudança fazendo a estrutura alto explicativa.

Dentro do bloco saúde, foi estabelecido a importância de avaliar gravidades através de alterações físicas e psicoemocionais como áreas de preocupação. As lesões corporais, lesões genitais, ISTs e gravidez são critérios dentro da área de preocupação de alterações físicas. A existência de depressão e transtornos fóbico ansiosos são os critérios relacionados como importantes dentro de alterações psicoemocionais, inicialmente na árvore da Figura 9 esses elementos estavam organizados em alterações físicas, psicológicas e emocionais.

O valor segurança está sendo avaliado através da existência de ameaça, que contempla as dimensões chantagem, coação a integridade física, podendo chegar a ameaça de morte de si e/ou terceiros. O valor assistência social está sendo abordado através da análise do aspecto familiar, quanto a existência de figura protetiva.

Inicialmente na árvore da Figura 9 existiam alternativas, sintomas e critérios misturados nas caixas dispostas. Com a nova estruturas os critérios de avaliação estão em evidência buscando a maximização dos valores definidos.

Tendo sido colocado em evidência os valores a serem buscados na condução da tomada de decisão foram levantadas alternativas, construídas junto aos especialistas. A Tabela 21 está organizada de acordo com as áreas de atenção.

Tabela 21 – Alternativas de encaminhamento do modelo

Áreas de Atenção	Alternativas
Saúde	Realização de Anticoncepção de Emergência
	Realização de Exames Laboratoriais
	Profilaxia HIV/IST
	Solicitação de requisição de exame pericial para autoridade policial/ exame clínico pericial
	Coleta de vestígios de violência sexual
	Notificação Compulsória de violência
	Consulta de retorno para acompanhamento e resultado de exame

	Pré Natal em unidade básica
	Tratamento IST/AIDS
	Atendimento pela equipe multiprofissional para interrupção da gravidez
	Encaminhamento de criança fruto de abuso para adoção
Atenção em Saúde Mental	Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros)
	Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)
	Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio
	Visitas domiciliares; Atendimento à família
	Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social
Atenção em Assistência Social	Serviços de Proteção Social Básica: serviço de proteção e atendimento integral à família (PAIF); serviço de convivência e fortalecimento de vínculos
	Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade: serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI); serviço especializado em abordagem social
	Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: serviço de acolhimento institucional, nas seguintes modalidades: abrigo institucional, casa lar, serviço de acolhimento em família acolhedora
	Oferta de serviços que visam a convivência e a socialização. Visita domiciliar
	Garantia de proteção integral (alimentação, higienização)
	Acompanhamento familiar. Desenvolvimento de Grupos de apoio
	Atendimento psicossocial (individual, familiar e em grupo)
	Estudo de caso e construção do Plano Individual de Atendimento
	Orientação jurídico-social
	Ações de mobilização e enfrentamento
Conselho tutelar	1º Atribuição: Atender crianças e adolescentes e aplicar medidas de proteção

	Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade
	Orientação, apoio e acompanhamento temporários
	Matricula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial fundamental e médio
	Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente
	Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico em regime hospitalar ou ambulatorial
	Abrigo em entidade
	2º Atribuição: Atender e aconselhar os pais ou responsável e aplicar medidas de proteção
	Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família
	Encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico
	Encaminhamento a cursos ou programa de orientação
	Obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar
	Obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado
	Advertência

Fonte: autor

#### 4.2.2 Construção dos descritores

Segundo Bana e Costa e Beinat (2010), um descritor é um conjunto ordenado de níveis de impactos (quantitativos ou qualitativos) associados a um critério. Deve ser formulado de maneira objetiva e definido com base na realidade desejável, não sendo influenciado pelos interesses ou ações de decisores. Seu desenvolvimento é necessário para a melhor compreensão do contexto de decisão.

Após a organização dos critérios na árvore de pontos de vista, foram realizadas reuniões focais em julho de 2019 com cada setor para definição dos descritores de desempenho. Nesses encontros, os especialistas foram levados a pensar sobre a árvore estruturada e quais seriam os

níveis de avaliação de cada critério. Vale ressaltar que essa também foi uma oportunidade de validação do modelo desenvolvido até o momento.

As reuniões envolveram representantes do conselho tutelar I e II, secretaria do bem estar social e secretaria da saúde. A Tabela 22 resume a participação por unidade. Houve uma participação maior, comparada com a última fase do projeto, especialmente com relação a secretaria da saúde. O perfil de participantes envolveu a chefia de departamento e membros da equipe convidados.

Tabela 22 - N° de participantes para construção dos descritores

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Conselho Tutelar	2
Secretaria da Saúde	7
Secretaria do Bem Estar Social	3
<b>Total Geral</b>	12

Fonte: autor

Para essa reunião o facilitador levou propostas de descritores, desenvolvidos com base nas rodadas Delphi e literatura, servindo como material inicial de discussão. Inicialmente foram identificados níveis de referência para cada critério, designados como nível de impacto bom (atratividade inquestionável) e neutro (nem satisfatório nem insatisfatório). O estabelecimento de níveis de referência é importante para o desenvolvimento do modelo MACBETH, pois permitem fixar *scores* (100 para o nível bom e 0 para o nível neutro), o que leva ao entendimento do significado de valor. Após, foram definidos os demais níveis, do mais atrativo, ou desejável, até o nível menos atrativo.

Na condução da reunião o facilitador pediu para os especialistas suporem que estavam recebendo uma criança ou adolescente vítima de violência. Em seguida, as discussões foram embasadas no esquema das perguntas abaixo. Nesse conjunto de tópicos, o primeiro e segundo buscam identificar, respectivamente, os níveis de referência bom e neutro. A partir do terceiro tópico os questionamentos são dedicados à exploração dos demais níveis, organizados do mais atrativo até o menos atrativo.

- 1) Você pode conceber um nível de impacto bom (sem dúvida satisfatório)?
- 2) Você pode conceber um nível de impacto neutro (nem satisfatório nem insatisfatório)?
- 3) Você pode conceber um impacto muito atrativo, ou seja, melhor do que bom?
- 4) Qual poderia ser um impacto atrativo pior do que bom?
- 5) Você pode aceitar um impacto pouco atrativo, isto é, pior do que neutro?

Iniciando pelo valor saúde e área de preocupação alterações físicas, os decisores levantaram sintomas e dimensões associados à construção dos descritores de lesão corporal e lesão genital. Os sintomas estão associados às alterações apresentadas pelas vítimas, como por exemplo, hematomas e queimaduras devido a agressões. Já dimensões são a forma como essas alterações podem ser medidas, por exemplo, o tipo de intervenção que o profissional da saúde deverá executar de acordo com a lesão apresentada.

Dentro de sintomas e dimensões buscou-se terminologias e medições que fossem de comum entendimento para todos os especialistas da rede, evitando termos técnicos ou jargões, por ser um modelo construído de forma participativa e por profissionais de diferentes áreas. Porém houve atenção em buscar elementos que fizessem parte da rotina de trabalho, para um melhor consentimento e aceite do modelo de avaliação.

Na estrutura foi possível listar as alterações e os tipos de intervenção dados, porém sem restringir que um sintoma é mais grave que os outros, pois essa avaliação faz parte de protocolos médicos, ao qual não é foco desse estudo. Por exemplo, não seria possível definir como descritor o fato da vítima apresentar hematoma pois o grau da lesão depende de diagnóstico profissional.

Permanecendo na área de preocupação alterações físicas, para os critérios ISTs e gravidez apenas a organização por dimensões foi necessária para a construção dos descritores. Em relação à ISTs, a avaliação profissional busca o diagnóstico positivo ou negativo, o que irá mudar os encaminhamentos futuros. Para esse estudo não é relevante saber qual é doença apresentada, pois tal fato não irá mudar o resultado do modelo de decisão estruturado. Para gravidez existe maior número de dimensões, sendo necessário a confirmação ou não de gravidez, se deseja dar continuidade e por fim se deseja manter a guarda da criança.

Após a realização dos quatro fóruns de decisão individuais chegamos a um modelo consolidado de descritores de impacto, assim com as âncoras “ neutro” e “bom”, apresentados na Tabela 23. É necessário ressaltar que obtivemos a totalidade de consenso dos participantes presentes, não existindo colocações divergentes. Todos os profissionais, independente dos setores de atuação realizaram contribuições.

Tabela 23 – Descritores alterações físicas

<b>Alterações físicas</b>		
<b>Critério</b>	<b>Sintomas e/ ou dimensões</b>	<b>Descritores</b>
Lesão corporal	<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematomas</li> <li>• Escoriação</li> <li>• Queimaduras</li> <li>• Mordeduras</li> <li>• Ferimento corto contuso</li> </ul> <p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de intervenção</li> </ul>	<p>Lesões classificadas de acordo com o tipo de intervenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem lesão</li> <li>• Lesão leve (necessita de tratamento ambulatorial) - Nível bom</li> <li>• Lesão moderada (necessita de tratamento especializado sem internação) - Nível neutro</li> <li>• Lesão grave (necessita de tratamento hospitalar e/ ou especializado com internação)</li> </ul>
Lesão genital	<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematomas</li> <li>• Lacerações</li> </ul> <p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau da lesão</li> </ul>	<p>Lesões classificadas de acordo com a escala AAST</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem lesão</li> <li>• Contusão ou hematoma - Nível bom</li> <li>• Laceração superficial (apenas mucosa) - Nível neutro</li> <li>• Laceração profunda na gordura ou músculo</li> <li>• Laceração complexa, até cervice ou peritônio</li> <li>• Lesão de órgão adjacentes (ânus, reto, uretra, bexiga)</li> </ul>
IST's	<p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de ISTs/AIDS (sim ou não)</li> </ul>	<p>Existe ou não de diagnóstico de ISTs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há diagnóstico - Nível bom</li> <li>• Há diagnóstico - Nível neutro</li> </ul>
Gravidez	<p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de gravidez (sim ou não)</li> </ul>	<p>Diagnóstico de gravidez</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há diagnóstico de gravidez - Nível bom</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseja dar continuidade (pré-natal ou interrupção de gravidez)</li> <li>• Deseja ficar com a criança (mãe fica com a criança ou encaminha para adoção)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade e há interesse em ficar com a criança - Nível neutro</li> <li>• Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade e não há interesse em ficar com a criança.</li> <li>• Há diagnóstico de gravidez e não deseja dar continuidade</li> </ul>
--	--	--

Fonte: autor

Ainda dentro do valor saúde, na área de preocupação alterações psicoemocionais, os decisores levantaram sintomas e dimensões, associados aos descritores de depressão e transtornos fóbico ansiosos. Nessas duas patologias existem uma gama de sintomas associados e para construção dos níveis de impacto utilizou-se as dimensões frequência e funcionalidade. A primeira usada para avaliar o número de vezes em que existem crises e o segundo para verificar se o paciente, mesmo apresentando a doença, consegue manter sua rotina diária ou se está é limitadora.

Para este modelo de decisão, o tipo de sintomatologia apresentada não é relevante, o foco é buscar a construção de níveis associados a apresentação de algum sintoma, frequência em que ocorrem e se a vítima consegue manter uma rotina de trabalho e estudos. Essa estrutura segue a prática de avaliação utilizada pelos profissionais de atendimento psicológico da rede.

Especificamente para depressão existem 18 sintomas associados, 3 níveis de frequência e 5 níveis de funcionalidade. Para transtornos fóbico ansiosos foram apontados 14 sintomas, 3 níveis de frequência e 4 níveis de funcionalidade. O modelo consolidado de descritores é apresentado na Tabela 24, desenvolvido a partir da combinação das dimensões.

Houve certa dificuldade para definição das âncoras “*Nível bom*” e “*Nível neutro*”, devido à especificidade do caso estudado. Pela interpretação literal da palavra não chegaríamos a nenhum nível considerado como bom, mas o facilitador atuou trazendo exemplo de estruturação de modelo de decisão de decisão multicritério e realizando associações. Foi necessário reforçar que essa vítima passou por uma situação traumática, logo, certos níveis de alterações psicoemocionais seriam aceitáveis.

Tabela 24 – Descritores alterações psicoemocionais

<b>Alterações psicoemocionais</b>		
<b>Critério</b>	<b>Sintomas e/ ou dimensões</b>	<b>Descritores</b>
Depressão	<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor deprimido</li> <li>• Culpa</li> <li>• Suicídio</li> <li>• Insônia Inicial</li> <li>• Insônia intermediária</li> <li>• Insônia atrasada</li> <li>• Trabalho e interesses</li> <li>• Retardo</li> <li>• Agitação</li> <li>• Ansiedade (psíquica)</li> <li>• Ansiedade (somática)</li> <li>• Somatório gastrointestinal</li> <li>• Somatório geral</li> <li>• Genital</li> </ul> <p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência</li> <li>• Funcionalidade (Grau de autonomia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem depressão</li> <li>• Depressão leve - Nível bom <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: às vezes</li> <li>- Funcionalidade: consegue manter suas funções diárias</li> </ul> </li> <li>• Depressão moderada - Nível Neutro <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: frequentemente</li> <li>- Funcionalidade: precisa de apoio para seguir com as funções diárias e conta com esse apoio familiar.</li> </ul> </li> <li>• Depressão moderada com agravante <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: frequentemente</li> <li>- Funcionalidade: precisa de apoio para seguir com as funções diárias e não conta com esse apoio.</li> </ul> </li> <li>• Depressão grave <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: sempre</li> <li>- Funcionalidade: não consegue seguir com as funções diárias mesmo com apoio.</li> </ul> </li> <li>• Depressão gravíssima <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: sempre</li> <li>- Funcionalidade: possui risco de vida e/ou tentativas de suicídios</li> </ul> </li> </ul>

<p>Transtornos fóbico ansiosos</p>	<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humor Ansioso</li> <li>• Tensão</li> <li>• Medo</li> <li>• Insônia</li> <li>• Dificuldades Intelectuais</li> <li>• Humor deprimido</li> <li>• Somatizações motoras</li> <li>• Somatizações sensoriais</li> <li>• Sintomas cardiovasculares</li> <li>• Sintomas respiratórios</li> <li>• Sintomas gastrointestinais</li> <li>• Sintomas geniturinários</li> <li>• Sintomas neurovegetativos</li> <li>• Comportamento na entrevista</li> </ul> <p>Dimensões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência</li> <li>• Funcionalidade (Grau de autonomia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem transtorno fóbico ansioso</li> <li>• Transtorno leve - Nível bom <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: às vezes</li> <li>- Funcionalidade: consegue manter suas funções diárias</li> </ul> </li> <li>• Transtorno moderado - Nível Neutro <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: frequentemente</li> <li>- Funcionalidade: precisa de apoio para seguir com as funções diárias e conta com esse apoio familiar.</li> </ul> </li> <li>• Transtorno moderado com agravante <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: frequentemente</li> <li>- Funcionalidade: precisa de apoio para seguir com as funções diárias e não conta com esse apoio.</li> </ul> </li> <li>• Transtorno grave <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresenta alguma sintomatologia</li> <li>- Frequência: sempre</li> <li>- Funcionalidade: não consegue seguir com as funções diárias mesmo com apoio.</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---

Fonte: autor

Seguindo para o valor segurança, o descritor ameaça foi construído a partir das dimensões chantagem, integridade física e morte (Tabela 25). O primeiro elemento está relacionado a situação em que a vítima foi à coagida a não denunciar o agressor em troca de presentes ou por meios psicológicos, devido afastamento da família no caso do relato ser exposto. O segundo elemento se refere a ameaças de agressão da criança ou de seus familiares. Por último existem relatos de ameaça de morte de si ou de terceiros.

Tabela 25 – Descritores segurança

<b>Segurança</b>		
<b>Critério</b>	<b>Sintomas e/ ou dimensões</b>	<b>Descritores</b>
Ameaça	Dimensão <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chantagem</li> <li>• Integridade física</li> <li>• Morte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem qualquer tipo de ameaça - Nível bom</li> <li>• Com chantagem - Nível neutro</li> <li>• Com ameaça à integridade física de si e/ou terceiros</li> <li>• Ameaça de morte de si e/ou terceiros</li> </ul>

Fonte: autor

Por último, dentro do valor assistência social, o descritor de aspecto familiar foi construído a partir da dimensão figura protetiva (Tabela 26). Esse elemento traz para discussão a existência de alguém dentro de genitores, família extensa ou em rede de apoio extrafamiliar que seja protetivo, no sentido de garantir proteção integral a criança ou adolescente retirando da condição de violência. Nos casos onde isso não é possível a atuação da rede de atendimento é ainda mais importante.

Tabela 26 – Descritores assistência social

<b>Segurança</b>		
<b>Critério</b>	<b>Sintomas e/ ou dimensões</b>	<b>Descritores</b>
Aspecto familiar	Dimensão <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de figura protetiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Figura protetiva em genitores - Nível bom</li> <li>• Figura protetiva em família extensa - Nível neutro</li> <li>• Figura protetiva em rede de apoio extrafamiliar (vizinho/ padrinhos)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não existe figura protetiva na família</li> </ul>
--	--	--

Fonte: autor

Depois de estabelecer os critérios e descritores de desempenho a fase de estruturação foi concluída.

### 4.3 AVALIAÇÃO

Após a fase de estruturação ter sido finalizada é dado início ao desenvolvimento dos modelos de avaliação. Nessa etapa foi construído quatro modelos individuais, referente a cada unidade participante, e um quinto modelo que compreende a visão de grupo. Para coletar os julgamentos foi desenvolvido um protocolo de questões, com base na metodologia MACBETH. Nessa seção é apresentada a construção das escalas de valor e pesos dos critérios.

#### 4.3.1 Modelos individuais multicritério

A coleta de julgamentos foi realizada por meio de reuniões focais nas unidades nos meses de set e out/2019. Nessa etapa houve a participação de 8 profissionais da rede de atendimento, distribuídos de acordo com a Tabela 27. Dentro da secretaria da saúde foram desenvolvidos dois modelos separadamente: o primeiro referente à visão da equipe de epidemiologia e outro referente aos profissionais da saúde mental. Totalizando 4 modelos, nesse material são denominados unid I, II, III e IV, de forma a garantir o anonimato das respostas.

Tabela 27 - N° de participantes para construção dos modelos individuais

<b>Secretaria</b>	<b>N° de Especialistas</b>
Conselho Tutelar	2
Secretaria da Saúde	3
Secretaria do Bem Estar Social	3
<b>Total Geral</b>	<b>8</b>

Fonte: autor

##### 4.3.1.1 Construção das escalas de valor

O protocolo desenvolvido para coleta de informação foi baseado nos critérios e descritores definidos na seção 4.2 e na metodologia MACBETH enunciada na seção 2.3.3. O

material está organizado em duas partes: uma que permite a construção das escalas de valor e outra que permite a obtenção dos pesos dos critérios.

Para a construção das escalas de valor em cada critério propõe-se ao decisor que exprima a diferença de atratividade através de seis categorias: muita fraca (MF); fraca (F); moderada (M); forte (FO); muito forte (MFO); extrema (E), sendo realizados questionamentos do tipo: “quando  $x$  é mais atrativo que  $y$  que diferença de atratividade você sente: muita fraca, fraca, moderada, forte, muito forte ou extrema”? O modelo MACBETH permite ao decisor a escolha de várias categorias sucessivas, porém nesse trabalho foi utilizado apenas uma das categorias para simplificar a condução das reuniões.

Para cada critério foi enunciado os níveis de descritores definidos na Seção 4.2.2, permitindo a construção de matrizes de julgamentos. Todas as perguntas dessa fase compartilham uma estrutura comum buscando simplicidade e melhor compreensão do modelo. Tendo como exemplo o critério Lesão Corporal foi questionado: “Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de lesões corporais”. Os julgamentos com relação as melhorias são realizadas pela comparação entre cada nível de desempenho dos descritores. Nesse trabalho foram comparadas melhorias feitas entre o pior nível de desempenho com os demais e entre cada par consecutivo de níveis de desempenho, correspondendo, a última coluna e a diagonal principal da matriz de decisões MACBETH. Os demais questionamentos dentro dos critérios foram preenchidos por transitividade.

A Figura 11 traz o exemplo da matriz de julgamento no *software* M-MACBETH do critério Lesão corporal com a sinalização da última coluna e diagonal principal. Os cinco níveis de descritores foram classificados de A à D na Tabela 28, sendo possível a construção do protocolo de questionamentos na Tabela 29. As quatro primeiras perguntas se referem à última coluna da matriz de julgamento e as demais são referentes à diagonal principal.

Figura 11 – Matriz de julgamento Lesão Corporal

	Sem	Leve	Moderado	Grave	Gravíssima	
Sem	nula	?	?	?	?	extrema
Leve	?	nula	positiva	?	?	mt. forte
Moderado	?		nula	?	?	forte
Grave	?	?	?	nula	?	moderada
Gravíssima	?	?	?	?	nula	fraca
						mt. fraca
						nula

Última coluna

Diagonal Principal

Julgamentos não testados

Fonte: autor

Tabela 28 – Descritor Lesão Corporal

<b>Critério</b>	<b>Descritores</b>
Lesão corporal	<p>Lesões classificadas de acordo com o tipo de intervenção.</p> <p>(A) Sem lesão</p> <p>(B) Lesão leve (necessita de tratamento ambulatorial) - Nível bom</p> <p>(C) Lesão moderada (necessita de tratamento especializado sem internação) - Nível neutro</p> <p>(D) Lesão grave (necessita de tratamento hospitalar e/ ou especializado com internação)</p>

Fonte: autor

Tabela 29 – Protocolo de questionamento para Lesão Corporal

	N	MF	F	M	FO	MF O	E	<b>Questionamento</b>
Melhoria de E para A								Passar de estado de lesão gravíssima para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para B								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão moderada,

E para C								é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para D								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão grave, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de B para A								Passar de estado de lesão leve para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de C para B								Passar de estado de lesão moderada para lesão leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de lesão grave para lesão moderada, é de que importância para a saúde do paciente?

Fonte: autor

Foi construído um conjunto de perguntas semelhantes para todos os critérios. A versão completa pode ser consultada no Apêndice C.

Por meio de reuniões focais os profissionais foram convidados a responder as questões referentes as diferenças de atratividade utilizando uma categoria da escala MACBETH. As reuniões foram conduzidas por meio de apresentação e após coleta de informação houve a inserção dos dados no M-MACBETH. Quando ocorreu inconsistências de respostas, sugestões do *software* foram aceitas, porque nessa fase não havia contato físico com os tomadores de decisão para discutir mudanças. As tabelas que apresentam as escalas de valor propostas pelo *software* para as quatro unidades são apresentadas e discutidas na seção 5.1.



#### 4.3.1.2 Construção dos pesos dos critérios

Após realizados os julgamentos de diferença de atratividade para cada critério, a fase de avaliação segue para a obtenção de informação de natureza inter-critérios. A sua determinação é realizada com base na importância relativa dos mesmos. Esse dado é importante para que seja possível construir uma regra de agregação aditiva para o modelo, cujo parâmetros de realização foram descritos na Seção 2.3.3.2.

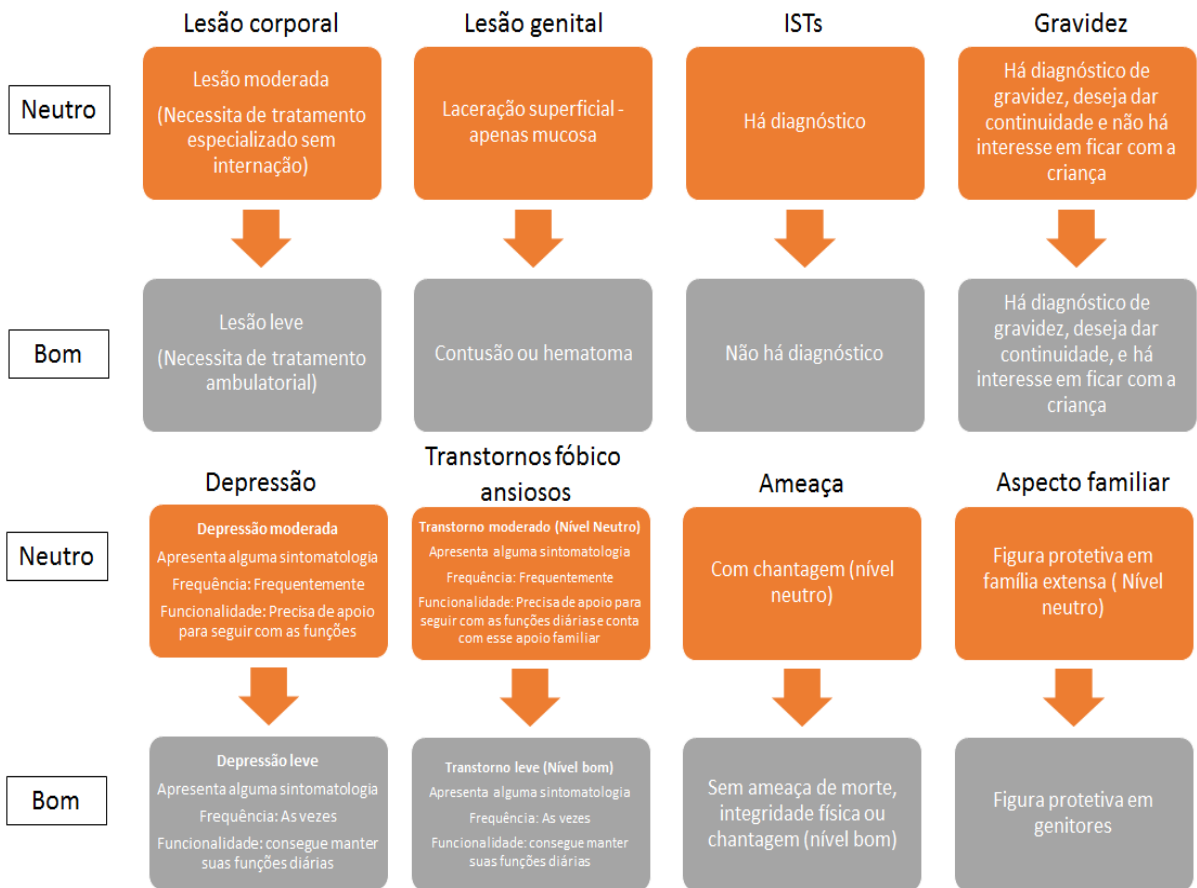
O processo de determinação da informação de preferência inter critério foi modelado em duas etapas principais: ordenação decrescente de atratividade dos pontos de vista fundamentais e construção de uma matriz de juízos de valor para realização dos julgamentos de diferença de atratividade.

Operacionalmente foi apresentado aos decisores um conjunto de todos os critérios com os níveis âncoras “neutro” e “bom”, conforme mostrado na Figura 12. Os profissionais foram convidados a supor que uma criança/adolescente estava no estado definido por todos os níveis laranja (correspondendo aos níveis “neutros”) nos oito critérios, ou seja, apresentava lesão corporal moderada, lesão genital com laceração superficial, diagnóstico de ISTs, continuidade de gravidez porém sem interesse em ficar com a criança, depressão moderada, transtorno fóbico ansioso moderado, passa por chantagem e possui figura protetiva em família extensa.

Após, foram convidados a discorrer a respeito da seguinte questão: suponha que uma criança/adolescente esteja em todos os critérios nos níveis neutros, para melhorar o bem estar da criança, se você pudesse melhorar um nível em um dos 8 critérios qual você escolheria? Mantendo todos os outros no nível neutro. Essa pergunta foi repetida até que todos os critérios estivessem organizados em ordem decrescente de atratividade. Em seguida os decisores foram questionados da seguinte maneira: o quanto mais atrativo é passar de neutro para bom no critério “A” ao invés de passar de neutro para bom no critério “I”? E na resposta eles poderiam selecionar uma das categorias MACBETH. Foram realizados os julgamentos referentes à última coluna e diagonal principal da matriz de decisões, conforme esquema da Figura 13. Os demais foram preenchidos por transitividade.

Em resumo, o esquema de questões foi desenvolvido com o seguinte propósito: a primeira questão necessária para obter a ordenação decrescente e a segunda com o objetivo de obter os julgamentos absolutos de diferença de atratividade.

Figura 12 – Importância inter critério



Fonte: autor

Figura 13 – Ponderação importância inter critério.

The screenshot shows a software window titled 'Ponderação (Global)' with a comparison matrix. The matrix compares ten criteria: [ L.Corporal ], [ L.Genital ], [ ISTs ], [ Gravidez ], [ Ameaça ], [ Depressão ], [ Transtorno F.A ], [ Familiar ], and [ tudo inf. ]. The diagonal elements are 'nula', and all other elements are '?'. A red circle highlights the cell for [ Familiar ] comparing to [ L.Genital ].

	[ L.Corporal ]	[ L.Genital ]	[ ISTs ]	[ Gravidez ]	[ Ameaça ]	[ Depressão ]	[ Transtorno F.A ]	[ Familiar ]	[ tudo inf. ]
[ L.Corporal ]	nula	?	?	?	?	?	?	?	positiva
[ L.Genital ]	?	nula	?	?	?	?	?	?	positiva
[ ISTs ]	?	?	nula	?	?	?	?	?	positiva
[ Gravidez ]	?	?	?	nula	?	?	?	?	positiva
[ Ameaça ]	?	?	?	?	nula	?	?	?	positiva
[ Depressão ]	?	?	?	?	?	nula	?	?	positiva
[ Transtorno F.A ]	?	?	?	?	?	?	nula	?	positiva
[ Familiar ]	?	?	?	?	?	?	?	nula	positiva
[ tudo inf. ]									nula

Legend (Última coluna): extrema mt. forte, forte, moderada, fraca, mt. fraca, nula.

Fonte: autor

Após obtidos em reunião os juízos de valor das unidades participantes, os dados foram incluídos no software M-MACBETH e eventuais inconsistências foram resolvidas através das

sugestões dadas pelo programa. Com as respostas dessa segunda fase foi obtida a classificação e pesos dos critérios. As tabelas que apresentam os resultados dados pelo *software* serão discutidas na Seção 5.1.9.

#### 4.3.2 Conferência de decisão

Em nov-2019 foi reunido em conferência de decisão representantes das unidades e os facilitadores do projeto, além dos docentes, Prof. Dra. Regiane Máximo Siqueira e Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão. Para esse encontro foi planejado o compartilhamento dos resultados dos modelos individuais e realização do mesmo protocolo das rodadas anteriores (seção 4.3.1.1 e 4.3.1.2), porém com as respostas da totalidade do painel de decisores. O material organizado foi dividido em duas partes: a primeira com as perguntas de diferença de atratividade para cada critério com o objetivo de construir as escalas de valor e em seguida os julgamentos inter-critérios. Nessa fase foi definido que em caso de ocorrência de inconsistências o julgamento seria aberto para discussão em grupo e eles iriam decidir que mudança adotar.

Na data agendada duas unidades não puderam comparecer, conferindo a presença de apenas 50% dos envolvidos. Dessa forma, foi realizado momento de abertura, com dados atualizados a respeito de violência no Brasil, e compartilhado os resultados dos modelos individuais, porém os julgamentos do protocolo não foram realizados. Para que fosse possível a modelagem de uma visão de grupo, o seguinte procedimento foi adotado:

- (1) Para os julgamentos dos critérios foram utilizadas todas as classificações dos modelos individuais por questionamento. Exemplo, no critério Lesão Corporal na primeira pergunta do protocolo, “Passar de estado de lesão gravíssima para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente? ”, para três unidades essa melhoria foi de importância extrema e para uma foi de importância muito forte, logo o modelo de visão de grupo teve como resposta à importância percebida de “muito forte à extrema”. Na terceira pergunta do protocolo, “ Passar do estado de lesão gravíssima para lesão moderada, é de que importância para a saúde do paciente? ”, teve três diferentes respostas “ fraca”, “forte” e “extrema”, logo a visão de grupo ficou de importância “fraca à extrema”. E assim sucessivamente para todas as perguntas do protocolo, contemplando todas os dados dos quatro modelos individuais. A Figura 14 traz o exemplo completo para o critério Lesão Corporal.
- (2) Com relação à importância inter-critério foi utilizada a classificação decrescente de acordo com os critérios que apareceram mais de uma vez na mesma posição.

Exemplo, o critério ISTs apareceu na primeira posição no modelo de duas unidades, logo, na modelagem de grupo ocupou também a primeira colocação. Na segunda posição o critério ameaça entrou na segunda posição duas vezes, sendo contemplado então nessa posição para o modelo de grupo. O mesmo raciocínio foi aplicado até o completo preenchimento da matriz.

- (3) Para os julgamentos de diferença de atratividade inter-critério foi adotado o modelo de respostas da Unid II, pois foi a modelagem individual que se adequou a classificação obtida pela visão de grupo. Diferente do procedimento adotado no passo (1) não foi possível contemplar todas as visões, pois diferenças no ordenamento dos critérios mudam a questão do protocolo.

Figura 14 – Matriz de julgamentos do critério Lesão Corporal – Visão de grupo

	Sem	Leve	Moderado	Grave	Gravíssima	Escala actual		
Sem	nula	fort-extr	mfort-extr	mfort-extr	mfort-extr	180	extrema	
Leve		nula	fort-mfort	fort-mfort	mfort-extr	100	mt. forte	
Moderado			nula	mfrac-mfort	frac-extr	0	forte	
Grave				nula	positiva	-100	moderada	
Gravíssima					nula	-400	fraca	
								mt. fraca
								nula

**Julgamentos consistentes**

Fonte: autor

Os dados com relação as escalas de valor obtidas e pesos dos critérios para visão de grupo serão contempladas na seção 5.1.

## 5 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Neste capítulo a discussão é realizada através de comparações entre os modelos individuais e de grupo para explorar a variabilidade de opiniões. Em seguida, com relatos de três casos de violência, a aplicação dos modelos de avaliação é ilustrada.

### 5.1 COMPARAÇÃO DOS MODELOS

#### 5.1.1 Lesões corporais

O critério lesões corporais apresentou cinco níveis de desempenho, do estado de sem lesão à lesão gravíssima, definidos na Seção 4.2.2. Para simplificar os dados na tabela, os níveis foram numerados de A até E. Os julgamentos de diferença de atratividade foram realizados em relação a comparação do estado de lesão gravíssima (E) com todos os outros níveis (Nula (A), Leve (B), Moderada (C), Grave (D)) e a comparação de todos os pares consecutivos (Leve (B) com Nula (A), Moderada (C) com Leve (B), Grave (D) com Moderada (C)), conforme protocolo de questões definidos na seção 4.3.1.1

A Tabela 30 apresenta a classificação de acordo com a escala MACBETH por unidade e a compilação da visão de grupo. Sinalizados em vermelho riscado estão os julgamentos originais que tiveram inconsistências detectadas e a partir de sugestões do *software* M-MACBETH o dado foi substituído. Com as informações da tabela é possível dizer a partir das visões por unidade:

- 75% das unidades concordam com os seguintes julgamentos
  - Passar do estado de lesão gravíssima para sem lesão – **Importância Extrema**
  - Passar do estado de lesão gravíssima para lesão leve – **Importância muito forte**
  - Passar do estado de lesão leve para sem lesão – **Importância Extrema**
- 50% das unidades concordam com os seguintes julgamentos
  - Passar do estado de lesão gravíssima para lesão moderada – **Importância Forte**
  - Passar do estado de lesão moderada para lesão leve – **Importância Forte**
- Não houve consenso
  - Passar do estado de lesão gravíssima para lesão grave
  - Passar do estado de lesão grave para lesão moderada

Tabela 30 – Julgamentos diferença de atratividade Lesões corporais

Unidades	Lesões corporais						
	E-A	E-B	E-C	E-D	B-A	C-B	D-C
UNID I	E	MFO	FO	F	E	FO	FO
UNID II	E	E	E	E	FO	MFO	<del>E</del> MFO
UNID III	E	MFO	F	MF	E	FO	MF
UNID IV	MFO	MFO	FO	M	<del>E</del> MFO	<del>E</del> MFO	<del>MFO</del> FO
GRUPO	MFO - E	MFO - E	F - E	MF - E	FO - E	FO- MFO	MF - MFO

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

A Tabela 31 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos. Os níveis Leve e Moderado são as âncoras “Bom” e “Neutro”, logo, suas pontuações são 100 e 0 em todas as situações, não tendo variação. As escalas de valor traduzem a atratividade de melhoria dada pelos entrevistados

Tabela 31 – Escalas de valor Lesões corporais

Unidades	Lesões corporais				
	Sem	Leve	Moderado	Grave	Gravíssima
UNID I	374.25	100.00	0.00	-100.00	-150.00
UNID II	180.00	100.00	0.00	-100.00	-400.00
UNID III	275.00	100.00	0.00	-25.00	-50.00
UNID IV	200.00	100.00	0.00	-50.00	-87.5
MÉDIA	257.31	100.00	0.00	-68.75	-171.87
DESV-PAD	88.03	0.00	0.00	37.5	157.57
GRUPO	200	100.00	0.00	-25.00	-100.00

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 31, olhando para os dados das Unids I e II é possível afirmar que a melhoria de lesão grave para moderada é igualmente atraente com relação à melhoria de lesão moderada para lesão leve, já que ambos os intervalos possuem 100 pontos. As demais unidades consideraram mais atraente passar de nível moderado para leve (intervalo com 100 pontos) ao invés de passar de estado de lesão grave para moderado.

Com relação ao nível de lesão gravíssima o valor de -400.00 na unidade II captura nossa atenção por estar muito distantes dos demais, inclusive da visão de grupo. Para a unidade passar do estado de lesão gravíssima para grave é de maior importância com relação as demais unidades. Em suma com os intervalos das escalas de valor obtidas observou-se:

- Três unidades e a visão de grupo concordam que a melhoria do estado lesão leve para sem lesão tem mais impacto para a qualidade de vida da criança/adolescente ao invés da melhoria de lesão gravíssima para grave.
- Duas unidades concordam que a melhoria do estado de lesão grave para moderada tem mais impacto ao invés da melhoria de lesão gravíssima para grave. Para uma unidade essa melhoria é igualmente importante.
- Três unidades e a visão de grupo concordam que a melhoria do estado de lesão moderada para sem lesão tem mais impacto ao invés da melhoria de lesão gravíssima para moderada.

### 5.1.2 Lesões Genitais

Seguindo a mesma estrutura do critério lesões corporais, as avaliações qualitativas de acordo com o critério lesões genitais são apresentadas na Tabela 32. Para esse avaliador existem seis níveis de desempenho, do estado de sem lesão à lesão de órgão adjacentes definidos na seção 4.2.2. Para simplificar os dados na tabela os níveis foram numerados de A até F. Os julgamentos de diferença de atratividade foram realizados em relação a comparação do estado de pior nível de lesão (F) com todos os outros níveis e a comparação de todos os pares consecutivos.

Tabela 32 - Julgamentos diferença de atratividade Lesões genitais

Unidades	Lesões genitais								
	F-A	F-B	F-C	F-D	F-E	B-A	C-B	D-C	E-D
UNID I	E	M	M	F	MF	E	M	MF	F
UNID II	E	E	E	E	E	FO	MFO	E	E
UNID III	E	M	M	MF	MF	MFO	<del>MFO</del> M	F	MF
UNID IV	E	FO	FO	M	M	E	FO	M	M
GRUPO	E	M -E	M-E	MF-E	MF-E	FO-E	M- MFO	MF-E	MF-E

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

Com relação ao conjunto de matrizes de julgamentos houve apenas um dado que se apresentou inconsistente envolvendo a unidade III, na pergunta “ Passar do estado de laceração superficial (C) para contusão ou hematoma (B)”. Tal julgamento deve ter sido mal interpretado, porque a unidade considerou que passar do estado de lesão de órgão adjacentes (F) para contusão ou hematoma (B) é de importância moderada, sendo um nível de melhoria de maior abrangência comparado com a melhoria dos níveis de laceração superficial (C) para contusão ou hematoma (B).

Em suma, com os dados da Tabela 32 é possível dizer:

- Existe consenso no questionamento:
  - Passar do estado de lesão de órgãos adjacentes para sem lesão – **Importância Extrema**
- 50% concordam:
  - Passar do estado de lesão de órgãos adjacentes para contusão ou hematoma – **Importância moderada**
  - Passar do estado de lesão de órgãos adjacentes para laceração superficial – **Importância moderada**
  - Passar do estado de lesão de órgãos adjacentes para laceração complexa – **Importância muito fraca**
  - Passar do estado de contusão ou hematoma para sem lesão - **Importância Extrema**
  - Passar do estado de laceração superficial para contusão ou hematoma – **Importância muito forte**
  - Passar do estado de laceração profunda para laceração superficial - **Importância muito fraca**
- Não houve consenso
  - Passar do estado de lesão de órgãos adjacentes para laceração profunda
  - Passar do estado de laceração complexa para laceração profunda

A Tabela 33 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.



Tabela 33 - Escalas de valor Lesões Genitais

Unidades	Lesões genitais					
	Sem	Leve	Moderado	Moderado +	Grave	Gravíssima
UNID I	375.00	100.00	0.00	-25.00	-75.00	-100.00
UNID II	180.00	100.00	0.00	-200.00	-400.00	-600.00
UNID III	340.00	100.00	0.00	-40.00	-60.00	-100.00
UNID IV	357.14	100.00	0.00	-42.86	-85.71	-128.57
MÉDIA	313.03	100	0	-76.96	-155.18	-232.14
DESV-PAD	89.83	0	0	82.39	163.55	245.61
GRUPO	233.33	100.00	0.00	-33.33	-66.67	-100.00

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 33 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- A melhoria no nível de lesão leve para sem lesão é de maior importância para três unidades (I, III, IV) ao invés da melhoria de lesão gravíssima para grave. A opinião do grupo classifica essa melhoria com 100 pontos acima.
- A unidade II foi a única que considerou a melhoria de lesão gravíssima para lesão moderada de maior importância (600 pontos) ao invés da melhoria de lesão moderada para sem lesão (180 pontos).
- A visão de grupo segue com a determinação de importância relativa igual as unidades I, III e IV: considera passar do estado de lesão leve para sem lesão (133.33 pontos) mais importante do que passar do estado de lesão gravíssima para grave (33.33 pontos) e de lesão moderada+ para moderada (33.33 pontos)

### 5.1.3 ISTs

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 34. Para esse avaliador existem dois níveis de desempenho, do estado de diagnóstico de doença ou doença controlada (A) à não existência de diagnóstico (B) definidos na seção 4.2.2. Para simplificar os dados na tabela os níveis foram numerados de A até B. A unidade III preferiu não julgar esse critério devido à complexidade dos casos que chegam para atendimento. Não ocorreram inconsistências nas matrizes de avaliação.

Tabela 34 - Julgamentos diferença de atratividade ISTs

Unidades	ISTs
	B-A
UNID I	MFO
UNID II	E
UNID III	-
UNID IV	MF
GRUPO	MF-E

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

Devido à diferentes visões com relação a esse critério, desde o julgamento de importância Muito Fraca até Extrema para a melhoria de estado de diagnóstico da doença (B) para doença controlada (A), a visão de grupo compreendeu um intervalo com todas as categorias MACBETH.

A Tabela 35 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos. Esse critério possui a peculiaridade de possuir apenas dois níveis de descritores, por isso as escalas compreendem os valores estabelecidos pelas âncoras do modelo: bom (100 pontos) e neutro (0 pontos).

Tabela 35 - Escalas de valor ISTs

Unidades	ISTs	
	Sem	Com doença
UNID I	100	0
UNID II	100	0
UNID III	-	-
UNID IV	100	0
MÉDIA	100	0
DESV-PAD	0	0
GRUPO	100	0

Fonte: autor

#### 5.1.4 Gravidez

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 36. Para esse avaliador existem três níveis de desempenho, do estado de há diagnóstico da gravidez, deseja dar continuidade e há interesse em ficar com a criança (A) à não deseja dar continuidade a gravidez (C) definidos na seção 4.2.2. Assim como ocorreu no critério ISTs, a unidade III preferiu não julgar esse critério devido à complexidade dos casos que chegam para atendimento.

Tabela 36 - Julgamentos diferença de atratividade Gravidez

Unidades	Gravidez		
	C-A	C-B	B-A
UNID I	E	MFO	E
UNID II	<del>N</del> MF	N	MF
UNID III	-	-	-
UNID IV	<del>FO</del> MFO	MFO	FO
GRUPO	MF-E	MFO	MF-E

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

Com relação ao conjunto de matrizes de julgamentos houve ocorrência de dois julgamentos inconsistentes, proferidos pelas unidades II e IV na pergunta “ Passar do estado de não deseja dar continuidade a gravidez (C) para o desejo em ficar com a criança após nascimento (A) é de qual importância? ”. Tal julgamentos ocorreram devido à má interpretação uma vez que a unidade II considerou de importância Muito Fraca a melhoria de não há interesse em ficar com a criança (B) para deseja ficar com a criança (A) sendo um intervalo de julgamento menor em comparação com as mudanças de estado de (C) para (A), dessa forma o *software* M-MACBETH sugeriu a mudança de julgamento da categoria Nula para Muito Fraca. O mesmo raciocínio pode ser aplicado para a mudança de julgamento necessária na unidade III. Em suma, com os dados da Tabela 36 é possível dizer:

- 50% concordam:

Passar do estado de não deseja dar continuidade para não há interesse em ficar com a criança – **Importância muito forte**

- Não houve consenso

Passar do estado de não deseja dar continuidade para há interesse em ficar com a criança

Passar do estado de não há interesse em ficar com a criança para há interesse

A Tabela 37 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.

Tabela 37 - Escalas de valor Gravidez

Unidades	Gravidez		
	Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade, e há interesse em ficar com a criança (A)	Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade e não há interesse em ficar com a criança (B)	Há diagnóstico de gravidez e não deseja dar continuidade (C)
UNID I	100.00	0.00	-83.33
UNID II	100.00	0.00	0.00
UNID III	-	-	-
UNID IV	100.00	0.00	-225
MÉDIA	100	0	-102.77
DESV-PAD	0	0	113.75
GRUPO	100	0	-500

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 37 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- A unidade IV considerou passar do estado de (C) para (B) (225 pontos) de maior importância comparado a passar do estado (B) para (A) (100 pontos). O inverso da interpretação apresentada pela unidade I, onde passar do estado de (B) para (A) é de maior importância.
- Para a unidade II passar do estado de (C) para (B) é de importância nula, não trazendo qualquer benefício para criança/adolescente.

### 5.1.5 Depressão

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 38. Para esse avaliador existem seis níveis de desempenho, do estado sem depressão (A) à depressão gravíssima (F) definidos na seção 4.2.2. Com relação ao conjunto de matrizes houve inconsistências em quatro julgamentos, um por unidade e para perguntas diferentes. Novamente, tais inconsistências podem ser explicadas pela má

interpretação das questões e os casos foram resolvidos através de sugestões dadas pelo *software* M-MACBETH. Em suma, com os dados da Tabela 38 é possível dizer:

- Percebemos consenso em:
  - Depressão gravíssima para sem depressão - **Importância Extrema**
- 75% concordam:
  - Depressão gravíssima para depressão leve – **Importância muito forte**
  - Depressão leve para sem pressão - **Importância Extrema**
- 50% concordam:
  - Depressão gravíssima para depressão moderada - **Importância Forte**
  - Depressão gravíssima para depressão moderada com agravante – **Importância fraca**
  - Depressão gravíssima para depressão grave – **Importância fraca**
  - Depressão moderada para depressão leve - **Importância Forte e Importância muito forte**
  - Depressão moderada com agravante para depressão moderada - **Importância Forte**
  - Depressão grave para depressão moderada com agravante – **Importância moderada**

Tabela 38 – Julgamentos diferença de atratividade Depressão

Unidades	Depressão								
	F-A	F-B	F-C	F-D	F-E	B-A	C-B	D-C	E-D
UNID I	E	MFO	FO	F	F	E	FO	FO	<del>M</del> F
UNID II	E	E	E	E	E	M	FO	<del>MFO</del> FO	E
UNID III	E	MFO	M	MF	MF	E	<del>MFO</del> FO	F	MF
UNID IV	E	MFO	FO	F	F	E	MFO	FO	<del>F</del> F
GRUPO	E	MFO-E	M-E	MF-E	MF-E	M-E	FO-MFO	F-FO	MF-E

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

A Tabela 39 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.

Tabela 39 – Escalas de valor Depressão

	Depressão					
	Sem	Leve	Moderada	Moderad+	Grave	Gravíssima
UNID I	383.33	100.00	0.00	-100.00	-133.33	-166.67
UNID II	175.00	100.00	0.00	-100.00	-425.00	-750.00
UNID III	300.00	100.00	0.00	-50.00	-66.67	-83.33
UNID IV	300.00	100.00	0.00	-54.55	-72.73	-90.91
MÉDIA	289.58	100	0.00	-76.14	-174.433	-272.73
DESV-PAD	85.9	0	0.00	27.62	169.74	320.4
GRUPO	175.00	100.00	0.00	-50.00	-75.00	-100.00

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 39 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- A melhoria no nível de depressão moderada para sem depressão é de maior importância para três unidades (I, III, IV) ao invés da melhoria de depressão gravíssima para moderada. A opinião do grupo classifica essa melhoria com 175 pontos, conferindo também maior importância para esse julgamento.
- Para a unidade II passar de depressão gravíssima para grave é de mesma importância que passar de depressão grave para moderada + (325 pontos). Mesma interpretação pode ser realizada para a unidade III com 16.66 pontos de intervalo para os dois julgamentos e unidade I com 33.33 pontos. Essa interpretação foi levada para a visão de grupo.

### 5.1.6 Transtorno fóbico ansioso

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 40. Para esse avaliador existem cinco níveis de desempenho, do estado sem transtorno (A) à transtorno grave (E) definidos na seção 4.2.2. Com relação ao conjunto de matrizes não houve inconsistências de julgamentos. Em suma, com os dados da Tabela 40 é possível dizer:

- Percebemos consentimento em:
  - Transtorno grave para sem transtorno - **Importância Extrema**
- 75% concordam:
  - Transtorno grave para transtorno leve - **Importância Muito forte**

- Transtorno grave para transtorno moderado com agravante - **Importância Fraca**
- Transtorno leve para sem transtorno - **Importância Extrema**
- 50% concordam:
  - Transtorno grave para transtorno moderado - **Importância Forte**
  - Transtorno moderado para transtorno leve - **Importância Forte**
  - Transtorno moderado com agravante para transtorno moderado - **Importância moderada**

Tabela 40 – Julgamentos diferença de atratividade Transtorno fóbico ansioso

Unidades	Transtorno fóbico ansioso						
	E-A	E-B	E-C	E-D	B-A	C-B	D-C
UNID I	E	MFO	M	F	E	FO	M
UNID II	E	E	E	E	FO	MFO	E
UNID III	E	MFO	FO	F	E	M	FO
UNID IV	E	MFO	FO	F	E	FO	M
GRUPO	E	MFO-E	M-E	F-E	FO-E	M-MFO	M-E

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

A Tabela 41 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.

Tabela 41 – Escalas de valor Transtorno Fóbico Ansioso

Unidades	Transtorno Fóbico Ansioso				
	Sem	Leve	Moderado	Moderado+	Grave
UNID I	300.00	100.00	0.00	-50.00	-83.33
UNID II	180.00	100.00	0.00	-200.00	-400.00
UNID III	433.33	100.00	0.00	-133.33	-200.00
UNID IV	350.00	100.00	0.00	-75.00	-125.00
MÉDIA	315.83	100	0.00	-114.58	-202.08
DESV-PAD	105.95	0	0.00	66.8	140.5
GRUPO	233.33	100.00	0.00	-100.00	-166.67

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 41 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- A melhoria no nível de transtorno moderado para sem depressão é de maior importância para três unidades (I, III, IV) ao invés da melhoria de grave para moderado. A opinião do grupo classifica essa melhoria com 233.33 pontos, conferindo também maior importância para esse julgamento.
- Para a unidade II passar de transtorno grave para moderado+ é de mesma importância que passar de transtorno moderado+ para moderado (200 pontos). Para visão de grupo é mais importante passar do nível moderado+ para moderado.

### 5.1.7 Ameaças

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 42. Para esse avaliador existem quatro níveis de desempenho, do estado sem ameaça (A) à ameaça de morte (D) definidos na seção 4.2.2. Com relação ao conjunto de matrizes houve inconsistências em dois julgamentos nas unidades I e IV. Na pergunta “ Passar do estado de ameaça à integridade física (C) para chantagem (B)? ” A unidade I considerou de importância Moderada, porém anteriormente considerou a melhoria de ameaça de morte (D) para chantagem (B) de importância fraca sendo um intervalo de julgamento maior em comparação com as mudanças de estado de (C) para (B), dessa forma o *software* M-MACBETH sugeriu a mudança de julgamento da categoria Moderada para Fraca. A mesma interpretação pode ser dada para a mudança de julgamento na unidade IV.

Tabela 42 – Julgamentos diferença de atratividade Ameaça

Unidades	Ameaça				
	D-A	D-B	D-C	B-A	C-B
UNID I	E	F	F	E	<del>M</del> F
UNID II	E	N	N	E	N
UNID III	E	F	F	E	F
UNID IV	E	<del>MFO</del> E	E	E	MFO
GRUPO	E	F-E	F-E	E	F-MFO

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema



Em suma, com os dados da Tabela 42 é possível dizer:

- Percebemos consentimento em:
  - Passar do estado de ameaça de morte para sem ameaça - **Importância Extrema**
  - Passar do estado de chantagem para sem ameaça - **Importância Extrema**
- 50% concordam:
  - Passar do estado de ameaça de morte para chantagem - **Importância Fraca**
  - Passar do estado de ameaça de morte para ameaça à integridade física - **Importância Fraca**
- Não houve consentimento
  - Passar do estado de ameaça à integridade física para chantagem

A Tabela 43 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.

Tabela 43 – Julgamentos diferença de atratividade Ameaça

Unidades	Ameaça			
	Sem	Chantagem	Física	Morte
UNID I	100.00	0.00	-25.00	-50.00
UNID II	100.00	0.00	0.00	0.00
UNID III	100.00	0.00	-25.00	-50.00
UNID IV	100.00	0.00	-100.00	-200.00
MÉDIA	100.00	0.00	-37.5	-75
DESV-PAD	0.00	0.00	43.3	86.60
GRUPO	100.00	0.00	-33.33	-66.67

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 43 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- Para a unidade II passar de ameaça de morte para chantagem é de importância nula
- As unidades I e III compartilham a mesma interpretação sobre os julgamentos do critério aspecto familiar
- A unidade IV considera de mesma importância passar de ameaça de morte (D) para ameaça física (C) e de Física (C) para chantagem (B), totalizando 100 pontos por intervalo.

### 5.1.8 Aspecto Familiar

Seguindo a mesma estrutura dos critérios anteriores, as avaliações qualitativas são apresentadas na Tabela 44. Para esse avaliador existem quatro níveis de desempenho, do estado de figura protetiva em genitores (A) à não existe figura protetiva (D) definidos na seção 4.2.2. Com relação ao conjunto de matrizes houve inconsistências em um julgamento na unidade II. Novamente, tal inconsistência pode ser explicada pela má interpretação da questão e o caso foi resolvido através de sugestões dadas pelo *software* M-MACBETH. Em suma, com os dados da Tabela 44 é possível dizer:

- 75% concordam:
  - Passar do estado de não existe figura protetiva para figura protetiva em genitores - **Importância Extrema**
  - Passar do estado de figura protetiva em família extensa para figura protetiva em genitores - **Importância Extrema**
  - Passar do estado de figura protetiva em rede de apoio extrafamiliar para figura protetiva em família extensa - **Importância Muito forte**
- 50% concordam:
  - Passar do estado de não existe figura protetiva para figura protetiva em família extensa - **Importância Muito forte**
  - Passar do estado de não existe figura protetiva para figura protetiva em rede de apoio extrafamiliar - **Importância Muito forte e Importância forte**

Tabela 44 – Julgamentos diferença de atratividade Aspecto Familiar

Unidades	Aspecto Familiar				
	D-A	D-B	D-C	B-A	C-B
UNID I	E	MFO	MFO	E	MFO
UNID II	<del>M</del> -FO	FO	FO	M	FO
UNID III	E	MFO	FO	E	MFO
UNID IV	E	E	MFO	E	MFO
GRUPO	FO-E	FO-E	FO-MFO	M-E	FO-MFO

N= Nula; MF= Muito Fraca; F= Fraca; M=Moderada; FO=Forte; MFO= Muito Forte; E=Extrema

A Tabela 45 apresenta as escalas de valores dos modelos individuais e de grupo obtidos pelos julgamentos qualitativos.

Tabela 45 – Escalas de valor Aspecto Familiar

Unidades	Aspecto Familiar			
	Genitores	F.extensa	Extrafamiliar	Sem
UNID I	100.00	0.00	-45.45	-90.91
UNID II	100.00	0.00	-133.33	-266.67
UNID III	100.00	0.00	-50.00	-90.00
UNID IV	100.00	0.00	-83.33	-166.67
MÉDIA	100	0	-88.89	-153.56
DESV-PAD	0.00	0.00	41.94	83.53
GRUPO	100.00	0.00	-133.33	-266.67

Fonte: autor

Para uma melhor compreensão das escalas de valor apresentadas na Tabela 45 é possível dizer a partir dos intervalos definidos que:

- As unidades I e III consideraram mais importante passar do estado de figura protetiva em família extensa (B) para figura protetiva em genitores (A) ao invés da melhoria de não existe figura protetiva (D) para figura protetiva em família extensa (B).
- As unidades II, IV e visão de grupo consideraram mais importante passar do estado de não existe figura protetiva (D) para figura protetiva em família extensa (B) ao invés da melhoria de passar figura protetiva em família extensa (B) para figura protetiva em genitores (A).

### 5.1.9 Ponderação dos pesos dos critérios

A Tabela 46 apresenta a classificação dada pelas unidades e a visão de grupo quando eles foram confrontados com todos os critérios no nível neutro e tiveram que escolher a ordem em que fariam as melhorias, conforme procedimento descrito na seção 4.3.1.2 para os julgamentos nas unidades e seção 4.3.2 para a modelagem da visão de grupo.

As marcações em cinza são critérios que para a unidade deve ser considerada em conjunto. Exemplo: para a unidade I, lesões genitais e corporais devem ser tratadas em paralelo. Para a unidade II, depressão, transtorno fóbico ansioso, lesões corporais e genitais formam o conjunto de tratamento em saúde.

Para uma melhor compreensão dos dados apresentados na Tabela 46, podemos observar que as unidades I e II consideraram o critério ISTs como o de maior importância, tal julgamento pode ser interpretado pela gravidade das doenças e a necessidade de controlar sintomas e sequelas. O avaliador Ameaças aparece na segunda colocação pelas unidades II e III, a intervenção nesse quesito é importante devido a impactos físicos e emocionais. Em seguida depressão, aparece na terceira colocação pelas unidades II e III. Vale ressaltar que a unidade III se absteve de julgar os critérios ISTs e gravidez, por isso esses dois avaliadores não constam na sua ordenação.

Para a modelagem da visão de grupo, conforme descrito pelo passo (3) da seção 4.3.2, foi utilizado a classificação decrescente de acordo com os critérios que apareceram mais de uma vez na mesma posição. Essa ordem obtida correspondeu à modelagem adotada pela unidade II e parcialmente ao da unidade III, com diferença apenas com relação a primeira colocação.

Tabela 46 – Ordenação decrescente inter-critérios

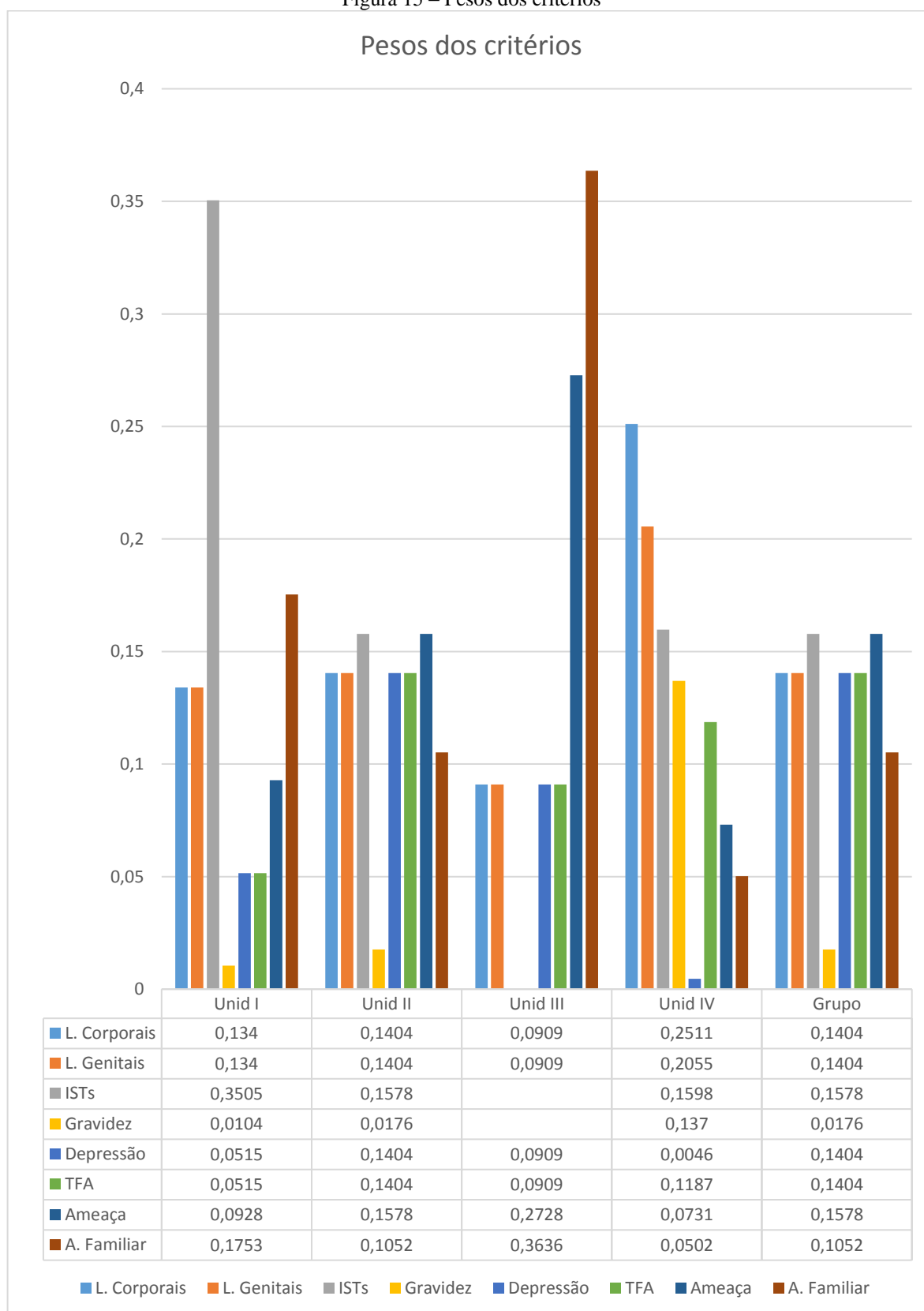
Unid s	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Unid I	ISTs	Aspecto familiar	Lesões corporais	Lesões Genitais	Ameaças	Depressão	Transt. fóbico ansioso	Gravidez
Unid II	ISTs	Ameaças	Depressão	Transt. fóbico ansioso	Lesões corporais	Lesões genitais	Aspecto Familiar	Gravidez
Unid III	Aspecto familiar	Ameaças	Depressão	Transt. fóbico ansioso	Lesões corporais	Lesões genitais	-	-
Unid IV	Lesões corporais	Lesões Genitais	ISTs	Gravidez	Transt. fóbico ansioso	Ameaças	Aspecto Familiar	Depressão
Grup o	ISTs	Ameaças	Depressão	Transt. fóbico ansioso	Lesões corporais	Lesões genitais	Aspecto Familiar	Gravidez

Fonte: autor

Após ordenação e julgamentos realizados, na Figura 15 pode ser visto os pesos atribuídos de acordo com cada unidade. Como a visão de grupo compartilha a mesma modelagem adotada pela unidade II, as pontuações encontradas são as mesmas.

Podemos observar pelos dados da tabela que o critério ISTs teve a maior pontuação pelas unidades I (0,3505) e II (0,1578). Ameaça obteve a mesma pontuação que o critério ISTs na unidade II e segunda maior pontuação pela unidade III (0,2728). Depressão, Transtorno fóbico ansioso, lesões genitais e corporais compartilharam a mesma pontuação na visão de grupo (0,1404). A maior pontuação encontrada em todos os modelos é para Aspecto Familiar na unidade III (0,3636).

Figura 15 – Pesos dos critérios



Fonte: autor

## 5.2 ANÁLISE DE CASOS

Cada modelo multicritério desenvolvido avalia a gravidades de casos de violência sexual contra criança e adolescentes, no ponto de vista das unidades e grupo. Ele pode ser uma ferramenta útil para priorização de atendimentos especializados de acordo com a gravidade em cada critério (lesões corporais, genitais, ISTs, gravidez, depressão, transtorno fóbico ansioso, ameaças e aspecto familiar).

Para ilustrar a aplicação dos modelos, os três casos selecionados na segunda rodada do Delphi (seção 4.2.1.1) foram avaliados de acordo com o conjunto de critérios. Esse procedimento foi adotado de formar a desenhar modelos de casos típicos de acordo com o nível de severidade dos descritores. Exemplo, o caso I é caracterizado pela ocorrência de lesões corporais graves, lesões genitais leves, contaminação por ISTs, não há diagnóstico de gravidez, depressão e transtorno fóbico ansioso moderados, passa por ameaça de morte e não existe família protetiva. Os dados estão compilados na Tabela 47, as avaliações foram realizadas de acordo com o relato e informações da segunda rodada Delphi.

Tabela 47 – Casos típicos violência sexual

	L. Corporais	L. Genitais	ISTs	Gravidez	Depressão	T. Fóbico Ansioso	Ameaça	A Familiar
Caso I	Grave	Leve	Com doença	Nulo	Moderada	Moderado	Morte	Sem
Caso II	Sem	Leve	Sem	Nulo	Moderada	Leve	Física	F. Extensa
Caso III	Moderado	Leve	Sem	Há interesse em ficar com a criança.	Moderada	Moderado	Morte	F. extensa

Fonte: autor

Com a avaliação dos três casos foi possível chegar a pontuações globais para cada modelo de avaliação estabelecidos (Unid I, II, III, IV e grupo). A Tabela 48 traz as avaliações do caso I. Os critérios estão organizados em ordem crescente de pontuação, logo, as primeiras posições são ocupadas pelos critérios mais negativos o que significa pelo método MACBETH avaliações localizadas abaixo das âncoras “neutro” do conjunto dos descritores, estabelecendo-se níveis piores que satisfatórios. Os critérios que possuem pontuação 0 estão localizadas na

âncora “neutro”, 100 localizados na âncora “bom” e acima de 100 são considerados níveis melhores que bom.

Os dados da podem ser interpretados da seguinte maneira: é urgente tratar Lesão corporal, Aspecto Familiar e Ameaça, pois possuem pontuação negativa; não é urgente mais deve ser encaminhado para tratamento ISTs, depressão e transtorno fóbico ansioso (pontuação 0 no nível neutro). Após deve ser acompanhado o aspecto lesão genital (pontuação 100 no nível bom). A visão de grupo converge para a mesma conclusão da análise das unidades por ser tratar de uma compilação de todas os julgamentos.

O esquema da Figura 16 ilustra os passos descritos anteriormente sugerindo opções de tratamento para intervir em critérios de urgência, encaminhamentos e acompanhamento. Essas opções foram selecionadas com base nas informações obtidas do primeiro round Delphi (seção 4.1.2.1) e sugestões do Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão (especialista em políticas de enfrentamento à violência). O fluxo desenvolvido pode ser explicado da seguinte maneira:

- Urgência: Lesões corporais tratadas em Upas e hospitais; Ameaças e aspecto familiar com intervenções pelo CREAS e CAPSi.
- Encaminhamento: Depressão e transtorno fóbico ansioso através de ações CAPSi, parceiros ou unidades básicas; ISTs através de unidades básicas.
- Acompanhamento: Lesões genitais, através de unidades básicas.

É importante enfatizar que tal estrutura são sugestões de intervenções e estão de acordo com as diretrizes do ECA. Além disso, não fizeram parte do escopo do projeto o Sistema Jurídico, Educação e Cultura e ONGs, porém esses departamentos apareceram no fluxo ressaltando o seu valor para a rede de atendimento.

O raciocínio ilustrado acima se aplica a análise dos casos II e III. Estabelecendo-se três níveis de prioridade de tratamento: Urgência para pontuações negativas, Encaminhamento para pontuações entre 0 e 100 e Acompanhamento para pontuações acima de 100. Os dados das Tabelas 55 e 56 trazem respectivamente as avaliações dos casos II e III. O caso II é caracterizado pela ocorrência de lesões genitais leves, depressão moderada, transtorno fóbico ansioso leve, ameaça física e figura protetiva em família extensa. O caso III descrito por lesões corporais moderadas, lesões genitais leves, gravidez com interesse em ficar com a criança, depressão e transtorno fóbico ansioso moderado, ameaça de morte e figura protetiva em família extensa. Os esquemas das Figura 17 e Figura 18 ilustram exemplos de intervenções a serem seguidas por prioridades, respectivamente para o caso II e III.



Tabela 48 – Modelo de avaliação – Caso I

	Unid I		Unid II		Unid III		Unid IV		Grupo		
	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	
<b>C</b> <b>A</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>1</b>	1°	LC	-100	AF	-266.67	AF	-90	A	-200	AF	-266.67
	2°	AF	-90.91	LC	-100	A	-50	AF	-166.67	A	-66.67
	3°	A	-50	ISTs	0	LC	-25	LC	-50	LC	-25
	4°	ISTs	0	D	0	D	0	D	0	ISTs	0
	5°	D	0	TFA	0	TFA	0	ISTs	0	D	0
	6°	TFA	0	A	0	LG	100	TFA	0	TFA	0
	7°	LG	100	LG	100.00			LG	100	LG	100

LC = Lesão corporal; LG = Lesão genital; G= Gravidez; D = Depressão; TFA = Transtorno fóbico ansioso; A= Ameaça; AF = Aspecto Familiar

Tabela 49 - Modelo de avaliação – Caso II

	Unid I		Unid II		Unid III		Unid IV		Grupo		
	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	Critério	Pontos	
<b>C</b> <b>A</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>2</b>	1°	A	-25	AF	0	A	-25	A	-100	A	-33.33
	2°	D	0	D	0	D	0	D	0	D	0
	3°	AF	0	A	0	AF	0	AF	0	AF	0
	4°	TFA	100	TFA	100	TFA	100	TFA	100	TFA	100
	5°	LG	100	LG	100	LG	100	LG	100	LG	100
	6°	LC	375	LC	180	LC	275	LC	200	LC	200

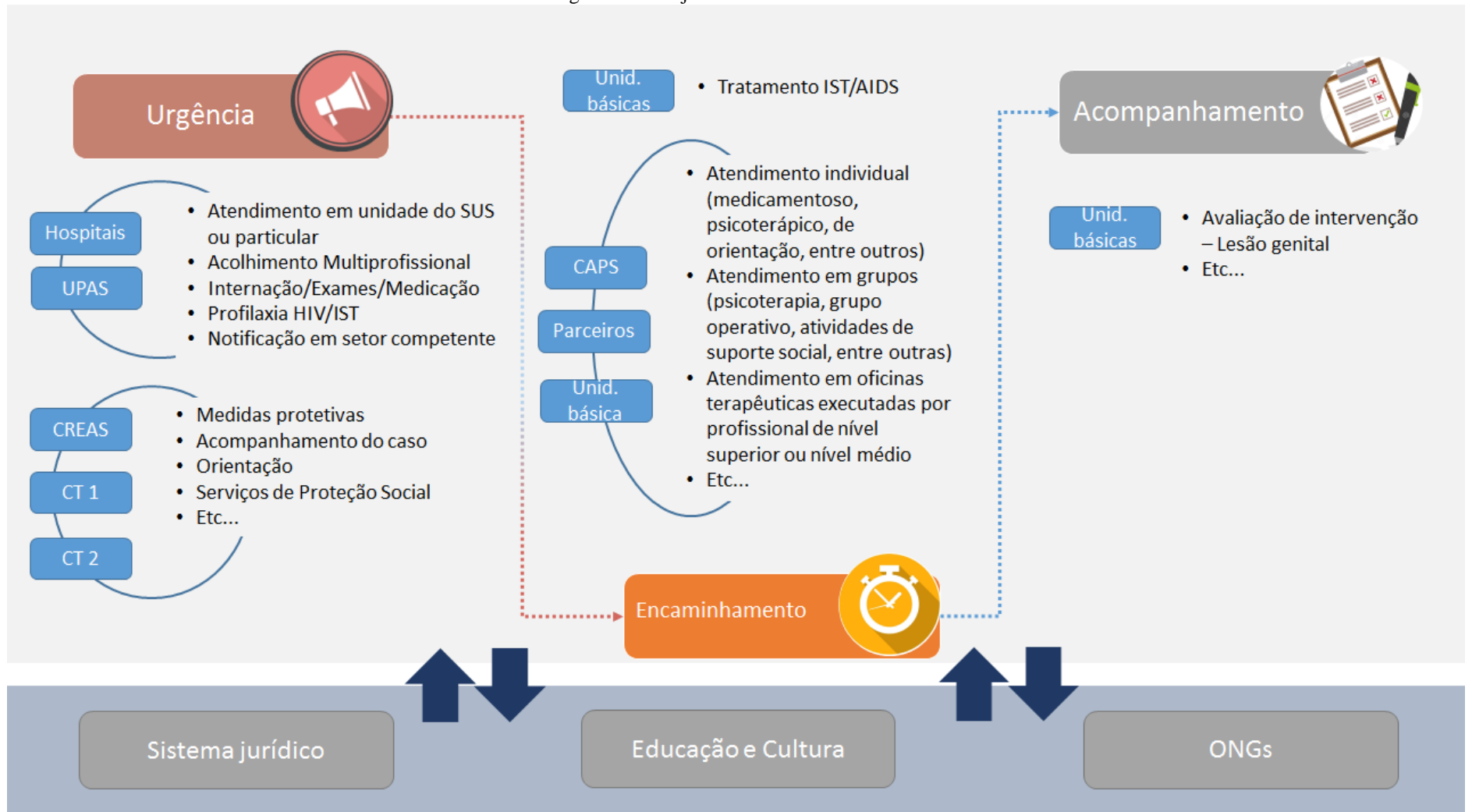
LC = Lesão corporal; LG = Lesão genital; G= Gravidez; D = Depressão; TFA = Transtorno fóbico ansioso; A= Ameaça; AF = Aspecto Familiar

Tabela 50 - Modelo de avaliação – Caso III

	Unid I		Unid II		Unid III		Unid IV		Grupo		
	Critérios	Pontos	Critérios	Pontos	Critérios	Pontos	Critérios	Pontos	Critérios	Pontos	
<b>C</b> <b>A</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>3</b>	1°	A	-50	LC	0	A	-50	A	-200	A	-66.67
	2°	LC	0	D	0	LC	0	D	0	LC	0
	3°	D	0	TFA	0	D	0	TFA	0	D	0
	4°	TFA	0	A	0	TFA	0	A	0	TFA	0
	5°	AF	0	AF	0	AF	0	AF	0	AF	0
	6°	LG	100	LG	100	LG	100	LG	100	LG	100
	7°	G	100	G	100			G	100	G	100

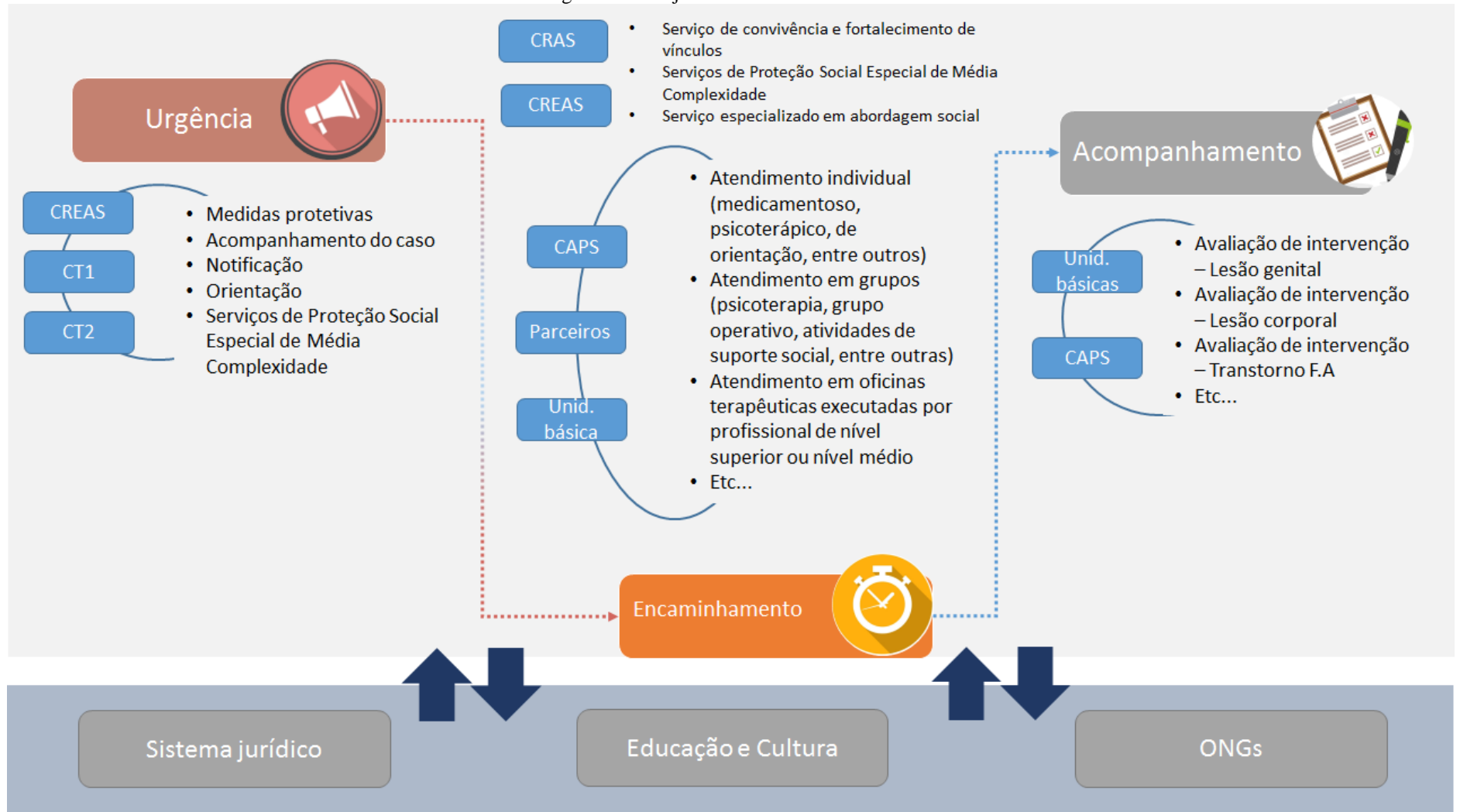
LC = Lesão corporal; LG = Lesão genital; G= Gravidez; D = Depressão; TFA = Transtorno fóbico ansioso; A= Ameaça; AF = Aspecto Familiar

Figura 16 – Projeto de atendimento – Caso I



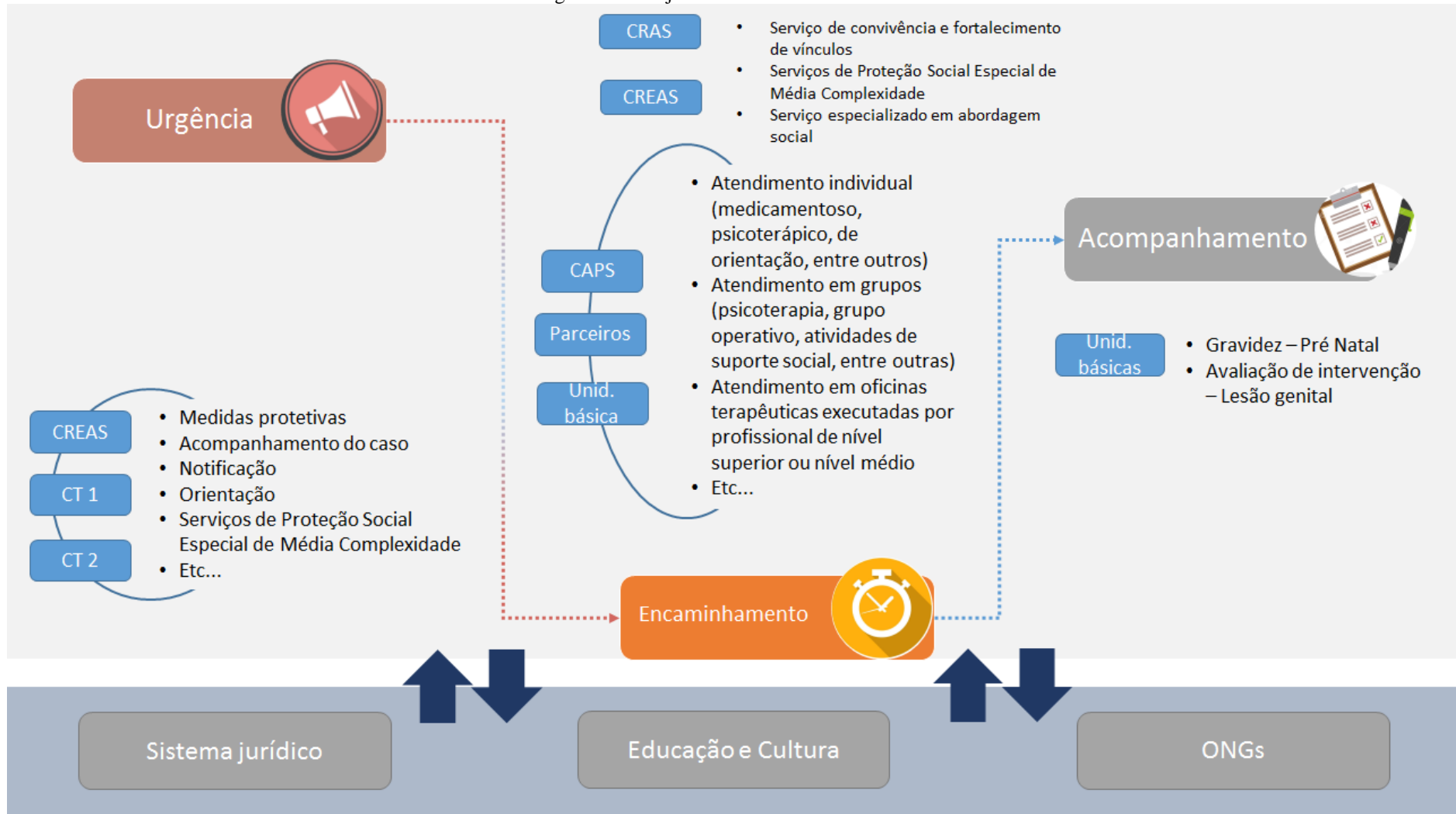
Fonte: autor

Figura 17 – Projeto de atendimento – Caso II



Fonte: autor

Figura 18 – Projetos de atendimento – Caso III



Fonte: autor

## 6 CONCLUSÕES

A violência contra crianças e adolescente é um problema universal (OMS, 2002). No Brasil, de acordo com o relatório divulgado pelo Ministério dos Direitos Humanos em 2017, 59% dos casos de violência denunciados foram relacionadas a criança e adolescente. Dentre as diversas formas de violência que atingem crianças e adolescentes a violência sexual é uma das mais complexas violações dos direitos da infância. Ela ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não possa compreender, não tenha desenvolvimento compatível e não exista consentimento (PLATT et al., 2018).

O objetivo principal dessa pesquisa foi buscar estratégias de encaminhamento que maximizem o bem estar da criança ou adolescentes após serem vítimas de violência sexual. A aplicação do método buscou relacionar os valores e objetivos priorizados no atendimento com os estados e gravidades dos casos. Tendo em vista a complexidade do objeto de pesquisa, a metodologia multicritério foi combinada com método participativo Delphi e abordagem *value focused thinking*.

A pesquisa desenvolveu modelos de decisão que podem ser utilizados para construir projetos de atendimento organizados em ações de emergência, encaminhamentos e acompanhamento. Os resultados atingidos na pesquisa geraram algumas contribuições para o estudo de violência contra criança e adolescentes:

- O desenvolvimento de projetos de atendimento, amparados em ferramenta matemática, confere maior robustez as tomadas de decisão.
- O estudo sugere diretrizes aos setores de atendimento e aponta caminhos de avanço para efetivação dos Direitos garantidos pelo ECA.

O estudo apresentou algumas limitações: as questões respondidas de modo inconsistente na fase de avaliação não foram levadas para discussão com os decisores, sendo aceito as sugestões de mudanças do *software* M-MACBETH (realizadas por transitividade); outra fragilidade foi a baixa participação na reunião de conferência de decisão, também na fase de avaliação, sendo desenvolvido um modelo compilado para a visão de grupo, porém a discussão presencial poderia ter gerado julgamentos diferentes.

Com base nas implicações, contribuições e limitações da pesquisa, algumas propostas de pesquisas futuras foram levantadas: aplicação de mesma metodologia para as demais tipologias de violência; utilização de ferramentas de otimização linear para maximizar o ganho das ações tomadas por projeto; desenvolvimento de *software free* onde fosse possível automatizar a avaliação de casos típicos e ações a serem tomadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, A. S. **Rede de proteção social e promoção de direitos: contribuições do conselho tutelar para a integralidade e a intersetorialidade.** Tese (doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, 2011.

ALMEIDA, B.L.R.S. Desenho e implementação do Método Delphi associado a um feedback visual para promover comunicação junto duma equipa multidisciplinar: seleção de estratégias para reduzir resistência a antimicrobianos em ambiente hospitalar. Dissertação (mestrado em engenharia biomédica). Universidade Técnico Lisboa, Portugal, 2016.

APOSTOLICO, Maíra Rosa et al. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.

BANA E COSTA, C. A. Structuration, Construction et Exploitation d'un Modèle Multicritère d'Aide à la Décision, tese de doutorado, Instituto Superior Técnico, IST, Lisboa, 1992.

BANA E COSTA, C. A. Três convicções fundamentais na prática do apoio à decisão. **Investigação Operacional**, v.13, n.1, 1993.

BANA e COSTA, C.A.; VANSNICK, J.C. Uma Nova Abordagem ao Problema de Construção de uma Função de Valor Cardinal: MACBETH. **Investigação Operacional**, v. 15, pp. 15-35, 1995.

BANA E COSTA, C. A. The use of multicriteria decision analysis to support the search for less conflicting policy options in a multi-actor context: case-study. **Journal of Multi-Criteria Decision Analysis**, v.10, n.2, p.111-125, 2001.

BANA E COSTA, C. A., CORRÊA, E. C., DE CORTE, J.M., VANSNICK, J.C. Facilitating bid evaluation in public call for tenders: A sócio-technical approach. **Omega**, v.30, n.3, p. 227-242, 2002.

BANA E COSTA, C. A; BEINAT, E. Model-structuring in public decision-aiding. London School of Economics and Political Science: Department of Operational Research, 2005.

BANA E COSTA, C. A.; BEINAT, E. Estruturação de Modelos de Análise Multicritério de Problemas de Decisão Pública. **Investigação operacional**, v.3, 2010.

BANA E COSTA, C. A.; DE CORTE, J.-M.; VANSNICK, J.-C. MACBETH. **International Journal of Information Technology & Decision Making**, v. 11, n. 02, p. 359–387, 2012.

BANA E COSTA, C.A.; LOURENÇO, J.C.; OLIVEIRA, M.D.; BANA E COSTA, J.C. A Socio-technical Approach for Group Decision Support in Public Strategic Planning: The Pernambuco PPA Case. **Group Decision and Negotiation**, v. 23, n. 1, p. 5-29, 2014

BABBIE, E. Métodos de Pesquisas de *Survey*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

BAURU. Lei Municipal N° 3.473, de 25 de junho de 1992. Dispõe sobre a política municipal dos direitos da criança e do adolescente, cria o conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente e dá outras providências. Bauru, SP, 1993.

BRASIL. Lei Federal N° 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF, 1990

BRASIL. Lei Federal n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e do combate à fome. conselho nacional de assistência social. Resolução n° 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2012

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p 1 - 2.

BOYNTON, P.M; GREENHALGH, T. Hands-on guide to questionnaire research: Selecting, designing, and developing your questionnaire. **British Medical Journal**, v.328, n.7451, p. 1312-1315, 2004.

CUHLS, K. From forecasting to foresight processes - New participative foresight activities in Germany. **Journal of Forecasting**, v. 22, n. 2, p. 93-111, 2003

FERREIRA, F.A.F.; SANTOS, S.P. Two decades on the MACBETH approach: a bibliometric analysis. **Annals of Operations Research**, 2018.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil**. 2017. Disponível em < <https://www.fadc.org.br/relatorio-anual.html>>. Acessado em 25.08.2017.

GILL, P.; STEWART, K.; TREASURE, E.; CHADWICK, B. Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus group. **British Dental Journal**, v. 204, n.6, p. 291-295, 2008

GIOVINAZZO, R. A.; FISCHMANN, A. A. Delphi Eletrônico – Uma Experiência de Utilização da Metodologia de Pesquisa e seu Potencial de Abrangência Regional. In: XIV Congresso Latinoamericano de Estratégia, Buenos Aires, maio de 2001.

GOMES, L. F. A. M. Teoria da decisão. São Paulo: Thomson, 2007

HSU, C.; SANDFORD, B.A. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. Practical Assessment. **Research & Evaluation**, v. 12, n.10, 2007.

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES. (2016). About Participatory Methods | Participatory Methods. Obtido 22 de Agosto de 2019, de <http://www.participatorymethods.org/page/about-participatory-methods>

JONES, J.; HUNTER, D.; Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. **BMJ**, v. 311, n. 7001, p. 376, 1995.

KALLIS, G.; VIDEIRA, N.; ANTUNES, P.; PEREIRA, A.G.; SPASH, C.L.; Participatory methods for water resources planning. **Environment and Planning C: Government and Policy**, v. 24, n.2, p.215-234, 2006

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria*. 2. ed. Tradução de Maria Cristina Monteiro e Daise Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KENDALL-TACKETT, K. A.; WILLIAMS, L. M.; & FINKELHOR, D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. **Psychological Bulletin**, v. 113, p. 164-180, 1993

KEENEY, R.L. Value-Focused Thinking: A path to creative decisionmaking. Harvard University Press, Cambridge, 1992

KEENEY, R.L., RAIFFA, H. Decisions with Multiple Objectives: Preferences and Value Tradeoffs, Wiley, New York, 1976.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H.P. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v.38, n.2, p. 195-200, 2001

KOWALSKI, K.; STAGL, S.; MADLENER, R.; OMANN, I. Sustainable energy futures: Methodological challenges in combining scenarios and participatory multi-criteria analysis. **European Journal of Operational Research**, v. 197, n. 3, p. 1063-1074, 2009.

LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. Delphi Method: Techniques and Applications. **Addison-Wesley Educational Publishers**, 1975

LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. The Delphi Method: Techniques and Applications. **Addison-Wesley Educational Publishers Inc**, 2002

LINSTONE, H.A.; TUROFF, M. Delphi: A brief look backward and forward. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 78, n. 9, p. 1712-1719, 2011

MAGALHÃES, T. Violência Escolar - prevenir, detectar e intervir. Rede Europeia Anti-Pobreza/ Portugal, 2010

MARDANI, A. et al. Multiple criteria decision-making techniques and their applications – a review of the literature from 2000 to 2014. **Economic Research**, v. 28, n. 1, p. 516-571, 2015.

MARTINS, D.A.; SOUZA, D.M.O.; MELO, K.C.N.S. Utilização do Método Delphi no processo de planejamento estratégico: duas perspectivas e a garantia de eficiência e heterogeneidade. XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Fortaleza, CE, 2006.

MARTTUNEN, M.; LIENERT, J.; BELTON, V. Structuring problems for Multi-Criteria Decision Analysis in practice: A literature review of method combinations. **European Journal of Operational Research**, v. 263, n. 1, p. 1–17, 2017.

MCDA. Multi-criteria analysis: a manual. Department for Communities and Local Government. London, 2009

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. Balanço Anual Ouvidoria Disque Direitos Humanos. 2017. Disponível em <<http://www.mdh.gov.br/informacao-a-cidadao/ouvidoria/dados-disque-100/relatorio-balanco-digital.pdf>>. Acessado em 31.08.2018.

MINGERS, J.; BROCKLESBY, J. Multimethodology: Towards a Framework for Mixing Methodologies. **Omega**, v. 25, n. 5, p. 489–509, 1997.

MORAN-ELLIS, J.; ALEXANDER, V.; CRONIN, A.; DICKINSON, M. . F.; J.; SLENEY, J.; THOMAS, H. Triangulation and Integration: processes, claims and implications. **Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 43–59, 2006.

MYSIAK, J.; GIUPPONI, C.; ROSATO, P. Towards the development of a decision support system for water resource management. **Environmental Modelling and Software**, v.20, n. 2, p. 203-214, 2005.

NARDINI, A. Improving decision making for land use management: Key ideas for an integrated approach based on MCA negotiation forums. *Multicriteria Analysis for Land Use Management*, Kluwer, Dordrecht, 1998.

OECD. Core set of indicators for environmental performance reviews: a synthesis report by the group on the state of the environment. *Environment mono-graphs*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1993.

OMS. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.

PLATT, VB. et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1019-1031, 2018.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M.; VIVAS-CONSUELO, D. Delphi Study: social actors and trends in the Brazilian health care system. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 18, p. 181-190, 2002

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU, Secretaria Municipal do Bem-Estar Social. Disponível em: <http://www2.bauru.sp.gov.br/sebes/>, acessado em 08 de agosto de 2019.

PARREIRAS, R. O. Algoritmos Evolucionários e Técnicas de Tomada de Decisão em Análise Multicritério. Tese de doutorado. Escola de Engenharia da UFTM. 2006.

PRIOTTO, E. Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência do Município de Foz do Iguaçu. **Revisão Geral**, 2016.

ROSENHEAD, J.; MINGERS, J. Rational Analysis for a Problematic World Revisited. Wiley, Chichester, 2001.

ROZADOS, H. B. F. O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação. **Em questão**, v. 21, n. 3, p. 64-86, 2015.

RUSCHIVAL, C. B. Proposta de uma sistemática para o redesign de produtos para a remanufatura. 262 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de



Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2012

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. DEL P. B. Definições dos enfoques quantitativo e qualitativo, suas semelhanças e diferenças. *Metodologia de Pesquisa*, p. 28–48, 2006.

SANTOS, H. H.; SOUZA, R. M.; ARAGÃO, A. S. Decision analysis in referrals of children and adolescent victims of violence: An ANP approach. **Journal of the Operational Research Society**, in press, 2017.

SIQUEIRA, R.M; ARAGÃO, A.S; SANTOS, H.H; TREVIZAN, F.F; OLIVEIRA, F.S. Formação Continuada para a Interpretação de Dados Quantitativos Aplicados à Tomada de Decisão em rede. UNESP Bauru, São Paulo, 2019

SLOCUM, N. Participatory Methods Toolkit: A practitioner's manual. Research Fellow at United Nations University - Comparative Regional Integration Studie, 2003.

SKINNER, R.; NELSON, R.R.; CHIN, W.; LAND, L. The Delphi Method Research Strategy in Studies of Information Systems. **Communications of the Association for Information Systems**, v. 37, p. 31-63, 2015.

UDE, W. Enfretamento da violência sexual infanto-juvenil e construção de redes sociais. Produção de indicadores e possibilidades de intervenção. Enfretamento à violência sexual infanto-juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte, UFMG, Cap.01, 2008.

WRIGHT, J. T. C.; SILVA, A. T. B.; SPERS, R. G. O mercado de trabalho no futuro: uma discussão sobre profissões inovadoras, empreendedorismo e tendências para 2020. **Revista de Administração e Inovação**, v. 7, n. 3, p. 174-197, 2010

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DELPHI ROUND 1

Elaboração de protocolo para notificações e encaminhamento e contra encaminhamento em casos de violência contra crianças e adolescentes

#### **Carta convite**

Caro Sr / Sra, Título do estudo: Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério

A UFTM em parceria com a FEB Unesp/Bauru, cujos pesquisadores Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão e Profa. Dra. Regiane Máximo Siqueira, tem o objetivo de elaborar um programa que agregue todos os setores da rede de proteção à criança e adolescente vítimas de violência (Saúde, Educação, Proteção Social ...), para cada tipo de violência.

A ideia é que o protocolo identifique e promova ações de sensibilização (meios de comunicação, por exemplo), atendimento (pelo CT ou demais serviços), acolhimento (demais serviços da Rede), notificação (Saúde), encaminhamento (demais serviços da Rede) e responsabilização (MP e PM). Existem poucos estudos, até o momento, na literatura que agreguem métodos de apoio à decisão e problemas sociais, como a violência. Esta pesquisa irá, portanto, garantir uma abordagem mais focada, coerente e coordenada para orientar o encaminhamento e contra encaminhamento de casos de violência em crianças e adolescentes e assegurar que tenham proteção integral, conforme orientação do ECA.

O estudo tem critérios de inclusão que pensamos que você pode saber, é o seguinte: Ser servidor público ativo municipal; Trabalhar direta ou indiretamente na rede de proteção à criança e adolescente vítimas de violência; Estar disposto a participar.

Se você atender aos critérios de inclusão, ficaríamos muito gratos se pudesse ler o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), na próxima página, e caso decida continuar entenderemos que está de acordo em participar da pesquisa. Esta pesquisa será realizada utilizando a técnica Delphi, composta por 3 questionários (conhecidos como rodadas), com o objetivo de alcançar consenso. Serão dadas instruções simples e específicas serão fornecidas para cada questionário.

O tempo necessário para o preenchimento de cada questionário (ou rodadas) depende de cada membro do painel, mas deve variar de aproximadamente entre 20 a 30 minutos para a Primeira Rodada, 15 a 30 minutos para a Rodada 2 e 20 a 30 minutos para a Rodada 3. Não há respostas certas ou erradas para as perguntas. Este estudo está buscando sua opinião de

especialistas. Achamos que você achará o processo interessante e os resultados serão disponibilizados para você na conclusão deste estudo.

É importante que você entenda que sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você não deseja participar deste estudo, isso não afetará seu emprego ou serviço prestado. Além disso, qualquer informação que você fornecer será confidencial e quando os resultados do estudo forem relatados, você não será identificável nos resultados. Seu nome não será registrado em nenhuma rodada; em vez disso, você receberá um código exclusivo que só pode ser identificado pelo pesquisador. Você permanecerá anônimo para os outros participantes (ou especialistas) ao longo deste estudo Delphi e apenas os pesquisadores poderão identificar suas respostas específicas. O retorno de rodadas Delphi concluídas implica o consentimento para participar.

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

1. Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério” para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério. Os avanços na área das Ciências da Saúde e da Promoção de Direitos Humanos ocorrem através de estudos como este, por isso reforçamos que a sua participação é importante. A pesquisa não oferecerá riscos ou desconfortos à sua saúde pois não será realizado nenhum procedimento, como coletar sangue, tomar algum medicamento ou realizar esforço físico. 2. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) aprimorar os encaminhamentos de crianças e adolescentes para os locais mais adequados na Rede de Proteção; colaborar na proposição de políticas públicas a partir das informações prestadas. Ao final da pesquisa você receberá uma síntese dos resultados. 3. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para a pesquisa. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. 4. Relativamente ao órgão gestor da Política de Saúde Municipal, a atividade de pesquisa sob a

forma de deslocamentos para os locais para obtenção de dados, aquisição de material de consumo ou de uso permanente não acarretará ônus de qualquer natureza para o referido órgão.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (não é necessário preencher, enviaremos o TECLE por e-mail para ser impresso, preenchido e coletado)**

Título do Projeto: Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Bauru, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

### **Instruções sobre como completar o Delphi Round 1**

A primeira rodada deste Delphi é composta por questões abertas, por exemplo - "Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser enquadrado em violência física, conforme definição acima". Serão ao todo doze questões abertas, quatro para cada tipo de violência. Por favor, seja o mais detalhado na sua resposta quanto possível. Não é necessário identificar o nome verdadeiro dos envolvidos nos casos. Por exemplo, no lugar de "João" pode colocar "X" ou algum nome fictício conforme queira. Por favor, preencha a ficha demográfica no final do questionário. É importante que o pesquisador possa identificar suas respostas, pois o processo Delphi tem feedback individual para cada membro do painel incorporado no processo. Ao final do preenchimento do formulário há três links: 1) Ver respostas anteriores: você possa acessar as respostas agregadas dos participantes da pesquisa; 2) Edite a sua resposta: para editar sua resposta quantas vezes achar necessário até que a primeira rodada seja encerrada; 3) Enviar outra resposta: Você pode preencher o formulário quantas vezes desejar.

### **Violência Física**

Consiste no uso da força física com o objetivo intencional de provocar dano físico, deixando ou não marcas evidentes. Abrange comportamentos que podem ir de formas menos severas de violência física até formas de extrema severidade (das quais resultam lesões graves, incapacidade permanente ou até mesmo a morte da vítima), tais como empurrar, queimar, puxar o cabelo, dar bofetadas, murros, pontapés, apertar os braços com força, apertar o pescoço, bater com a cabeça da vítima na parede ou outras superfícies, dar cabeçadas, etc. Violência física é, assim, toda e qualquer ação não acidental que provoque dano físico ou enfermidade na criança ou jovem. A maioria das crianças que sofrem maus-tratos apresenta alguns indicadores que podem ser úteis na identificação de um ato de violência. Apresentam lesões físicas tais como: hematomas, queimaduras, feridas, cortes, fracturas e outras. Texto de "violência na escola PREVENIR, DETECTAR E INTERVIR - EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal" Teresa Magalhães <https://www.eapn.pt>

Para acessar o ECA: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

- 1) Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser classificado como violência física, conforme definição apresentada, descreva também qual foi o referenciamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo) com essa decisão.
- 2) Quais eram as suas opções de ação nesse caso? \*
- 3) Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação?

### **Violência Sexual**

Consiste em toda a forma de imposição de atos sexuais não desejados, recorrendo a ameaças e coação ou à força física para a obrigar, sendo exemplo a violação e o forçar a vítima a praticar ou a assistir a atos sexuais com terceiros. É preciso lembrar que os abusos sexuais envolvem sentimentos como medo, vergonha e culpa, sendo vividos muitas vezes em silêncio. Texto de "violência na escola PREVENIR, DETECTAR E INTERVIR - EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal" Teresa Magalhães <https://www.eapn.pt> Constitui-se em um grave problema de saúde pública, que afeta crianças e adolescentes de todo o mundo. É caracterizada por Souza, Florio e Kawamoto (2001) como uma interação entre a vítima e o agressor, com o objetivo de atender desejos sexuais, fazendo uso, para tanto, do corpo da criança/adolescente. A violência sexual pode ser com contato físico-genital, orogenital, anal, ou sem contato físico, como acontece no exibicionismo. Quando há contato físico, esse tipo de violência pode ser diagnosticado pelo exame médico-legal. No entanto, o voyeurismo, a manipulação dos órgãos sexuais ou a corrupção de crianças e adolescentes não possuem substrato médico-legal, dificultando a identificação de um caso de agressão, uma vez que faltam

provas que comprovem tal ato (ADED et al., 2006). Texto de "Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu / EDITORIAL - REVISÃO GERAL Elis Maria Teixeira Palma Priotto. – Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016. 100p. : il. ISBN : 978-85-85263-11-9"

- 4) Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser classificado como violência sexual, conforme definição apresentada. Nessa descrição, mencione qual foi o referenciamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo) com essa decisão
- 5) Quais eram as suas opções de ação nesse caso?
- 6) Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação?

### **Violência Psicológica**

Consiste em desrespeitar, desprezar, depreciar, criticar, difamar, insultar ou humilhar a vítima, em público ou em privado, por palavras e/ou comportamentos; criticar negativamente todos os seus comportamentos, características de personalidade ou atributos físicos; gritar de forma a amedrontar a vítima; destruir bens pessoais; perseguir; ameaçar, coagir e intimidar; ameaçar ou maltratar familiares e amigos da vítima; ameaçar matar-se; controlar a vida social com o objetivo de isolar a vítima; entre outras estratégias e comportamentos. No caso de crianças e jovens, pode envolver também expectativas irreais ou exigências de rendimentos escolares, intelectuais, desportivos ou a atuação negativa sobre a criança e o jovem, induzindo-os a uma autoimagem negativa e a um fraco desempenho, ou estimulando na criança e jovem um padrão de comportamento destrutivo. Quando não se reconhece o valor da criança/jovem, quando se impede a criança/jovem de ter amigos, quando se praticam agressões verbais contra a criança/jovem, quando não se estimula o crescimento intelectual da criança/jovem, está a cometer-se um ato de violência psicológica, o qual pode trazer graves danos ao seu desenvolvimento psicológico, físico, sexual e social. Texto de "violência na escola PREVENIR, DETECTAR E INTERVIR - EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal" Teresa Magalhães <https://www.eapn.pt>

Para acessar o ECA: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

- 7) Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser classificado como violência psicológica, conforme definição apresentada. Nessa descrição, mencione qual foi o referenciamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo) com essa decisão
- 8) Quais eram as suas opções de ação nesse caso?

9) Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação?

### **Negligência**

Consiste no ato de omissão do responsável pela criança/jovem em proporcionar as necessidades básicas necessárias para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento. Os danos causados pela negligência podem ser permanentes e graves. Texto de "violência na escola PREVENIR, DETECTAR E INTERVIR - EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal" Teresa Magalhães <https://www.eapn.pt> É definida por Souza, Florio e Kawamoto (2001) como a omissão em termos de cuidados básicos, por parte do responsável pela criança ou adolescente que, a depender da intensidade, pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos e até morte. Pode ser identificada em situações em que a criança ou o adolescente não é adequadamente alimentado, veste-se mal, apresenta higiene precária, não recebe atenção, carinho, ou também quando a criança é deixada sozinha, correndo o risco de sofrer um acidente. O abandono é apontado por Costa et al. (2007) como o tipo mais grave de negligência familiar, constituindo, portanto, um importante problema social. Isso se deve ao fato de que crianças e adolescentes são ainda imaturos para enfrentar, sem auxílio dos pais, os entraves impostos pelo ambiente. As consequências desse abuso são, de acordo com Souza, Florio e Kawamoto (2001), danos físicos, psicológicos e emocionais, que podem ser revertidos ou marcar a criança e o adolescente permanentemente. Texto de "Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu / EDITORIAL - REVISÃO GERAL Elis Maria Teixeira Palma Priotto. – Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016. 100p. : il. ISBN : 978-85-85263-11-9"

Para acessar o ECA: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

- 10) Descreva um caso que você vivenciou e que possa ser classificado como violência psicológica, conforme definição apresentada. Nessa descrição, mencione qual foi o referenciamento realizado (ação) e o que se esperava alcançar (objetivo) com essa decisão
- 11) Quais eram as suas opções de ação nesse caso?
- 12) Quais foram os fatores determinantes/importantes para o sucesso da ação?

### **Ficha Demográfica**

O objetivo dessa seção é fazer uma análise descritiva do perfil dos participantes da pesquisa

Sexo	<input type="radio"/> Feminino
	<input type="radio"/> Masculino
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer

Idade	<input type="radio"/> Entre 18 e 25 anos
	<input type="radio"/> Entre 26 e 32 anos
	<input type="radio"/> Entre 32 e 39 anos
	<input type="radio"/> Entre 40 e 47 anos
	<input type="radio"/> Entre 48 e 55 anos
	<input type="radio"/> Entre 56 e 62 anos
	<input type="radio"/> Acima de 62 anos
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer
Formação	<input type="radio"/> Ensino Fundamental
	<input type="radio"/> Ensino Médio
	<input type="radio"/> Ensino Profissionalizante
	<input type="radio"/> Ensino Superior
	<input type="radio"/> Pós-graduação (Especialização)
	<input type="radio"/> Pós-graduação (Mestrado)
	<input type="radio"/> Pós-graduação (Doutorado)
<input type="radio"/> Prefiro não dizer	
Cidade em que atua	
Secretaria de atuação	
Cargo atual	
Tempo de experiência no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência	<input type="radio"/> Menos de 1 ano
	<input type="radio"/> De 1 a 2 anos
	<input type="radio"/> De 2 a 3 anos
	<input type="radio"/> De 3 a 4 anos
	<input type="radio"/> Mais que 4 anos
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer

## APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO DELPHI ROUND 2

Elaboração de protocolo para notificações e encaminhamento e contra encaminhamento em casos de violência contra crianças e adolescentes

### Carta convite

Caro Sr / Sra, Título do estudo: Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo



da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério

A UFTM em parceria com a FEB Unesp/Bauru, cujos pesquisadores Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão e Profa. Dra. Regiane Máximo Siqueira, tem o objetivo de elaborar um programa que agregue todos os setores da rede de proteção à criança e adolescente vítimas de violência (Saúde, Educação, Proteção Social ...), para cada tipo de violência.

A ideia é que o protocolo identifique e promova ações de sensibilização (meios de comunicação, por exemplo), atendimento (pelo CT ou demais serviços), acolhimento (demais serviços da Rede), notificação (Saúde), referenciamento (demais serviços da Rede) e responsabilização (MP e PM). Existem poucos estudos, até o momento, na literatura que agreguem métodos de apoio à decisão e problemas sociais, como a violência. Esta pesquisa irá, portanto, garantir uma abordagem mais focada, coerente e coordenada para orientar o referenciamento e contra referenciamento de casos de violência em crianças e adolescentes e assegurar que tenham proteção integral, conforme orientação do ECA.

O estudo tem critérios de inclusão que pensamos que você pode saber, é o seguinte: Ser servidor público ativo municipal; Trabalhar direta ou indiretamente na rede de proteção à criança e adolescente vítimas de violência; Estar disposto a participar.

Se você atender aos critérios de inclusão, ficaríamos muito gratos se pudesse ler o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), na próxima página, e caso decida continuar entenderemos que está de acordo em participar da pesquisa. Esta pesquisa será realizada utilizando a técnica Delphi, composta por 3 questionários (conhecidos como rodadas), com o objetivo de alcançar consenso. Serão dadas instruções simples e específicas serão fornecidas para cada questionário.

O tempo necessário para o preenchimento de cada questionário (ou rodadas) depende de cada membro do painel, mas deve variar de aproximadamente entre 20 a 30 minutos para a Primeira Rodada, 15 a 30 minutos para a Rodada 2 e 20 a 30 minutos para a Rodada 3. Não há respostas certas ou erradas para as perguntas. Este estudo está buscando sua opinião de especialistas. Achamos que você achará o processo interessante e os resultados serão disponibilizados para você na conclusão deste estudo.

É importante que você entenda que sua participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você não deseja participar deste estudo, isso não afetará seu emprego ou serviço prestado. Além disso, qualquer informação que você fornecer será confidencial e quando os resultados do estudo forem relatados, você não será identificável nos resultados. Seu nome não será registrado em nenhuma rodada; em vez disso, você receberá um código exclusivo que só

pode ser identificado pelo pesquisador. Você permanecerá anônimo para os outros participantes (ou especialistas) ao longo deste estudo Delphi e apenas os pesquisadores poderão identificar suas respostas específicas. O retorno de rodadas Delphi concluídas implica o consentimento para participar.

### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

1. Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério” para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério. Os avanços na área das Ciências da Saúde e da Promoção de Direitos Humanos ocorrem através de estudos como este, por isso reforçamos que a sua participação é importante. A pesquisa não oferecerá riscos ou desconfortos à sua saúde pois não será realizado nenhum procedimento, como coletar sangue, tomar algum medicamento ou realizar esforço físico. 2. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) aprimorar os encaminhamentos de crianças e adolescentes para os locais mais adequados na Rede de Proteção; colaborar na proposição de políticas públicas a partir das informações prestadas. Ao final da pesquisa você receberá uma síntese dos resultados. 3. Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para a pesquisa. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. 4. Relativamente ao órgão gestor da Política de Saúde Municipal, a atividade de pesquisa sob a forma de deslocamentos para os locais para obtenção de dados, aquisição de material de consumo ou de uso permanente não acarretará ônus de qualquer natureza para o referido órgão.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO (não é necessário preencher, enviaremos o TECLE por e-mail para ser impresso, preenchido e coletado)**

Título do Projeto: Violência contra crianças e adolescentes: aplicação de modelos híbridos de tomada de decisão para melhoria dos encaminhamentos e Análise do ciclo da

violência contra crianças e adolescentes na cidade de Bauru/SP e diretrizes para a efetividade da rede de proteção com auxílio de metodologia multicritério Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Bauru, ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

### **Instruções sobre como completar o Delphi Round 2**

A segunda rodada deste Delphi é composta por questões abertas, por exemplo - "Quais são as causas sócio-econômicas subjacentes aos problemas relacionados à violência sexual?". Serão ao todo oito questões abertas. Por favor, seja o mais detalhado na sua resposta quanto possível. Não é necessário identificar o nome verdadeiro dos envolvidos nos casos. Por exemplo, no lugar de "João" pode colocar "X" ou algum nome fictício conforme queira. Por favor, preencha a ficha demográfica no final do questionário. É importante que o pesquisador possa identificar suas respostas, pois o processo Delphi tem feedback individual para cada membro do painel incorporado no processo. Ao final do preenchimento do formulário há três links: 1) Ver respostas anteriores: você possa acessar as respostas agregadas dos participantes da pesquisa; 2) Edite a sua resposta: para editar sua resposta quantas vezes achar necessário até que a primeira rodada seja encerrada; 3) Enviar outra resposta: Você pode preencher o formulário quantas vezes desejar.

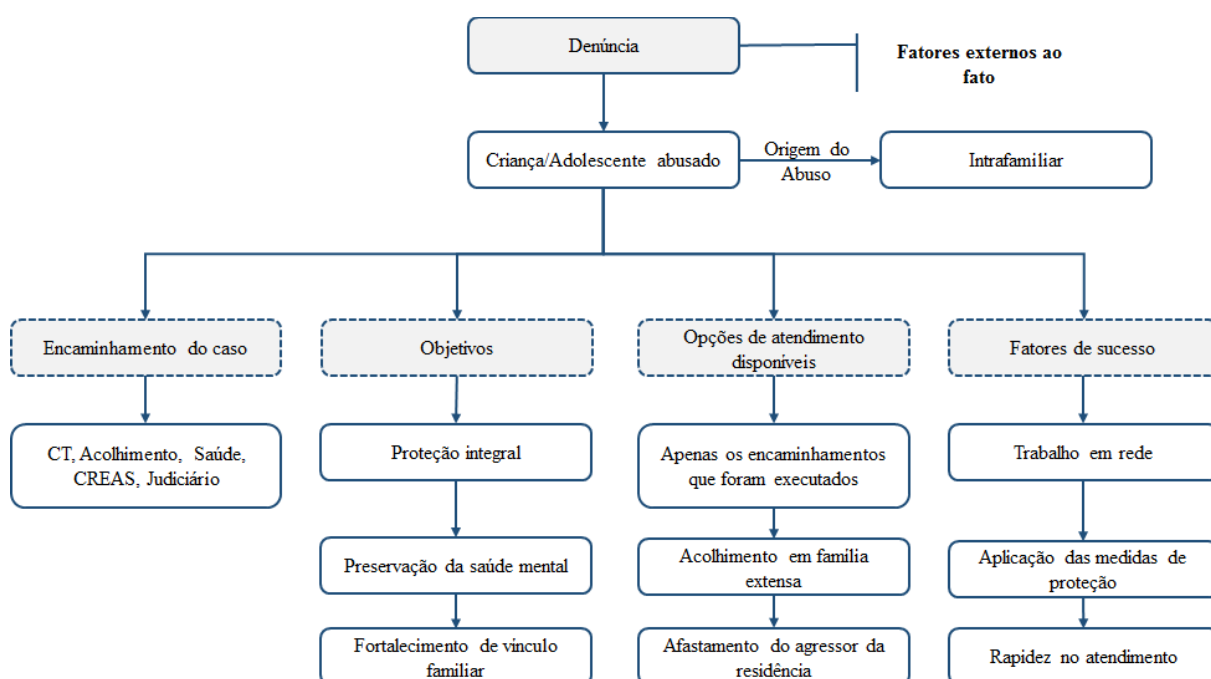
### **Violência Sexual**

Consiste em toda a forma de imposição de atos sexuais não desejados, recorrendo a ameaças e coação ou à força física para a obrigar, sendo exemplo a violação e o forçar a vítima a praticar ou a assistir a atos sexuais com terceiros. É preciso lembrar que os abusos sexuais envolvem sentimentos como medo, vergonha e culpa, sendo vividos muitas vezes em silêncio. Texto de "violência na escola PREVENIR, DETECTAR E INTERVIR - EAPN - Rede Europeia AntiPobreza / Portugal" Teresa Magalhães <https://www.eapn.pt> Constitui-se em um grave

problema de saúde pública, que afeta crianças e adolescentes de todo o mundo. É caracterizada por Souza, Florio e Kawamoto (2001) como uma interação entre a vítima e o agressor, com o objetivo de atender desejos sexuais, fazendo uso, para tanto, do corpo da criança/adolescente. A violência sexual pode ser com contato físico-genital, orogenital, anal, ou sem contato físico, como acontece no exibicionismo. Quando há contato físico, esse tipo de violência pode ser diagnosticado pelo exame médico-legal. No entanto, o voyeurismo, a manipulação dos órgãos sexuais ou a corrupção de crianças e adolescentes não possuem substrato médico-legal, dificultando a identificação de um caso de agressão, uma vez que faltam provas que comprovem tal ato (ADED et al., 2006). Texto de "Protocolo de atendimento à criança e ao adolescente vítima da violência do Município de Foz do Iguaçu / EDITORIAL - REVISÃO GERAL Elis Maria Teixeira Palma Priotto. – Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2016. 100p. : il. ISBN : 978-85-85263-11-9"

Para acessar o ECA: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

### Mapa Cognitivo das respostas do Round I



### DPSIR das respostas do Round I

Forças Motoras	Pressões	Estados	Impactos	Respostas
Causas socioeconômicas subjacentes aos problemas de violência sexual	Ameaças Coação	Alterações provocadas no indivíduo pelas pressões	Efeito no indivíduo e na família	Resposta da rede de proteção para o problema de violência sexual

### Caso I

Um caso que me recorde diz respeito há uma família no qual os três irmãos foram acolhidos devido violência física que sofriam por parte do padrasto e a omissão da genitora, anterior ao acolhimento as crianças precisaram ser encaminhadas ao pronto atendimento infantil, ficando um deles internado e inclusive submetido a cirurgia. Como descrito no caso anterior, após o acolhimento um dos irmãos fora diagnosticado com sífilis, após contato com a Maternidade Santa Isabel foi constatado que a mãe da criança não possuía essa doença, sendo verificado pouco tempo depois que a criança era abusada sexualmente pelo padrasto. Com base em tal relato, sugerimos que discorram sobre as seguintes questões:

- 1) Quais são as possíveis causas sócio-econômicas subjacentes aos problemas relacionados a esse tipo de violência sexual?
- 2) Que tipo de opressão/ameaça pode ser provocada em um indivíduo que sofreu/sofre esse tipo de violência sexual?
- 3) Quais são as alterações físicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 4) Quais são as alterações emocionais provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 5) Quais são as alterações psicológicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 6) Quais são os possíveis impactos no indivíduo e na família provocadas por esse tipo de violência sexual?
- 7) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para o INDIVÍDUO que sofreu esse tipo de violência sexual?
- 8) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para a FAMÍLIA do indivíduo que sofreu esse tipo de violência sexual?

### Caso II

Genitor morava com Alice de 5 anos na residência que era frequentada por vários amigos que as vezes dormia por lá. A guarda era do genitor mas ele tomou a criança a base de ameaças. Houve várias denúncias no conselho de ruídos estranhos na casa e de ouvir uma criança pedindo socorro dizendo " para papai" "ai minha perninha papai" A criança foi ouvida pela psicóloga do CREAS e conferido abusos por parte do genitor. Foi entregue a avó materna com termo de responsabilidade e encaminhamento para regularização da guarda. Encaminhada para rede assistencial para atendimentos. Orientação e acompanhamento temporário. Neste caso tínhamos a família extensa para proteção da criança. Não necessitando de acolhimento. Em estudos notou-se genitora não protetiva. Em atendimentos criança relatou à psicóloga que o dia mais feliz da sua vida foi quando foi entregue à avó. Rapidez no atendimento da denuncia. Atuação do CREAS/ PSICOLOGA que conseguiu vinculação suficiente com a criança para obter os relatos. Com base em tal relato, sugerimos que discorram sobre as seguintes questões:

- 9) Quais são as possíveis causas sócio-econômicas subjacentes aos problemas relacionados a esse tipo de violência sexual?
- 10) Que tipo de opressão/ameaça pode ser provocada em um indivíduo que sofreu/sofre esse tipo de violência sexual?
- 11) Quais são as alterações físicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 12) Quais são as alterações emocionais provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 13) Quais são as alterações psicológicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 14) Quais são os possíveis impactos no indivíduo e na família provocadas por esse tipo de violência sexual?
- 15) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para o INDIVÍDUO que sofreu esse tipo de violência sexual?
- 16) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para a FAMÍLIA do indivíduo que sofreu esse tipo de violência sexual?

### **Caso III**

Uma adolescente engravidou de seu padrasto. A adolescente recebeu atendimento em psicoterapia individual, orientações a família, acionado a justiça de infância e juventude, CREAS, Conselho tutelar. Objetivo alcançado: detenção do abusador, adolescente com estabilidade emocional. Com base em tal relato, sugerimos que discorram sobre as seguintes questões:

- 17) Quais são as possíveis causas sócio-econômicas subjacentes aos problemas relacionados a esse tipo de violência sexual?
- 18) Que tipo de opressão/ameaça pode ser provocada em um indivíduo que sofreu/sofre esse tipo de violência sexual?
- 19) Quais são as alterações físicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 20) Quais são as alterações emocionais provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 21) Quais são as alterações psicológicas provocadas no indivíduo por esse tipo de violência sexual?
- 22) Quais são os possíveis impactos no indivíduo e na família provocadas por esse tipo de violência sexual?
- 23) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para o INDIVÍDUO que sofreu esse tipo de violência sexual?
- 24) Quais são as possíveis respostas que a rede de proteção pode oferecer para a FAMÍLIA do indivíduo que sofreu esse tipo de violência sexual?

### Ficha Demográfica

O objetivo dessa seção é fazer uma análise descritiva do perfil dos participantes da pesquisa

Sexo	<input type="radio"/> Feminino
	<input type="radio"/> Masculino
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer
Idade	<input type="radio"/> Entre 18 e 25 anos
	<input type="radio"/> Entre 26 e 32 anos
	<input type="radio"/> Entre 32 e 39 anos
	<input type="radio"/> Entre 40 e 47 anos
	<input type="radio"/> Entre 48 e 55 anos
	<input type="radio"/> Entre 56 e 62 anos
	<input type="radio"/> Acima de 62 anos
Formação	<input type="radio"/> Prefiro não dizer
	<input type="radio"/> Ensino Fundamental
	<input type="radio"/> Ensino Médio
	<input type="radio"/> Ensino Profissionalizante
	<input type="radio"/> Ensino Superior

	<input type="radio"/> Pós-graduação (Especialização)
	<input type="radio"/> Pós-graduação (Mestrado)
	<input type="radio"/> Pós-graduação (Doutorado)
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer
Cidade em que atua	
Secretaria de atuação	
Cargo atual	
Tempo de experiência no trabalho com crianças e adolescentes vítimas de violência	<input type="radio"/> Menos de 1 ano
	<input type="radio"/> De 1 a 2 anos
	<input type="radio"/> De 2 a 3 anos
	<input type="radio"/> De 3 a 4 anos
	<input type="radio"/> Mais que 4 anos
	<input type="radio"/> Prefiro não dizer

### APÊNDICE C – PROTOCOLO FASE DE AVALIAÇÃO

1. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de lesões corporais

	N	MF	F	M	FO	MF O	E	Questionamento
Melhoria de E para A								Passar de estado de lesão gravíssima para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para B								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para C								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão moderada, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para D								Passar de estado de lesão gravíssima para lesão grave, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de B para A								Passar de estado de lesão leve para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente?



Melhoria de C para B								Passar de estado de lesão moderada para lesão leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de lesão grave para lesão moderada, é de que importância para a saúde do paciente?

2. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de lesões genitais

	N	MF	F	M	FO	MF O	E	<b>Questionamento</b>
Melhoria de F para A								Passar de estado de lesão de órgão adjacentes para sem lesão, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para B								Passar de estado de lesão de órgão adjacentes para contusão ou hematoma, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para C								Passar de estado de lesão de órgão adjacentes para laceração superficial, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para D								Passar de estado de lesão de órgão adjacentes para Laceração profunda na gordura ou músculo é de que importância para a saúde do paciente??
Melhoria de F para E								Passar de estado de lesão de órgão adjacentes para Laceração complexa, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de B para A								Passar de estado de contusão ou hematoma para sem lesão é de que importância para a saúde do paciente?

Melhoria de C para B								Passar de estado de laceração superficial para contusão ou hematoma, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de laceração profunda na gordura ou músculo para laceração superficial, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para D								Passar de estado de laceração complexa para laceração profunda na gordura ou músculo, é de que importância para a saúde do paciente?

3. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de ISTs

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	<b>Questionamento</b>
Melhoria de B para A								Passar do estado de existir diagnóstico de IST para um estado de doença controlada, é de que importância para a saúde do paciente?

4. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na condução da gravidez

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	<b>Questionamento</b>
Melhoria de C para A								Passar do estado de não deseja dar continuidade a gravidez para “Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade, e há interesse em ficar com a criança”, é de que importância?
Melhoria de C para B								Passar do estado de não deseja dar continuidade a gravidez para “Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade e não há interesse em

								ficar com a criança”, é de que importância?
Melhoria de B para A								Passar do estado de “Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade e não há interesse em ficar com a criança” para “Há diagnóstico de gravidez, deseja dar continuidade, e há interesse em ficar com a criança ” , é de importância?

5. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de Depressão

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	Questionamento
Melhoria de F para A								Passar de estado de depressão gravíssima para sem depressão , é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para B								Passar de estado de depressão gravíssima para depressão leve , é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para C								Passar de estado de depressão gravíssima para depressão moderada , é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para D								Passar de estado de depressão gravíssima para depressão moderada com agravante , é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de F para E								Passar de estado de depressão gravíssima para depressão grave , é de que importância para a saúde do paciente?

Melhoria de B para A								Passar de estado de depressão leve para sem depressão, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de C para B								Passar de estado de depressão moderada para depressão leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de depressão moderada com agravante para depressão moderada, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para D								Passar de estado de depressão grave para depressão moderada com agravante, é de que importância para a saúde do paciente?

6. Para a saúde da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria na recuperação de transtornos fóbico ansiosos

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	Questionamento
Melhoria de E para A								Passar de estado de transtorno grave para sem transtorno, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para B								Passar de estado de transtorno grave para transtorno leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para C								Passar de estado de transtorno grave para transtorno moderado, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de E para D								Passar de estado de transtorno grave para transtorno moderado com agravante, é de que importância para a saúde do paciente?

Melhoria de B para A								Passar de estado de transtorno leve para sem transtorno, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de C para B								Passar de estado de transtorno moderado para transtorno leve, é de que importância para a saúde do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de transtorno moderado com agravante para transtorno moderado, é de que importância para a saúde do paciente?

7. Para a segurança da criança/adolescente, indique qual a importância de interrupção de ameaças

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	Questionamento
Melhoria de D para A								Passar de estado de ameaça de morte para sem qualquer tipo de ameaça, é de que importância para a segurança do paciente?
Melhoria de D para B								Passar de estado de ameaça de morte para chantagem, é de que importância para a segurança do paciente?
Melhoria de D para C								Passar de estado de ameaça de morte para ameaça à integridade física, é de que importância para a segurança do paciente?
Melhoria de B para A								Passar de estado de chantagem para sem qualquer tipo de ameaça, é de que importância para a segurança do paciente?
Melhoria de C para B								Passar de estado de com ameaça à integridade física para chantagem, é de que importância para a segurança do paciente?

8. Para a assistência da criança/adolescente, indique qual a importância de melhoria no fortalecimento de vínculos familiares.

	N	MF	F	M	FO	MFO	E	Questionamento
Melhoria de D para A								Passar de estado de não existe figura protetiva para existe figura protetiva em genitores, é de importância?
Melhoria de D para B								Passar de estado de não existe figura protetiva para existe figura protetiva em família extensa, é de importância?
Melhoria de D para C								Passar de estado de não existe figura protetiva para existe figura protetiva em rede de apoio extrafamiliar, é de importância?
Melhoria de B para A								Passar de estado de existe figura em família extensa para existe figura protetiva em genitores, é de importância?
Melhoria de C para B								Passar de estado de existe figura protetiva em rede de apoio extrafamiliar para existe figura protetiva em família extensa, é de importância?