UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

CAROLINA SIQUEIRA MENDONÇA

# AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: UM MODELO AVALIATIVO COM FOCO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Associada. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientadora: Profa. Dra. Margareth Aparecida Santini de Almeida

Botucatu
2021

# CAROLINA SIQUEIRA MENDONÇA


## AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: UM MODELO AVALIATIVO COM FOCO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Tese apresentada a Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.


Orientadora: Profa. Associada. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientadora: Profa. Dra. Margareth Aparecida Santini de Almeida



BOTUCATU
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Mendonça, Carolina Siqueira.
Avaliação de serviços de atenção básica : um modelo avaliativo com foco no enfrentamento da violência doméstica / Carolina Siqueira Mendonça. - Botucatu, 2021

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador: Margareth Aparecida Santini de Almeida
Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços de saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Violência doméstica.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde; Avaliação de serviços de saúde; Avaliação em saúde; Violência doméstica.

## AGRADECIMENTOS

Pelo amor e cuidado com que me recebeu, parceria nesses anos, pela convivência, pelo abraços afetuosos, pelas ideias compartilhadas, pelos diálogos construídos, pela generosidade em compartilhar comigo o QualiAB e seu conhecimento, pela confiança, pelo respeito, pela competência, pela ética e pela admiração que tenho... meus eternos agradecimentos a Elen Rose Lodeiro Castanheira. Exemplo de militância política e dedicação à ciência e ao ensino! Obrigado por tudo, especialmente pela amizade;

Pelo afeto com que me recebeu no estágio de docência e pela gentileza com que compartilhou comigo o IUSC e seu conhecimento; pela oportunidade, confiança e respeito; pelas histórias e vivências no cuidado a saúde; por ampliar meus horizontes na área da Saúde Coletiva .... agradeço à Eliana Goldfarb Cyrino. Obrigada pela amizade, parceria e cuidado. Seu olhar melhora o meu!

Pela coorientação e parceria nos últimos anos de doutorado, agradeço a Margareth Aparecida de Almeida Santini. Obrigada por todo aprendizado!

Pela amizade, pelos ensinamentos e experiências compartilhadas na docência, e pelo carinho, gentileza e cuidado de sempre, agradeço a Estela Maria Barin. Obrigada pela parceria!

Agradeço, também, ao grupo do IUSC, queridos professores tutores e alunos, grandes parceiros na aprendizagem de uma formação em saúde humanizada, interprofissional e sempre em busca da integralidade e de uma AB forte!

Ao grupo QualiAB e QualiRede, pelas experiências e aprendizados. Agradeço, especialmente, à Profa. Maria Ines Battistella Nemes, pelas estimulantes críticas e diálogos que me ajudaram a pensar e a amadurecer esse estudo.

À Cassia Marisa Manoel, pelo carinho com que sempre me recebeu, pelos diálogos construtivos, pelo aprendizado e, especialmente, por acreditar em mim e oportunizar minha entrada no IUSC. Meus sinceros agradecimentos!

Aos companheiros que trocaram aprendizados sobre a formação profissional em saúde. Em especial ao Willian Luna, pela amizade e pela cumplicidade nos momentos de escrita da tese. E, ao Toninho, pela afetuosidade com que sempre me recebeu e pelos aprendizados trocados.

Aos professores do Departamento de Saúde Pública da UNESP, por todo aprendizado.

Aos membros da banca examinadora pela inestimáveis contribuições.

À Luciene e ao Wagner pelo carinho de sempre e pelos divertidos papos.

À minha família por todo o suporte e amor, especialmente, à Cristiane e à Lívia, pelo amor e inestimável apoio. Mulheres que ocupam um lugar especial nessa trajetória e em minha vida.

À minha querida amiga Fabiana. Agradeço pelo apoio, pela amizade de tantos anos e pela companhia.

Ao meu pai, sempre em meu coração, por todo amor e dedicação.

À minha mãe, por sempre estar por perto, pela sensibilidade, amor e cuidado no dia a dia.

Ao Anderson, pelo caminho que percorremos juntos.

À CAPES pela bolsa de estudos. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

**À todos aqueles que acreditam, criam e lutam pelo SUS!**

**Que possamos renovar nossas forças para continuarmos na luta pela saúde como direito e pelo SUS. Avante!**

***"Fui percebendo que podemos aprender a perder muita coisa na vida (dinheiro, amores, sonhos), mas quando se vai perdendo a saúde, você fica de frente com o lado mais frágil, mais sensível, mais vulnerável do ser humano. São situações de crise muitas vezes pesadas. Lidar com essa dimensão da vida requer um envolvimento que, muitas vezes, nos contamina com sofrimentos," angústias e dores. Mas sabe aquela voz, os chamamentos da alma? Eles me impulsionam a cursar este caminho e eu apenas os obedeço. . . Entre inquietações e dúvidas prossigo neste caminho pesado e difícil, mas carregado de emoção.***

***OLIVEIRA, J.S. In: VASCONCELOS et al., Perplexidade na Universidade: vivências nos cursos de Saúde, 2015***

## RESUMO

A violência doméstica, principal manifestação do fenômeno da violência que se apresenta para os serviços de Atenção Básica (AB), tem grande magnitude, importância e complexidade. Seus impactos para a saúde têm sido observados em estudos de diversos países, independentemente do grupo populacional. A atenção a pessoas em situação de violência doméstica vem se somar às múltiplas demandas que se colocam para os serviços de AB, enquanto uma necessidade social para a qual vem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que envolvem os serviços de saúde. Essas múltiplas demandas para a AB vêm exigindo além de investimento em pesquisas, a implementação de estratégias de investigação, monitoramento e avaliação que melhorem o desempenho dos serviços. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo construir um modelo avaliativo com indicadores validados que possa subsidiar avaliações de serviços de AB quanto às práticas desenvolvidas que têm como foco a prevenção e a atenção à saúde em casos de violência doméstica. Trata-se de pesquisa avaliativa, composta por estratégias metodológicas integradas: modelagem teórica e operacional, e proposição de indicadores; validação da matriz de indicadores, por meio de grupo de especialistas e análises estatísticas; análise de consistência interna da matriz de indicadores; e duas aplicações da matriz para avaliação de serviços de Atenção Básica do estado de São Paulo. Como resultados apresenta-se modelo avaliativo com 42 indicadores validados por técnica Delphi modificada, distribuídos em dois domínios – Prevenção e Atenção em caso de violência doméstica; índice de validade de conteúdo 0,96 e consistência interna de 0,93. A aplicação da matriz avaliativa em 2743 serviços de atenção básica do estado de São Paulo, segundo inquérito previamente realizado em 2017 com o questionário QualiAB, demonstrou melhores desempenhos em ações de cuidado individual e com base no modelo biomédico. Ações de promoção da saúde e prevenção de agravos realizadas na comunidade mostraram-se incipientes, de mesmo modo que ações referenciadas pelo quadro de vulnerabilidade e dos direitos humanos. As ações de detecção da violência doméstica são mais empreendidas que ações de cuidado a pessoas em situação de violência. A matriz também foi aplicada para comparar o desempenho de 87 serviços de Atenção Básica de uma rede de atenção à saúde do estado de São Paulo, a partir da aplicação do QualiAB nos anos de 2014 e 2017. Nesse período, observou-se melhora no desempenho. As mudanças mais significativas foram nas práticas de cuidado, com foco em vulnerabilidades individuais, e na identificação da violência doméstica. Não foram observadas melhoras na implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na comunidade. De mesmo modo, não houve melhora no cuidado a pessoas em situação de violência. Este estudo demonstra que a implementação de ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica na AB ainda é incipiente. Faz-se necessário investir na promoção da saúde, em educação permanente, no trabalho interprofissional e no trabalho em rede para enfrentamento da violência. Os resultados permitem conhecer e discutir as práticas desenvolvidas pelos serviços de AB paulistas, podendo contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho, e induzir a implementação de melhorias e fortalecimento da qualidade da AB e do SUS.



Palavras-chave: Violência Doméstica, Atenção Básica, Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

**Figura 1** – Fluxograma das etapas de elaboração e validação de indicadores de qualidade para a avaliação das ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica na AB. ..... 25

**Figura 2** – Exemplo de indicador simples ..... 30

**Figura 3** – Exemplo de indicador composto ..... 31

**Figura 4** – Mapa da cobertura da adesão dos serviços na aplicação do QualiAB 2017 ..... 39

**Quadro 1** – Síntese das Políticas, Leis e Diretrizes norteadoras desse estudo ..... 27

**Quadro 2** (preliminar) – Descrição das variáveis explanatórias componentes da análise explicativa, testes de hipóteses, associações e correlações. ..... 40

**Quadro 3** – Matriz avaliativa utilizada na análise comparativa do desempenho dos serviços de AB, em 2014 e 2017, com o número de indicadores segundo domínios e subdomínios. ..... 41

### ARTIGO 1

**Figura 1.** Modelagem da teoria de base para o enfrentamento da violência doméstica em serviços de saúde de Atenção Básica. ..... 49

**Figura 2.** Modelo operacional da Implementação de Ações em Saúde na Atenção Básica voltadas para o enfrentamento da violência doméstica. ..... 50

**Quadro 1.** Matriz Avaliativa I: Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores apresentada para a primeira rodada de avaliação dos especialistas. ..... 50

**Quadro 2.** Matriz Avaliativa II: Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores apresentada para a segunda rodada de avaliação por especialistas. ..... 51

**Quadro 3.** Matriz Avaliativa III (final): Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores. ..... 52

**Quadro 4.** Matriz Avaliativa III (final): Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB com apresentação dos indicadores segundo domínios, subdomínios. ..... 53

### ARTIGO 2

**Quadro 1.** Matriz avaliativa segundo domínios, subdomínios e número de indicadores. ..... 68

**Gráfico 1.** Histograma de frequência dos serviços, segundo desempenho geral. ..... 71

**Gráfico 2.** Box Plot com a distribuição dos serviços, segundo escore geral ..... 72

**ARTIGO 3**

**Quadro 1.** Matriz avaliativa com o número de indicadores segundo domínios e subdomínios. ..... 85

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise do CVR por indicador ..... 114
Tabela 2 – Análise comparativa entre especialista para o critério de clareza. ..... 118
Tabela 3 – Análise comparativa entre especialista para o critério de sensibilidade. ..... 120
Tabela 4 – Análise comparativa entre especialista para o critério de validade. ..... 122
Tabela 5 – Análise comparativa entre especialista para o critério de relevância. ..... 124
Tabela 6 – Análise comparativa entre especialista para o critério de manter ou não o indicador. ..... 126
Tabela 7 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério clareza. ..... 128
Tabela 8 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério sensibilidade. ..... 130
Tabela 9 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério validade. ..... 132
Tabela 10 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério relevância para a AB. ..... 134
Tabela 11 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério manter ou não o indicador. ..... 136
Tabela 12 – Estatística descritiva do desempenho dos serviços segundo variáveis explicativas para a avaliação dos serviços em 2017. ..... 138
Tabela 13 – Descrição dos desempenhos médios dos serviços, segundo variáveis explicativas, média de desempenho por ano, a diferença dos desempenhos para o período e o valor de p para os anos de 2014 e 2017. ..... 140

**ARTIGO 1**

Tabela 1. Análise descritiva da concordância entre os especialistas ..... 52
Tabela 2. Valores de KR20 ..... 54
Tabela 3. Correlações entre os subdomínios ..... 55
Tabela 4. Correlação entre os domínios ..... 55

**ARTIGO 2**

Tabela 1. Proporção de serviços de AB que relatam desenvolver ações de atenção à saúde no enfrentamento da violência doméstica, em 2017. (N = 2743) ..... 69
Tabela 2. Desempenhos dos serviços segundo quartis, domínios e subdomínios ..... 72
Tabela 3. Associação ao melhor desempenho (acima do terceiro quartil de escore geral). ..... 73

**ARTIGO 3**

Tabela 1. Evolução do desempenho dos serviços de AB de uma RRAS paulista entre os anos de 2014 e 2017. ..... 86

Tabela 2. Descrição das variáveis explicativas associadas às mudanças ocorridas entre os desempenhos entre os anos de 2014 e 2017. ..... 87

Tabela 3. Comparação entre as frequências dos indicadores de enfrentamento da violência doméstica em serviços de Atenção Básica, segundo subdomínios, em 87 municípios do interior paulista, para os anos de 2014 e 2017. ..... 87

## LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|---|---|
| AB | Atenção Básica a Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| COSEMS | Conselho de Secretários Municipais de Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| LGBTQIA+ | Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/ Arromânticas/ Agênero, Pan/Poli, e mais |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMM | Programa Mais Médicos |
| PNAISC | Políticas Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança |
| PNAISM | Políticas Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher |
| PPSUS | Programa Pesquisa para o SUS |
| QualiAB | Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica |
| RRAS | Rede Regional de Atenção a Saúde |
| SEDPCD | Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SP | São Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UN | United Nations |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| WHO | World Health Organization |

**SUMÁRIO**

**APRESENTAÇÃO** ..... **14**

**CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO** ..... **16**
**Avaliação em Saúde: para quê avaliar?** ..... **16**
**Em defesa do SUS: por que avaliar a atenção básica?** ..... **19**
**O quê avaliar? A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA** ..... **20**
**Objetivos** ..... **23**
**Objetivo geral** ..... **23**
**Objetivos específicos** ..... **23**

**CAPÍTULO II – O PRINCÍPIO DA AVALIAÇÃO** ..... **24**
**Pergunta avaliativa:** ..... **24**
**Hipóteses** ..... **24**

**CAPÍTULO III - MÉTODOS: Como avaliar?** ..... **25**
**Revisão e Modelagem** ..... **26**
**A construção do modelo teórico-operacional: entre expectativas e realidade** ..... **26**
**A Escolha dos indicadores: da amplitude necessária à sensibilidade e especificidade** ..... **29**
**Validação dos indicadores** ..... **32**
**Em busca da confiabilidade dos indicadores** ..... **37**
**Avaliação da atenção à violência doméstica em serviços de Atenção Básica – a aplicação da matriz de indicadores** ..... **38**
**Aspectos éticos da pesquisa** ..... **42**

**CAPÍTULO IV – RESULTADOS** ..... **43**
**ARTIGO 1** ..... **43**
**ARTIGO 2** ..... **65**
**ARTIGO 3** ..... **81**

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** ..... **96**

**REFERÊNCIAS** ..... **98**

**ANEXO** ..... **110**
**ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP** ..... **110**
**ANEXO 2 – Tabelas de análise estatística** ..... **114**

# APRESENTAÇÃO

Essa tese representa o caminho formativo percorrido pela pesquisadora. A violência, o SUS, a AB, o campo da avaliação de programas e serviços de saúde e a luta por direitos e pelo enfrentamento de iniquidades são sua essência. Ela apresenta estudo de doutorado que integra o campo de pesquisa em avaliação de serviços e programas de saúde e tem como objetivo validar um modelo avaliativo voltado as práticas implantadas na AB que tem como foco a violência doméstica e que somam esforços a outros setores sociais e políticas públicas no enfretamento da violência doméstica.

O primeiro contato da pesquisadora com o campo da avaliação de serviços se deu no mestrado. Inicialmente como meio para aprofundar o conhecimento, especialmente, sobre a violência, agora o campo da avaliação de serviços é posicionamento da pesquisadora no mundo. É militância da pesquisadora que as avaliações de serviços são instrumentos potentes em defesa do SUS, da AB e para a democratização da saúde.

Quanto à escolha da violência como objeto da avaliação, esta advém das características que compõe a própria violência - complexas, desafiadoras e, principalmente, mutáveis. Também, porque ela foi objeto do meu trabalho desde a graduação. Minha atuação profissional foi inserida em instituições e comunidades com pessoas marcadas pela violência e pelo medo. Assim, a delegacia da mulher, os abrigos para adolescentes femininas e masculinos, as comunidades inseridas em área de tráfico, as Fundações Casa, a Taba, ONG parte da rede de atenção a situações de violência de Campinas e parceira do poder público no trabalho com adolescentes autores de violência sexual, além do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS e a Atenção Básica - AB são exemplos do meu caminho, onde o cuidado com pessoas em situações de violência e a luta pelo seu enfrentamento foi constante.

Nesses espaços a presença da violência, ora visível: como ato de violência em si e como objeto de ações de prevenção e enfrentamento; ora invisível: como prática de ordem; de contenção; de disciplina; de contexto social, econômico e cultural era persistente e resistente em se constituir e se concretizar em modos de viver, de conviver, de (re)significar, e sentir o mundo.

Nesses poucos anos, foi possível experienciar com intensidade as composições de precarização da vida que a violência impõe. As marcas do vivido deixadas pelas violências têm efeitos importantes sobre vida das pessoas, essas marcas concebem expressões, produções e reproduções humanas envolvidas em dores e sofrimentos incalculáveis.

Se de um lado vivemos nesse cenário triste e preocupante, de outra forma, esse mesmo contexto demonstra que a violência não precisa ser aceita pelas pessoas e pelo mundo como condição posta e inevitável. A violência pode ser evitada, seus impactos podem ser reduzidos e a mudança precisa do protagonismo de todos.

Assim, no primeiro capítulo, é apresentado ao leitor uma introdução ao campo da avaliação de serviços de AB.

O segundo capítulo versa sobre a importância de se avaliar os serviços de AB.

O terceiro, por sua vez, faz uma reflexão sobre a violência doméstica enquanto foco da avaliação.

O quarto capítulo tenta levar o leitor passo a passo pelo caminho percorrido para a realização desse estudo. Nele, o leitor se encontrará com o método.

O quinto e último capítulo apresenta, pois, os resultados encontrados, os quais são apresentados em formato de artigos.

Espera-se que esse texto seja uma leitura prazerosa e que aproxime o leitor do desejo e luta dessa pesquisadora pela saúde para todos, pelo SUS e pelo fim da violência.

À todos que se aventurarem, uma ótima leitura!

# CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

## Avaliação em Saúde: para quê avaliar?

*Nosso intuito é que esse texto chegue aos leitores como a reafirmação de que não haverá sistema de saúde universal, integral e equânime sem instituições democráticas que tenham a capacidade de compreender sua relevância e mérito e preservem a disposição genuína para reinventar-se e fazer sempre melhor.*
*(SILVA, et al. In: TANAKA (Org.), 2017)*

A história revela que as avaliações, inclusive as avaliações em saúde, quando associadas a emissão de juízos de valor orientadas por práticas autoritárias, de controle e punição, podem ser paralisantes e desmobilizadoras. (FURTADO In: CAMPOS (Org.), 2012; SILVA, et al. In: TANAKA (Org.), 2017)

Em outra direção, este estudo valoriza a avaliação como um processo guiado para a reflexão crítica e a aprendizagem, frente ao planejado, ao que está sendo feito, em busca de transformar a realidade dos serviços, dos profissionais, dos usuários, da comunidade. À procura de desenvolver o cuidado de uma outra forma, da melhor forma possível. (TANAKA In: TANAKA (Org.), 2017) Nesse sentido, pretende, além de emitir um juízo de valor destinado à tomada de decisão, dialogar com a intimidade cotidiana dos serviços, de modo cuidadoso e profícuo, com o propósito de fornecer um material que possa subsidiar o aprimoramento das práticas de saúde empreendidas.

As avaliações em saúde foram objeto de interesse político e institucional em diferentes momentos da história brasileira, desde antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo hoje componente transversal nas áreas que compõem a Saúde Coletiva, se concretizando no campo do planejamento, monitoramento e gestão. (RAMOS, 1974; REIS et al., 1990; FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016)

Com a declaração de Alma Ata, grande inspiradora para a formulação da saúde enquanto direito e da "*saúde para todos e para todos os povos"*, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a estimular práticas avaliativas, defendendo que a avaliação é um componente essencial do processo de gestão. (ALMA ATA, 1978; OMS, 1981; FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016; TANAKA & MELO, 2001)

No Brasil, essa valorização do Planejamento em Saúde e da própria avaliação, entretanto, encontrou espaço apenas no final dos anos 80 e início dos anos 90, junto ao

movimento da Reforma Sanitária, que na contracorrente do contexto desfavorável da época, empenhou esforços na superação do autoritarismo, na luta pela democratização da saúde e no provimento de qualificação de políticas públicas de saúde; e à promulgação da nova constituinte, caracterizada pela instituição de importantes direitos sociais fundamentais, como educação, saúde, previdência, e pelo estabelecimento do SUS. (FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016)

O SUS, cuja implantação se deu por meio da expansão dos serviços, programas, modelos de gestão e atenção, até hoje palco de intensos debates e disputas, constituiu terreno fértil para estabelecer a avaliação como importante processo 'técnico-administrativo-político' em planejamento e gestão. (SILVA E SILVA, 2001; TANAKA & MELO, 2001; PAIM, 2005; PEREIRA, 2009; FURTADO In: CAMPOS (Org.), 2012; FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016)

A avaliação em saúde, hoje, além de um campo de conhecimentos e práticas (NOVAES, 2000; FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016) é um mecanismo técnico-político essencial para a democratização da saúde. (TANAKA & MELO, 2001; SILVA, et al. In: TANAKA (Org.), 2017).

Esse é, pois, um estudo de avaliação em saúde, desenhado para conhecer e julgar as práticas desenvolvidas por serviços de Atenção Básica (AB), que somam esforços a outras ações sociais e políticas no enfrentamento da violência doméstica[1].

Com base nos referenciais político-ideológicos dos agentes envolvidos e em suas características teórico-metodológicas, pode-se agrupar as avaliações em saúde em três tipos: avaliação de programas, nas quais a implantação de normas e a implementação de processos e/ou o(s) impacto(s) de programas se configuram como foco; de serviços, quando o foco da avaliação está na prática, nas ações desenvolvidas pelos profissionais, "*na arte do cuidado"* (AKERMAN & NADANOVSKY, 1992), e no gerenciamento da organização dessas práticas (CASTANHEIRA, 2014; 2011); e de tecnologias, cujo foco principal são as técnicas utilizadas pelos serviços. NOVAES (2000)

Nesse sentido, por seu foco nos processos conduzidos por profissionais, no interior de práticas institucionalizadas de atenção à saúde, este estudo se caracteriza como uma avaliação de serviços. Com base na tríade donabediana – estrutura, processo e resultado -,

[1] No Brasil, políticas públicas se articulam com legislações específicas e cooperam no reconhecimento da violência como demanda social e na consolidação de estratégias intra e intersetoriais para a assistência mais integral e resolutiva, e, direta ou indiretamente, no enfrentamento do fenômeno da violência. (MENDONÇA, C.S., 2020) Nesse cenário, a atenção básica compõe os serviços essenciais para o enfrentamento da violência. Ela assume importante papel enquanto principal porta de acesso ao Sistema Único de Saúde e como propositora de uma atenção integral realizada em rede, especialmente no que diz respeito a violência doméstica, principal demanda na violência para a AB.

propomos uma avaliação de processo, que apreenda o conjunto das práticas na interação profissional – usuário, ou seja, as ações desenvolvidas pelos serviços da AB. (DONABEDIAN, 1988;1980) Não se trata, pois, das dimensões técnicas imateriais do processo de trabalho de cada profissional, e sim, das dimensões técnicas que podem ser materializadas em ações mensuráveis por indicadores. (TANAKA & MELO, 2001)

Ainda segundo Novaes (2000), pode-se também classificar as avaliações em saúde segundo seu principal objetivo: a pesquisa avaliativa julga e produz conhecimento reconhecido pela comunidade acadêmica; a avaliação para a decisão está voltada para a incorporação de tecnologias possíveis para solucionar problemas identificados pelos atores envolvidos com o objeto avaliado; e a avaliação para a gestão, destinada ao aperfeiçoamento das práticas em curso. Todas estas classificações pressupõem a possibilidade de existência de intersecções.

Este estudo se enquadra nessa possibilidade das intersecções. Seus objetivos, a metodologia construída e a diretriz de buscar possíveis explicações para o julgamento a ser realizado permite entendê-lo como uma pesquisa avaliativa. Nesse sentido, tem exigido uma abordagem teórica, que possibilite a formulação de hipóteses, e um rigor ético, técnico e científico para o seu desenvolvimento. Já, o modelo avaliativo produzido e os resultados da avaliação também poderão auxiliar tomadas de decisão no âmbito da gestão.

Trata-se também de uma avaliação da qualidade dos serviços. Nos estudos de Donabedian a qualidade é o ponto de partida para a avaliação. (DONABEDIAN, 1988) Na busca pela qualidade, a avaliação é apontada como mecanismo capaz de fornecer indicadores que possibilitam o ajuizamento da realidade, a construção de metas, tomadas de decisão e intervenções que promovam a melhoria da atenção. (CASTANHEIRA, et al. In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016; TANAKA In: TANAKA (Org.), 2017)

Nesse contexto, enquanto pesquisa avaliativa com foco na qualidade de serviços de saúde pode contribuir com processos de transformação das práticas dos serviços, evidenciando insuficiências e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido, que integrando-se a outros processos sociais, políticos e econômicos pode transformar a saúde da população assistida. Além disso, ao considerar a violência doméstica como objeto de atenção em serviços de AB, reafirma a necessidade de mudanças no projeto de atenção a saúde hegemônico no Brasil.[2]

[2] O projeto de saúde hegemônico no Brasil ainda é bastante influenciado pelo modelo *biomédico*, no qual a saúde é relacionada a ausência de doença orgânica num corpo 'biofiosiológico'.

**Em defesa do SUS: por que avaliar a atenção básica?**

*Avalia-se para mudar, para aprimorar.*
*(NEMES, 2001)*

O SUS, uma das maiores conquista do povo brasileiro, é uma política pública ambiciosa e abrangente, que inspirada na democracia, no enfrentamento das iniquidades e na emancipação social tem o compromisso ético com a dignidade humana e a defesa do direito universal a saúde. (PAIM, 2018; 2009)

Esse patrimônio nacional, "*nunca tão grande em sua história e tão frágil"* (SANTOS, 2018), com expressivo crescimento em estrutura, abrangência e capacidade de resposta para um número maior de necessidades de saúde da população, mais de trinta anos após sua criação, continua a enfrentar desafios e questionamentos. Os questionamentos com relação a sua, eficiência, eficácia, efetividade e qualidade dos serviços prestados, somados aos inúmeros desafios que se colocam para a efetivação de seus princípios e diretrizes, tal como idealizado na proposta e projeto da Reforma Sanitária, convocam processos avaliativos na busca por respostas e nas disputas de poder. (NOVAES, 2000; PAIM, 2008; FURTADO In: CAMPOS (Org.), 2012; CASTANHEIRA et al. In: AKERMAN & FURTADO (Org.). 2016; TANAKA In: TANAKA (Org.), 2017)

Ainda que a construção do "*SUS que queremos*" (CASTANHEIRA et al. In: AKERMAN & FURTADO (Org.). 2016), precise de múltiplas e simultâneas medidas para a superação dos desafios que se colocam, desde a dimensão macropolítica, como o subfinanciamento, o congelamento de repasses financeiros e a fixação de recursos humanos, até a dimensão interna ao cotidiano do cuidado, como a qualificação das práticas de atenção a saúde, deve-se reconhecer que são muitas as conquistas já alcançadas e as avaliações de serviços, tal como a proposta por esse estudo, podem contribuir com avanços nessa direção. (TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2012a; 2012b; CASTANHEIRA et al. In: AKERMAN & FURTADO (Org.). 2016;)

A AB *"caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que cause impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades"* (BRASIL, 2013), tem papel estratégico e importante na saúde e condições de vida das populações. Nesse sentido, aprofundar e ampliar o conhecimento sobre a AB constituindo-se em embasamento e apoio às

decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde pode promover transformações na produção de saúde da população brasileira.

Nesse contexto, esse estudo, evidenciando fragilidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho e as práticas desenvolvidas nos serviços, pode apoiar processos de mudança e contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da AB e do SUS.

## O quê avaliar? A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

*"A violência destrói vidas."* Assim inicia o prefácio do relatório mundial sobre a prevenção da violência da OMS em 2014. (OMS, 2014) Concordamos, a violência destrói vidas, porque mata, machuca, adoece e causa danos irreparáveis à vida individual e coletiva das pessoas.

No mundo todo, a violência é um dos principais contribuintes para mortes, agravos não letais à saúde e de uma série de outras consequências sociais. (UN, 2014) Todos os segmentos populacionais estão vulneráveis à violência. Entretanto, existem diferenças na incidência de mortes, na prevalência das situações de violência, nos tipos de violência engendrados e vividos, nos agravos à saúde decorrentes da violência e nas consequências sociais vividas, para os diferentes segmentos populacionais. (WAISELFISZ, 2016; 2015; 2014; UN, 2014; BRASIL, 2011a; 2011b; 2011c)

No que tange à violência e à AB, estudos da área apontam que são as diferentes expressões da violência doméstica as que mais se apresentam enquanto demanda para a AB. Assim, para as mulheres, a violência física, psicológica, econômica e sexual, perpetrada por parceiro íntimo, são as principais formas da violência que exigem da AB estratégias de cuidado. De mesmo modo, são a negligência, a violência física e a violência sexual, as expressões da violência doméstica que se destacam e demandam estratégias particulares na AB para as crianças e adolescentes. Com relação à população de idosos, acamados, pessoas com deficiência e pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, a negligência, o abandono e a violência física e econômica, perpetrada pelo cuidador, correspondem aos principais focos das demandas de violência na AB. (SCHRAIBER, 2007; ASSIS, 2012; BRASIL, 2013; SEDPCD, 2014; UNICEF, 2014; BARROS, 2019; LEITE, 2019; MARINHO, 2019)

A atenção a pessoas em situação de violência vem se somar às múltiplas necessidades de resposta às demandas que se colocam para os serviços da AB, enquanto uma necessidade social para a qual vem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que

envolvem os serviços de saúde. Os impactos da violência, independentemente do grupo populacional, apresentam-se para os serviços da AB na forma de um conjunto diversificado de necessidades com grande magnitude, importância e complexidade. (MENDONÇA, 2020; ONU, 2016; SILVA, 2014; WANDERBROOCKE, 2013; SCHRAIBER, 2013; 2012; MASCARENHAS, 2012; ASSIS, 2012; D'OLIVEIRA, 2009; GREIG, 2005; WHO, 2004; CAMPBELL, 2002; FUSTER, 2002; CARLOS, 2019; MARINHO, 2019; NASCIMENTO, 2019)

A AB pode se constituir como espaço singular, tanto para a identificação e notificação, quanto para a prevenção, detecção precoce e assistência a pessoas em situação de violência doméstica. Isto se dá, uma vez que preconiza uma atuação mais próxima das pessoas em seus contextos familiar e social e pode oferecer práticas de caráter emancipatório para o autocuidado e que reduzem vulnerabilidades sociais e individuais. A AB configura um espaço onde se expressam formas de criação, de apropriação e de (re)produção da vida. (FAVORETO, 2011; BORGES, 2010; D'OLIVEIRA, 2020)

Entretanto, a gravidade da violência e de suas consequências, visíveis e invisíveis, traduzem-se em lesões e adoecimentos crônicos que geram demandas reiteradas e pouco explicitas para os serviços de AB que, por sua vez, tendem a dar respostas com baixa resolutividade e alta medicalização. (MENDONÇA, 2020; PORTO et.al., 2014; SIGNORELI, et. al., 2013; BORSOI, 2009; D'OLIVEIRA, et.al, 2000)

Este quadro, que se desdobra na 'revitimização' e elevação dos custos com a assistência a saúde, exige novas formas de abordar o problema e requer a readequação dos serviços e das agendas das políticas públicas na busca por uma abordagem integral, contínua e ampliada. (COSTA, et.al., 2015; OSIS, 2012; MINAYO, 2009; SCHRAIBER, 2009; D'OLIVEIRA, 2000; OMS, 2002; SIGNORELLI, 2020)

Para os serviços saúde, especialmente para os serviços da AB, coloca-se, pois, um duplo desafio: dar visibilidade às situações de violência como necessidades sociais de saúde, legitimando as unidades básicas como local de acolhimento e assistência a situações de violência, e, ao mesmo tempo, investir em ações de prevenção, como importante espaço para o trabalho de promoção de direitos sociais e de saúde que empoderem os diferentes segmentos populacionais para o autocuidado, reduzindo vulnerabilidades e exposições a situações de maior risco a violência. (SIGNORELLI, 2013; D'OLIVEIRA, 2020)

O termo violência é polissêmico e tem sido amplamente abordado e discutido por estudiosos de diversas áreas e, especialmente nas últimas décadas, vem sendo associado à

possibilidade de cidadania, liberdade e felicidade para todos, ou seja, enquanto um ideal de justiça e bem-estar para todos. (D'OLIVEIRA, 2000).

A violência intrafamiliar, apesar do foco na violência que se dá no espaço doméstico, se mostra insuficiente para expressar a violência que mais se apresenta para os serviços de saúde da AB. Parte-se do pressuposto que a violência que se dá na intimidade doméstica tem especificidades que precisam ser identificadas e reconhecidas em suas múltiplas manifestações pelos profissionais que atuam na AB e que podem redefinir as estratégias de cuidado.

No Brasil, a violência doméstica ganha palco na década de 80, quando o movimento feminista estrutura um serviço voluntário especializado para atendimento das mulheres em situação de violência. Nessa experiência voluntária, a escuta das histórias das mulheres em situação de violência ampliou a questão da violência contra mulher, trazendo para o debate as diversas formas de opressão da mulher na sociedade, e vinculando fortemente a violência doméstica às relações de gênero. Nesse sentido, aqueles que utilizam o termo violência doméstica geralmente não se identificam ao campo da violência intrafamiliar, especialmente, por orientarem-se pelo referencial feminista. (D'OLIVEIRA, 1996)

No limites do presente trabalho, consideraremos a violência doméstica como aquela que ocorre nas relações de convivência íntima, familiar, no interior do espaço doméstico, no qual as relações de poder e submissão, presentes nas desigualdades reproduzidas nesse espaço e historicamente orientam as relações de gênero, traduzem-se em agressões verbais, psicológicos ou físicas dos que estejam, por diferentes razões, em condição de maior vulnerabilidade, sejam mulheres, crianças, idosos, deficientes ou mesmo homens.

Assim, esse estudo adota o conceito de violência doméstica partindo desse referencial que contempla as discussões e os avanços que se produziram ao longo da história sobre gênero e relações de poder no interior das relações humanas, no âmbito privado. Nesse sentido, ele reafirma a violência doméstica como componente das demandas da AB e a atenção integral como norte. E toma como objeto central a melhoria dos serviços de AB na abordagem do problema, propondo um modelo avaliativo para a organização das ações de atenção à saúde nesse âmbito.

## Objetivos

### Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral construir e validar um modelo de avaliação de serviços de atenção básica, com foco nas ações de atenção à violência doméstica.

### Objetivos específicos

- Construir um modelo teórico e um modelo operacional que forneçam subsídios para a implementação de ações de prevenção e assistência a pessoas em situações de violência doméstica em serviços de AB;
- Construir e validar uma matriz de indicadores, para subsidiar avaliações nos serviços de AB com relação às ações realizadas de prevenção e cuidado a pessoas em situação de violência doméstica;
- Avaliar o desempenho dos serviços da AB em ações de prevenção, detecção e assistência a pessoas em situações de violência doméstica no estado de São Paulo (SP);
- Analisar a implementação das práticas desenvolvidas pelos serviços de AB por meio da comparação do desempenho dos serviços em dois anos, 2014 e 2017.

# CAPÍTULO II – O PRINCÍPIO DA AVALIAÇÃO

Segundo TANAKA (2017), em uma avaliação o ponto de partida são os incômodos, que nascem da ideia de que é possível desenvolver uma ação "*de outra forma, uma melhor forma*", e que concretizados em perguntas avaliativas norteiam o processo de avaliação.

**Pergunta avaliativa:**

Em que medida ações voltadas para a prevenção, detecção e cuidado a pessoas em situação de violência doméstica estão implementadas em serviços de saúde da atenção básica?

**Hipóteses**

1. O modelo avaliativo construído por esse estudo é capaz de avaliar as ações em saúde desenvolvidas pelos serviços de atenção básica de prevenção a violência doméstica e que representem o cuidado adequado oferecido a pessoas em situação de violência;
2. Existem diferenças na implementação de ações entre os serviços e essas diferenças estão associadas a condições sociodemográficas do município, como porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); à rede intersetorial disponível; a características dos serviços, como formas de arranjo assistencial, localização dos serviços, capacitação dos profissionais e participação em avaliações anteriores;
3. Apesar da expectativa de um baixo grau de implementação de ações de prevenção e atenção a pessoas em situação de violência, houve um incremento entre 2014 e 2017.

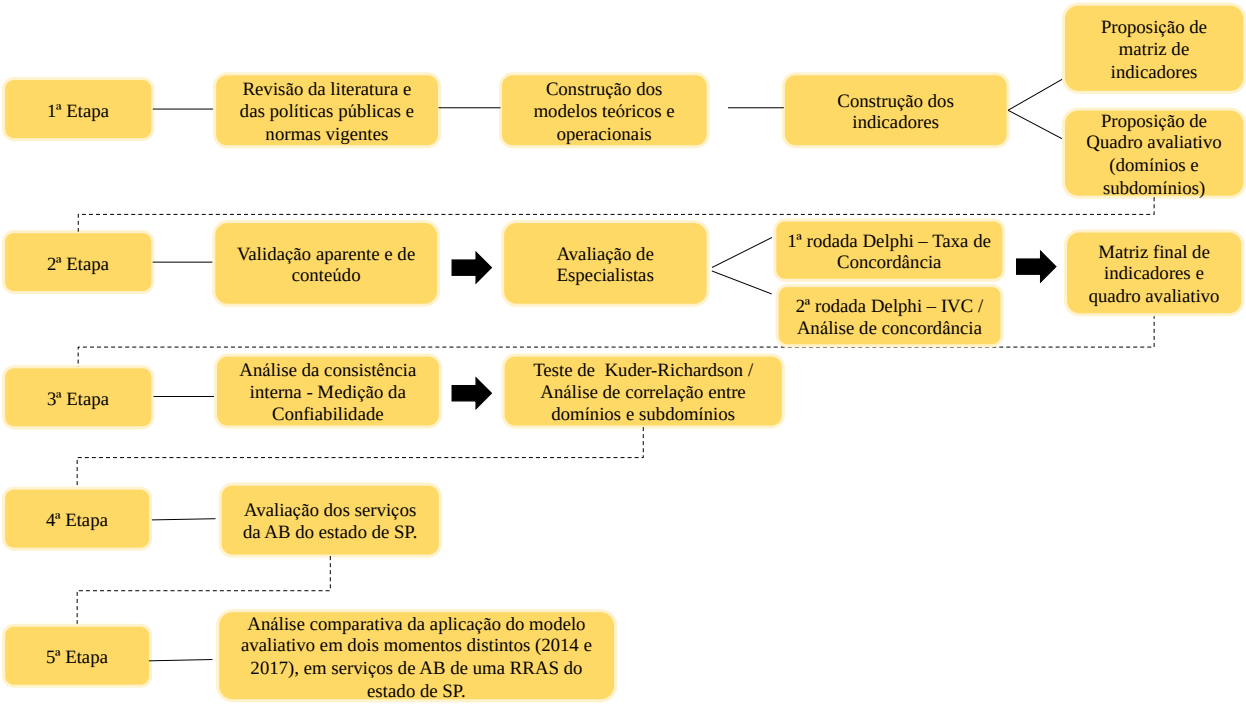
# CAPÍTULO III - MÉTODOS: Como avaliar?

O desafio de como avaliar precisa considerar as múltiplas estratégias necessárias para contemplar a complexidade que envolve a violência doméstica e as demandas que ela coloca para os serviços de saúde da AB, de modo a subsidiar mudanças nas práticas que beneficiem a população da forma mais concreta possível.

Considerando que não existe um Programa voltado para o enfrentamento da violência doméstica em serviços de saúde e que este aspecto sociocultural presente na vida e nas relações humanas é muito complexo, a pesquisa é composta por um estudo metodológico, com a elaboração e validação de uma matriz de indicadores, seguida da avaliação de serviços, que complementa o próprio processo de validação do modelo avaliativo proposto.

Nesse sentido, este estudo está sendo realizado por processo iterativo composto por: revisão da literatura e das políticas públicas e normas vigentes, proposição de um constructo teórico, revisão e aperfeiçoamento dos indicadores propostos no mestrado, validação dos indicadores por grupo de especialistas, análise da confiabilidade e validação de constructo e de acurácia, por meio da aplicação do modelo proposto.

Figura 1 – Fluxograma das etapas de elaboração e validação de indicadores de qualidade para a avaliação das ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica na AB.




Fonte: MENDONÇA, CS

Trata-se de estudo multimétodos, com foco na qualidade da atenção ao conjunto de ações que previnem e compõem o cuidado de pessoas que vivem ou vivenciaram a violência doméstica.

Após a elaboração do modelo avaliativo, os indicadores serão testados em uma avaliação dos serviços da AB do estado de SP, complementando a quarta e quinta etapas do estudo.

## Revisão e Modelagem

### *A construção do modelo teórico-operacional: entre expectativas e realidade*

Tem sido um grande desafio desenvolver uma avaliação cujo recorte envolve um tema tão complexo, a violência doméstica. A modelagem foi uma escolha metodológica. Primeiro porque não existe, no Brasil, um programa específico de atenção a saúde voltado para o enfrentamento da violência doméstica, no âmbito da AB, que forneça subsídios à concretude das políticas nacionais existentes. (SCHRAIBER, 1990; 1996) Frente a essa questão, a modelagem permitiu representar graficamente, através de imagem, um objeto-modelo. (HARTZ, 2008; 1999; TANAKA; SILVA et al., In: TANAKA et al. (Org.)., 2017) Essa representação gráfica acabou se constituindo num dispositivo potente e facilitador para o planejamento, escolha de métodos e desenvolvimento da avaliação. Ele permitiu organizar e ordenar os componentes projetados de modo articulado com os resultados esperados, além disso forneceu uma visão mais nítida do objeto.

Além disso, a escolha de desenvolver a modelagem está relacionada ao pressuposto de que toda ação tem uma teoria de base que a fundamenta e orienta. Os modelos teóricos representam as teorias dos objetos (HARTZ, 1997; TANAKA; SILVA et al., In: TANAKA et al. (Org.)., 2017), buscando conferir sentido e racionalidade as intervenções. Nesse sentido, os modelos construídos mediaram o diálogo entre a teoria e a pratica, organizada na esfera do concreto dos serviços de saúde da AB, permitindo a revisão dos indicadores e a construção de uma nova matriz de indicadores. (CASSIOLATO & GUERESE, 2010; SILVA et al.; TANAKA In: TANAKA et al., 2017)

Os modelos construídos neste estudo apresentam os componentes que julgamos essenciais para a melhor compreensão do objeto e que representam o conjunto assistencial necessário para enfrentamento da violência doméstica na AB.

Para a construção dos modelos foi feita revisão da literatura nacional e internacional e das políticas públicas, diretrizes e normas nacionais voltadas para a prevenção e assistência a pessoas em situação de violência doméstica. A revisão da literatura científica não pretendeu uma revisão integrativa ou sistemática, teve como propósito delinear como a violência doméstica está sendo abordada na AB pelos especialistas da área e, junto à revisão das políticas públicas, diretrizes e normas, projetar as estratégias que precisam ser/estar implantadas na AB para seu enfrentamento.

Com relação a revisão das políticas, diretrizes e normas vigentes, no quadro 1 são apresentados os documentos balizadores desse estudo.

Quadro 1 – Síntese das Políticas, Leis e Diretrizes norteadoras desse estudo

| Ano | Políticas e Recomendações | Enfrentamento da violência doméstica na AB |
|---|---|---|
| 1990 | ECA | Prevê a assistência à crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e familiar articulada e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. |
| 2002 | Cadernos de AB 8 | Caderno de Violência intrafamiliar. Trata das orientações para a prática dos serviço de saúde da AB. Compete aos serviços: conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico, visando a adoção das medidas adequadas de cuidado frente às diversas situações de violência intrafamiliar. Apresenta fatores de risco para a violência e estratégias de detecção e assistência pela AB. |
| 2003 | Estatuto do Idoso | Prevê a assistência aos idosos em situação de violência doméstica e familiar articulada e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. |
| 2003 | Lei no. 10.778 | Estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados. |
| 2004 | Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) | Amplia o conceito de atenção a saúde da mulher a partir da incorporação de questões como desigualdade de gênero e violência doméstica e sexual. Considera esse fatores de grande impacto sobre as condições da saúde da mulher. Em seus objetivos específicos, a PNAISM aponta como prioritário desenvolver ações que garantam atenção humanizada às mulheres em situação de violência doméstica e sexual e em consonância aos princípios do SUS. |
| 2006 | Lei Maria da Penha | Definição da Violência Doméstica. Prevê a assistência à mulheres em situação de violência doméstica e familiar articulada e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. |
| 2006 | Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Idosa | Trata das diretrizes da atenção integral a saúde da pessoa idosa. |
| 2006 | Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos | Preconiza a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, a inserção da reprodução assistida pelo SUS e a Implantação e implementação de serviços para atenção as mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento em decorrência de violência. |
| 2010 | Cadernos de AB 26 | Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva. Apresenta conduta da AB frente a Atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. Cabe aos profissionais das equipes de saúde não só a prática da assistência, com o atendimento aos efeitos da violência, os cuidados com a reabilitação, mas também práticas de proteção integral e prevenção dos maus-tratos. |

| Ano | Políticas e Recomendações | Enfrentamento da violência doméstica na AB |
|---|---|---|
| 2010 | Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência | Apresenta uma estratégia para a atenção integral a crianças e adolescentes em situação de violência de modo a articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção. |
| 2011 | Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulheres | Tem como objetivo explicitar os fundamentos conceituais e políticos que têm orientado a formulação e execução das políticas públicas para a prevenção, combate e enfrentamento à violência contra as mulheres, assim como para a assistência às mulheres em situação de violência. Prioridades: Ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência (assistência); Promover ações de prevenção a todas as formas de violência contra as mulheres nos espaços público e privado (prevenção); Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência com atendimento qualificado ou específico (assistência); Produzir e sistematizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres (prevenção e assistência).<br>Ações: Induzir, articular e coordenar a elaborações de protocolos, fluxos, procedimentos e normatizações dos serviços; Implantação da Ficha de Notificação Compulsória; Formação dos Profissionais; Campanhas educativas; Consolidação do Disque 180; e Monitoramento e Avaliação. |
| 2012 | Política Nacional de Atenção Básica | Faz menção a prevenção da violência como atribuição da AB em ações de formação e educação em saúde. |
| 2012 | Norma Técnica de Prevenção e tratamento a agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes | US que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia devem estar capacitadas para o atendimento; Oferta de anticoncepção de emergência; Profilaxia para IST; Disponibilização ou encaminhamento para o abortamento previsto em lei. |
| 2013 | Programa Mulher, Viver sem Violência | Objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Trata organização e humanização do atendimento às mulheres vitimas de violência sexual. contraceptivos de emergência para prevenção de gravidez e medicamentos para a profilaxia de DSTs/aids. |
| 2013 | Política Nacional de Saúde Integral LGBT | Versa sobre o cuidado à saúde à população LGBT e prevê ações de enfrentamento a violência e a discriminação contra essa população. |
| 2015 | Estatuto da Pessoa com Deficiência | Prevê a assistência pessoas com deficiência em situação de violência doméstica e familiar articulada e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. |
| 2015 | Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) | Trata da atenção integral a saúde da criança e estabelece a atenção integral em um conjunto de ações e estratégias em rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado e de proteção social no território; |
| 2016 | Protocolos de Atenção Básica: Saúde da Mulher | Implantação da Notificação; Produção de cuidado em saúde que possam garantir os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo; Identificação a assistência a situações de violência; Promoção do cuidado e acesso a informação sobre serviços da rede de enfrentamento; Disponibilização de anticoncepção de emergência e Encaminhamento adequado para outros serviços da rede de atendimento e enfrentamento. |
| 2017 | Política Nacional de Atenção Integral da Pessoa com Deficiência | Trata da atenção integral a saúde de pessoas com deficiência |

Fonte: MENDONÇA, CS

Os modelos construídos, além de estarem embasados nas diretrizes do SUS e terem como princípios norteadores as políticas públicas e recomendações vigentes, fundamentam-se nos constructos de vulnerabilidade e de cuidado de José Ricardo Ayres, trazidos para uma melhor compreensão da temática.

### *A Escolha dos indicadores: da amplitude necessária à sensibilidade e especificidade*

Com os modelos prontos, o próximo passo foi construir a matriz de indicadores para a avaliação da atenção básica com relação as ações desenvolvidas pelos serviços que somam esforços, com outras ações de cunhos político e social, no enfrentamento da violência doméstica.

Construir indicadores capazes de apreender a complexidade que envolve o objeto deste estudo, qual seja a tradução em ato do cuidado a saúde – práticas de saúde desenvolvidas por profissionais - , voltada para um aspecto da vida humana de muita complexidade – a violência doméstica -, e que expressem os valores e diretrizes do SUS e das políticas nacionais, não foi tarefa fácil. Segundo Tanaka e Melo (2001), "*o indicador é uma variável capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando*". Um indicador é comumente representado como variável numérica ou, como nesse estudo, uma qualidade do evento.

Um primeiro conjunto de indicadores foi proposto no mestrado e integrou o processo de validação nacional do instrumento QualiAB, finalizado em 2016. (CASTANHEIRA, 2016a; ZARILLI, 2015) Esses indicadores serviram de ponto de partida para a matriz de indicadores, produto deste estudo. Esta etapa compreendeu, pois, a revisão desses indicadores propostos no mestrado, realizada a partir das revisões.

Além das revisões da literatura científica da área e das políticas públicas, normas e diretrizes vigentes, a construção da matriz de indicadores utilizou o questionário de avaliação da qualidade da atenção básica – QualiAB como fonte.

O QualiAB é um instrumento com foco na organização da oferta assistencial e na gestão local que possibilita caracterizar diferentes perfis e processos de atenção, em diferentes realidades, e que inclui indicadores sensíveis que podem avaliar a violência, ainda que com alguma perda de especificidade.

Este questionário foi originalmente construído a partir de pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo, finalizada em 2007, com financiamento da linha de fomento FAPESP- PPSUS (CASTANHEIRA et al.,2014; 2011), atualizado e validado por processo

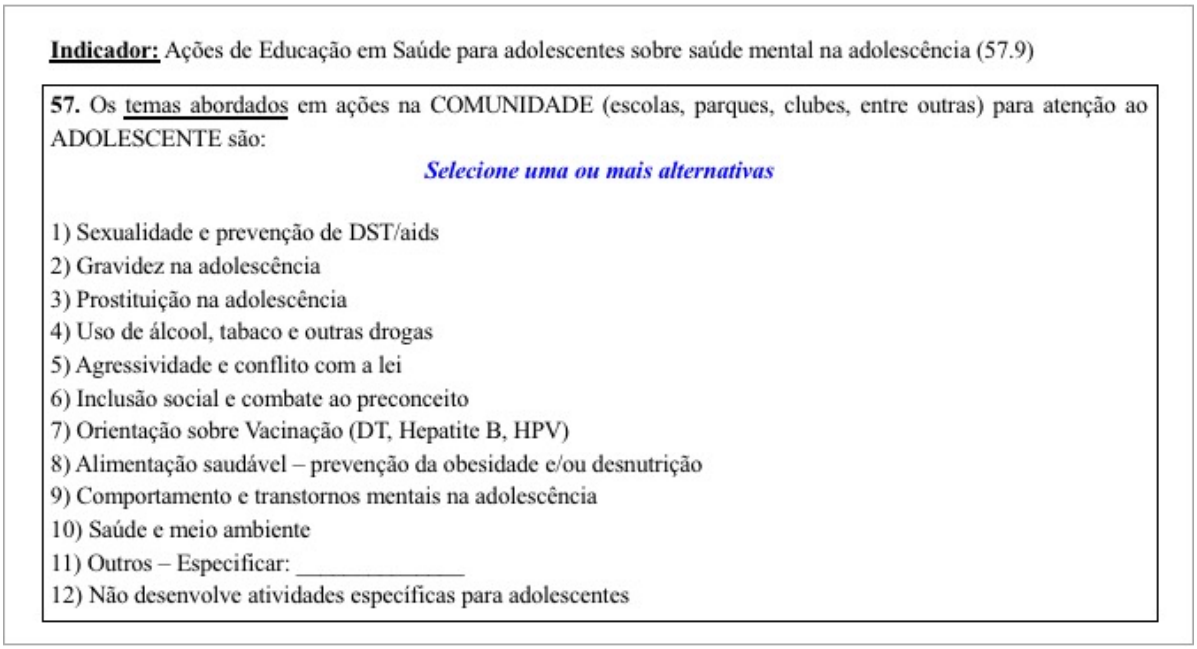
iterativo, com financiamento do CNPq, concluído em 2016. (CASTANHEIRA et al, 2016b; ZARILI, 2015)

A versão do QualiAB[3] utilizada neste estudo – é composta por 115 questões, sendo 86 questões de múltipla escolha, 23 de escolha única, 05 de preenchimento numérico, e 01 questão de preenchimento aberto ao final do instrumento.

Os indicadores foram criados, inicialmente, à partir dessa versão validada do questionário. Eles correspondem a questões e alternativas de respostas do QualiAB. Como o foco do QualiAB é o conjunto assistencial da AB, as questões e alternativas de respostas das questões selecionadas dizem respeito a diferentes programas e não tratam, necessariamente, ou especificamente, da violência doméstica.

Os indicadores com base no QualiAB foram criados à partir de resposta a uma única alternativa – indicador simples -, ou representam uma composição de alternativas de resposta relacionadas entre si – indicador composto. As figuras 2 e 3 permitem uma melhor compreensão dessa construção.

Figura 2 – Exemplo de indicador simples



**Indicador:** Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre saúde mental na adolescência (57.9)

**57.** Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

***Selecione uma ou mais alternativas***

1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
2) Gravidez na adolescência
3) Prostituição na adolescência
4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
5) Agressividade e conflito com a lei
6) Inclusão social e combate ao preconceito
7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
10) Saúde e meio ambiente
11) Outros – Especificar: _____
12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

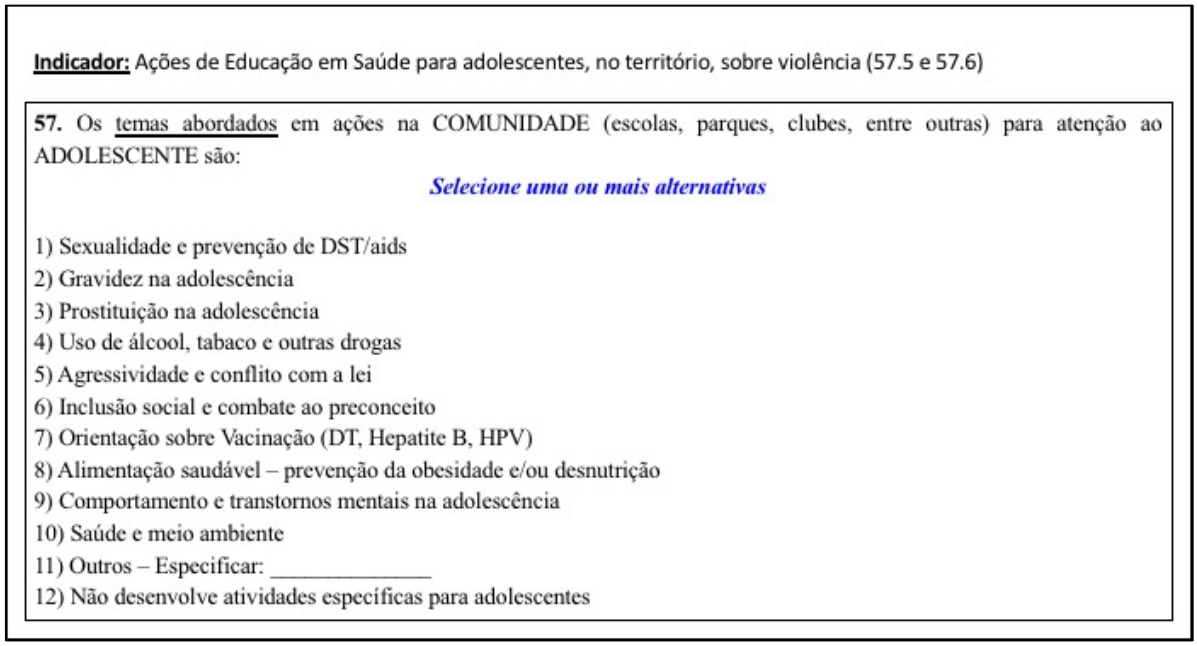
Fonte: MENDONÇA, CS &CASTANHEIRA, ERL

Na figura acima, o indicador se refere a uma das alternativa de respostas possíveis que o serviço pode assinalar. No caso, para o serviço pontuar o indicador **Ações de Educação**

[3] Informações mais detalhadas do atual sistema de avaliação QualiAB podem ser acessadas no site: www.abasica.fmb.unesp.br. O preenchimento do questionário de autoavaliação de serviços só é viabilizado para os municípios e unidades que aderirem ao programa, mas tanto o questionário como o Caderno de Boas Práticas estão disponíveis no site.

**em Saúde para adolescentes sobre saúde mental na adolescência** (57.9) ele precisa assinalar o item 9 da questão 57.

Figura 3 – Exemplo de indicador composto




Fonte: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

Nos indicadores compostos, como no caso acima, a resposta só é válida mediante atendimento das expressões lógicas empregadas em suas construções. No exemplo dado na figura 3, para o serviço pontuar o indicador **Ações de Educação em Saúde para adolescentes, no território, sobre violência**, ele precisará responder os itens 5 e 6, da mesma questão 57, atendendo a expressão lógica de sua construção [57.5 **E** 57.6].

Com base nos modelos teórico e operacional, os indicadores aprimorados foram agrupados em domínios e subdomínios.

Finalmente, as respostas a esses indicadores resultam em variáveis binárias, onde (1) corresponde ao que o serviço realiza, e (0) ao que o serviço não realiza.

Embora a opção de utilizar o QualiAB possa trazer limites em relação à especificidade da atenção à violência, parte-se do pressuposto que essa ação deve compor o conjunto complexo e diversificado de ações que estão sob responsabilidade da AB, ganhando visibilidade nesse conjunto.

A matriz de indicadores produzido nesse estudo será incorporada como dimensão específica do instrumento QualiAB em sua próxima atualização.

## Validação dos indicadores

Segundo Campbell et al. (2003), as medidas desenvolvidas deveriam ser testadas quanto a aceitabilidade, viabilidade, sensibilidade a mudança, confiabilidade e validade.

Nesse estudo, os indicadores serão testados quanto a validade, confiabilidade e sensibilidade. Com relação a aceitabilidade, o QualiAB, instrumento de avaliação da AB, cujas questões incorporam a maioria dos indicadores de violência propostos e que será atualizado contendo em seu corpo todos os indicadores aqui apresentados, demonstrou em seu processo de validação e em suas aplicações decorrentes de seu desenvolvimento boa aceitabilidade por parte de gestores, gerentes e profissionais dos serviços. No que se refere a viabilidade de utilização desses indicadores, eles estão condicionados a aplicação do QualiAB, para avaliação da qualidade da organização assistencial da AB. (CASTANHEIRA et al., 2007; 2011; 2014; 2016; CARRAPATO, 2018; MENDONÇA, 2017; NASSER, 2017; 2016; NUNES, 2017; 2018; RAMOS, 2020; 2018; SANINE, 2018; 2014; ZARILI, 2015; 2020;)

### *O Julgamento dos indicadores: validação de face e de conteúdo*

O processo de modelagem e as revisões da literatura, das políticas e recomendações técnicas e dos indicadores apresentados no mestrado (MENDONÇA, 2017), culminou na proposição de uma matriz de indicadores que passou por processo de julgamento por especialistas.

Na literatura existem diferentes técnicas, consideradas apropriadas, para a avaliação, o julgamento e/ou a conferência de indicadores, são exemplos a técnica Delphi, o Grupo Nominal, a Conferência de Consenso, o Método de adequação RAND e o Procedimento de classificação de consenso iterado. (BLACK et al., 1999; CAMPBELL, 2003) Nesse estudo, optou-se por uma adaptação da técnica Delphi denominada ‘Delphi modificado’. (VALDÉS & MARÍN, 2013; BOULKEDID, 2011)

A escolha pela técnica Delphi se deu por duas razões. Primeiro porque se caracteriza pela iteração, sua estrutura em rodadas permite feedbacks com informações pertinentes sobre a perspectiva do grupo, permitindo aos participantes reconsiderar e refinar sua opinião e mudar seus pontos de vista. Também, por questões de logística e recursos financeiros. Esse estudo não contou com apoio financeiro para a realização desta etapa, mas ao mesmo tempo ansiou por garantir tanto a homogeneidade interna do grupo de especialistas, quanto a heterogeneidade necessária para representar os diferentes contextos brasileiros -

critérios de escolha usados para a escolha dos especialistas. Assim, o uso de tecnologia eletrônica (e-mail) também foi uma questão considerada na escolha do método a ser utilizado. Destacamos que a escolha da técnica Delphi acabou sendo oportuna tendo em vista o isolamento social necessário para o enfrentamento da epidemia do COVID-19.

Em relação ao número de rodadas na técnica Delphi a literatura científica recomenda que o processo ocorra até a obtenção de consenso, levando em consideração as respostas dos especialistas. (SILVA & TANAKA, 1999)

No caso deste estudo, a técnica Delphi foi empregada de modo modificado - o 'Delphi modificado'-, instituindo-se um limite de duas rodadas para a busca do consenso do grupo de especialistas. Segundo a literatura, no Delphi modificado são, usualmente, utilizadas de duas a quatro rodadas para a busca do consenso. (SILVA & TANAKA, 1999)

A escolha dos especialistas partiu da compreensão de que é importante considerar a experiência e o conhecimento dos especialistas na validação de indicadores. Esses, devem estar ligados a organizações e serem capazes de oferecer, com competência, julgamentos e/ou atribuir valores com relação as ações desenvolvidas na atenção básica voltadas a prevenção da violência doméstica e o cuidado às pessoas em situação de violência. Também, fazer predições objetivas sobre o efeito, aplicabilidade, viabilidade, a relevância dos indicadores, além de oferecer sugestões e recomendações para aperfeiçoá-los. (CAMPPBELL, 2003)

Quanto ao número ideal de participantes, não há uma regra restrita sobre o tamanho do painel de especialistas. (CASTRO & RESENDE, 2009). Algumas referências indicam que um grupo entre 10 e 18 especialistas é o suficiente para o desenvolvimento da técnica Delphi. (OKOLI & PAWLOWSKI, 2004) Outros, como Valdés e Marín (2013), sugerem um número mínimo de 7 'experts'. Segundo, Gilbert e Prion (2016) um painel de 5 a 10 especialistas corresponde ao indicado.

Estudos observam que o erro de consenso é diminuído notavelmente a cada especialista adicionado e recomendam que se convide um número maior de especialistas do que o previsto, pois usualmente ocorrem desistências (VALDÉS & MARÍN, 2013; BOULKEDID, 2011). Entretanto, Bloor et al. (2014) afirmaram que mais importante do que o tamanho do grupo de especialistas é o equilíbrio das participações, representado pela gama de pontos de vista, conhecimentos e interesses colocados.

Nesse estudo, foram convidados 33 especialistas, docentes de universidades públicas do Brasil, com desenvolvimento em pesquisas na área da violência doméstica na AB ou avaliação de serviços. A grande maioria desses especialistas têm ou tiveram experiências de atuação na AB ou no âmbito da gerência e/ou gestão nas esferas municipais e estaduais. Vale

destacar que um especialista convidado era pesquisador e docente na área da avaliação em saúde. O número final é composto por 13 especialistas que aceitaram participar do processo.

Os convites foram encaminhados em mensagem individual, via correio eletrônico (e-mail). Em anexo ao convite foi encaminhado um sumário executivo com explicações sobre o estudo e sobre a construção do método Delphi para julgamento dos indicadores.

Mediante a anuência do especialista teve início a primeira rodada. Nesta primeira rodada foi encaminhada por e-mail a matriz de indicadores resultante da etapa anterior, de construção do modelo teórico e da revisão dos indicadores propostos no mestrado, para a apreciação e julgamento. Essa matriz foi acompanhada de um painel avaliativo, construído pela autora, contendo os seguintes critérios: grau de equivalência do indicador ao construto a ser medido; grau de relevância do indicador para a atenção básica e se o indicador é aplicável nacionalmente. Também havia um campo para alterações e sugestões.

Para cada critério do painel avaliativo encaminhado aos especialistas constava uma escala Likert variando de 1 a 4 pontos de resposta, onde 1 significava o menor valor de equivalência ao critério e 4 o grau máximo.

A escala de verificação de Likert consiste em utilizar uma escala que permite emitir um juízo de valor em forma de graduação. A escala original tinha a proposta de ser aplicada com cinco pontos, variando de discordância total até a concordância total. Entretanto, atualmente existem modelos chamados do tipo Likert com variações na pontuação, a critério do pesquisador. (LIKERT, 1932; LIMA, 2018)

Se a seleção do número de pontos é complicada, também há dificuldade de decisão sobre o número par ou ímpar de pontos. A indicação corrente é de que uma escala com número ímpar de pontos facilita a resposta por causa do ponto intermediário, que seria um nível neutro.

Contudo, segundo Costa (2011), o ponto neutro corresponde a uma resposta negativa que o respondente opta por não emitir. Ainda, em uma escala de concordância a neutralidade pode não ter sentido, "*neutro não é grau de concordância, mas sim 'não resposta'*". (COSTA et al., 2018)

Com relação as medidas descritivas de posição e dispersão, é destacado o fato de não haver diferença significativa entre as escalas ímpares e pares (COSTA et al., 2018; FELIX, 2011), ou seja, se a operacionalização estatística for baseada nessas medidas, para os pesquisadores não tem diferença entre adotar uma alternativa ou outra. (COSTA et al., 2018; DALMORO & VIEIRA, 2014)

Ainda, comparando-a com as escalas binárias, Costa et al. (2018) sinalizam a possibilidade de conversão sem maiores problemas quanto à correspondência de respostas, caso

se tenha a opção de uso de técnicas que requeiram esse caminho de análise. (DOLNICAR & GRÜN, 2013; COSTA et al., 2018).

À partir do referencial de Costa et al. (2018), esse estudo eliminou o ponto neutro usando uma escala de 4 pontos. Essa escala tem exigido que os especialistas se coloquem quanto à referencia positiva ou negativa de cada indicador com relação a cada critério.

É importante destacar que no planejamento do estudo se considerou um tempo de 8 semanas para o fechamento da primeira rodada. Entretanto, mais do que assegurar um rigoroso controle do tempo, a preocupação foi de garantir o envolvimento de todos os especialistas que aceitaram participar do processo. Nesse caso, a primeira rodada teve início na última semana de Novembro de 2019 e término na primeira semana de Maio de 2020, com o encaminhamento de novo convite, por e-mail, para os especialistas que participaram da primeira rodada, abrindo a segunda rodada.

À partir dos resultados da primeira rodada da técnica Delphi, foi desenvolvida a segunda rodada.

A segunda rodada contou com a participação de 10 especialistas. Um dos especialistas ficou impossibilitado de participar da segunda rodada e dois não devolveram o material com a respectiva avaliação. Novamente por e-mail, os especialistas receberam a matriz de indicadores resultante do processo até o final da primeira rodada e um documento com a síntese dos resultados da primeira rodada. A matriz de indicadores foi acompanhada de novo painel avaliativo contendo os seguintes critérios: grau de clareza, grau de sensibilidade, grau de validade e grau de relevância. Além disso, o especialista deveria avaliar se o indicador deveria ou não ser mantido na composição da matriz e poderia apresentar comentários e sugestões no último campo de resposta.

Nesta rodada pretendeu-se que os especialistas avaliassem os indicadores com relação a sua inteligibilidade, capacidade para detectar o que ele se propõe a medir, a capacidade de representar, com a maior proximidade possível, as diferentes realidade e o quanto o indicador é relevante na atuação da atenção básica.

A validade de conteúdo se refere ao grau em que o teor de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, ou seja, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa com relação as propriedades de um tema. Segundo Campbell (2003), este é um pré-requisito mínimo para qualquer medida de qualidade.

Hulley et al. (2003), apresentam dois componentes para a validade de conteúdo: validade de face ou aparente, que corresponde ao julgamento subjetivo para verificação se uma medida é razoável, e a validade amostral, pela qual se avalia se a medida incorpora todos ou a

maioria do aspectos do objeto em estudo. Nesse estudo, a validade aparente foi obtida por meio do julgamento pelo grupo de especialistas. Como já apresentado anteriormente, foi solicitado aos especialistas que avaliassem o grau de equivalência do indicador ao constructo a ser medido. Também, a validade de conteúdo mensurada por meio da taxa de concordância.

Coluci et al. (2015), descrevem que uma das formas de realizar o julgamento do painel de especialistas é calculando a taxa de concordância. A taxa de concordância é calculada conforme fórmula abaixo:

$$\% \text{ concordância} \quad \frac{\text{número de especialistas que concordaram}}{\text{número total de especialistas que responderam ao item}} \quad \text{X } 100$$

Existem divergências sobre a interpretação desta taxa. Giannarou (2014), aponta que o mínimo de 70% ou 75% no nível de concordância deve ser obtido, enquanto Coluci et al. (2015), com maior rigor, sugerem uma taxa de 90% ou mais. Neste estudo, para primeira rodada utilizou-se como critério a concordância de pelo menos 75% de concordância entre os especialistas, de outro modo, a análise da segunda rodada utilizou o cálculo da Razão de Validade de Conteúdo (CVR) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para uma análise quantitativa da concordância e validade dos indicadores.

O cálculo do CVR é feito indicador a indicador por meio da fórmula:

$$CVR = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Onde:

**ne** é o número de membros do painel que identificaram o item como "essencial" e **N** é o número total de participantes do painel.

Segundo Wilson et al. (2012), o CVR é uma estatística feita item a item útil para a rejeição ou retenção de itens individuais, internacionalmente reconhecida como método para estabelecer a validade de conteúdo.

Após a estatística do CVR o IVC foi calculado por meio da média dos CVR de todos os indicadores incluídos na matriz final.

A interpretação dos resultados seguiu a indicação sugerida por Polit et al. (2007), na qual o CVR deve ser de 0,78 ou mais para que o item seja julgado com uma validade de

conteúdo excelente. E para a validade do conteúdo do conjunto dos indicadores um valor superior a 0,80. (DAVIS, 1992)

A utilização do IVC para a análise de validade de conteúdo possibilita avaliar a concordância entre os especialistas, no entanto esse método não considera a proporção dessa concordância que é devida ao acaso, nesse sentido, foi realizado a análise estatística descritiva de comparação entre juízes, dois a dois, para comparação da concordância. O teste de coeficiente Kappa, método estatístico que considera o acaso para análise da concordância não foi possível de ser realizado dada sua formulação. Este teste precisa de matriz quadrada para seu cálculo e a dinâmica de respostas dos especialistas neste estudo, pouca variabilidade de respostas contraditórias, não permitiu o uso desse teste.

Além da análise de concordância entre os especialistas, foi feita análise de concordância por indicador. Para essa análise também foi utilizada a estatística descritiva.

Para a análise de concordância por indicador foram calculadas as proporções de respostas para cada um dos índices da escala tipo Likert proposta (4,3,2,1), para cada um dos critérios analisados pelos especialistas.

***Em busca da confiabilidade dos indicadores***

Com a confiabilidade pretende-se avaliar se os indicadores são capazes de reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de diferentes aplicações. A confiabilidade de um instrumento está relacionada aos aspectos de coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. (SOUZA et al., 2017)

Segundo Campbell et al. (2003) a confiabilidade pode ser entendida como medida em que um indicador é reprodutível. A escolha dos testes estatísticos usados na avaliação da confiabilidade depende do que se pretende medir. Os três critérios de maior interesse para os pesquisadores tem sido a estabilidade, a consistência interna e a equivalência. (SOUZA et al., 2017)

A estabilidade de uma medida pode ser definida como sendo a estimativa da consistência em repetições (TERWEE et al., 2011; SOUZA et al., 2017). A avaliação da estabilidade pode ser realizada pelo método de teste-reteste, ou seja, no caso deste estudo, seria a aplicação dos indicadores em dois momentos distintos. (SOUZA et al., 2017). Nesse sentido, para avaliar a estabilidade dos indicadores propostos, estes serão testados comparando dois momentos distintos de aplicação do QualiAB (2014 e 2017).

A análise da consistência interna, de outro modo, será realizada após a etapa de julgamento dos indicadores por grupo de especialistas. A análise da consistência interna, ou homogeneidade, indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica. Trata-se de uma importante propriedade de medida para a avaliação de um único constructo por meio de uma diversidade de itens. (SOUZA et al., 2017). No caso deste estudo, por meio da análise de confiabilidade será possível saber se os indicadores realmente medem os constructos de seus subdomínios, domínios e por fim a dimensão a ser avaliada.

A confiabilidade pode ser medida através da aplicação de métodos de análise estatística. Para variáveis contínuas, pode-se fazer o cálculo de coeficiente alfa de Cronbach. (LIMA, 2018) Já para variáveis dicotômicas, a consistência interna pode ser avaliada pelo teste de Kuder-Richardson, com resultados do coeficiente próximos a 1,00 considerados como ideais. (LIMA, 2018)

Com relação a equivalência, que refere-se ao grau de concordância entre dois ou mais observadores quanto aos indicadores. Esta foi avaliada por meio do IVC e dos confrontos das respostas dos especialistas, já apresentados anteriormente.

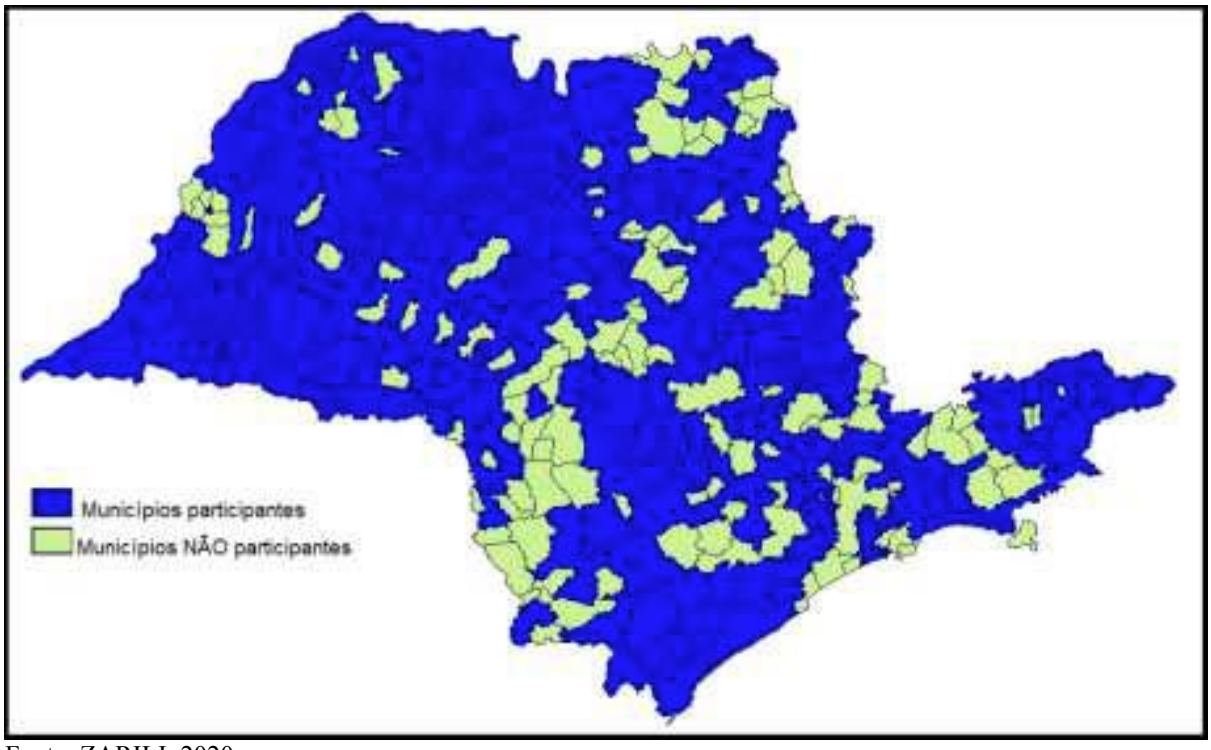
### *Avaliação da atenção à violência doméstica em serviços de Atenção Básica – a aplicação da matriz de indicadores*

Após a etapa de validação dos indicadores, este modelo avaliativo foi aplicado para a avaliação das ações de prevenção e cuidado a pessoas em situação de violência doméstica desenvolvidas pelos serviços da AB, do estado de SP, em 2017.

Na avaliação é utilizado um banco de dados com as respostas dos serviços à avaliação realizada por meio do instrumento QualiAB, em 2017[4]. O inquérito realizado foi censitário, ou seja, foi aberto à participação dos serviços de atenção básica de todos os municípios do estado, a partir da adesão voluntária do gestor municipal, seguida da adesão de cada unidade básica de saúde do respectivo município. A composição final da amostra é de 2743 serviços da AB, com representantes em todas as RRAS do estado de SP (Fig. 4).

[4] Inquérito realizado como componente do projeto "Qualificação da Rede de Cuidado em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em regiões prioritárias do estado de Santa Catarina e de São Paulo - QualiRedeHIV", realizado com financiamento do PROADI SUS – Hospital Sírio Libanês (Nemes et al, 2019).

Figura 4 – Mapa da cobertura da adesão dos serviços na aplicação do QualiAB 2017




Fonte: ZARILI, 2020

O atual sistema de avaliação QualiAB, permite que as unidades participantes obtenham o resultado da avaliação imediatamente ao final da resposta ao questionário, com o escore geral alcançado pelo serviço, o desempenho de cada indicador e o acesso aos padrões de qualidade utilizados. O gestor municipal tem acesso aos resultados obtidos por todas as unidades de seu município, enquanto o gestor estadual aos consolidados regionais. (CASTANHEIRA et al, 2016). O fato do resultado da avaliação ser imediato diferencia o sistema e representou um estímulo à adesão. Outro incentivo a participação se deu pelo apoio institucional da SES-SP e COSEMS-SP, de acordo com a política de incremento de uma cultura avaliativa nos serviços de saúde.

Para avaliação das ações relativas à atenção à violência doméstica, a análise da frequência e proporção das respostas às variáveis escolhidas do QualiAB permitiu descrever e contextualizar as ações. Em conjunto à análise descritiva, foi realizada análise de desempenho por quartis.

Para análise das variáveis associadas aos melhores desempenhos foi ajustado modelo de regressão múltipla de Cox. As variáveis independentes que foram capazes de explicar os melhores desempenhos (apresentando $p < 0,05$ no modelo de regressão múltipla de Cox) foram exploradas de modo mais detalhado à partir de análise descritiva por meio de medidas de tendência central.

Quadro 2 (preliminar) – Descrição das variáveis explanatórias componentes da análise explicativa, testes de hipóteses, associações e correlações.

| Categoria de Análise | Descrição das Subcategorias de Análise |
|---|---|
| Caracterização dos Municípios | Porte populacional<br>IDH<br>Classificação PMAQ<br>Nº de Notificações Compulsórias<br>Órgãos públicos específicos para a violência |
| Caracterização Geral da Unidade | Caracterização da Organização Assistencial<br>Localização Geográfica do Serviço<br>Profissionais que trabalham na unidade |
| Capacitação profissional | |
| Matriciamento | |
| Melhoria da Qualidade | Avaliação de serviços |

Fonte: MENDONÇA, CS

Além dessa avaliação dos serviços de AB paulistas os indicadores foram testados comparativamente com a aplicação do QualiAB realizada em 2014, em uma RRAS do interior do estado de São Paulo.

A aplicação do QualiAB em 2014 compôs o processo de atualização e validação desenvolvido por projeto de pesquisa iniciado em 2013, com apoio do CNPQ, enquanto aplicação piloto da nova versão do questionário. (CASTANHEIRA, 2016) De mesmo modo que em 2017, a aplicação foi censitária para a RRAS 9, buscando-se apoio dos gestores por meio de divulgação e convite para todos os municípios da RRAS em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e das Câmaras Técnicas (CT) de cada região de saúde que compõe essa rede regional de atenção a saúde.

As versões do QualiAB utilizadas em 2014 e 2017 apresentam algumas diferenças em seus conteúdos, exigindo o pareamento dos indicadores para os dois momentos. Os critérios seguidos foram: inclusão no estudo de indicadores presentes nos dois momentos da aplicação do QualiAB.

O universo amostral se deu à partir de pareamento das unidades de saúde de AB que participaram dos dois inquéritos, segundo os critérios: 1) ter mesmo número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) ter o mesmo nome; 3) ter mesmo endereço.

A matriz avaliativa utilizada na comparação é composta por 38 indicadores presentes nas duas avaliações, do total de 42 indicadores que compõem a matriz originalmente validada, conforme quadro 4.

Quadro 3 – Matriz avaliativa utilizada na análise comparativa do desempenho dos serviços de AB, em 2014 e 2017, com o número de indicadores segundo domínios e subdomínios.

| Domínios | Subdomínios | Nº de indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Sociais | 10 |
| | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Individuais | 11 |
| Atenção em casos de Violência Doméstica | Detecção de Violências domésticas | 09 |
| | Assistência a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 08 |

FONTE: Mendonça, C.S. & CASTANHEIRA, E.R.L.

Para análise comparativa da evolução dos desempenhos dos serviços nas duas aplicações utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxson.

Para a análise das variáveis associadas à evolução do desempenho dos serviços foi ajustado modelo de regressão linear com resposta normal, tendo como variáveis resposta os escores gerais e como variáveis independentes as mesmas variáveis utilizadas na avaliação dos serviços de 2017 (Quadro 3). Para as variáveis que obtiveram níveis de significância do modelo menores que 0,3 foi realizada nova análise de regressão linear com resposta normal. Para as variáveis finais com níveis de significância abaixo de 0,05 foi realizada análise estatística descritiva.

Para análise da variação entre os indicadores, comparou-se a frequência observada em cada ano analisado utilizando o teste de McNemar para comparar as proporções obtidas. Para os indicadores que registraram mudança significativa no período ($p < 0,05$ no teste de McNemar), foi feita análise descritiva com medidas de tendência central e o teste t-student para calcular o valor de p.

Essa validação, de um modelo avaliativo em saúde voltado as ações de prevenção a violência doméstica e cuidado a pessoas em situações de violência desenvolvidas pela AB, além de subsidiar avaliações futuras, poderá contribuir para futuras proposições e projeto de programa nacional voltado a prevenção e o cuidado a pessoas em situações de violência doméstica.

## Aspectos éticos da pesquisa

Esse estudo seguiu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) por meio do parecer 2.257.770 (Anexo 1).

# CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Os resultados deste trabalho são apresentados em forma de propostas de artigos científicos.

## ARTIGO 1

**Título:** ATENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: PROPOSIÇÃO DE UM MODELO AVALIATIVO

**Título Resumido:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

**Autores:** Carolina Siqueira Mendonça[1]; Margareth aparecida Santini de Almeida[1]; Elen Rose Lodeiro Castanheira[1].

[1] Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, SP, Brasil.

**Correspondência:** Carolina Siqueira Mendonça. Departamento de Saúde Pública/FMB. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687. E-mail: carolina.s.mendonca@unesp.br

## RESUMO

A atenção a pessoas em situação de violência vem se somar às múltiplas demandas que se colocam para os serviços de Atenção Básica (AB), enquanto uma necessidade social para a qual vem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que envolvem os serviços de saúde. Essas múltiplas demandas exigem pesquisas e avaliações que melhorem o desempenho das ações de AB e sua articulação com outras políticas públicas de caráter intersetorial. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo construir e validar um modelo para avaliação das estratégias para o enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB. Trata-se de estudo metodológico, composto por estratégias metodológicas integradas: construção de modelo teórico e operacional; construção de matriz de indicadores e validação da matriz de indicadores realizada por meio da aplicação da técnica Delphi modificado em 2 rodadas e análises de validade de conteúdo por meio dos cálculos do CVR e IVC e análise estatística descritiva de confronto das respostas dos especialistas dois a dois. Além disso, a matriz de indicadores foi avaliada quanto a sua confiabilidade por meio da aplicação do teste de Kuder-Richardson e análise de correlações entre domínios e subdomínios. Como resultado, apresenta-se modelo avaliativo viável para avaliar as ações que somam esforços no âmbito da AB para o enfrentamento da violência doméstica.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica, Atenção Básica, Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços

**ABSTRACT**

The attention to people in situations of violence is added to the multiple demands that arise for primary care services (BC), as a social need for which intersectoral policies and strategies that involve health services have been developing. These multiple demands require research that improves the performance of AB actions and their articulation with other public policies of an intersectoral nature. In this sense, the present study aims to construct and validate a model for evaluating strategies for coping with domestic violence within the scope of AB. This is a methodological study, composed of integrated methodological strategies: construction of a theoretical and operational model; construction of indicator matrix; validation of the matrix of indicators and evaluation of the AB services of the state of SP. As a result, a viable evaluative model is presented to evaluate the actions that add up to the scope of AB to combat domestic violence.

**Keywords:** Domestic Violence, Primary Care, Health Assessment, Service Assessment

## INTRODUÇÃO

*"A violência destrói vidas".* (OMS, 2014) A violência é um dos principais contribuintes para mortes, agravos não letais à saúde e de uma série de outras consequências sociais, em todo o mundo. (OMS, 2002; WHO, 2013; ONU MULHERES, 2014; ONU, 2015) Dentre as diferentes manifestações da violência, a violência doméstica chama atenção pela alta prevalência e graves consequências na vida cotidiana das pessoas que a vivenciam.

A violência doméstica é uma violação dos direitos humanos (ONU, 1945; 1948). O desconhecimento e a transgressão do direito ao respeito e à dignidade humana é a forma mais frequente de violência na vida de mulheres, crianças e idosos. Essa complexa e difícil questão social inserida no contexto doméstico, no âmbito das relações afetivas e dos conflitos familiares – de gênero e de gerações - relaciona-se a configurações estruturais da sociedade e a valores culturais que influenciam a vida das pessoas (SCHRAIBER et al, 2003; 2005).

A violência doméstica é um tema que vem sendo cada vez mais abordado como uma questão de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a responsabilidade dos equipamentos e profissionais da saúde, cientistas e diversos outros setores sociais nas ações de identificação da violência doméstica e nos processos de intervenção, além de apontar que ela é passível de prevenção. Enfrentar a violência é uma tarefa social, de todos. (OMS, 2002; 2014)

No contexto da saúde, observa-se que a Atenção Básica (AB), em particular, tem um papel de suma importância. Coerente com as diretrizes que a norteiam, a AB é um espaço de garantia de direitos, ou seja, de promoção e proteção de direitos humanos – direito à vida, à saúde (BRASIL, 2017). Nesse sentido, é também, espaço potente para a prevenção da violência

e cuidado a pessoas em situação de violência doméstica (SCHRAIBER, 2013; 2012; D'OLIVEIRA, 2020, 2009).

Sua atuação mais próxima ao território e o vínculo com a população é força propulsora para a identificação de casos e apoio na construção de 'rota mais resolutiva' –a relação mais próxima com as famílias, por vezes no próprio ambiente doméstico, como por exemplo na atuação dos agentes comunitários de saúde, favorece a detecção da violência e suas repercussões, além do acompanhamento contínuo dos projetos construídos junto ao serviço. (MENDONÇA, 2020; SCHRAIBER et al. 2013; 2012; 2005; 2003; SIGNORELLI, 2013; D'OLIVEIRA, 2020; 2009)

Independentemente do grupo populacional, os impactos da violência se apresentam para a AB na forma de um conjunto diversificado de necessidades com grande magnitude e complexidade. (MENDONÇA, 2020; LEITE, 2019; WALI, 2018; ONU, 2016; SILVA, 2014; WANDERBROOCKE, 2013; SCHRAIBER et al., 2013; 2012; 2005; 2003; D'OLIVEIRA, 2020; 2009; MCCAULEY, 1995)

Apesar da importância da AB para a assistência e prevenção à violência doméstica, a AB ainda apresenta um papel limitado no conjunto dos esforços intersetoriais para seu enfrentamento. Estudos apontam as fragilidades e limitações tanto para a assistência como para a prevenção. A assistência ainda pautada no modelo biomédico tem baixa sensibilidade e capacidade de abordar situações de violência, o que gera, dentre outros, o uso repetitivo e ineficaz dos serviços (MENDONÇA, 2020; SCHRAIBER, et al., 2013; SIGNORELI, et. al., 2013; D'OLIVEIRA, et.al, 2020). Outros fatores estão relacionados aos padrões culturais presentes na sociedade, desafios estruturais e conjunturais dos serviços e do próprio setor da saúde, como sobrecarga de trabalho, inadequação de espaços físicos e questões relacionadas ao medo de represálias e sentimento de impotência dos profissionais (D'OLIVEIRA, 2020; PORTO, 2014; ALMEIDA, 2011; DE FERRANTE; SANTOS; FERREIRA, 2009).

Observa-se que apesar dos inúmeros desafios que se colocam para a AB existem avanços e experiências exitosas na promoção de direitos, na prevenção da violência e no cuidado a pessoas em situação de violência doméstica (MENDONÇA, 2017). Avaliações periódicas, com utilização dos resultados pela gestão, gerência e profissionais da saúde constituem momentos de reflexão sobre as práticas em curso e podem indicar avanços e desafios superados, e impulsionar movimentos de aprimoramento, orientando a organização e planejamento de novas práticas (SCHRAIBER, 2003; TANAKA, 2017; CASTANHEIRA, 2016; NEMES, 2001; AKERMAN, 1992; FURTADO, 2012). Embora algumas ações dos

serviços de AB direcionadas à violência já tenham sido objeto de avaliação, não existe um modelo validado (MENDONÇA, 2017; HERRERA, 2019).

Com base no conhecimento e experiência já produzidos no campo da avaliação de serviços, e nas políticas e diretrizes propostas para a AB como ponto estratégico da rede de atenção à violência, este artigo tem por objetivo apresentar um modelo avaliativo com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB.

## MÉTODOS

Estudo metodológico com objetivo de construir e validar um modelo avaliativo com foco no enfrentamento à violência doméstica na AB, realizado por processo iterativo composto por: revisão da literatura e das políticas públicas e normas vigentes; proposição de modelagem, e de matriz avaliativa; e validação de indicadores (CAMPBELL et al., 2003).

A revisão realizada possibilitou uma modelagem teórica e operacional da proposta de avaliação (CHAMPAGNE, 2011; HARTZ, 1997; 1999). A modelagem realizada procura retratar a interdependência da AB ao contexto histórico-social em que se insere e orienta a organização das práticas segundo a diretriz da integralidade (PINHEIRO, 2007), o que implica na integração dos serviços de AB como parte da rede de cuidados. O quadro teórico conceitual tem como referência os construtos da vulnerabilidade e dos diretos humanos e compreende as práticas em saúde enquanto intervenções técnicas e políticas na realidade. (AYRES, 2003; 2004; 2012)

Os modelos orientaram a construção de uma matriz avaliativa composta por indicadores de processo elaborados à partir da seleção de questões ou alternativas de resposta às questões presentes no questionário de avaliação da qualidade da atenção básica – QualiAB, reunidos em categorias definidas a partir dessa modelagem. (Figuras 1 e 2).

Nesse sentido, a matriz de indicadores é composta por indicadores simples criados a partir de resposta a uma única alternativa de resposta, e indicadores compostos que representam uma composição de alternativas de resposta relacionadas entre si. Nos indicadores compostos a pontuação só é válida mediante atendimento das expressões lógicas empregadas em suas construções.

Quanto ao questionário utilizado, o QualiAB é um questionário de avaliação de serviços da AB elaborado a partir de pesquisa avaliativa e com sua última versão validada em 2016. Os critérios e padrões utilizados baseiam-se nos princípios e diretrizes do SUS, nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Humanização, e em documentos técnico-normativos que

orientam ações na AB. (CASTANHEIRA et al, 2016) É um instrumento de avaliação da qualidade das práticas de saúde sob responsabilidade da AB que tem permitido tanto uma avaliação global da organização das ações realizadas, como também, a avaliação de dimensões específicas, como a violência doméstica, entre outras. (CASTANHEIRA et al., 2011; 2014; 2016; MENDONÇA, 2017; NASSER, 2017; 2016; NUNES, 2018; RAMOS, 2020; SANINE, 2018)

Os indicadores propostos foram avaliados por grupo de especialistas por meio de técnica Delphi modificada, realizada em duas rodadas (SILVA & TANAKA, 1999). O critério de inclusão dos especialistas foi: ser docente de universidade pública do Brasil com desenvolvimento em pesquisas na área da violência doméstica na AB ou avaliação de serviços.

Os convites foram encaminhados em mensagem individual, via correio eletrônico (e-mail), contendo sumário executivo com resumo da pesquisa, objetivos do grupo de especialistas, método para julgamento dos indicadores e quantidade e tempo estimado para a realização das rodadas. Na primeira rodada participaram 13 especialistas, e na segunda, 10 especialistas compuseram o grupo. A representação de diferentes regiões do Brasil - sul, sudeste e nordeste -foi mantida em ambas as rodadas.

1ª rodada do grupo de especialistas

Cada especialista recebeu a matriz avaliativa com os indicadores e um painel avaliativo contendo os critérios para julgamento e avaliação, quanto ao grau de equivalência ao construto a ser medido e ao grau de relevância para a atenção básica, avaliados segundo escala tipo Likert de 4 pontos; e quanto a terem ou não aplicabilidade nacional; seguido de um campo para alterações e sugestões. Na escala Likert utilizada 1 significava o menor valor e 4 o grau máximo de equivalência aos quesitos avaliados.

A análise dos resultados da primeira rodada utilizou como parâmetro para exclusão ou manutenção dos indicadores a concordância de pelo menos 75% dos especialistas para o grau 4, em composição com os comentários dos especialistas.

A primeira rodada teve início na última semana de Novembro de 2019 e término na primeira semana de Maio de 2020.

2ª rodada do grupo de especialistas

Para a segunda rodada os especialistas receberam um documento contendo a síntese dos resultados da primeira rodada, a matriz avaliativa resultante e um novo painel avaliativo com os seguintes critérios: grau de clareza, grau de sensibilidade, grau de validade e grau de

relevância. Além disso, os especialistas avaliaram se o indicador deveria ou não ser mantido na composição da matriz e poderiam apresentar comentários e sugestões no último campo de resposta. Do mesmo modo que na 1ª rodada, os documentos foram enviados em mensagens individuais via correio eletrônico e avaliados segundo escala tipo Likert de quatro pontos.

A análise da segunda rodada utilizou o cálculo da Razão de Validade de Conteúdo (CVR) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para uma análise quantitativa da concordância entre os especialistas e validade dos indicadores. A interpretação para manutenção ou exclusão de indicadores seguiu a indicação sugerida por Polit et al. (2007), na qual o CVR deve ser de 0,78 ou mais para que o item seja julgado com uma validade de conteúdo excelente. Para a validade do conteúdo do conjunto dos indicadores foi adotado um valor superior a 0,80 (DAVIS, 1992). Complementar a análise do IVC, foi realizada a análise estatística descritiva de comparação entre juízes, dois a dois, para comparação da concordância.

A segunda rodada teve início em maio de 2020 e duração de 6 semanas.

Análise de confiabilidade

A análise de confiabilidade foi aplicada na matriz final oriunda da 2ª rodada Delphi. A confiabilidade foi medida através da aplicação do teste de Kuder-Richardson, com resultados do coeficiente próximos a 1,00. A análise das correlações entre os domínios e subdomínios foi realizada pelo teste de Spearman com valor de referência máximo igual a 1.

## LIMITES DO ESTUDO

A opção de utilizar o QualiAB na construção dos indicadores, enquanto um questionário estruturado que não tem como foco específico a atenção à violência, trouxe limites como a não inclusão de ações voltadas para a violência doméstica contra a população LGBT+, a população negra e de povos tradicionais. Entretanto, a matriz proposta contempla as populações vulneráveis à violência doméstica que constituem atualmente as principais demandas para esse nível de atenção. Além disso, valoriza ações de educação em saúde que abordam diferentes temas relacionados ao direito, de todas as pessoas, de viver com respeito e dignidade, ou seja, sem violência.

O estudo não incluiu profissionais atualmente inseridos em serviços da AB ou usuários, ainda que a maioria dos especialistas que participaram do processo de validação tenham atuado em serviços de AB em suas trajetórias. Por outro lado, buscou equilíbrio das participações com

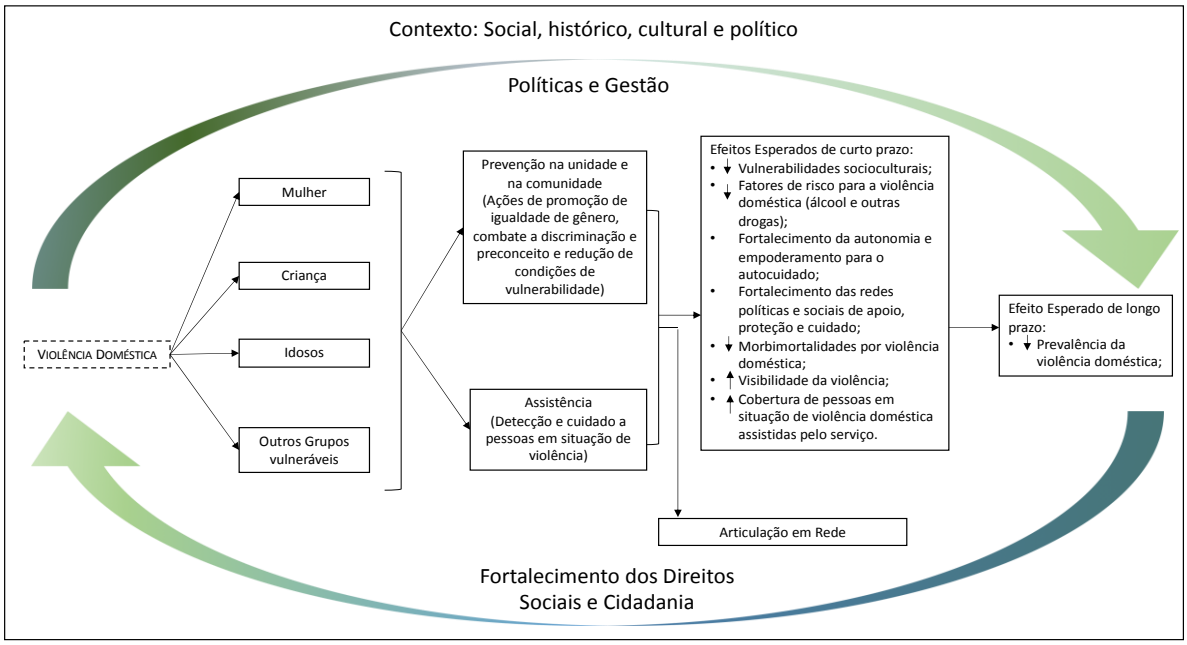
diferentes pontos de vista, conhecimentos e inserções profissionais na docência e pesquisa na interface violência doméstica e AB.

## RESULTADOS

### Primeira etapa: modelagem e proposta inicial de uma matriz avaliativa

O modelo teórico elaborado procurou responder à pergunta: quais ações a AB precisa desenvolver para contribuir com o enfrentamento da violência doméstica? Para tanto, contemplou atributos organizacionais de processo relativos à prevenção da violência doméstica e ao cuidado a pessoas envolvidas em situação de violência (Figura 1).

Figura 1. Modelagem da teoria de base para o enfrentamento da violência doméstica em serviços de saúde de Atenção Básica.

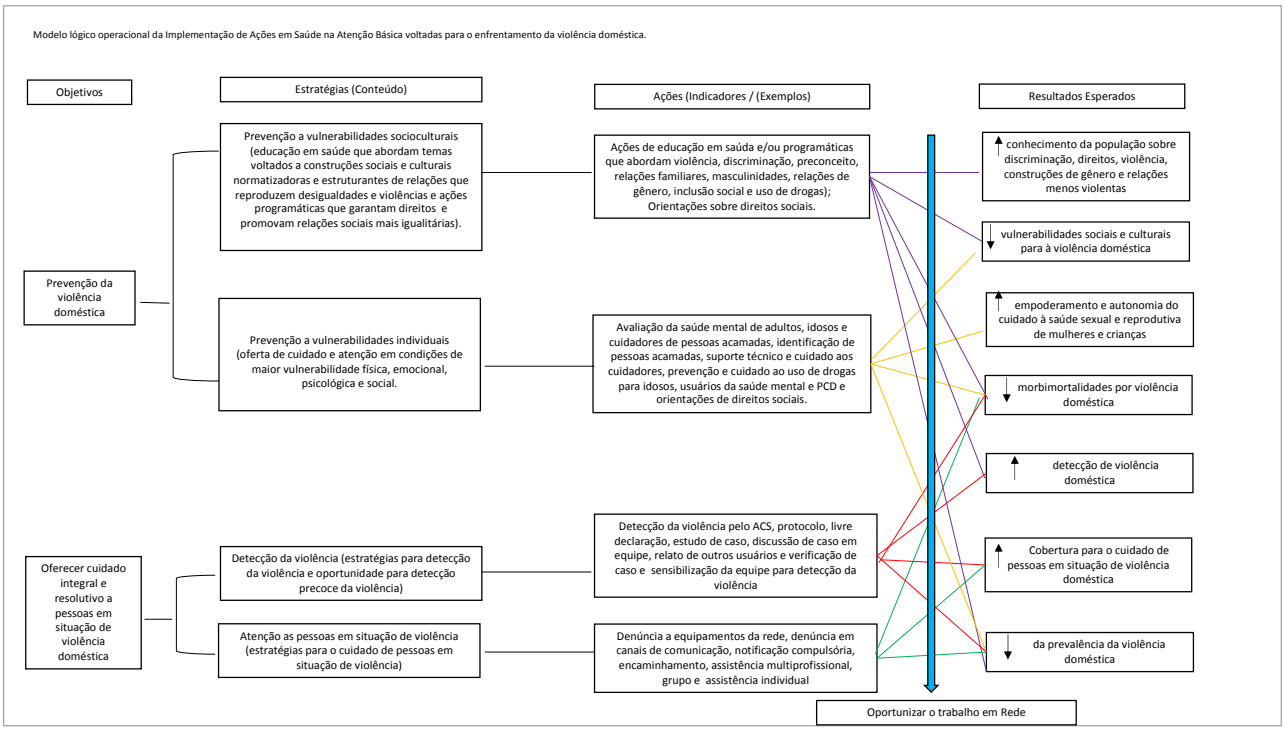



Fonte: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

O modelo destaca as populações reconhecidas na literatura como de maior vulnerabilidade para a violência doméstica no âmbito da AB – mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Propõe que as ações desenvolvidas pelos serviços de AB devam integrar e efetivar práticas de prevenção da violência, de promoção e proteção de direitos e assistência à saúde, como parte de uma atenção em rede, garantindo aos indivíduos em situação de violência um acompanhamento amplo e o mais resolutivo possível.

O modelo operacional (Figura 2) apresenta um maior detalhamento sobre a sequência das ações que dão concretude à teoria. Ele representa a operacionalização necessária, na organização dos serviços, para atender aos objetivos modelizados. Descreve as estratégias, com exemplificação das ações e os resultados esperados a partir da execução integrada das ações preconizadas.

Figura 2. Modelo operacional da Implementação de Ações em Saúde na Atenção Básica voltadas para o enfrentamento da violência doméstica.




Fonte: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

A matriz avaliativa oriunda dessa primeira etapa é composta por 56 indicadores categorizados em 5 subdomínios e 2 domínios (Quadro 1).

Quadro 1. Matriz Avaliativa I: Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores apresentada para a primeira rodada de avaliação dos especialistas.

| Domínio | Subdomínio | Nº de Indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção de vulnerabilidades socioculturais | 11 |
| | Promoção e prevenção em Saúde Sexual e Reprodutiva | 14 |
| | Vigilância para condições de maior vulnerabilidade | 13 |
| Atenção em casos de violência doméstica | Detecção da violência doméstica | 10 |
| | Assistência em casos de violência doméstica | 8 |

Autora: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

## Segunda etapa: a avaliação por grupo de especialistas

### *1ª rodada Delphi*

Dos 56 indicadores avaliados foram excluídos 6 que não obtiveram concordância de 75% ou mais dos especialistas no grau máximo de relevância para a AB e de equivalência de constructo (grau 4). Quanto à possibilidade de replicação nos diferentes contextos nacionais, todos os indicadores obtiveram 80% ou mais de aceitação.

Os principais comentários trouxeram questões relacionadas a amplitude dos enunciados; a pertinência de alguns indicadores em relação a categorização apresentada e a ausência de representação quantitativa dos indicadores, ou seja, que os indicadores não são mensuráveis já que referem-se a processos de trabalho representados qualitativamente.

A análise dessa primeira rodada resultou na revisão da redação e da categorização dos indicadores, na ampliação do número de indicadores, de 56 para 64, e redução dos subdomínios, que passaram de cinco para quatro, constituindo a nova matriz reenviada para avaliação na 2ª rodada (Quadro 2).

Quadro 2. Matriz Avaliativa II: Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores apresentada para a segunda rodada de avaliação por especialistas.

| Domínios | Subdomínios | Nº de indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção a condições de Vulnerabilidade Social | 21 |
| | Prevenção a condições de Vulnerabilidade Individual | 19 |
| Atenção em casos de Violência Doméstica | Detecção de Violências domésticas | 12 |
| | Assistência a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 12 |

Autora: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

### *2ª rodada Delphi*

A análise dos resultados iniciou pelo cálculo do CVR, considerando-se as respostas dos especialistas na pontuação 3 e 4 da escala tipo Likert. Foram excluídos 22 indicadores que não obtiveram índice de CVR maior ou igual a 0,78 em todos os critérios, segundo a ordem: relevância para a AB, sensibilidade, validade e clareza do indicador; e que não obtiveram a

indicação de permanência por 90% ou mais dos especialistas. A matriz resultante é composta por 42 indicadores categorizados em 4 subdomínios e 2 domínios, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Matriz Avaliativa III (final): Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB segundo domínios, subdomínios e nº de indicadores.

| Domínios | Subdomínios | Nº de indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção e redução de Vulnerabilidade Social | 11 |
| | Prevenção e redução de Vulnerabilidade Individual | 11 |
| Atenção a saúde em casos de Violência Doméstica | Identificação da Violência doméstica | 11 |
| | Cuidado a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 9 |

Autora: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

A partir dos resultados dos CVR foi calculado o IVC para o conjunto dos indicadores mantidos na matriz. O IVC da matriz foi de 0,96. Após o cálculo do IVC foi realizada a comparação entre as respostas dos especialistas, dois a dois, para cada um dos critérios da matriz avaliativa (Tabela 1).

Cada um dos critérios originou 45 comparações e os resultados corroboram o cálculo do IVC. Ambos indicam alta concordância entre os especialistas quanto aos indicadores finais e critérios avaliados - 88,4% dos especialistas concordaram em manter os indicadores. A maior variação e menor concordância foi observada no critério de validade, onde a concordância média foi de 67,7%, abaixo de 75% (Tabela 1 e Quadro 4).

Tabela 1. Análise descritiva da concordância entre os especialistas

| | Média | DP | Mediana | Min | Max |
|---|---|---|---|---|---|
| Critério de avaliação | | | | | |
| Clareza | 83,5 | 15,5 | 88,1 | 59,5 | 100 |
| Sensibilidade | 85,0 | 15,7 | 91,7 | 50,0 | 100 |
| Validade | 67,7 | 27,7 | 82,1 | 26,2 | 100 |
| Relevância para a AB | 78,8 | 19,3 | 85,7 | 35,7 | 100 |
| Manter ou não o indicador | 88,4 | 19,9 | 97,6 | 50 | 100 |

Fonte: as autoras

Quadro 4. Matriz Avaliativa III (final): Atenção à saúde com foco no enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB com apresentação dos indicadores segundo domínios, subdomínios.

| Domínio | Subdomínio | Indicador |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção e Redução de vulnerabilidade social | Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social no território |
| | | Ações de Educação em Saúde para crianças sobre violência em instituições de ensino e programas sociais |
| | | Ações de Educação em Saúde para crianças, no território, sobre gênero e sexualidade |
| | | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre violência em instituições de ensino e projetos sociais |
| | | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre drogas em instituições de ensino e projetos sociais |
| | | Ações de Educação em Saúde para adolescentes em saúde sexual e reprodutiva em instituições de ensino e projetos sociais |
| | | Ações de Educação em Saúde sobre educação sem violência para responsáveis e profissionais |
| | | Ações de Educação em Saúde sobre violência na unidade |
| | | Ações de Educação em Saúde sobre drogas na unidade |
| | | Ações de Educação em Saúde em saúde sexual e reprodutiva na unidade |
| | | Ações programadas na saúde do homem sobre paternidade e relações familiares |
| | Prevenção e Redução de vulnerabilidade individual | Captação de gestantes no território |
| | | Grupos periódicos de educação para gestantes, parceiros e familiares |
| | | Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental para adolescentes |
| | | Acompanhamento de adolescentes com histórico de conflitos com a lei. |
| | | Ações programáticas em saúde mental para adultos |
| | | Avaliação da saúde mental de idosos |
| | | Avaliação da capacidade funcional dos idosos |
| | | Prevenção de quedas de idosos |
| | | Avaliação do suporte familiar dos idosos |
| | | Avaliação e acompanhamento da saúde mental de cuidadores |
| | | Oferta de grupos de apoio para cuidadores |
| Atenção a saúde em casos de violência doméstica | Identificação da violência doméstica | Identificação de situações de violência pelos ACS |
| | | Rastreamento de rotina para detecção da violência doméstica |
| | | Uso de protocolo para detecção de violência doméstica |
| | | Investigação de situações de violência doméstica a partir de sintomas e queixas |
| | | Discussão de caso em equipe para a detecção da violência doméstica |
| | | Sensibilização da equipe para identificação de casos de violência doméstica |
| | | Identificação de crianças, adolescentes e idosos em situação de violência doméstica por meio de visitas domiciliares |
| | | Verificação de situações de violência à partir de relato de outros usuários em casos de crianças, adolescentes e idosos. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Escuta individual e sigilosa como estratégia de detecção de violência doméstica |
| | | Orientação a cuidadores para prevenção e identificação de violência doméstica |
| | | Investigação etiológica e oferta de tratamento para IST na unidade |
| | Cuidado a Pessoas em situação de violência doméstica | Oferta regular de métodos contraceptivos |
| | | Oferta regular de preservativos para prevenção a IST |
| | | Identificação, notificação compulsória e acompanhamento em casos de violência doméstica contra mulher |
| | | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao conselho tutelar e acompanhamento em casos de violência contra a criança e o adolescente |
| | | Ações continuas na saúde do homem que abordam a violência |
| | | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao CRAS, CREAS e à autoridade policial e, acompanhamento em casos de violência contra o idoso |
| | | Oferta de tratamento sindrômico para IST com encaminhamento para serviços de referência em casos de HIV e Hepatites Virais |
| | | Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência contra pessoas com deficiência |
| | | Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência contra pessoas com transtorno mental |

FONTE: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

**Terceira etapa: Análise de confiabilidade e correlação das categorias de classificação**

O resultado do teste de Kuder-Richardson indica que a matriz final de indicadores possui boa confiabilidade. Dos 7 coeficientes calculados (coeficiente geral da matriz e coeficientes por domínio e por subdomínio), apenas o relativo ao subdomínio da assistência a pessoas em situação de violência obteve coeficiente de 0,71, portanto abaixo do critério de excelência de 0,80. O coeficiente geral da matriz é de 0,93 (Tabela 2).

Tabela 2. Valores de KR20

| | KR20 |
|---|---|
| Atenção a Saúde no Enfrentamento da Violência Doméstica na AB | 0,93 |
| Domínio Prevenção da Violência | 0,88 |
| Subdomínio Prevenção e Redução de Vulnerabilidade Social | 0,80 |
| Subdomínio Prevenção e Redução de Vulnerabilidade Individual | 0,83 |
| Domínio Atenção a saúde em casos de Violência Doméstica | 0,87 |
| Subdomínio Identificação da Violência Doméstica | 0,84 |
| Subdomínio Cuidado a Pessoas em situação de Violência Doméstica | 0,71 |

FONTE: MENDONÇA, CS & CASTANHEIRA, ERL

As análises de correlações entre os subdomínios e domínios é positiva, demonstrando que há correlação entre eles. O subdomínio de prevenção e redução de vulnerabilidades sociais é o que demonstra maior correlação com o subdomínio assistência a pessoas em situação de violência (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3. Correlações entre os subdomínios

| | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | Identificação da Violência Doméstica | Cuidado a pessoas em situação de Violência Doméstica |
|---|---|---|---|---|
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | 1 | 0,680 | 0,621 | 0,531 |
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | 0,680 | 1 | 0,729 | 0,634 |
| Identificação da Violência Doméstica | 0,621 | 0,729 | 1 | 0,688 |
| Assistência a pessoas em situação de Violência Doméstica | 0,531 | 0,634 | 0,688 | 1 |

FONTE: as autoras

Tabela 4. Correlação entre os domínios

| | Prevenção da Violência Doméstica | Atenção à saúde em casos de Violência Doméstica |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | 1 | 0,767 |
| Atenção à saúde em casos de Violência Doméstica | 0,767 | 1 |

FONTE: as autoras

## DISCUSSÃO

Foi um grande desafio desenvolver um modelo avaliativo cujo recorte envolve um tema tão complexo. A modelagem foi uma escolha metodológica, uma vez que ela permite a esquematização do objeto, ilustrando a racionalidade dos múltiplos aspectos envolvidos e o quadro teórico de base. (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 2013; HARTZ, 2008; 1999; TANAKA; SILVA et al., In: TANAKA et al. (Org.)., 2017). Os modelos construídos se constituíram em

dispositivo potente e facilitador para o planejamento, escolha de métodos e proposta de um modelo de avaliação. Eles são produtos de um esforço em mediar o diálogo entre a teoria e as práticas concretamente operadas nos serviços de AB (CASSIOLATO & GUERESE, 2010; SILVA et al.; TANAKA In: TANAKA et al., 2017).

No que diz respeito ao quadro teórico, os modelos construídos estão em conformidade com a proposta de integralidade do cuidado. Eles propõe que AB desenvolva ações de promoção em saúde, prevenção, detecção e assistência aos agravos, articulando ações individuais às coletivas de modo a compor uma rede de opções assistenciais onde o cuidado ao agravo, ao corpo marcado, é uma das opções, e não a única. A proposta é que um conjunto maior de estratégias de cuidado estejam articuladas em um projeto integrador para uma produção de saúde na qual a integralidade das ações é o eixo norteador. (MCGREGOR, 1991; SCHRAIBER et al., 1996; D'OLIVEIRA, 2000; HEGARTY, 2008)

Reafirmam também que diferentes contextos histórico-sociais são determinantes da maior ou menor vulnerabilidade à violência e que as práticas de saúde estão em constante movimento e atualização, uma vez que estão intrinsecamente relacionadas às dimensões sociais e políticas, carregadas de historicidade e cultura (PINHEIRO & LUZ (Org.), 2007; SANTOS KOERICH et al., 2009). Quanto as práticas desenvolvidas pelos serviços, os modelos consideram o seu papel na criação contínua de necessidades em saúde. (MENDES-GONÇALVES et. al., 1990; AYRES & SANTOS (Org), 2017)

Nesse sentido, os modelos apresentados confirmam a AB como componente da rede de enfrentamento a violência e como espaço potente para o desenvolvimento de ações de proteção e promoção do direito humano a saúde, prevenção de agravos, recuperação e reabilitação em situações de violência doméstica. E, propõem que as ações sejam referenciadas pelo quadro de vulnerabilidade e pelos direitos humanos, levando em conta de modo crítico as relações de poder socialmente construídas entre homens e mulheres.

Assim, os indicadores, construídos a partir desses modelos, procuram pautar a necessidade de organizar ações de enfrentamento da violência em diferentes dimensões, valorizando a realização de ações de educação em saúde com temas que estimulem mudanças nas tradições culturais e sociais baseadas em relações desiguais de gênero; promovendo ações de autocuidado com o corpo sexual e reprodutivo; e induzindo a instauração de mecanismos de identificação e intervenção sobre aspectos individuais e coletivos que aumentam a vulnerabilidade para a violência doméstica; o que, em conjunto, compõe a integralidade das ações de prevenção e de assistência a pessoas em situação de violência doméstica (ROSENBERG, 1997; WARSHAW, 1998; 2006; RAMOS & SILVA, 2011;

WANDERBROOCKE & MORÉ, 2013; SCHRAIBER, 2003; 2005; D'OLIVEIRA 2009; 2020).

Na literatura existem diferentes técnicas, consideradas apropriadas, para a avaliação, o julgamento e/ou a conferência de indicadores, sendo a técnica Delphi uma delas (BLACK et al., 1999; CAMPBELL, 2003). O uso da 'Delphi modificado', em 2 rodadas, permitiu obter a validação dos indicadores por meio do julgamento de especialistas, mensurando-se a validade de conteúdo por meio da taxa de concordância, dos confrontos e análise do IVC. A escolha do Delphi foi oportuna, considerando o contexto da pandemia do Covid-19 e também a ausência de apoio financeiro. Neste caso, a técnica Delphi facilitou a participação de especialistas de diferentes regiões do Brasil, garantindo que os indicadores fossem avaliados permeando diferentes contextos.

De acordo com a literatura a escolha dos especialistas deve partir do reconhecimento da experiência e conhecimento dos mesmos sobre o foco da avaliação, para que estejam aptos ao processo de validação (CAMPPBELL, 2003). Nesse sentido, a composição definida contemplou especialistas com competência, capacidade de julgamento e/ou atribuição de valores com relação às ações desenvolvidas na AB voltadas à prevenção da violência doméstica e ao cuidado às pessoas em situação de violência. Essa competência refere-se à aplicabilidade, viabilidade e relevância dos indicadores, e a recomendações para aperfeiçoa-los - critérios utilizados para o julgamento dos indicadores.

Quanto ao número ideal de participantes no painel de especialistas, não há uma regra restrita (CASTRO & RESENDE, 2009). No presente trabalho a opção adotada encontra amparo na literatura. Algumas referências indicam que um grupo entre 10 e 18 especialistas é o suficiente para o desenvolvimento da técnica Delphi. (OKOLI & PAWLOWSKI, 2004) Outros, como Valdés e Marín (2013), sugerem um número mínimo de 7 'experts'. Segundo, Gilbert e Prion (2016) um painel de 5 a 10 especialistas corresponde ao indicado.

Com relação a escala tipo Likert, a indicação corrente é de que uma escala com número ímpar de pontos facilita a resposta em função do ponto intermediário, que seria um nível neutro. Contudo, segundo Costa (2011), em uma escala de concordância a neutralidade pode não ter sentido, "*neutro não é grau de concordância, mas sim 'não resposta*'" (COSTA et al., 2018, p ). Com base nesse referencial, esse estudo eliminou o ponto neutro usando uma escala de 4 pontos, exigindo que os especialistas se colocassem quanto à referência positiva ou negativa de cada indicador com relação aos critérios de julgamento. Quanto às medidas descritivas de posição e dispersão, é destacado o fato de não haver diferença significativa entre as escalas ímpares e pares (COSTA et al., 2018; FELIX, 2011), ou seja, se a operacionalização estatística

for baseada nessas medidas, para os pesquisadores não tem diferença entre adotar uma alternativa ou outra (COSTA et al., 2018; DALMORO & VIEIRA, 2014).

Na primeira rodada, utilizou-se como critério a concordância de pelo menos 75% dos especialistas. No que se refere à interpretação da taxa de concordância, Giannarou (2014) aponta que o mínimo de 70% ou 75% no nível de concordância deve ser obtido, enquanto Coluci et al. (2015), com maior rigor, sugerem uma taxa de 90% ou mais. Por outro lado, a análise da segunda rodada utilizou o cálculo da Razão de Validade de Conteúdo (CVR) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para uma análise quantitativa da concordância e validade dos indicadores, como uma estratégia de maior rigor de precisão. Segundo Wilson et al. (2012), o CVR é uma estatística feita item a item útil para a rejeição ou retenção de itens individuais, internacionalmente reconhecida como método para estabelecer a validade de conteúdo. A utilização do IVC para a análise possibilitou avaliar a concordância entre os especialistas, no entanto como esse método não considera a proporção de concordância devido ao acaso foi realizada análise estatística descritiva de comparação entre juízes, dois a dois. A pouca variabilidade de respostas contraditórias, não permitiu o uso do teste de coeficiente de Kappa.

A análise da consistência interna, ou homogeneidade, indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica. Trata-se de uma importante propriedade de medida para a avaliação de um único constructo por meio de uma diversidade de itens (SOUZA et al., 2017). Uma vez que os indicadores foram propostos como variáveis dicotômicas, a consistência interna foi medida pelo teste de Kuder-Richardson, com resultados do coeficiente próximos a 1,00 considerados como ideais. O coeficiente alfa de Cronbach não foi utilizado por ser indicado para avaliação de variáveis contínuas (ECHEVARRIA-GUANILO et.al., 2017; DANIEL et.al., 2015).

## CONCLUSÕES

Este estudo reafirma a violência doméstica como objeto de trabalho das práticas da AB. A ausência de modelos de avaliação com foco nessa temática possivelmente ampara-se no ainda incipiente reconhecimento dos serviços de AB como ponto estratégico da rede de enfrentamento à violência doméstica. Nesse sentido, o modelo apresentado supre uma lacuna que pode ampliar a visibilidade e pertinência desse objeto para as práticas nos serviços de AB.

Os resultados produziram um modelo avaliativo viável para a avaliação da AB quanto às ações que somam esforços com outros equipamentos públicos e privados e outras políticas públicas para o enfrentamento da violência da violência doméstica. Observa-se que a aplicação

dessa matriz avaliativa poderá contribuir para seu aprimoramento, além da realização de novos estudos que possam consolidá-la num processo de contínuo aperfeiçoamento. Espera-se que esse estudo possa apoiar processos de mudança e contribuir para o aprimoramento e fortalecimento da AB e do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

OMS. Global Status Report on Violence Prevention, 2014.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.

WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO, 2013.

ONU MULHERES. Modelo de protocolo latino-americano para investigação de mortes violentas de mulheres por razão de gênero (femicídios/feminicídios). Brasil, 2014.

ONU. Agenda 2030. Disponível em: https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/ , ONU, 2015.

ONU. Carta das Nações Unidas. UN, 1945.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. UN, 1948.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLVEIRA, A.F.P.L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, Brasil. 2003.

SCHRAIBER, L.B. et.al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. Editora UNESP. São Paulo. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2017.

SCHRAIBER, L.B. et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Ver. Brasileira de Epidemiologia, 2012; 15(4): 790-803.

SCHRAIBER, L.B. et.al. Mulheres em situação de violência: entre rotas criticas e redes intersetoriais de atenção. Revista Medicina (São Paulo). Abr-jun; 92(2):134-40, 2013.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al., Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu, Online);24: e190164, 2020. tab, graf.

MENDONÇA, C.S., Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 25(6): 2247-2257, jun./2020.

SIGNORELLI, M.C. et al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

ONU – Organização das Nações Unidas. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2016.

SILVA, A.M.V.L. et al. Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Família Program and treated at a primary care clinic. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):645-655, mar, 2014.

WANDERBROOCKE, A.C.N.D. et al. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, dez, 2013.

PORTO, R.T.S. col. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreirs para o enfrentamento. Physis, 2014.

ALMEIDA, M.A.S. et. al. Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica 35(3): 412-420, 2011.

DE FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 13, n. 31, p. 287-99, 2009.

MENDONÇA, C.S. Avaliação das ações de prevenção, detecção e assistência às violências nos serviços de Atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, 2017.

HERRERA, S.D.S.C. et. al. Impacto da Residência de Medicina da Família e Comunidade no Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência. Revista CEREUS, 11(1). DOI 10.18605/2175-7275/cereus.v11n1p51-64. 2019.

TANAKA, O.Y., Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1–9.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M. & FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, pp. 197-241.

NEMES, M.I.B., Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids, 2001.

AKERMAN, M; NADANOVSKY, P., Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o quê? Caderno de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 8(4): 361-365, out/dez, 1992.

FURTADO, J.P., Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 765-793.

CAMPBELL, S.M. et al. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. v. 326 (12) APRIL/2003.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOUPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 61-74.

HARTZ, Z.M.A. (Org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva. v. 4, nº 2, pp. 341-53, 1999.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. (org.), Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p.

AYRES, J.R.C.M. et al., O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.123-138.

AYRES, J.R.C.M. et al., Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al., QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde soc., vol. 20, n.º 4, pp. 935-47, dez. 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L., et al., Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde debate, v. 38, n.º 103, pp. 679-91, dez. 2014.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev. Saúde Pública, v. 51, pp. 51-77, ago. 2017.

NASSER, M. A. et al. Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locorregionais. BIS Bol. Inst. Saúde. v. 17, n.º 2, pp. 6-18, dez. 2016.

NUNES LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine RR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175

RAMOS, N.P. et al., Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 1-13, 2020.

SANINE, Patricia Rodrigues et al . Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, e00094417, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2021. Epub June 21, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00094417.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y., Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 207-216, Sept. 1999. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000300001&lng=en&nrm=iso.

POLIT, D.F. et al., Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing and Health. 2007. 30(4): 459-467.

DAVIS, L., Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research. 1992. 5(4): 194-197.

OLIVEIRA, S.R.A.; TEIXEIRA, C.F., Avaliação da regionalização do sus: construção do modelo Teórico-lógico. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2013. 37(1): 236-254.

HARTZ, Z.M.A & CONTANDRIOPOULOS, A.P. Do quê ao para quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A., FELISBERTO, E., SILVA, L.M.V. (orgs) Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p 27-45.

SILVA, R.R. et al., Avaliações sob Medida – Produzir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11–27.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Nota Técnica. Como Elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010.

SANTOS KOERICH M et al., A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde, Revista eletrônica quadrimestral de enfermagem. Outubro de 2009; 17.

RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L., Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. Saude soc. [Internet]. 2011 Mar [cited 2020 Apr 25] ; 20( 1 ): 136-146.

BLACK, N. et al., Consensus Development Methods: A Review of Best Practice in Creating Clinical Guidelines. J Health Serv. Rs. Policy. 4(4): 236-248, 1999.

CAMPBELL, S.M. et al. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. v. 326 (12) APRIL/2003.

CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. Histodidáctica, 2002.

OKOLI, C,; PAWLOWSKI, S., The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. Information & Management, 42:15-29, 2004.

VALDÉS, MG; MARÍN, MS. Empleo del método Delphi em investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. Rev Cubana de Información em Ciencias de la Salud, 24(2):133-144, 2013.

GILBERT, G.E.; PRION, S., Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. Clinical Simulation in Nursing. 2016; v. 12, p. 530-531.

COSTA, F. J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

COSTA, F.J. et al., Variações de Mensuração por Tipos de Escalas de Verificação: Uma Análise do Construto de Satisfação Discente. Revista Gestão.Org, v. 16, n. 2, p. 132-144, 2018. ISSN 1679-1827.

FELIX, R. The impact of scale width on responses for multi-item, self-report measures. Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing, n. 19, v. 3, p. 153-164, 2011.

DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o Número de itens e a disposição influenciam nos Resultados? Revista Gestão Organizacional, n. 6, p. 161-174, 2014.

GIANNAROU, L.; ZERVAS, E., Using Delphi technique to build consensus in practice. Int. Journal of Business Science and Applied Management. 2014; 9(2): 65-82.

COLUCI, M.Z.O. et al., Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(3): 925-936.

WILSON, F.R. et al., Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. Published online 14 March 2012. http://mec.sagepub.com/content/early/2012/03/12/0748175612440286.

SOUZA, A.C. et al., Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 26(3):649-659, jul-set/2017.

ECHEVARRIA-GUANILO, Maria Elena; GONCALVES, Natália; ROMANOSKI, Priscila Juceli. Propriedades Psicométricas De Instrumentos De Medidas: Bases Conceituais E Métodos De Avaliação - PARTE I. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 26, n. 4, e1600017, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400326&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2021. Epub Jan 08, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001600017.

DANIEL, Fernanda; SILVA, Alexandre Gomes da; FERREIRA, Pedro Lopes. Contributo para a Discussão da Avaliação da Fiabilidade de um Instrumento de Medição. Rev. Enf. Ref., Coimbra , v. serIV, n. 7, p. 129-137, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-

02832015000700014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jan. 2021. http://dx.doi.org/10.12707/RIV15003.

LEITE, F.M.C. et al., Violence against women and its association with the intimate partner's profile: a study with primary care users. Rev Bras Epidemiologia. V. 5(22): e190056, 2019.

WALI, R. et. Al., Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National Guard Primary Health Care Centers in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. BMC Public Health. 2020.

MCCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A. F.; DECHANT, H. K.; RYDEN, J.; BASS, E. B.; DEROGATIS, L. R. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. Annals of Internal Medicine, v. 123, n. 10, p. 737-746, nov. 1995.

MCGREGOR, H.; HOPKINS, A. Working for change: the movement against domestic violence. North Sydney, NSW: Allen & Unwin; 1991.

HEGARTY, K..; TAFT, A.; FEDER, G.S. Violence between intimate partners: working with the whole family. Brit Med J v. 337, p. 346-351, 2008.

ROSENBERG, M. L.; FENLEY, M. A.; JOHNSON, D.; SHORT, L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. Acad Med. v. 72, p. S13-8, 1997.

WARSHAW, C. Domestic violence: changing theory, changing practice. In.: Monagle, J. F.; Thomasma, D. C. Health care ethics: critical issues for the 21st century. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers, 1998.

**ARTIGO 2**

**Título:** AVALIAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE COM FOCO NA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, DESENVOLVIDAS EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Título Resumido:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA AB DO ESTADO DE SP

**Autores:**

**Correspondência:** Carolina Siqueira Mendonça. Departamento de Saúde Pública/FMB.
Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687. E-mail: carolina.s.mendonca@unesp.br

**RESUMO**

A atenção a pessoas em situação de violência vem se somar às múltiplas demandas que se colocam para os serviços de Atenção Básica (AB), enquanto uma necessidade social para a qual tem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que envolvem os serviços de saúde. Essas múltiplas demandas exigem pesquisas que melhorem o desempenho das ações de AB e sua articulação com outras políticas públicas de caráter intersetorial. Avaliações de serviço podem fomentar a reflexão crítica sobre a prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados. Nesse sentido, esse estudo de caso tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas pela AB paulista com foco na violência doméstica. Para tanto, utilizou matriz avaliativa validade por processo iterativo composto por: revisão de literatura e de políticas públicas e normas vigentes; modelagem teórica e operacional; validação de matriz de indicadores por grupo de especialistas, e análise da confiabilidade. Ainda, como dados primários as respostas do questionário QualiAB, aplicado em 2017. Como resultados observou-se melhores desempenhos em ações de cuidado individual e com base no modelo biomédico. Ações de promoção a saúde e prevenção de agravos coletivas se mostraram incipientes, de mesmo modo que ações referenciadas pelo quadro de vulnerabilidade e dos direitos humanos. As ações de detecção da violência doméstica são mais empreendidas que ações de cuidado a pessoas em situação de violência. Conclui-se que a implementação das ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB são incipientes. Nesse sentido, é necessário o investimento em educação permanente, no trabalho interprofissional e em rede.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica, Atenção Básica, Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde

**ABSTRACT**

The attention to people in situations of violence is added to the multiple demands that arise for primary care services (PCS), as a social need for which intersectoral policies and strategies involving health services have been developing. These multiple demands require research that improves the performance of PCS actions and their articulation with other public policies of an intersectoral nature. Cross-sectional study of evaluation of services with the objective of evaluating the actions developed by PCS in São Paulo with a focus on domestic violence. As a

result, better performances were observed in individual care actions. Actions to promote health and prevent collective problems were incipient. Actions to detect domestic violence are more undertaken than articulated actions of care for people in situations of violence. The implementation of actions aimed at combating domestic violence within the are incipient. It is necessary to invest in continuing education, interprofessional work and networking.

Keywords: Domestic Violence, Primary Care, Health Assessment, Service Assessment

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um grave problema global, complexo e de múltiplas determinações, e está profundamente relacionada a desigualdades sociais historicamente construídas. Essa violação dos direitos humanos, de alta prevalência e grande magnitude, tem importantes repercussões no processo de saúde – adoecimento na vida individual e coletiva das pessoas. (KRUG, 2002; SCHRAIBER, 2003;2005; SIGNORELLI, 2013; UNICEF, 2014; 2017; MELO, 2016; MIZIARA, 2015; BRASIL, 2018; SANTOS, 2019)

O enfrentamento da violência doméstica exige construções conjuntas e articuladas nos âmbitos da sociedade e do Estado. Os serviços de saúde são considerados relevantes nesse contexto (ALPERT, 1995; BRASIL, 1990; 2002; 2003; 2010; 2011a; 2011b; 2015a; 2015b; SCHRAIBER, 2003a;b; MOUZOS, 2004; HEGARTY, 2006; ROBERTS, 2006; D'OLIVEIRA, 2009; WANDERBROOCKE; MORÉ, 2012). A rede de serviços da saúde é espaço privilegiado para a prevenção, identificação, acolhimento e cuidado de pessoas em situação de violência. (EGRY, 2017; PORTO, 2014; BRASIL, 2010; D'OLIVEIRA, 2020; RICHARDSON, 2002).

No contexto dos serviços de saúde, destaca-se que a Atenção Básica (AB), em particular, tem um papel de suma importância. Ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos representam práticas de caráter emancipatório para o autocuidado e que contribuem para redução de vulnerabilidades sociais e individuais à violência doméstica. Além disso, a reorganização do modelo assistencial, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilita o cuidado contínuo e o desenvolvimento de vínculos entre usuários e profissionais, o que potencializa a identificação e a intervenção sobre a violência doméstica. (SCHRAIBER, 2003; D'OLIVEIRA, 2009; SIGNORELLI, 2013)

As demandas da violência doméstica se apresentam para a AB, independentemente do grupo populacional, na forma de um conjunto diversificado de necessidades com grande magnitude, importância e complexidade. Apesar da potência da AB no enfrentamento do fenômeno, os serviços tendem a dar respostas com baixa resolutividade e alta medicalização

(HERRERA, 2006; MENDONÇA, 2020). Este quadro, colabora com a invisibilidade da violência e sobreutilização dos serviços, com elevação dos custos da assistência. Nesse sentido, a AB requer novas formas de abordar o problema, com readequação dos serviços e fortalecimento das políticas públicas para esse âmbito da atenção, na busca por uma abordagem integral, contínua e ampliada (SCHRAIBER, 2013).

Avaliações de programas e serviços de saúde, são importantes processos 'técnicos-administrativos-políticos' em planejamento e gestão que podem fornecer subsídios a mudanças e readequação dos serviços (NEMES, 2001; CASTANHEIRA, 2016a; TANAKA & MELO, 2001; TANAKA; 2017; ). Desde que guiadas para a reflexão crítica e a aprendizagem podem transformar a realidade dos serviços, dos profissionais, dos usuários e da comunidade. (SILVA E SILVA, 2001; TANAKA & MELO, 2001; FURTADO In: CAMPOS (Org.), 2012; FURTADO; SILVA In: AKERMAN & FURTADO (Org.)., 2016) "*Avalia-se para mudar, para aprimorar*". (NEMES, 2001).

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo avaliar o desempenho dos serviços de AB do estado de São Paulo quanto as ações desenvolvidas de atenção à saúde com foco na violência doméstica.

## MÉTODO

Estudo de caso realizado com base em quadro avaliativo validado por processo iterativo composto por: revisão de literatura, políticas públicas e normas vigentes; modelagem teórica e operacional; validação de indicadores, elaborados a partir de alternativas do questionário QualiAB, por grupo de especialistas, e análise da confiabilidade [a].

O QualiAB é um instrumento *online,* que aborda os diversos processos de atenção à saúde atribuídos à AB, incluindo em seu corpo questões que permitem a avaliação de temas específicos como a violência (CASTANHEIRA et al.,2011; 2014; 2016b, 2020), ainda que com alguma perda de especificidade.

Os dados primários correspondem a respostas ao questionário QualiAB, aplicado em 2017 de modo aberto à participação dos serviços de AB de todos os municípios do estado de SP, a partir da adesão voluntária do gestor municipal, seguida da adesão de cada unidade básica de saúde do respectivo município. A composição final da amostra é de 2743 serviços, 63,8%

[a] Artigo que apresenta recorte de tese de doutorado que apresenta a construção e validação de um modelo de avaliação de serviços com foco na violência doméstica. Para saber mais, acessar repositório da FMB-UNESP.

dos 4.296 serviços cadastrados segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizados em 514 municípios, 79,7% do total de municípios paulistas.

A matriz avaliativa validada é composta por 42 indicadores categorizados em domínios e subdomínios, conforme quadro 1.

Quadro 1. Matriz avaliativa segundo domínios, subdomínios e número de indicadores.

| Domínios | Subdomínios | Nº de indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | 11 |
| | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | 11 |
| Atenção a saúde em casos de Violência Doméstica | Identificação da Violência doméstica | 11 |
| | Cuidado a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 9 |

FONTE: Mendonça, CS & Castanheira, ERL

Nessa avaliação foram utilizados 40 indicadores da matriz validada, uma vez que dois indicadores da matriz serão incorporados ao QualiAB em futura atualização, ou seja, para esta aplicação de 2017 não há dados disponíveis no banco do QualiAB em relação aos indicadores: "Ações de Educação em Saúde sobre educação sem violência para responsáveis e profissionais", e "Rastreamento de rotina para identificação da violência doméstica".

Os indicadores foram analisados por meio de um sistema binário, onde 1 corresponde ao que o serviço realiza e 0 ao que o serviço não realiza. Para o cálculo do desempenho geral dos serviços, as respostas foram somadas e divididas pelo total de indicadores, obtendo-se um índice que expressa o percentual de ações realizadas pelo serviço, podendo variar 0% a 100%. A mesma lógica de cálculo foi aplicada para cada domínio e subdomínio.

Para análise das variáveis associadas aos melhores desempenhos foi ajustado modelo de regressão múltipla de Cox, tendo como variáveis independentes: porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); rede intersetorial disponível; organização segundo ESF; localização dos serviços, rural ou urbana; capacitação dos profissionais para atenção à violência, e participação em avaliações anteriores; e como variáveis resposta os escores gerais. As análises estatísticas foram desenvolvidos utilizando os softwares SPSS versão 21 e R versão 3.4.3.

Este estudo segue a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos e obtive aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) por meio do parecer 2.257.770.

## RESULTADOS

Em relação ao contexto no qual se inserem os serviços avaliados, observa-se que de acordo com a estimativa populacional do IBGE para o ano de 2017, 44,4% dos serviços participantes estão localizados em municípios com até 50.000 habitantes; 18.1% entre 50 – 100.000; 30% entre 100 e 500.000; 7,5% em municípios com mais de 500.000 (IBGE, 2020). Segundo dados do PNUD, 83,6% desses municípios possuem IDH alto (0,700 – 0,799); 11,7% IDH muito alto (0,800 – 1,00); e 4,7% IDH médio (0,600 – 0,699) (PNUD, 2010).

Dos serviços participantes, segundo auto respostas, 58,7% estão localizados em área urbana periférica; 32,6% urbana-central; 8,7% rural; e 69,8% possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A frequência em percentual das ações de prevenção e atenção em casos de violência doméstica desenvolvidas pelos serviços são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Proporção de serviços de AB que relatam desenvolver ações de atenção à saúde no enfrentamento da violência doméstica, em 2017. (N = 2743)

| Subdomínios | Indicadores | % |
|---|---|---|
| **Domínio Prevenção da Violência Doméstica** | | |
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social no território | 73,53 |
| | Ações de Educação em Saúde para crianças sobre violência em instituições de ensino e programas sociais | 6,05 |
| | Ações de Educação em Saúde para crianças, no território, sobre gênero e sexualidade | 6,74 |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre violência em instituições de ensino e projetos sociais | 9,81 |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre drogas em instituições de ensino e projetos sociais | 43,16 |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes em saúde sexual e reprodutiva em instituições de ensino e projetos sociais | 15,13 |
| | Ações de Educação em Saúde sobre violência na unidade | 24,79 |
| | Ações de Educação em Saúde sobre drogas na unidade | 28,47 |
| | Ações de Educação em Saúde em saúde sexual e reprodutiva na unidade | 13,74 |
| | Ações programadas na saúde do homem sobre paternidade e relações familiares | 20,05 |

| | | |
|---|---|---|
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | Captação de gestantes no território | 71,45 |
| | Grupos periódicos de educação para gestantes, parceiros e familiares | 31,94 |
| | Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental para adolescentes | 42,58 |
| | Acompanhamento de adolescentes com histórico de conflitos com a lei. | 23,51 |
| | Ações programáticas em saúde mental para adultos | 63,14 |
| | Avaliação da saúde mental de idosos | 68,87 |
| | Avaliação da capacidade funcional dos idosos | 51,00 |
| | Prevenção de quedas de idosos | 63,98 |
| | Avaliação do suporte familiar dos idosos | 56,22 |
| | Avaliação e acompanhamento da saúde mental de cuidadores | 39,19 |
| | Oferta de grupos de apoio para cuidadores | 7,80 |
| **Domínio Atenção em Saúde em Casos de Violência Doméstica** | | |
| Identificação da Violência Doméstica | Identificação de situações de violência pelos ACS | 68,72 |
| | Uso de protocolo para identificação de violência doméstica | 14,66 |
| | Investigação de situações de violência doméstica a partir de sintomas e queixas | 61,06 |
| | Discussão de caso em equipe para a identificação da violência doméstica | 39,92 |
| | Sensibilização da equipe para identificação de casos de violência doméstica | 24,06 |
| | Identificação de crianças, adolescentes e idosos em situação de violência doméstica por meio de visitas domiciliares | 56,94 |
| | Verificação de situações de violência à partir de relato de outros usuários em casos de crianças, adolescentes e idosos. | 62,81 |
| | Escuta individual e sigilosa como estratégia de identificação de violência doméstica | 60,96 |
| | Orientação a cuidadores para prevenção e identificação de violência doméstica | 52,21 |
| | Investigação etiológica e oferta de tratamento para IST na unidade | 58,00 |
| Cuidado às pessoas em situação de Violência Doméstica | Oferta regular de métodos contraceptivos | 23,84 |
| | Oferta regular de preservativos para prevenção a IST | 82,32 |
| | Identificação, notificação compulsória e acompanhamento em casos de violência doméstica contra mulher | 18,12 |
| | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao conselho tutelar e acompanhamento em casos de violência contra a criança e o adolescente | 9,59 |
| | Ações continuas na saúde do homem que abordam a violência | 20,34 |
| | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao CRAS, CREAS e à autoridade policial e, acompanhamento em casos de violência contra o idoso | 8,49 |
| | Oferta de tratamento sindrômico para IST com encaminhamento para serviços de referência em casos de HIV e Hepatites Virais | 42,95 |
| | Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência contra pessoas com deficiência | 35,76 |
| | Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência contra pessoas com transtorno mental | 39,19 |

Fonte: os autores

No domínio “Prevenção da violência doméstica”, predominam as ações voltadas à “Prevenção e redução de vulnerabilidades individuais”, com desempenho médio de 47,24%. Das 11 ações que compõem esse subdomínio, 6 são realizadas por pelo menos 50% dos serviços. Observa-se que aquelas menos realizadas são as direcionadas aos cuidadores, familiares e companheiros ou companheiras, e aos adolescentes em conflitos com a lei. Quanto à “Prevenção e redução de vulnerabilidades sociais”, com desempenho médio de 24,15%, destaca-se que 8 das 10 ações são realizadas por menos de 30% dos serviços e que apenas a identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social no território é realizada por mais de 70% dos serviços.

Com relação ao domínio “Atenção em caso de violência doméstica”, as ações de “Identificação de casos de violência doméstica” são as mais empreendidas, com desempenho médio de 49,93%. Com exceção da discussão de caso em equipe, a sensibilização da equipe e o uso de protocolo, as demais ações são realizadas por 50% ou mais dos serviços. De outro modo, no “Cuidado de pessoas em situação de violência”, com desempenho médio de 31,18%, apenas a oferta regular de preservativos para prevenção a IST é realizada por mais de 50% dos serviços, sendo que 5 das ações preconizadas são realizadas por menos de 25% dos serviços.

No que se refere ao desempenho geral dos serviços participantes, a média é de 38,5%, com uma concentração maior de serviços com escores abaixo de 60%. Entretanto, vale destacar que um serviço atingiu o desempenho máximo de 100% e 52 obtiveram desempenho acima de 90%. (Gráficos 1 e 2; Tabela 2).

Gráfico 1. Histograma de frequência dos serviços, segundo desempenho geral.

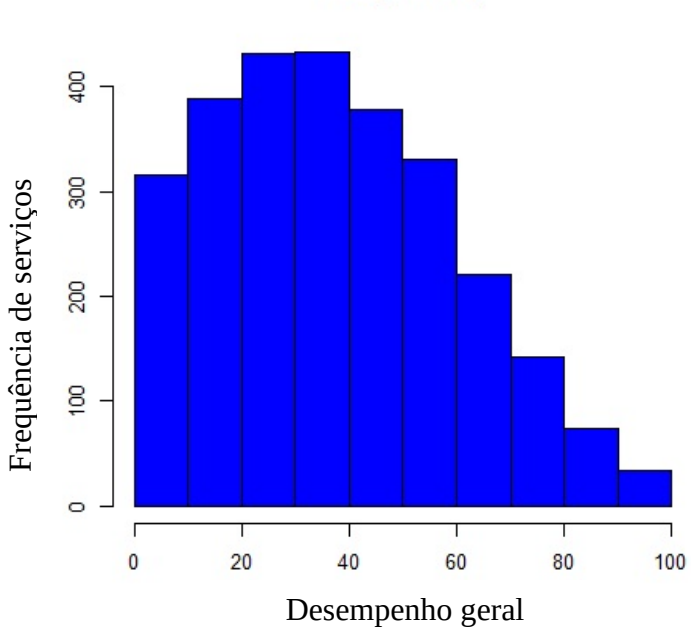


Gráfico 2. Box Plot com a distribuição dos serviços, segundo escore geral

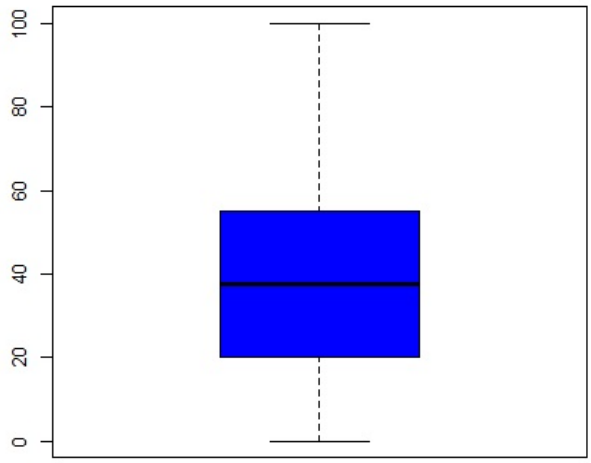



Tabela 2. Desempenhos dos serviços segundo quartis, domínios e subdomínios

| | Agrupamento dos indicadores | Q1 | MEDIANA | Q3 | DP |
|---|---|---|---|---|---|
| **Desempenho Geral** | | **20,0** | **37,5** | **55,0** | **22,43** |
| **Domínio** | **Prevenção a Violência Doméstica** | **19,0** | **33,3** | **52,4** | **23,2** |
| Subdomínio | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Sociais | 10,0 | 20,0 | 30,0 | 22,6 |
| | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Individuais | 27,3 | 45,4 | 72,7 | 28,2 |
| **Domínio** | **Atenção em Casos de Violência Doméstica** | **21,1** | **36,8** | **57,9** | **24,35** |
| Subdomínio | Detecção da Violência Doméstica | 20,0 | 50,0 | 80,0 | 30,0 |
| | Assistência a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 11,1 | 22,2 | 44,4 | 22,6 |

Fonte: os autores.

Apesar da considerável variância, a análise é validada pelo conjunto iterativo de métodos utilizados e tem significância estatística devido ao número de serviços participantes.

Na tabela 3 é apresentada a análise de regressão múltipla de Cox para verificar as variáveis associadas ao melhor desempenho, segundo a classificação por quartis.

Tabela 3. Associação ao melhor desempenho (acima do terceiro quartil de escore geral).

| Variáveis na equação | RP | IC95% | | p |
|---|---|---|---|---|
| Porte Populacional | | | | ,775 |
| Abaixo de 10.000 hab. | 1,084 | ,698 | 1,685 | ,720 |
| De 10.000 a 20.000 hab. | 1,219 | ,784 | 1,895 | ,379 |
| De 20.000 a 50.000 hab. | 1,236 | ,763 | 2,001 | ,390 |
| De 50.000 a 100.000 hab. | 1,233 | ,737 | 2,061 | ,425 |
| De 100.000 a 500.000 hab. | 1,486 | ,832 | 2,655 | ,180 |
| IDH | 386,409 | 14,640 | 10198,752 | ,000 |
| DEAM | ,864 | ,689 | 1,083 | ,205 |
| Centro de Referência da Mulher Municipal | 1,200 | ,943 | 1,527 | ,139 |
| NASF | 1,162 | ,982 | 1,376 | ,080 |
| Equipe Multiprofissional | 1,487 | 1,247 | 1,773 | ,000 |
| CRAS | 1,127 | ,710 | 1,790 | ,612 |
| CREAS | ,889 | ,697 | 1,134 | ,342 |
| Serviço de Atenção ao Idoso | 1,128 | ,900 | 1,414 | ,296 |
| Serviço de Atenção a Criança e ao Adolescente | 1,117 | ,869 | 1,434 | ,388 |
| Serviço de Atenção a Mulher | 1,281 | 1,002 | 1,636 | ,048 |
| ESF | 3,703 | 2,768 | 4,954 | ,000 |
| Rural | ,975 | ,727 | 1,306 | ,864 |
| Urbana-Central | ,962 | ,801 | 1,156 | ,682 |
| Participação em avaliações Anteriores | 2,107 | 1,494 | 2,972 | ,000 |
| Formação em Violência | 2,441 | 2,082 | 2,861 | ,000 |

Fonte: os autores.

As variáveis independentes que refletem relação com a diferenciação dos grupos de qualidade (quartis) estão relacionadas ao IDH municipal; ao apoio multiprofissional; a organização segundo a ESF; ter participado de avaliação anterior, e educação permanente voltada para violência.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam para melhores desempenhos nas ações relacionadas a prevenção e redução de vulnerabilidades individuais e detecção de situações de violência doméstica. O melhor desempenho na prevenção e redução de vulnerabilidades individuais corroboram com estudos da área que identificam a predominância do modelo biomédico de cuidado nos serviços de AB, sendo esse um obstáculo importante à visibilidade da violência e atuação profissional (D'OLIVEIRA, 2020; KISS, 2011; OLIVEIRA, 2007; SCHRAIBER, 2003a;b).

As altas frequências dos indicadores que se inserem no campo da saúde sexual e reprodutiva, especificamente as de prevenção à gravidez indesejada e às IST, também refletem as bases consolidadas do trabalho na AB - as tradicionais ações programáticas incorporadas pela AB no campo da saúde e do controle do corpo da mulher e saúde materno-infantil (NASSER, 2017; D'OLIVEIRA, 1999). Nesse sentido, elas não são pensadas, planejadas, organizadas e articuladas como estratégias de cuidado em casos de violência sexual doméstica. Ainda assim, a presença dessas estratégias amplia direitos relativos a saúde sexual e reprodutiva, além de promover o fortalecimento da autonomia e o empoderamento dos sujeitos para o cuidado de si (BRASIL, 2015; BRASIL, 2011a).

A abordagem da violência doméstica envolve conceitos e concepções complexas, de relações de poder e de gênero, direitos humanos e vulnerabilidade; além disso, envolve aspectos da prática profissional relativos ao medo de represálias, às crenças e aos valores dos profissionais, à carência do tema na formação profissional, e também às lacunas do trabalho interprofissional e à diversidade de organização dos processos de trabalho (AYRES, 2011; D'OLIVEIRA, 2020).

Nesse sentido, a menor realização de ações de prevenção e redução de vulnerabilidades sociais identificada na avaliação, expressam tanto os desafios relativos à complexidade do tema quanto aspectos referentes às práticas que se inserem na comunidade, que exigem metodologias de educação e comunicação em saúde, interprofissionalidade, intersetorialidade e ações comunitárias para promoção da saúde e prevenção de agravos (DONATO, 2003; SIMON, 2014).

Entretanto, deve-se assinalar que há avanços de suma importância e que precisam ser valorizados na implementação de ações de enfrentamento da violência doméstica no âmbito da AB, pois representam uma ampliação do reconhecimento da violência doméstica como objeto de trabalho em relação às práticas mais tradicionais da AB.

Os critérios avaliativos utilizados definiram padrões elevados de exigência das práticas realizadas nos serviços, desdobrando-se na construção de indicadores compostos por diversas variáveis que procuraram refletir esse grau de exigência. A análise descritiva dos indicadores compostos demonstra que os serviços desenvolvem diferentes estratégias de cuidado a pessoas em situação de violência, que entretanto não correspondem a estratégias conjuntas e articuladas.

Assim, por exemplo, o indicador " Identificação, notificação compulsória e acompanhamento em casos de violência doméstica contra mulher" é composto por um conjunto de ações que isoladamente apresentam frequências distintas: uso de protocolo na atenção às mulheres em situação de violência (33,40%), acompanhamento em grupo na unidade (10,30%),

rastreamento de rotina para a violência doméstica (57,70%), notificação compulsória à vigilância epidemiológica (61,20%) e acompanhamento multiprofissional na unidade (56,60%).

Nesse sentido, o baixo desempenho observado nos indicadores de "Cuidado a pessoas em situação de violência" se deu em decorrência da desarticulação de estratégias exigidas pelo quadro avaliativo, refletindo desafios à operacionalização: ofertar um conjunto de medidas que articuladas permitam a adoção de caminhos singulares mais responsivos às necessidades de cuidado e de proteção e promoção de direitos em casos de violência (D'OLIVEIRA, 2020; SCHRAIBER, 2013; BRASIL, 2010; BRASIL, 2002).

A análise de regressão logística confirma que a formação e a qualificação dos profissionais da AB estão associadas à garantia da integralidade do cuidado (OLIVEIRA, 2016). De mesmo modo, que as avaliações são dispositivos potentes para aprimoramento das práticas (NEMES, 2001; TANAKA, 2017). Corrobora que a ESF, pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, favorece a busca por respostas às necessidades de saúde da população (ARANTES, 2016). E, certifica que o apoio matricial amplia as possibilidades de cuidado, criando possibilidades de operacionalizar o trabalho de modo coletivo assegurando melhor responsividade e melhoria na qualidade da do trabalho em saúde (CAMPOS, 2007).

Um dos principais limites do estudo diz respeito à aplicação de indicadores que tiveram por base um banco de dados previamente construído a partir de um questionário estruturado que não tem a violência doméstica por seu foco principal, impedindo a aplicação da matriz avaliativa completa. Além disso, as especificidades que envolvem a violência doméstica contra a população LGBTQIA+, a população negra e de povos tradicionais não foram abordadas nesse estudo. Entretanto, o conjunto de estratégias metodológicas utilizadas permitiu a disponibilização de um modelo avaliativo validado e cobre uma lacuna entre os instrumentos de avaliação disponíveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As avaliações podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e do cuidado em saúde. Nesse contexto, esse estudo pode apoiar processos de mudança, evidenciando fragilidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho e as práticas desenvolvidas nos serviços.

A implementação de ações voltadas ao enfrentamento da violência doméstica na AB precisa de melhorias. Entretanto, deve-se reconhecer que a inserção do tema na área da saúde é ainda recente, ou seja, com possibilidades e potências para avanços. Esse estudo oportuniza conhecer e discutir as práticas desenvolvidas pelos serviços de AB paulistas que somam esforços com a rede de enfrentamento da violência, podendo contribuir, por meio da utilização de seus dados para o planejamento e reorganização do processo de trabalho, induzindo a implementação de melhorias e fortalecendo a qualidade da AB e do SUS.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker R, Sommer M, editors. Routledge handbook in global public health. New York: Taylor and Francis; 2011. p.98-107.

BRASIL. Ministério da Justiça. Estatuto da criança e do adolescente, 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Estatuto do idoso, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviços. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010.

BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes. 1. ed., 2. Brasília, 2011.

BRASILb. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011.

BRASILa. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. Norma Técnica De Atenção Humanizada Às Pessoas Em Situação De Violência Sexual Com Registro De Informações E Coleta De Vestígios. 1ª edição. Brasília, 2015.

BRASILb. Ministério da Justiça. Estatuto da Pessoa com Deficiência, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 201749(27). Brasília, 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al., QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde soc., vol. 20, n.º 4, pp. 935-47, dez. 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L., et al., Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde debate, v. 38, n.º 103, pp. 679-91, dez. 2014.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. a. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M. & FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016a, pp. 197-241.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. b. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica : Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. 1. Ed. Botucatu, 2016b. 181p (on-line; ISBN: 978-85-65318-34-1).

CASTANHEIRA, E.R.L. et. at. Avaliação de serviços de Atenção Básica pelo Sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: AKERMAN, M. et al. (Org.). Atenção Básica É O Caminho! Desmontes, Resistências E Compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na aps. 2. Coleção Saúde em Debate. ed. São Paulo: Hucitec: São Paulo, 2020. cap 18. p. 371-396.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. Interface (Botucatu). 1999;3(4):105-22. https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000100009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al., Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu, Online);24: e190164, 2020. tab, graf.

DONATO, A.F.; ROSENBURG, C.P. Algumas idéias sobre a relação educação e comunicação no âmbito da Saúde. Saude Soc. 2003;12(2):18-25. https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200003.

EGRY E.Y., APOSTÓLICO, M.R., MORAIS, T.C.P., LISBOA C.C.R. Coping with child violencein primary care: how do professionals perceive it?. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):113-19. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009.

FURTADO, J.P., Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 765-793.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no brasil. In: AKERMAN, M. e FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-57.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacional para 2017. www.ibge.gov.br/cidade@. Acessado em 2020.

KISS, L.B., SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Cienc Saude Colet. 2011; 16(3):1943-52.

KRUG, E.G.; DAHLBER, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

MELO, E.M.; MELO, V.H. (Org.). Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós. Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 2. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MENDONÇA, C.S., Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 25(6): 2247-2257, jun./2020.

MENDONÇA, C.S. Avaliação De Serviços De Atenção Básica: Um Modelo Avaliativo Com Foco No Enfrentamento Da Violência Doméstica. Tese de Doutorado. Repositório UNESP, 2021.

MIZIARA, C.S.M.G. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. Saúde, Ética & Justiça. 20(1):1-8. 2015.

NASSER, M.A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev Saude Publica. 2017;51:77. https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006711.

NEMES, M.I.B., Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids, 2001.

OLIVEIRA, C.C.; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):605-12.

OLIVEIRA, M. P. R. et al . Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 547-559, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.

PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/IBGE, 2010. Atlas Brasil. Brasília: PNUD / IPEA / FJP / IBGE. Acessado em 2020.

PORTO, R. T.S. et al. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 3 ]: 787-807, 2014.

SANTOS, A.M.R., et al. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentar study. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03417. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417

SCHRAIBER, L.B. et al. a. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface (Botucatu). 2003a; 7(12):41-54.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLVEIRA, A.F.P.L. b. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, Brasil. 2003b.

SCHRAIBER, L.B. et.al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. Editora UNESP. São Paulo. 2005.

SCHRAIBER, L.B. et.al. Mulheres em situação de violência: entre rotas criticas e redes intersetoriais de atenção. Revista Medicina (São Paulo). Abr-jun; 92(2):134-40, 2013.

SIGNORELLI, M.C. et al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

SILVA E SILVA, M. O. (Org.)., Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001.

SIMON, E. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 18, suppl 2 , pp. 1355-1364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0477>. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0477.

TANAKA, O.Y.; MELO, C., Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TANAKA, O.Y., Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1–9.

UNICEF. Hidden in plain sigh: a statistical analysis of violence against childern. UNICEF, 2014.

UNICEF, A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents, UNICEF, New York, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/media/48671/file/Violence_in_the_lives_of_children_and_adolescents.pdf

WANDERBROOCKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. Significados da violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.095-103, 2012.

ALPERT, E. J. Violence in Intimate Relationships and the Practicing Internist: New "Disease" or New Agenda? Annals of Internal Medicine, v. 123, n. 10, p. 774-781, nov. 1995.

MOUZOS, J.; MAKKAI, T. Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the international violence against women survey (IVAWS). Canberra: Australian Institute of Criminology, 2004.

HEGARTY, K. What is intimate partner abuse and how common is it? In: ROBERTS, G.; HEGARTY, K.; FEDER, G.S. (Eds.) Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence. London, Churchill Livingstone; 2006. p.19-40.

ROBERTS, G. The history of intimate partner abuse and health professionals. In: Roberts, G.; Hegarty, K.; Feder, G.S. (Eds.) Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence. London, Churchill Livingstone; 2006. p.3-17.

RICHARDSON, J.; COID, J.; PETRUCKEVITCH, A.; CHUNG, W. S.; MOOREY, S.; FEDER, G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ; v. 324, n. 274, p. 1-6, 2 feb. 2002.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violência de pareja en México. Cadernos Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2349-57, 2006.

## ARTIGO 3

**Título:** AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BASICA PARA AÇÕES DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE 2014 E 2017.

**Título Resumido:** ENFRETAMENTO DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA ENTRE 2014 E 2017

**Autores:**

**Correspondência:** Carolina Siqueira Mendonça. Departamento de Saúde Pública/FMB.
Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Campus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687. E-mail: carolina.s.mendonca@unesp.br

## RESUMO

A atenção a pessoas em situação de violência vem se somar às múltiplas demandas que se colocam para os serviços de Atenção Básica (AB), enquanto uma necessidade social para a qual tem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que envolvem os serviços de saúde. Essas múltiplas demandas exigem pesquisas que melhorem o desempenho das ações de AB e sua articulação com outras políticas públicas de caráter intersetorial. Nesse sentido, avaliações de serviços podem promover a reflexão critica da prática cotidiana e o incremento da melhorias dos serviços de saúde ofertados. Assim, esse estudo de caso que se insere no campo de avaliação de programas e serviços de saúde tem como objetivo comparar o desempenho dos serviços de AB, em uma RRAS do interior paulista quanto as ações desenvolvidas com foco na violência doméstica. Para tanto, utilizou matriz avaliativa validada por processo iterativo composto por revisão de literatura e das políticas públicas e normas vigentes, proposição de modelagem teórica e prática, construção de indicadores, validação dos indicadores por grupo de especialistas e análise da confiabilidade. Também, as respostas ao questionário QualiAB, nas aplicações de 2014 e 2017, como fonte de dados primários. A análise comparativa dos desempenhos foi realizada por meio teste não paramétrico de Wilcoxson, para a análise das variáveis associadas à evolução do desempenho dos serviços foi ajustado modelo de regressão linear com resposta normal e para análise da variação entre os indicadores, comparou-se a frequência observada em cada ano analisado utilizando o teste de McNemar para comparar as proporções obtidas. Como resultado observou-se melhora nos desempenhos dos serviços para o período estudado. As mudanças mais significativas foram para práticas de cuidado a vulnerabilidades individuais. Chama a atenção a melhora nos desempenhos na Identificação da Violência Doméstica. Quanto à promoção a saúde e prevenção de agravos coletivas, não foram observadas melhoras na implementação dessas práticas. De mesmo modo, não houve melhora no cuidado a pessoas em situação de violência. Considera-se necessário investir na promoção da saúde, em educação permanente, no trabalho interprofissional e em rede.

**Palavras-chave:** Violência Doméstica, Atenção Básica, Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços

**ABSTRACT**

The attention to people in situations of violence is added to the multiple demands that arise for primary care services (BC), as a social need for which intersectoral policies and strategies involving health services have been developing. These multiple demands require research that improves the performance of AB actions and their articulation with other public policies of an intersectoral nature. Cross-sectional study of evaluation of services with the objective of comparing the performance of AB services in an RRAS in the interior of São Paulo as well as the actions developed focusing on domestic violence, for the years 2014 and 2017. As a result, there was an improvement in the performance of the services for the period studied. The most significant changes were for individual care practices. It is notedrawn to the improvement in performance in the Identification of Domestic Violence. Regarding health promotion and prevention of collective injuries, no improvements were observed in the implementation of these practices. Likewise, there was no improvement in care for people in situations of violence. It is considered necessary to invest in health promotion, continuing education, interprofessional work and networking.

Keywords: Domestic Violence, Primary Care, Health Assessment, Service Assessment

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica é um grave problema na vida cotidiana. De alta prevalência e grande magnitude, tem consequências de curto e longo prazo, por vezes irreparáveis, para a saúde e demais aspectos da vida individual e coletiva das pessoas, especialmente para grupos com maior vulnerabilidade como mulheres, crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência (PCD). (PORTO, 2014).

Pesquisa multicêntrica realizada por Schraiber em 2007 apontou que 40% das usuárias do SUS relataram violência física pelo menos uma vez em suas vidas. Dados do suplemento de vitimização da PNAD, referente a 2009, mostram que 43,1% dos casos de violência contra mulheres ocorre no âmbito doméstico, em 32,2% a violência é perpetrada por pessoas conhecidas, dentre as quais 25,9% pelo cônjuge ou ex-cônjuge (IPEA, 2019). Estima-se que no mundo, uma em cada três mulheres vivencia, já vivenciou, ou vivenciará a violência doméstica (KRUG, 2002; SIGNORELLI, 2013).

As principais formas de violência engendradas contra crianças e adolescentes em nível mundial são as negligências, os abusos físicos, sexuais e emocionais (UNICEF, 2014). De fato, no Brasil, as violências mais frequentes contra crianças são a negligência com 43,1% e a violência física com 33,3% Para os adolescentes, a violência física representou 65,3% dos casos de notificação (BRASIL, 2013). Em relação à violência sexual foram notificados no SINAN, entre 2011 e 2017, 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes (BRASIL, 2018).

Se por um lado a violência contra mulheres, crianças e adolescentes tem suscitado inúmeras pesquisas, gerando informações de extrema relevância tanto para a formulação de políticas públicas como para adoção de medidas de prevenção e cuidado, observa-se considerável carência de dados sobre violência contra idosos e pessoas com deficiência (PCD) (BARROS, 2019; SANTOS, 2019).

Dados disponíveis sobre a violência doméstica contra idosos apontam que entre janeiro de 2009 e dezembro de 2014 foram notificados no SINAN 38.895 casos (MIZIARA, 2015). Em relação à violência contra a pessoa com deficiência (PCD), houve um crescimento de 20,54% nos últimos anos, sendo que a violência doméstica representa 80% dos casos, dos quais a negligência e a violência psicológica têm se mostrado as mais prevalentes (SEDPCD, 2020).

Os serviços de saúde são considerados relevantes para o enfrentamento da violência doméstica (BRASIL, 2002; 2010; 2011a; 2011b; 2015; WANDERBROOCKE; MORÉ, 2012; SCHRAIBER, 2009), sendo a Atenção Básica (AB) reconhecida como componente estratégico dessa rede (BRASIL, 2002; 2010; 2011a; 2011b). Por sua proximidade com o território, pelas diretrizes que a orientam – como a integralidade do cuidado e seu papel de ordenadora da rede de atenção à saúde - é referida como cenário singular e potente para a prevenção, identificação, cuidado e proteção às pessoas em situação de violência (KRUG, 2002; D'OLIVEIRA, 2009; SIGNORELLI, 2013; EGRY, 2017; MENDONÇA, 2020).

Os impactos da violência doméstica se apresentam para a AB, independentemente do grupo populacional, na forma de um conjunto diversificado de necessidades com grande magnitude, importância e complexidade. Estudos apontam que apesar da potência da AB no enfrentamento desse fenômeno, os serviços tendem a ter baixa sensibilidade em reconhecer demandas decorrentes da violência doméstica, e em dar respostas que contribuam com sua visibilidade e enfrentamento (BORSOI, 2009; D'OLIVEIRA, 2009; OSIS, 2012; KIND, 2013; SIGNORELLI, 2013; PORTO, 2014; COSTA, 2015; MENDONÇA, 2020; D'OLIVEIRA, 2020).

Nesse contexto, processos de avaliação de serviços de saúde podem contribuir como ferramentas de gestão e fornecer subsídios para o planejamento e qualificação das práticas e organização dos processos de trabalho (NEMES, 2001; CASTANHEIRA, 2016; 2020; TANAKA, 2001; 2017).

Embora reconhecidamente incipiente, as ações da AB em relação ao enfrentamento da violência doméstica vêm sendo implementadas como reflexo das políticas de incentivo a uma maior integração dos serviços de AB à essa rede (MENDONÇA, 2020; D'OLIVEIRA, 2020). Nesse sentido, considerando os desafios existentes para a efetivação dessas ações no âmbito da

AB, o presente estudo tem como objetivo avaliar mudanças no desempenho de indicadores de qualidade organizacional, tomando por base a avaliação de serviços de AB do interior paulista ocorrida nos anos de 2014 e 2017. A análise comparativa coloca, pois, em debate aspectos constituintes da organização dos serviços de AB que refletem esforços de mudança de acordo com as diretrizes do SUS.

## MÉTODO

Estudo de caso desenvolvido à partir de quadro avaliativo com indicadores validados por processo iterativo composto por revisão de literatura e das políticas públicas e normas vigentes, proposição de modelagem teórica e prática, construção de indicadores, validação dos indicadores por grupo de especialistas e análise da confiabilidade (MENDONÇA, 2021).

A fonte primária de dados são as respostas às avaliações de serviços de AB realizadas com o questionário QualiAB, em 2014 e 2017, em uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) do interior paulista. O QualiAB é um instrumento de preenchimento *online*, com foco na organização da oferta assistencial e gestão local e que inclui em seu corpo indicadores sensíveis referente aos diversos processos de atenção à saúde atribuídos a AB, permitindo a avaliação de temas específicos como a violência, entre outros (CASTANHEIRA et al., 2020; RAMOS, 2020; SANINE, 2018; NUNES, 2018, NASSER, 2017), ainda que com alguma perda de especificidade.

As versões do QualiAB utilizadas em 2014 e 2017 apresentam algumas diferenças em seus conteúdos, exigindo o pareamento dos indicadores para os dois momentos. Os critérios seguidos foram: inclusão no estudo de indicadores presentes nos dois momentos da aplicação do QualiAB.

O universo amostral se deu à partir de pareamento das unidades de saúde de AB que participaram dos dois inquéritos, segundo os critérios: 1) ter mesmo número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2) ter o mesmo nome; 3) ter mesmo endereço.

A matriz avaliativa utilizada na comparação é composta por 38 indicadores presentes nas duas avaliações, do total de 42 indicadores que compõem a matriz originalmente validada, conforme quadro 1.

Quadro 1. Matriz avaliativa com o número de indicadores segundo domínios e subdomínios.

| Domínios | Subdomínios | Nº de indicadores |
|---|---|---|
| Prevenção da Violência Doméstica | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Sociais | 10 |
| | Prevenção e Redução a Vulnerabilidades Individuais | 11 |
| Atenção em casos de Violência Doméstica | Detecção de Violências domésticas | 09 |
| | Assistência a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 08 |

FONTE: Mendonça, C.S. & Castanheira, E.R.L.

As respostas aos indicadores geram uma base dedados binária, onde 1 corresponde ao que o serviço realiza e 0 ao que o serviço não realiza. Para o cálculo do desempenho geral dos serviços, e para cada domínio e subdomínio, as respostas aos indicadores foram somadas e esse valor foi dividido pelo total, variando os resultados de zero a 100, e calculando-se medidas de tendência central.

Com os escores padronizados, para análise comparativa da evolução dos desempenhos dos serviços nas duas aplicações utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxson.

Para a análise das variáveis associadas à evolução do desempenho dos serviços foi ajustado modelo de regressão linear com resposta normal, tendo como variáveis resposta os escores gerais e como variáveis independentes: porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios; rede intersetorial disponível – DEAM (Delegacia Especializada de Atenção à Mulher), Centro de Referência da Mulher Municipal, NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), apoio por Equipe Multiprofissional, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Serviço de Atenção ao Idoso, Serviço de Atenção a Criança e ao Adolescente, e Serviço de Atenção a Mulher); organização segundo a estratégia de Saúde da Família, localização rural ou urbana, capacitação dos profissionais e participação do serviço em avaliações anteriores. Para as variáveis que obtiveram níveis de significância do modelo menores que 0,3 foi realizada nova análise de regressão linear com resposta normal. Para as variáveis finais com níveis de significância abaixo de 0,05 foi realizada análise estatística descritiva. As análises estatísticas foram desenvolvidas utilizando o software SPSS versão 21 e R versão 3.4.3.

Para análise da variação entre os indicadores, comparou-se a frequência observada em cada ano analisado utilizando o teste de McNemar para comparar as proporções obtidas.

Este estudo seguiu a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos e obtive aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) por meio dos pareceres 2.257.770.

## RESULTADOS

Em 2014 participaram da aplicação do QualiAB 157 serviços de AB da RRAS estudada. Para a mesma RRAS, em 2017, participaram 173 serviços, desse conjunto 87 serviços participaram dos dois inquéritos.

Dos 87 serviços avaliados, 43,2% (38) localizam-se em municípios de até 50 mil habitantes; 18,2% (16) entre 50 a 100.000; 37,5% (33) entre 100 e 500.000.

Em relação ao desempenho dos serviços, a análise de evolução demostrou diferenças significativas quanto aos dois períodos, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Evolução do desempenho dos serviços de AB de uma RRAS paulista entre os anos de 2014 e 2017.

| | Desempenho 2014 | | | | | Desempenho 2017 | | | | | *p* | Diferença entre os desempenhos | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | media | med | dp | min | max | media | med | dp | min | max | | média | med | dp | min | max |
| **Desempenho Geral** | **31,64** | **26,32** | **18,64** | **2,63** | **89,47** | **40,96** | **36,84** | **21,74** | **7,89** | **97,37** | ***< 0,001*** | **9,32** | **10,53** | **20,33** | **-42,11** | **55,26** |
| ***Domínio Prevenção a Violência*** | ***31,03*** | ***28,57*** | ***19,67*** | ***0,00*** | ***95,24*** | ***39,03*** | ***33,33*** | ***24,04*** | ***0,00*** | ***95,24*** | ***0,005*** | ***7,99*** | ***9,52*** | ***23,87*** | ***-38,10*** | ***71,43*** |
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades sociais | 23,79 | 20,00 | 18,88 | 0,00 | 90,00 | 26,32 | 20,00 | 25,66 | 0,00 | 100,00 | *0,765* | 2,53 | 0,00 | 25,62 | -40,00 | 80,00 |
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades individuais | 37,62 | 36,36 | 24,85 | 0,00 | 100,00 | 50,57 | 45,45 | 26,48 | 0,00 | 100,00 | *< 0,001* | 12,96 | 9,09 | 28,30 | -63,64 | 81,82 |
| ***Domínio Atenção em Casos de Violência Doméstica*** | ***32,39*** | ***29,41*** | ***20,35*** | ***5,88*** | ***88,24*** | ***43,34*** | ***41,18*** | ***21,61*** | ***5,88*** | ***100,00*** | ***< 0,001*** | ***10,95*** | ***11,76*** | ***20,18*** | ***-47,06*** | ***47,06*** |
| Identificação de Violência Doméstica | 37,80 | 33,33 | 26,44 | 0,00 | 100,00 | 53,13 | 55,56 | 27,03 | 0,00 | 100,00 | *< 0,001* | 15,33 | 11,11 | 27,28 | -55,56 | 66,67 |
| Cuidado a Pessoas em Situação de Violência Doméstica | 26,29 | 25,00 | 18,09 | 0,00 | 87,50 | 32,33 | 25,00 | 19,95 | 0,00 | 100,00 | *0,005* | 6,03 | 0,00 | 18,47 | -37,50 | 50,00 |

Fonte: os autores

Observa-se melhora no desempenho médio dos serviços em 2017. As menores diferenças encontram-se nos subdomínios "Ações de prevenção e redução de vulnerabilidades sociais" e "Cuidado a pessoas em situação de violência", embora apenas o primeiro não tenha apresentado diferença significativa. A maior diferença é observada no desempenho médio do subdomínio "Identificação de violência doméstica", com aumento de 15,33%.

Na regressão logística, do conjunto de variáveis explicativas testadas mantiveram-se no modelo final o apoio por equipe multiprofissional, o acesso ao CRAS e a formação em violência, somente para o domínio "Atenção em casos de violência doméstica" (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição das variáveis explicativas associadas às mudanças ocorridas entre os desempenhos entre os anos de 2014 e 2017.

| | B | Erro Padrão | Beta | t | Sig. | Limite inferior | Limite superior | Tolerância | VIF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Domínio Atenção em Casos de Violência Doméstica** | | | | | | | | | |
| **Subdomínio Identificação de Situações de Violência** | | | | | | | | | |
| CRAS | -20,385 | 10,442 | -,204 | -1,952 | ,054 | -41,150 | ,380 | ,998 | 1,002 |
| Formação em Violência | -13,204 | 6,750 | -,205 | -1,956 | ,054 | -26,627 | ,220 | ,998 | 1,002 |
| **Subdomínio Cuidado a pessoas em situação de violência** | | | | | | | | | |
| Equipe Multiprofissional | -9,499 | 4,302 | -,234 | -2,208 | ,030 | -18,054 | -,943 | ,943 | 1,060 |

FONTE: os autores

A comparação das frequências entre os indicadores permite identificar quais os componentes de cada domínio e subdomínio integram as diferenças médias observadas (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre as frequências dos indicadores de enfrentamento da violência doméstica em serviços de Atenção Básica, segundo subdomínios, em 87 municípios do interior paulista, para os anos de 2014 e 2017.

| | **Indicadores** | **2014** | | ***2017*** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | ***p*** |
| | **Prevenção da Violência Doméstica** | | | | | |
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social no território | 59 | 67,8 | 58 | 66,7 | *1.000* |
| | Ações de Educação em Saúde para crianças sobre violência em instituições de ensino e programas sociais | 2 | 2,3 | 6 | 6,9 | *0,219* |
| | Ações de Educação em Saúde para crianças, no território, sobre gênero e sexualidade | 0 | 0,0 | 8 | 9,2 | *** |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre violência em instituições de ensino e projetos sociais | 2 | 2,3 | 12 | 13,8 | *0,006* |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre drogas em instituições de ensino e projetos sociais | 46 | 52,9 | 44 | 50,6 | *0,868* |
| | Ações de Educação em Saúde para adolescentes em saúde sexual e reprodutiva em instituições de ensino e projetos sociais | 9 | 10,3 | 16 | 18,4 | *0,167* |
| | Ações de Educação em Saúde sobre violência na unidade | 21 | 24,1 | 21 | 24,1 | *1,000* |
| | Ações de Educação em Saúde sobre drogas na unidade | 35 | 40,2 | 32 | 36,8 | *0,728* |
| | Ações de Educação em Saúde em saúde sexual e reprodutiva na unidade | 13 | 14,9 | 12 | 13,8 | *1.000* |
| | Ações programadas na saúde do homem sobre paternidade e relações familiares | 20 | 23,0 | 20 | 23,0 | *1.000* |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | Captação de gestantes no território | 55 | 63,2 | 56 | 64,4 | *1.000* |
| | Grupos periódicos de educação para gestantes, parceiros e familiares | 30 | 34,5 | 29 | 33,3 | *1,000* |
| | Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental para adolescentes | 30 | 34,5 | 33 | 37,9 | *0,711* |
| | Acompanhamento de adolescentes com histórico de conflitos com a lei. | 13 | 14,9 | 22 | 25,3 | *0,108* |
| | Ações programáticas em saúde mental para adultos | 50 | 57,5 | 65 | 74,7 | *0,017* |
| | Avaliação da saúde mental de idosos | 34 | 39,1 | 63 | 72,4 | *< 0,001* |
| | Avaliação da capacidade funcional dos idosos | 29 | 33,3 | 46 | 52,9 | *0,002* |
| | Prevenção de quedas de idosos | 48 | 55,2 | 68 | 78,2 | *0,002* |
| | Avaliação do suporte familiar dos idosos | 33 | 37,9 | 54 | 62,1 | *0,002* |
| | Avaliação e acompanhamento da saúde mental de cuidadores | 31 | 35,6 | 39 | 44,8 | *0,215* |
| | Oferta de grupos de apoio para cuidadores | 7 | 8,0 | 9 | 10,3 | *0,791* |
| **Atenção à Saúde em Casos de Violência Doméstica** | | | | | | |
| Identificação de Situações de Violência Doméstica no Território | Identificação de situações de violência pelos ACS | 57 | 65,5 | 56 | 64,4 | *1.000* |
| | Uso de protocolo para detecção de violência doméstica | 5 | 5,7 | 8 | 9,2 | *0,549* |
| | Investigação de situações de violência doméstica a partir de sintomas e queixas | 46 | 52,9 | 61 | 70,1 | *0,017* |
| | Discussão de caso em equipe para a detecção da violência doméstica | 23 | 26,4 | 36 | 41,4 | *0,011* |
| | Sensibilização da equipe para identificação de casos de violência doméstica | 15 | 17,2 | 18 | 20,7 | *0,664* |
| | Identificação de crianças, adolescentes e idosos em situação de violência doméstica por meio de visitas domiciliares | 38 | 43,7 | 59 | 67,8 | *0,001* |
| | Verificação de situações de violência à partir de relato de outros usuários em casos de crianças, adolescentes e idosos. | 47 | 54,0 | 61 | 70,1 | *0,020* |
| | Orientação a cuidadores para prevenção e identificação de violência doméstica | 15 | 17,2 | 59 | 67,8 | *< 0,001* |
| | Investigação etiológica e oferta de tratamento para IST na unidade | 50 | 57,5 | 58 | 66,7 | *0,169* |
| Cuidado à pessoas em situação de violência doméstica | Oferta regular de métodos contraceptivos | 22 | 25,3 | 23 | 26,4 | *1.000* |
| | Oferta regular de preservativos para prevenção a IST | 62 | 71,3 | 76 | 87,4 | *0,004* |
| | Identificação, notificação compulsória e acompanhamento em casos de violência doméstica contra mulher | 4 | 4,6 | 9 | 10,3 | *0,227* |
| | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao conselho tutelar e acompanhamento em casos de violência contra a criança e o adolescente | 6 | 6,9 | 8 | 9,2 | *0,727* |
| | Ações continuas na saúde do homem que abordam a violência | 13 | 14,9 | 21 | 24,1 | *0,115* |
| | Identificação, notificação compulsória, denúncia ao CRAS, CREAS e à autoridade policial e, acompanhamento em casos de violência contra o idoso | 2 | 2,3 | 5 | 5,7 | *0,375* |
| | Oferta de tratamento sindrômico para IST com encaminhamento para serviços de referência em casos de HIV e Hepatites Virais | 45 | 51,7 | 45 | 51,7 | *1.000* |
| | Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência contra pessoas com deficiência | 29 | 33,3 | 38 | 43,7 | *0,150* |

FONTE: os autores

Em 29 indicadores dos 38 utilizados no estudo (76,3%) houve evolução crescente nas médias, dos quais 17 apresentaram mudanças de melhoras significativas (Tabela 4).

Com relação à "Prevenção e redução de vulnerabilidades sociais", chama atenção o aumento de ações de educação em saúde para crianças e adolescentes, realizadas na comunidade, e que abordam os temas violência, gênero e sexualidade.

Quanto à "Prevenção e redução de vulnerabilidades individuais" destaca-se o aumento da ocorrência de ações relacionadas ao cuidado à saúde de pessoas idosas e à atenção à saúde

mental de adultos, ações que interferem diretamente em aspectos psicológicos, cognitivos, sociais, e físicos de maior vulnerabilidade para a violência, como aumento da dependência e fragilidades ou ausência de rede de apoio.

Para a "Identificação de violência doméstica" chama a atenção o incremento de estratégias organizacionais, dando destaque para as visitas domiciliares, a discussão de caso em equipe e orientações a cuidadores de pessoas idosas ou PCD.

O cuidado ofertado pelos serviços às pessoas em situação de violência apresentou apenas um indicador com variação estatisticamente significativa. Ainda assim, chama a atenção uma maior abordagem da violência em ações programáticas voltadas à saúde do homem e a detecção, suporte e acompanhamento em casos de violência contra a PCD.

## DISCUSSÃO

Os resultados apontam aumento no desempenho geral dos serviços avaliados, de 2014 para 2017, com melhoras em todos os subdomínios, principalmente na "Prevenção e redução de vulnerabilidades individuais" e "Identificação de violência doméstica" que obtiveram maior diferença entre os desempenhos nesse período.

De modo geral, estratégias que contribuem para a "Prevenção da violência doméstica" estão menos implementadas nos serviços do que aquelas voltadas a "Atenção em casos de Violência Doméstica".

"Prevenção da Violência"

No que se refere à "Prevenção da Violência Doméstica" há uma maior implementação de práticas de cuidado individual. As práticas de cuidado coletivo, desenvolvidas na comunidade e que se relacionam a vulnerabilidades sociais, são as menos desenvolvidas pelos serviços, não se observando mudanças significativas entre os dois períodos.

As práticas de "Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais" e de "Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais" exigem metodologias de trabalho distintas no cotidiano dos serviços. As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, por exemplo, necessitam de estratégias de educação e comunicação em saúde, que são tecnologias pouco incorporadas na formação dos profissionais de saúde (DONATO, 2003; SIMON, 2015). Além disso, envolvem conceitos complexos como relações de gênero, desigualdades sociais e direitos humanos, de insuficiente (re)conhecimento por parte dos profissionais (AYRES, 2011; SCHRAIBER, 2013).

Apontamentos também podem ser feitos para as práticas de cuidado individual. O cuidado em saúde mental precisa ser incorporado às práticas de prevenção e estendido a todos os grupos populacionais, inclusive adolescentes e cuidadores. A atenção à violência doméstica é indissociável da concepção de vulnerabilidade (AYRES, 2013; 2012). Condições de saúde mental decorrentes de processos socioculturais, de condições de dependência física e emocional, isolamento social, e fragilidade ou ausência de rede de apoio são considerados fatores de maior vulnerabilidade à violência doméstica e precisam ser reconhecidas pelos serviços de AB no cuidado individual (PINHEIRO, 2007; AYRES, 2004).

"Atenção à Saúde em Casos de Violência Doméstica"

Uma das características importantes no trabalho com a violência doméstica no âmbito da AB é a dificuldade de identificar os casos suspeitos e intervir sobre eles, devido à complexidade das circunstâncias e ao despreparo dos profissionais (HERRERA, 2006; CARLOS, 2017). Nesse estudo, ainda que pouco implementadas, os indicadores de "Identificação da Violência Doméstica" registraram as maiores diferenças entre os dois períodos, entre todos os subdomínios. Para essas ações, merece destaque as duas estratégias menos realizadas pelos serviços, a sensibilização da equipe e o uso de protocolo para a identificação de casos. Ambas se mostraram pouco usuais em 2014 e não apresentaram mudanças significativas de implementação para 2017.

O apoio da equipe multiprofissional foi a variável associada a melhoria do cuidado a pessoas em situação de violência doméstica. A literatura refere que a capacitação profissional e a interprofissionalidade são alguns dos aspectos envolvidos na melhoria da qualidade da atenção ofertada pelos serviços (OLIVEIRA, 2016; CAMPOS, 2007).

Entretanto não houve melhoras significativas no desempenho dos indicadores de "Cuidado a pessoas em situação de Violência Doméstica". O único indicador que apresentou significância estatística trata da prevenção de IST, que já correspondia à ação mais realizada pelos serviços de AB, desse subdomínio.

Nos serviços estudados, a "Atenção em casos de Violência Doméstica" se baseia principalmente na identificação de casos e não em ações de cuidado integral. A literatura afirma que a violência doméstica carece de visibilidade para os serviços e por sua vez, os serviços, carecem de legitimação enquanto equipamento da rede e espaço potente para a prevenção, cuidado e proteção de pessoas em situação de violência (MENDONÇA, 2020; D'OLIVEIRA, 2020).

Os dados produzidos reafirmam desafios a serem superados pela AB quanto ao enfrentamento da violência nesse âmbito de atenção à saúde e à busca pela integralidade do cuidado (PINHEIRO, 2007). Entretanto, os avanços ocorridos precisam ser valorizados. O reconhecimento da violência doméstica como objeto de trabalho para a AB, ainda que de modo incipiente e necessitando de aprimoramento, é de suma importância.

Quanto aos limites do estudo, vale assinalar que os resultados apresentados referem-se apenas aos serviços avaliados, sem poder de generalização mesmo para a RRAS em que se encontram, por não se tratar de uma amostra aleatória. Além disso, o estudo apresenta a limitação de basear-se em dois inquéritos transversais. Entretanto, a aplicação da matriz avaliativa utilizada possibilitou identificar as mudanças ocorridas trazendo questões que merecem atenção pelo conjunto dos serviços de AB.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consideração da violência doméstica como objeto de trabalho para a AB representa um grande desafio, e a implementação de ações ainda é incipiente e precisa de apoio técnico e político para o alcance de melhorias. A qualidade dos serviços de saúde precisa ser pensada de modo incremental, e deve-se considerar que a inserção da violência doméstica na AB é recente e os avanços observados precisam ser valorizados.

Nesse sentido, a comparação entre os dois inquéritos permitiu identificar mudanças e contribui com a valorização necessária da inserção da AB na rede de enfrentamento à violência doméstica. Evidenciar fragilidades fornece elementos para uma reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas e para o planejamento e reorganização do processo de trabalho.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et al., O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.123-138.

AYRES, J.R.C.M. et al., Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker R, Sommer M, editors. Routledge handbook in global public health. New York: Taylor and Francis; 2011. p.98-107.

BARROS, R. L. M. et al . Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 43, n. 122, p. 793-804, Sept. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300793&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. Epub Nov 25, 2019. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912211.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDAO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 28, p. 165-174, Mar. 2009 .

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres/PR. Norma Técnica De Atenção Humanizada Às Pessoas Em Situação De Violência Sexual Com Registro De Informações E Coleta De Vestígios. 1ª edição. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviços. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Vol. 44. Nº 8, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 201749(27). Brasília, 2018.

BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes. 1. ed., 2. Brasília, 2011.

BRASILb. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, Feb. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016.

CARLOS, D. M.; et al. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 70, n. 3, p. 511-518, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000300511&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0471.

CASTANHEIRA, E.R.L. et. at. Avaliação de serviços de Atenção Básica pelo Sistema QualiAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: AKERMAN, M. et al. (Org.). Atenção Básica É O Caminho! Desmontes, Resistências E Compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na aps. 2. Coleção Saúde em Debate. ed. São Paulo: Hucitec: São Paulo, 2020. cap 18. p. 371-396.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M. & FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, pp. 197-241.

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais - análise do nível local no Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1379-1387, May 2015 .

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al., Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu, Online);24: e190164, 2020. tab, graf.

EGRY E.Y., APOSTÓLICO, M.R., MORAIS, T.C.P., LISBOA C.C.R. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it?. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(1):113-19. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009.

IPEA. Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada. Plano Nacional de Amostras por Domicílios. 2019

KIND, Luciana et al . Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sept. 2013.

KRUG, E.G.; DAHLBER, L.L.; MERCY, J.A.; ZWI, A.B.; LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

MENDONÇA, C.S. Avaliação De Serviços De Atenção Básica: Um Modelo Avaliativo Com Foco No Enfrentamento Da Violência Doméstica. Tese de Doutorado. Repositório UNESP, 2021.

MENDONÇA, C.S., Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 25(6): 2247-2257, jun./2020.

MIZIARA, C.S.M.G. et al. Vítima silenciosa: violência doméstica contra o idoso no Brasil. Saúde, Ética & Justiça. 20(1):1-8. 2015.

NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev. Saúde Pública, v. 51, pp. 51-77, ago. 2017.

NEMES, M.I.B. et al., The Qualirede intervention: Improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions. Rev Bras Epidemiol [Internet]. Associação Brasileira de Pos, Gradacao em Saude Coletiva; 2019 [cited 2020 Jul 8];22(1).

Nunes L.O., et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e 175. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175

OLIVEIRA, M. P. R. et al . Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 40, n. 4, p. 547-559, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014.

OSIS, Maria José Duarte; DUARTE, Graciana Alves; FAUNDES, Aníbal. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 351-358, Apr. 2012 .

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. (org.), Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p.
PORTO, R. T.S. et al. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [ 3 ]: 787-807, 2014.

RAMOS, N.P. et al., Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 1-13, 2020.

SANINE, P. R. et al . Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, e00094417, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605002&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2021. Epub June 21, 2018. https://doi.org/10.1590/0102-311x00094417

Santos T.D., Vieira G.B., Machado A.S., et al. Casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em idosos no município de Santa Maria-RS. Rev. Santa (Sta Maria) [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 12]; 44(2):1-12. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/33036/pdf.

SCHRAIBER, L.B. et al. a. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface (Botucatu). 2003a; 7(12):41-54.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009.

SEDPcD – Secretaria Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, disponível em www.violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br. 2020.

SIGNORELLI, M.C. et al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

SIMON, E. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, v. 18, suppl 2 , pp. 1355-1364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0477>. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0477.

TANAKA, O.Y., Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1–9.

TANAKA, O.Y.; MELO, C., Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

UNICEF. Hidden in plain sigh: a statistical analysis of violence against childern. UNICEF, 2014.

WANDERBROOCKE, A.C.N.S.; MORÉ, C.L.O.O. Significados da violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.095-103, 2012.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violência de pareja en México. Cadernos Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2349-57, 2006.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica é um grave problema social que precisa do protagonismo da ação coletiva para o seu enfrentamento. Os serviços de saúde são considerados essenciais nesse contexto, compondo a rede de enfrentamento da violência. A AB, em particular, é considerada de singular potência para a identificação, especialmente a identificação precoce, da violência, acolhimento e cuidado as pessoas.

Considerando essa importância da AB no enfrentamento da violência pesquisas que ajudem a compreender a realidade dos serviços, no interior das práticas podem contribuir para a melhora da atuação. Nesse sentido, estudos realizados apontam que existem obstáculos a serem superados na busca pelo cuidado integral. Esses obstáculos dizem respeito desde a estrutura dos serviços até a construção cultural e o viver em sociedade.

Esse estudo tenta contribuir com o conhecimento já produzido e também com os serviços diretamente, pela possibilidade de utilização de seus resultados para a reflexão critica das práticas de cuidado desenvolvidas em cada unidade.

Para alcançar esse intuito foi construído um caminho metodológico que procurou tornar inteligível e factível de avaliação toda a complexidade da violência doméstica. Também que procurasse atender a rigorosidade necessária para a delimitação do objeto, o alcance de seus objetivos e a legitimidade da sua produção.

Além da construção metodológica, esse estudo é referenciado por conceitos e constructos que têm como finalidade o projeto de cuidado a saúde referenciado pela perspectiva da vulnerabilidade, da garantia do direito constitucional à saúde e dos direitos humanos.

No que tange sua produção, como resultados, o estudo apresenta um modelo avaliativo validado e que se mostrou viável em suas aplicações, para a avaliação das práticas desenvolvidas pelos serviços de AB e que são voltadas ao enfrentamento da violência doméstica.

Nas aplicações dos modelos observou-se que práticas que previnem e/ou reduzem vulnerabilidades individuais a violência e as que permitem a identificação de casos são mais implementadas do que as que previnem e/ou reduzem vulnerabilidades sociais e aquelas que dizem respeito ao cuidado a pessoas em situação de violência.

Nesse sentido, identificou-se que ações de promoção de saúde na comunidade e a articulação das diferentes estratégias de cuidado oferecidas pelos serviços precisam de melhoria. Para tanto, se faz igualmente necessário o investimento em capacitação profissional no tema, em metodologias ativas de educação em saúde e no trabalho interprofissional.

Todavia, esse estudo também relembra que a violência doméstica é um tema recentemente inserido na pauta da saúde e da AB, reafirma a melhoria das práticas como incremental e valoriza os avanços alcançados. De mesmo modo, pondera que a superação dos obstáculos envolve tanto aspectos do interior dos serviços quanto projetos de sociedade ligados à gestão pública nas esferas nacional, estadual e municipal.

# REFERÊNCIAS


1. ALPERT, E. J. Violence in Intimate Relationships and the Practicing Internist: New "Disease" or New Agenda? Annals of Internal Medicine, v. 123, n. 10, p. 774-781, nov. 1995.

2. AGUADO, A. Violencia de Género: Sujeto Femenino y ciudadanía em la sociedad contemporánea. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. Marcadas a Ferro, violência contra mulher: uma visão multidisciplinar. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 23-34.

3. AKERMAN, M; NADANOVSKY, P., Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o quê? Caderno de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 8(4): 361-365, out/dez, 1992.

4. ASSIS, S.G. *et al*. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(9): 2305-2317, 2012.

5. AYRES, J.R.C.M. et al., O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção em saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.123-138.

6. AYRES, J.R.C.M. et al., Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

7. AYRES, J.R.C.M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.

8. BARROS, R.L.M. et al., Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica/ Domestic violence against elderly people assisted in primary care. Saúde debate. 43(122): 793-804, jul.-set. 2019

9. BLACK, N. et al., Consensus Development Methods: A Review of Best Practice in Creating Clinical Guidelines. J Health Serv. Rs. Policy. 4(4): 236-248, 1999.

10. BEACH, K. P.; INUI, T. Relationship-centred care: a constructive reframing. J Gen Intern Med, 21 Suppl 1 S3-8, 2006.

11. BLOOR, M.; et al., Useful but no Oracle: Reflections on the use of a Delphi Group in a multi-methods policy research study. Qualitative Research 2014; DOI: 10.1177/1468794113504103.

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

13. BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDAO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 28, p. 165-174, Mar. 2009 .

14. BOULKEDID, R. et al., Using and Reporting the Delphi Method for Selec- ting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Re- view. Plos One, 6:e20476, 2011.

15. BOUSQUAT, A.E.M. et al., Avaliação da Atenção Primária à Saúde. In: TANAKA, O.Y. et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 101–113.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2013.

17. BRASILa, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes. 1. ed., 2. Brasília, 2011.

18. BRASILb, Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulheres. Brasília, 2011.

19. BRASILc, Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011.

20. BRASILd, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência. Vol. 44. Nº 8, 2013.

21. BRASILe. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situações de Violências. Brasília; 2010.

22. BRASILf. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Brasília; 2004.

23. BRASILg. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília; 2015.

24. CAMPBELL, JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359(9314):1331-1336.

25. CAMPBELL, S.M. et al. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. v. 326 (12) APRIL/2003.

26. CARLOS, D.M. et al., Social support network of family members of abused children and adolescents: Perspectives and possibilities. J Clin Nurs;28(5-6): 814-827, 2019 Mar.

27. CARRAPATO, J. F. L. Avaliação da organização de ações de atenção à Saúde Mental em serviços de Atenção Primária. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 2018, 210 p.

28. CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Nota Técnica. Como Elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: IPEA, 2010.

29. CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo. Relatório Cientifico Final: Pesquisa em Políticas Públicas para o SUS. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2007.

30. CASTANHEIRA, E. R. L., et al., Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saúde debate, v. 38, n.º 103, pp. 679-91, dez. 2014.

31. CASTANHEIRA, E.R.L. *et al.* b. Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica : Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. 1. Ed. Botucatu, 2016b. 181p (on-line; ISBN: 978-85-65318-34-1).

32. CASTANHEIRA, E.R.L. et al., QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde soc., vol. 20, n.º 4, pp. 935-47, dez. 2011.

33. CASTANHEIRA, E.R.L., et al. (orgs). a. Caderno de Boas Práticas para organização dos serviços de Atenção Básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. [recurso eletrônico] Botucatu: UNESP/FMB, 2016, 181 p. Disponível em: www.abasica.fmb.unesp.br.

34. CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Desafios para a avaliação na Atenção Básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M. & FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, pp. 197-241.

35. CASTRO, A.V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. Histodidáctica, 2002.

36. CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOUPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 61-74.

37. COLUCI, M.Z.O. et al., Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(3): 925-936.

38. COSTA, F. J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

39. COSTA, F.J. et al., Variações de Mensuração por Tipos de Escalas de Verificação: Uma Análise do Construto de Satisfação Discente. Revista Gestão.Org, v. 16, n. 2, p. 132-144, 2018. ISSN 1679-1827.

40. COSTA, M.C. et al., Agendas públicas de saúde no enfrentamento da violência contra mulheres rurais - análise do nível local no Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1379-1387, May 2015 .

41. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 14(4):1037-1050, 2009.

42. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1996.

43. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em Atenção Primária. Tese (Doutorado em Medicina), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

44. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al., Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. Interface (Botucatu, Online);24: e190164, 2020. tab, graf.

45. DALMORO, M.; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o Número de itens e a disposição influenciam nos Resultados? Revista Gestão Organizacional, n. 6, p. 161-174, 2014.

46. Davis, L., Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Applied Nursing Research. 1992. 5(4): 194-197.

47. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

48. DOLNICAR, S.; GRÜN, B. "Translating" between survey answer formats. Journal of Business Research, n. 66, p. 1298-1306, 2013.

49. DONABEDIAN, A., 1980. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Adiministration Press.

50. DONABEDIAN, A.; The quality of medical care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12): 1743-48.

51. FAVORETO, C.A.O.; JR, K.R.C. Narrative as a tool for the development of clinical practice. Interface - Comunic., Saude, Educ. UNESP, 2011.

52. FELIX, R. The impact of scale width on responses for multi-item, self-report measures. Journal of Targeting Measurement and Analysis for Marketing, n. 19, v. 3, p. 153-164, 2011.

53. FLEISS, J.L.; COHEN, J., The equivalence of weighted Kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. Educ Psychol Meas. 1973. 33:613-9.

54. FLORIDO, H.G., et al., Nurse's management of workplace violence situations in the family health strategy. Texto amp; contexto enferm;29: e20180432, Jan.-Dec. 2020.

55. FONSECA, R. et al., Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. Laboratório de Psicologia. 2007. 5(1): 81-90.

56. FURTADO, J.P., Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 765-793.

57. FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Entre os campos científico e burocrático - a trajetória da avaliação em saúde no brasil. In: AKERMAN, M. e FURTADO, J.P. (Org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-57.

58. FUSTER EG. Las víctimas invisibles de la violência familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica. Buenos Aires: Paidós; 2002.

59. GIANNAROU, L.; ZERVAS, E., Using Delphi technique to build consensus in practice. Int. Journal of Business Science and Applied Management. 2014; 9(2): 65-82.

60. GILBERT, G.E.; PRION, S., Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. Clinical Simulation in Nursing. 2016; v. 12, p. 530-531.

61. GREIG, A. Troublesome Masculinities, 2005. Disponível em < http://www.alangreig.net/text/troublesomemasculinities/troublesome-masculinities/.

62. GRISHAM, T. (2009). The Delphi technique: a method for testing complex and multifaceted topics. International Journal of Managing Projects in Business, 2(1): 112-130.

63. HARTZ, Z.M.A & CONTANDRIOPOULOS, A.P. Do quê ao para quê da Meta-Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z.M.A., FELISBERTO, E., SILVA, L.M.V. (orgs) Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008, p 27-45.

64. HARTZ, Z.M.A. (Org). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

65. HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. saúde coletiva. v. 4, nº 2, pp. 341-53, 1999.

66. HEGARTY, K..; TAFT, A.; FEDER, G.S. Violence between intimate partners: working with the whole family. Brit Med J v. 337, p. 346-351, 2008.

67. HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violência de pareja en México. Cadernos Saúde Pública, v. 22, n. 11, p. 2349-57, 2006.

68. HIGA, E.F.R, et al., Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. Rev Bras Educ Médica: 37(1):52-59, 2013.
69. HULLEY, S.B. et al., Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

70. LEITE, F.M.C. et al., Violence against women and its association with the intimate partner's profile: a study with primary care users. Rev Bras Epidemiologia. V. 5(22): e190056, 2019.

71. LIKERT, RENSIS., A technique for the measurement of attittudes. Archives of psychology. R. S. WOODIYORTE, Editor, 1932.

72. LIMA, T. Desenvolvimento e Validação de Indicadores para Avaliação da Qualidade do Acompanhamento Farmacêutico. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo. Departamento de Farmácia. São Paulo, 2018. 182 p.

73. MARINHO, R.A.Q.C.; AGUIAR, R.S., A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. REVISA (Online);8(2): 228-241, 2019.

74. MASCARENHAS, M.D.M. *et al*. Violência contra pessoa idosa: analise das notificações realizadas no setor de saúde – Brasil, 2010. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 17(9): 2331-2341, 2012.

75. MCCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A. F.; DECHANT, H. K.; RYDEN, J.; BASS, E. B.; DEROGATIS, L. R. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. Annals of Internal Medicine, v. 123, n. 10, p. 737-746, nov. 1995.

76. MCGREGOR, H.; HOPKINS, A. Working for change: the movement against domestic violence. North Sydney, NSW: Allen & Unwin; 1991.
77. MEDINA, M.G. et al., Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.

78. MENDONÇA, C.S. Avaliação das ações de prevenção, detecção e assistência às violências nos serviços de Atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu, 2017.

79. MENDONÇA, C.S., Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 25(6): 2247-2257, jun./2020.

80. MINAYO, M.C.S. Análise da implantação da rede de atenção às vitimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Politica Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 14(5):1641-1649, 2009.

81. MOUZOS, J.; MAKKAI, T. Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the international violence against women survey (IVAWS). Canberra: Australian Institute of Criminology, 2004.

82. NASCIMENTO, V.F. et al., Desafios no atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher em um município Matogrossense. Arq. ciências saúde UNIPAR;23(1): 15-22, jan-abr. 2019.

83. NASSER, M. A. et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev. Saúde Pública, v. 51, pp. 51-77, ago. 2017.

84. NASSER, M. A. et al. Desempenho de serviços de Atenção Primária do estado de São Paulo em saúde sexual e reprodutiva, segundo características organizacionais e locorregionais. BIS Bol. Inst. Saúde. v. 17, n.º 2, pp. 6-18, dez. 2016.

85. NEMES, M.I.B. et al., The Qualirede intervention: Improving the performance of care continuum in HIV, congenital syphilis, and hepatitis C in health regions. Rev Bras Epidemiol [Internet]. Associação Brasileira de Pos, Gradacao em Saude Coletiva; 2019 [cited 2020 Jul 8];22(1).

86. NEMES, M.I.B., Avaliação em Saúde: Questões para os Programas de DST/Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids, 2001.

87. NOVAES, H.M.D., Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública, 34(5):547-59, 2000.

88. NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S147-S157, 2004. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800002.

89. NUNES, L.O., Perfil e características da Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Centro Oeste Paulista. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 2017.

90. OKOLI, C,; PAWLOWSKI, S., The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. Information & Management, 42:15-29, 2004.

91. OLIVEIRA, J.R. et al., Concepções e práticas de acolhimento apresentadas pela enfermagem no contexto da atenção básica a saúde. Revista de enfermagem, UFPE on line. Dez 2015; 9(Supl. 10): 1545-55.

92. OLIVEIRA, M.T.; FERIGATO, S.H., A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup;27(3): 508-521, jul.-set. 2019. Graf.

93. OLIVEIRA, S.R.A.; TEIXEIRA, C.F., Avaliação da regionalização do sus: construção do modelo Teórico-lógico. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2013. 37(1): 236-254.

94. OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002.

95. OMS. Global Status Report on Violence Prevention, 2014.

96. OMS., Evaluacíon de programas Y servicios sociales: normas fundamentales para su aplicacíon em el processo de gestíon para el desarrolho nacional de la salud. Ginebra: OMS, 1981.

97. ONU – Organização das Nações Unidas. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2016.

98. OSIS, M.J.D. et al., Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 351-358, Abr./2012.

99. PAIM, J., O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L.S; IBANHEZ, L.C; BARBOZA, R. (Org.). O público e o privado na Saúde. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 11-126.

100. PAIM, J.S. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012b. p. 459-491.

101. PAIM, J.S. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, 148 p.

102. PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun./2018. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018.

103. PAIM, J.S., Atenção Primária a Saúde: uma receita para todas as estações? Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012a.

104. PAIM. J.S., Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

105. PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F., Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

106. PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. (org.), Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. 228p.

107. POLIT, D.F. et al., Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing and Health. 2007. 30(4): 459-467.

108. POLIT, D.F.; BECK, C.T., Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, D.F. and Beck, C.T., Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 247-368.

109. PORTO, R.T.S. col. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreirs para o enfrentamento. Physis, 2014.

110. POWELL, C., The Delphi technique: myths and realities. J Adv Nurs: 41(4):376-382, 2003.

111. RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L., Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. Saude soc. [Internet]. 2011 Mar [cited 2020 Apr 25] ; 20( 1 ): 136-146.

112. RAMOS, N.P. et al., Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 1-13, 2020.

113. RAMOS, N.P., Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em serviços de Atenção Primária. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, 2018.

114. RAMOS, R., O problema da avaliação em saúde pública. Rev. Saúde Pública, 8:305-14, 1974.

115. REIS, E.J.F.B., et al., Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública, 6:50-61, 1990.

116. REIS, Y.A.C. et al., Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.: 10(Supl. 1):S157-S172, 2010.

117. RICHARDSON, J.; COID, J.; PETRUCKEVITCH, A.; CHUNG, W. S.; MOOREY, S.; FEDER, G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ; v. 324, n. 274, p. 1-6, 2 feb. 2002.

118. ROBERTS, G. The history of intimate partner abuse and health professionals. In: Roberts, G.; Hegarty, K.; Feder, G.S. (Eds.) Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence. London, Churchill Livingstone; 2006. p.3-17.

119. ROSENBERG, M. L.; FENLEY, M. A.; JOHNSON, D.; SHORT, L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. Acad Med. v. 72, p. S13-8, 1997.

120. SALETTI FILHO, Haraldo Cesar; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuições para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde. 2007.Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14042008-102730/ >

121. SANINE, P.R., Avaliação da Atenção à Saúde da Criança em Serviços de Atenção Primária. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, 2018.

122. SANINE, P.R., Avaliação da Atenção à Saúde da Criança em Unidades Básicas de Saúde do estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, 2014.

123. SANTOS KOERICH M et al., A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde, Revista eletrônica quadrimestral de enfermagem. Outubro de 2009; 17.

124. SANTOS, R.T., SUS: um novo capítulo de lutas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1719-1720, Jun./2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601719&lng=en&nrm=iso>.

125. SCHRAIBER, L.B. *et al.* Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. Ver. Brasileira de Epidemiologia, 2012; 15(4): 790-803.

126. SCHRAIBER, L.B. *et al.* Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009.

127. SCHRAIBER, L.B. et. al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev. de Saúde Pública, 41(3):359-67, 2007.

128. SCHRAIBER, L.B. *et.al.* Mulheres em situação de violência: entre rotas criticas e redes intersetoriais de atenção. Revista Medicina (São Paulo). Abr-jun; 92(2):134-40, 2013.

129. SEDPcD – Secretaria Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, disponível em www.violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br, acessado em 21/12/2014.

130. SIGNORELLI, M.C. *et al.* Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Rio de Janeiro, 29(6):1230-1240, jun, 2013.

131. SIGNORELLI, M.C. et al., Domestic Violence Against Women, Public Policies and Community Health Workers in Brazilian Primary Health Care. Int Q Community Health Educ;40(3): 237-239, 2020 04.

132. SILVA E SILVA, M. O. (Org.)., Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001.

133. SILVA, A.M.V.L. *et al.* Family violence and body mass index among adolescents enrolled in the Bolsa Família Program and treated at a primary care clinic. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):645-655, mar, 2014.

134. SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y., Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 207-216, Sept. 1999. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000300001&lng=en&nrm=iso.

135. SILVA, R.R. et al., Avaliações sob Medida – Produzir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11–27.

136. SOUZA e SILVA, R.; PAES, A.T., Por dentro da Estatística - Teste de Concordância Kappa. Educ Contin Saúde einstein. 2012. 10(4):165-6.

137. SOUZA, A.C. et al., Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 26(3):649-659, jul-set/2017.

138. SOUZA, L. et al., Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saú- de. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2005. p. 65-102.

139. TANAKA, O.Y., Avaliação em Saúde: Novos Tempos, Novas Construções. In: TANAKA, O.Y. (Org.). Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 1–9.

140. TANAKA, O.Y.; MELO, C., Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

141. TEIXEIRA, CF.; SOLLA, JP., Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, no3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

142. TERWEE, C.B., et al., Methodological quality of studies on the measurement properties of neck pain and disability questionnaires: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther: May;34(4):261-72, 2011.

143. UN. Word Drug Report. UNODC. Vienna, 2014.

144. UNICEF. Hidden in plain sigh: a statistical analysis of violence against childern. UNICEF, 2014.

145. VALDÉS, MG; MARÍN, MS. Empleo del método Delphi em investigaciones sobre salud publicadas en revistas científicas cubanas. Rev Cubana de Información em Ciencias de la Salud, 24(2):133-144, 2013.

146. WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2014: Homicídios e Juventude no Brasil. Brasília, 2014.

147. WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: Homicídios de Mulheres no Brasil. Brasília, 2015.

148. WAISELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2016: Homicídios por Armas de Fogo no Brasil. FLACSO BRASIL, 2016.

149. WALI, R. et. Al., Prevalence and risk factors of domestic violence in women attending the National Guard Primary Health Care Centers in the Western Region, Saudi Arabia, 2018. BMC Public Health. 2020.

150. WANDERBROOCKE, A.C.N.D. *et al.* Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(12):2513-2522, dez, 2013.

151. WARSHAW, C. Domestic violence: changing theory, changing practice. In.: Monagle, J. F.; Thomasma, D. C. Health care ethics: critical issues for the 21st century. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers, 1998.

152. WHO - World Health Organization. Milestones of a global campaign for violence prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.

153. WILSON, F.R. et al., Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. Published *online* 14 March 2012. http://mec.sagepub.com/content/early/2012/03/12/0748175612440286.

154. ZARILI, T. F. T. Atenção Primária à Saúde como componente da rede de cuidados à pessoa com deficiência: ações dos serviços no estado de São Paulo. Tese (Doutorado) em Saúde Coletiva, Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 2020.

155. ZARILI, T. F. T. Avaliação de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 2015, 157 p.

# ANEXO

## ANEXO 1 – Parecer consubstanciado do CEP

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MODELO TEÓRICO-LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA A SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA APS.

**Pesquisador:** Carolina Siqueira Mendonça

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 72337417.2.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.257.770

**Apresentação do Projeto:**

A violência interpessoal, principal manifestação do fenômeno da violência que se apresenta para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), tem grande magnitude, importância e complexidade, cujos impactos para a saúde têm sido observados em estudos de diversos países, independentemente do grupo populacional.

A atenção a pessoas em situação de violência vem se somar às múltiplas demandas que se colocam para os serviços de APS, enquanto uma necessidade social para a qual vem se desenvolvendo políticas e estratégias intersetoriais que envolvem os serviços de saúde. Essas múltiplas demandas que a APS tem enfrentado vem exigindo além de investimento em pesquisas, a implementação de estratégias de investigação, monitoramento e avaliação que melhorem o desempenho das ações de atenção primária e de sua articulação com outras políticas públicas de caráter intersetorial.

Nesse sentido, o presente projeto de pesquisa tem como objetivos construir um modelo teórico-lógico que subsidie a avaliação da organização das estratégias de prevenção e assistência a situações de violência na APS.

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** kleber@fmb.unesp.br

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Continuação do Parecer: 2.257.770

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, composta por três estratégias metodológicas integradas. A primeira, de caráter teórico, constitui na revisão integrativa nacional e internacional para caracterização do problema. A segunda estratégia, a apreciação de dados empíricos, consiste na análise das respostas aos indicadores de qualidade referentes à prevenção e assistência a situações de violência interpessoal construídos a partir do instrumento de avaliação e monitoramento da atenção básica - QualiAB.

Essas duas estratégias servirão de embasamento para a caracterização do problema e construção do modelo-teórico lógico.

A terceira estratégia, consiste em validar esse modelo teórico-lógico. A validação se dará por meio de grupo de consenso, técnica Delphi.

Como resultado, espera-se, fornecer um modelo teórico-lógico válido para avaliar as ações de prevenção e assistência a situações de violência interpessoal na APS.

**Objetivo da Pesquisa:**

Construir um modelo teórico-lógico que possibilite avaliar a organização das ações de prevenção a assistência a situações de violência interpessoal na APS;Oferecer subsídios para a melhoria da qualidade da prevenção e assistência a situações de violência interpessoal na APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A construção desse modelo, além de subsidiar programas e avaliações de serviços e programas, como já apontado, permitirá produzir um material didático para gestores, gerentes e profissionais de saúde da APS que seja facilitador do cuidado contínuo para a violência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta boa justificativa para sua realização. Trata-se de um refinamento de pesquisa anteriormente realizada, sem contato com indivíduos, apenas com análise mais acurada de dados já coletados por ocasião da dissertação de mestrado da autora.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os autores solicitam dispensa do TCLE com a seguinte justificativa:

"Essa pesquisa utiliza dados de base de dados de outro projeto de maior magnitude - Projeto QualiAB. Os termos de consentimento utilizados são os do QualiAB. Estes podem ser acessados pelo site www.abasica.fmb.unesp.br."

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** kleber@fmb.unesp.br

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou de parecer favorável à aprovação do projeto, sem necessidade de envio à CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 04/09/2017, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado o Relatório Final de Atividades, o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 04/09/2017 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_965454.pdf | 31/07/2017 14:12:58 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa.pdf | 31/07/2017 14:12:31 | Carolina Siqueira Mendonça | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | 2402_Carolina_Siqueira_Mendonca.pdf | 31/07/2017 14:09:42 | Carolina Siqueira Mendonça | Aceito |
| Folha de Rosto | Plat_Brasil_2402_Carolina_Siqueira_Mendonca.pdf | 31/07/2017 14:09:26 | Carolina Siqueira Mendonça | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** kleber@fmb.unesp.br

UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Continuação do Parecer: 2.257.770

BOTUCATU, 04 de Setembro de 2017

**Assinado por:**
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**
**(Coordenador)**

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU
**Telefone:** (14)3880-1609 **E-mail:** kleber@fmb.unesp.br

## ANEXO 2 – Tabelas de análise estatística

Tabela 1 – Análise do CVR por indicador

| INDICADOR | NCL | CL1 | CL2 | CL3 | CL4 | CL3+4 | CVR_CL | CVRCL78 | NSENS | SENS1 | SENS2 | SENS3 | SENS4 | SENS3+4 | CVR_SENS | CVRSENS78 | NVAL | VAL1 | VAL2 | VAL3 | VAL4 | VAL3+4 | CVR_VAL | CVRVAL78 | NREL | REL1 | REL2 | REL3 | REL4 | REL3+4 | CVR_REL | CVRREL78 | CVRGERAL | CVRGERAL78 | NMANTER | MANTER | PMANTER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social no território | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 5 | 5 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Ações de Educação em Saúde intersetoriais sobre violência em espaços comunitários | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,85 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Ações de Educação em Saúde intersetoriais sobre drogas em espaços comunitários | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 2 | 0 | 8 | 8 | 0,60 | 0 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 0,75 | 0 | 10 | 8 | 80,0 |
| Ações de Educação em Saúde intersetoriais em saúde sexual e reprodutiva em espaços comunitários | 9 | 0 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0,78 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 9 | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 | 1,00 | 1 | 0,84 | 1 | 9 | 7 | 77,8 |
| Ações de Educação em Saúde para crianças sobre violência em instituições de ensino e programas sociais | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde para crianças sobre gênero e sexualidade em instituições de ensino e programas sociais | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre violência em instituições de ensino e projetos sociais | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0,78 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 0,94 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre drogas em instituições de ensino e projetos sociais | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva em instituições de ensino e projetos sociais | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Ações de Educação em Saúde para adolescentes sobre saúde mental na | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adolescência em instituições de ensino e projetos sociais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ações de Educação em Saúde sobre educação sem violência para responsáveis e profissionais | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde sobre violência na unidade | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde sobre drogas na unidade | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações de Educação em Saúde em saúde sexual e reprodutiva na unidade | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações programadas na saúde do homem sobre paternidade e relações familiares | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Orientações para inscrição em Programas Sociais voltados à saúde da criança | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas no pré-natal | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas no puerpério | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 3 | 6 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Orientações para idosos quanto aos direitos sociais | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 3 | 6 | 9 | 0,80 | 1 | 9 | 0 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0,78 | 1 | 0,89 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Orientações para pessoas com deficiência quanto aos direitos sociais | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 3 | 6 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Orientações para pessoas acamadas quanto aos direitos sociais | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 3 | 6 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Captação de gestantes no território | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Grupos periódicos de educação para gestantes, parceiros(as) e familiares | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos | 10 | 1 | 1 | 2 | 6 | 8 | 0,60 | 0 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,80 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Investigação das condições psicoemocionais e sociofamiliares no pré-natal | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Investigação das condições psicoemocionais e sociofamiliares no puerpério | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 4 | 6 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental para adolescentes | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Acompanhamento de adolescentes com histórico de conflitos com a lei. | 10 | 0 | 1 | | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,85 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Ações programadas em saúde mental para adultos | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avaliação da saúde mental de idosos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Avaliação da capacidade funcional dos idosos | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 1 | 0 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Prevenção de quedas de idosos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 1 | 0 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Avaliação do suporte familiar dos idosos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Visitas periódicas a idosos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Visitas periódicas a pessoas acamadas | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Visitas periódicas a usuários com agravos mentais | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Avaliação e acompanhamento da saúde mental de cuidadores | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Oferta de grupos de apoio para cuidadores | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Diagnóstico e assistência em casos de dependência de álcool | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Diagnóstico e assistência em casos de dependência química | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Identificação de situações de violência pelos ACS | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 0 | 1 | 8 | 9 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 1 | 1 | 7 | 8 | 0,78 | 1 | 9 | 0 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0,78 | 1 | 0,89 | 1 | 9 | 8 | 88,9 |
| Rastreamento de rotina para a detecção da violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Uso de protocolo para detecção de violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Investigação de situações de violência doméstica a partir de sintomas e queixas | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Valorização da declaração do usuário ou responsáveis para detecção de violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 3 | 7 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 8 | 80,0 |
| Discussão de caso em equipe para a detecção da violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Sensibilização da equipe para identificação de casos de violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Identificação de crianças, adolescentes e idosos em situação de violência doméstica por meio de visitas domiciliares | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Investigação da violência doméstica a partir de relatos de outros usuários para crianças, adolescentes e idosos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Escuta individual e sigilosa como estratégia de detecção de violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Orientação a cuidadores para prevenção e identificação de violência doméstica | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Investigação etiológica e oferta de tratamento para IST na unidade | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Oferta regular de métodos contraceptivos | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 8 | 8 | 100,0 |
| Oferta regular de preservativos para prevenção a IST | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 8 | 8 | 100,0 |
| Identificação, notificação compulsória e acompanhamento em casos de violência doméstica contra mulher | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 9 | 0 | 0 | 1 | 8 | 9 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 9 | 8 | 88,9 |
| Denúncia ao disque 180 em casos de violência contra a mulher | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 7 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 1 | 2 | 0 | 7 | 7 | 0,40 | 0 | 10 | 1 | 1 | 1 | 7 | 8 | 0,60 | 0 | 0,65 | 0 | 10 | 7 | 70,0 |
| Identificação, notificação compulsória, denúncia ao conselho tutelar e acompanhamento em casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0,80 | 1 | 0,90 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Denúncia ao disque 100 em casos de violência contra crianças e adolescentes | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 7 | 8 | 0,60 | 0 | 10 | 1 | 2 | 1 | 6 | 7 | 0,40 | 0 | 0,65 | 0 | 10 | 8 | 80,0 |
| Ações programadas na saúde do homem que abordam a violência | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 0,95 | 1 | 10 | 9 | 90,0 |
| Identificação, notificação compulsória, denúncia aos órgãos competentes e acompanhamento em casos de violência doméstica contra idosos | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Denúncia ao disque 100 em casos de violência contra idosos | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 0 | 1 | 0 | 9 | 9 | 0,80 | 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 7 | 8 | 0,60 | 0 | 10 | 1 | 1 | 2 | 6 | 8 | 0,60 | 0 | 0,70 | 0 | 10 | 8 | 80,0 |
| Oferta de tratamento sindrômico para IST com encaminhamento para serviços de referência em casos de HIV e Hepatites Virais | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 2 | 8 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 9 | 9 | 100,0 |
| Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência doméstica contra pessoas com deficiência | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 1 | 9 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |
| Detecção, suporte e acompanhamento de situações de violência doméstica contra pessoas com agravos mentais | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | 9 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 | 1,00 | 1 | 1,00 | 1 | 10 | 10 | 100,0 |

Tabela 2 – Análise comparativa entre especialista para o critério de clareza.

| IND | c1 | c2 | c3 | c4 | c5 | c6 | c7 | c8 | c9 | c10 | c11 | c12 | c13 | c14 | c15 | c16 | c17 | c18 | c19 | c20 | c21 | c22 | c23 | c24 | c25 | c26 | c27 | c28 | c29 | c30 | c31 | c32 | c33 | c34 | c35 | c36 | c37 | c38 | c39 | c40 | c41 | c42 | c43 | c44 | c45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 16 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |

| | | |

Tabela 3 – Análise comparativa entre especialista para o critério de sensibilidade.

| IND | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | C12 | C13 | C14 | C15 | C16 | C17 | C18 | C19 | C20 | C21 | C22 | C23 | C24 | C25 | C26 | C27 | C28 | C29 | C30 | C31 | C32 | C33 | C34 | C35 | C36 | C37 | C38 | C39 | C40 | C41 | C42 | C43 | C44 | C45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 28 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |

| | | |

Tabela 4 – Análise comparativa entre especialista para o critério de validade.

| IND | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | C12 | C13 | C14 | C15 | C16 | C17 | C18 | C19 | C20 | C21 | C22 | C23 | C24 | C25 | C26 | C27 | C28 | C29 | C30 | C31 | C32 | C33 | C34 | C35 | C36 | C37 | C38 | C39 | C40 | C41 | C42 | C43 | C44 | C45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 12 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 13 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 16 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 19 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 21 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 22 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 33 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 34 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |

| | | |

Tabela 5 – Análise comparativa entre especialista para o critério de relevância.

| IND | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | C12 | C13 | C14 | C15 | C16 | C17 | C18 | C19 | C20 | C21 | C22 | C23 | C24 | C25 | C26 | C27 | C28 | C29 | C30 | C31 | C32 | C33 | C34 | C35 | C36 | C37 | C38 | C39 | C40 | C41 | C42 | C43 | C44 | C45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 13 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 17 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 33 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |

| | | |

Tabela 6 – Análise comparativa entre especialista para o critério de manter ou não o indicador.

| IND | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | C12 | C13 | C14 | C15 | C16 | C17 | C18 | C19 | C20 | C21 | C22 | C23 | C24 | C25 | C26 | C27 | C28 | C29 | C30 | C31 | C32 | C33 | C34 | C35 | C36 | C37 | C38 | C39 | C40 | C41 | C42 | C43 | C44 | C45 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 31 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | |

Tabela 7 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério clareza.

| INDICADOR | clr1 | clr2 | clr3 | clr4 | clr5 | clr6 | clr7 | clr8 | clr9 | clr10 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND7 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND8 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND9 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND10 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND11 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND13 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND14 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND15 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND16 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND17 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND18 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND19 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND20 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND21 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND22 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND23 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND28 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND29 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND30 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND33 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND34 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND35 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND36 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND38 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND39 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND40 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |  | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND41 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND42 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Média | 92,14 | 6,67 | 1,19 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | DP | 7,50 | 7,21 | 3,28 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | Mínimo | 80 | 0 | 0 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | Máximo | 100 | 20 | 10 | 0,00 |

FONTE: MENDONÇA, CS.

Notas:

1. Os cálculos consideraram o número de especialistas que responderam a cada critério para cada indicador. (Vermelho).
2. Graus/índices da escala tipo Likert: 4 - Item absolutamente claro; 3 - Item claro mas com necessidade de pequenas alterações; 2 - Há necessidade de grande revisão para que a clareza do item possa ser avaliada; 1 - Sem clareza.

Tabela 8 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério sensibilidade.

| INDICADOR | sen1 | sen2 | sen3 | sen4 | sen5 | sen6 | sen7 | sen8 | sen9 | sen10 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 60 | 40 | 0 | 0 |
| IND2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 |  | 4 | 88,9 | 0 | 11,1 | 0 |
| IND5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND7 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND8 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND9 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND10 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND11 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND12 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND13 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND14 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 70 | 30 | 0 | 0 |
| IND15 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND16 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND17 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 70 | 30 | 0 | 0 |
| IND18 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND19 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND20 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND21 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND22 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND23 |  | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 88,9 | 11,1 | 0 | 0 |
| IND24 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND28 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND29 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND30 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND33 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND34 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND35 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND36 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND38 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND39 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND40 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND41 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND42 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Média | 84,95 | 14,55 | 0,50 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | DP | 8,60 | 8,88 | 2,28 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | Mínimo | 60 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Máximo | 100 | 40 | 11 | 0 |

FONTE: MENDONÇA, CS.

Notas:

3. Os cálculos consideraram o número de especialistas que responderam a cada critério para cada indicador. (Vermelho).
4. Graus/índices da escala tipo Likert: 4 - Item absolutamente sensível para detectar o que pretende medir; 3 - Item sensível mas com necessidade de pequenas alterações; 2 - Há necessidade de grande revisão para que a sensibilidade do item possa ser avaliada; 1 - Sem sensibilidade para detectar o que ele se propõe a medir.

Tabela 9 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério validade.

| INDICADOR | val1 | val2 | val3 | val4 | val5 | val6 | val7 | val8 | val9 | val10 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND1 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 50 | 50 | 0 | 0 |
| IND2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND7 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND8 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND9 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND10 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND11 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND12 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 70 | 20 | 10 | 0 |
| IND13 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND14 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 70 | 20 | 10 | 0 |
| IND15 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND16 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND17 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 70 | 20 | 10 | 0 |
| IND18 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 0 | 10 |
| IND19 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 70 | 20 | 0 | 10 |
| IND20 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND21 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND22 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND23 |  | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 77,8 | 11,1 | 11,1 | 0 |
| IND24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND28 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND29 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND30 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND33 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND34 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND35 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND36 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND38 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND39 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND40 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND41 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND42 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Média | 83,28 | 11,69 | 4,55 | 0,48 |
| | | | | | | | | | | DP | 9,82 | 8,81 | 5,07 | 2,16 |
| | | | | | | | | | | Mínimo | 50 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Máximo | 100 | 50 | 11 | 10 |

FONTE: MENDONÇA, CS.

Notas:

1. Os cálculos consideraram o número de especialistas que responderam a cada critério para cada indicador. (Vermelho).
2. Graus/índices da escala tipo Likert: 4 - Item absolutamente válido com capacidade de representar com a maior proximidade possível o objeto; 3 - Item com validade mas com necessidade de pequenas alterações; 2 - Há necessidade de grande revisão para que a validade do item possa ser avaliada; 1 - Item sem validade.

Tabela 10 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério relevância para a AB.

| INDICADOR | rel1 | rel2 | rel3 | rel4 | rel5 | rel6 | rel7 | rel8 | rel9 | rel10 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND6 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND7 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND8 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND9 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND10 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND11 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND12 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND13 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND14 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND15 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND16 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND17 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND18 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND19 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND20 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND21 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 0 | 0 |
| IND22 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND23 |  | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 88,9 | 0 | 10 | 0 |
| IND24 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 0 | 10 | 0 |
| IND26 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND27 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND28 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND29 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND30 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |
| IND31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND32 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND33 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND34 |  | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 77,8 | 22,22 | 0 | 0 |
| IND35 |  | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 77,8 | 22,22 | 0 | 0 |
| IND36 |  | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 88,9 | 11,1 | 0 | 0 |
| IND37 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 10 | 10 | 0 |
| IND38 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| IND39 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND40 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 80 | 20 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND41 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 90 | 10 | 0 | 0 |
| IND42 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Média | 89,60 | 9,18 | 0,95 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | DP | 7,64 | 8,07 | 2,97 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | Mínimo | 78 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Máximo | 100 | 22 | 10 | 0 |

FONTE: MENDONÇA, CS.

Notas:

1. Os cálculos consideraram o número de especialistas que responderam a cada critério para cada indicador. (Vermelho).
2. Graus/índices da escala tipo Likert: 4 - Item absolutamente relevante para a AB; 3 - Item relevante mas com necessidade de pequenas alterações; 2 - Há necessidade de grande revisão para que a relevância do item possa ser avaliada; 1 - Item sem relevância para a AB.

Tabela 11 – Análise comparativa entre especialistas para cada um dos indicadores, por índice da escala tipo Likert, para o critério manter ou não o indicador.

| INDICADOR | mant1 | mant2 | mant3 | mant4 | mant5 | mant6 | mant7 | mant8 | mant9 | mant10 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND5 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND6 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND7 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND8 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND9 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND10 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND11 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND12 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |
| IND13 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |
| IND14 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND15 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |
| IND16 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND17 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND18 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND19 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 10 | 0 |
| IND20 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |
| IND21 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND22 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |
| IND23 |  | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 88,9 | 11,1 | 0 |
| IND24 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND25 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND26 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND27 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND28 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND29 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND30 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND31 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND32 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND33 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND34 |  | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 88,9 | 0 | 11,1 |
| IND35 |  | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 88,9 | 0 | 11,1 |
| IND36 |  | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 88,9 | 11,1 | 0 |
| IND37 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND38 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND39 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND40 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 90 | 0 | 10 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IND41 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| IND42 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 100 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Média | 94,89 | 3,15 | 1,96 |
| | | | | | | | | | | DP | 5,18 | 4,76 | 4,09 |
| | | | | | | | | | | Mínimo | 89 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | Máximo | 100 | 11 | 11 |

FONTE: MENDONÇA, CS.

Notas:

1. Os cálculos consideraram o número de especialistas que responderam a cada critério para cada indicador. (Vermelho).
2. Graus/índices da escala tipo Likert: 3 – Manter o indicador; 2 – Manter o indicador com pequenas alterações; 1 – Não manter o indicador.

Tabela 12 – Estatística descritiva do desempenho dos serviços segundo variáveis explicativas para a avaliação dos serviços em 2017.

| | | | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Sociais | Prevenção e Redução de Vulnerabilidades Individuais | Domínio Prevenção da Violência Doméstica | Identificação da Violência Doméstica | Cuidado à pessoas em situação de violência doméstica | Domínio Atenção em casos de violência doméstica | Desempenho geral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sem apoio externo de equipe multiprofissional | Média | | 18,90 | 40,83 | 30,39 | 42,72 | 24,97 | 34,31 | 32,25 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 97,5 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 18,18 | 14,29 | 20,00 | 11,11 | 15,79 | 15,00 |
| | | 50 | 10,00 | 36,36 | 28,57 | 40,00 | 22,22 | 31,58 | 30,00 |
| | | 75 | 30,00 | 63,64 | 42,86 | 70,00 | 33,33 | 47,37 | 45,00 |
| Com apoio externo de equipe multiprofissional | Média | | 28,98 | 53,14 | 41,63 | 56,57 | 36,89 | 47,25 | 44,30 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 36,36 | 23,81 | 30,00 | 11,11 | 26,32 | 27,50 |
| | | 50 | 20,00 | 54,55 | 38,10 | 60,00 | 33,33 | 47,37 | 42,50 |
| | | 75 | 40,00 | 72,73 | 57,14 | 80,00 | 55,56 | 68,42 | 60,00 |
| Sem ESF | Média | | 10,83 | 28,49 | 20,08 | 29,42 | 24,11 | 26,91 | 23,32 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 90 | 90,91 | 90,48 | 100 | 100,00 | 100,00 | 90,0 |
| | Percentis | 25 | 0,00 | 9,09 | 4,76 | 10,00 | 11,11 | 10,53 | 10,00 |
| | | 50 | 0,00 | 27,27 | 14,29 | 20,00 | 22,22 | 21,05 | 20,00 |
| | | 75 | 20,00 | 45,45 | 28,57 | 50,00 | 33,33 | 36,84 | 32,50 |
| Com ESF | Média | | 29,92 | 55,37 | 43,25 | 58,82 | 34,24 | 47,18 | 45,11 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 2,5 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 36,36 | 28,57 | 40,00 | 11,11 | 26,32 | 30,00 |
| | | 50 | 20,00 | 54,55 | 42,86 | 60,00 | 33,33 | 47,37 | 42,50 |
| | | 75 | 40,00 | 72,73 | 57,14 | 80,00 | 44,44 | 63,16 | 60,00 |
| Sem formação em violência | Média | | 17,88 | 40,71 | 29,84 | 42,40 | 25,30 | 34,30 | 31,96 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 95,0 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 18,18 | 14,29 | 20,00 | 11,11 | 15,79 | 17,50 |
| | | 50 | 10,00 | 36,36 | 28,57 | 40,00 | 22,22 | 31,58 | 30,00 |
| | | 75 | 30,00 | 63,64 | 42,86 | 70,00 | 33,33 | 52,63 | 45,00 |
| Com formação em violência | Média | | 37,87 | 61,54 | 50,27 | 66,43 | 44,06 | 55,83 | 52,91 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 2,5 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |
| | Percentis | 25 | 20,00 | 45,45 | 33,33 | 50,00 | 22,22 | 42,11 | 37,50 |
| | | 50 | 30,00 | 63,64 | 47,62 | 70,00 | 44,44 | 57,89 | 52,50 |
| | | 75 | 60,00 | 81,82 | 66,67 | 90,00 | 66,67 | 73,68 | 67,50 |
| Sem participação anterior em avaliações | Média | | 11,49 | 28,99 | 20,66 | 30,86 | 20,72 | 26,06 | 23,22 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 80 | 100,00 | 90,48 | 100 | 77,78 | 84,21 | 82,5 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Com participação anterior em avaliações | Percentis | 25 | 0,00 | 9,09 | 4,76 | 10,00 | 11,11 | 10,53 | 10,00 |
| | | 50 | 10,00 | 27,27 | 19,05 | 20,00 | 22,22 | 21,05 | 20,00 |
| | | 75 | 20,00 | 45,45 | 33,33 | 50,00 | 33,33 | 36,84 | 32,50 |
| | Média | | 27,48 | 52,043 | 40,345 | 54,95 | 33,93 | 44,99 | 42,55 |
| | Mínimo | | 0 | 0,000 | 0,000 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 100,000 | 100,000 | 100 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 27,273 | 23,810 | 30,00 | 11,11 | 26,32 | 25,00 |
| | | 50 | 20,00 | 54,545 | 38,095 | 60,00 | 33,33 | 42,11 | 42,50 |
| | | 75 | 40,00 | 72,727 | 55,952 | 80,00 | 44,44 | 63,16 | 57,50 |
| Sem apoio de CRAS | Média | | 15,32 | 33,55 | 24,87 | 33,53 | 19,98 | 27,11 | 25,94 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 90,91 | 95,24 | 100 | 77,78 | 89,47 | 87,5 |
| | Percentis | 25 | 0,00 | 9,09 | 4,76 | 10,00 | 11,11 | 10,53 | 7,50 |
| | | 50 | 10,00 | 27,27 | 19,05 | 30,00 | 11,11 | 21,05 | 22,50 |
| | | 75 | 20,00 | 54,55 | 38,10 | 50,00 | 22,22 | 42,11 | 40,00 |
| Com apoio de CRAS | Média | | 24,62 | 47,98 | 36,85 | 50,81 | 31,78 | 41,79 | 39,20 |
| | Mínimo | | 0 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,0 |
| | Máximo | | 100 | 100,00 | 100,00 | 100 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |
| | Percentis | 25 | 10,00 | 27,27 | 19,05 | 30,00 | 11,11 | 21,05 | 22,50 |
| | | 50 | 20,00 | 45,45 | 33,33 | 50,00 | 22,22 | 42,11 | 37,50 |
| | | 75 | 30,00 | 72,73 | 52,38 | 80,00 | 44,44 | 63,16 | 55,00 |

Tabela 13 – Descrição dos desempenhos médios dos serviços, segundo variáveis explicativas, média de desempenho por ano, a diferença dos desempenhos para o período e o valor de p para os anos de 2014 e 2017.

| | | 2014 | 2017 | Diferença entre 2017 e 2014 |
|---|---|---|---|---|
| **Domínio Atenção em casos de violência doméstica** | | | | |
| **Equipe Multiprofissional** | | | | |
| Sem equipe multiprofissional | N | 62 | 62 | 62 |
| | Média | 4,8 | 7,1 | 13,8 |
| | Mediana | 4,0 | 7,0 | 11,8 |
| | Desvio Padrão | 3,0 | 3,6 | 19,4 |
| Com equipe multiprofissional | N | 25 | 25 | 25 |
| | Média | 7,4 | 8,0 | 4,0 |
| | Mediana | 7,0 | 7,0 | 5,9 |
| | Desvio Padrão | 3,8 | 3,8 | 20,8 |
| | *p* | *0,001* | *0,281* | *0,041* |
| **Subdomínio Identificação da violência doméstica** | | | | |
| **CRAS** | | | | |
| | N | 7 | 7 | 7 |
| Sem CRAS | Média | 12,7 | 46,0 | 33,3 |
| | Mediana | 11,1 | 55,6 | 44,4 |
| | Desvio Padrão | 7,7 | 24,4 | 22,2 |
| Com CRAS | N | 80,0 | 80,0 | 80,0 |
| | Média | 40,0 | 53,8 | 13,8 |
| | Mediana | 33,3 | 55,6 | 11,1 |
| | Desvio Padrão | 26,4 | 27,3 | 27,2 |
| | *p* | *0,008* | *0,472* | *0,068* |
| **Formação em Violência** | | | | |
| Sem formação em violência | N | 67 | 67 | 67 |
| | Média | 32,5 | 50,7 | 18,2 |
| | Mediana | 33,3 | 55,6 | 11,1 |
| | Desvio Padrão | 23,5 | 26,5 | 26,1 |
| Com formação em violência | N | 20 | 20 | 20 |
| | Média | 55,6 | 61,1 | 5,6 |
| | Mediana | 55,6 | 61,1 | 5,6 |
| | Desvio Padrão | 28,6 | 27,8 | 29,6 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | *p* | *< 0,001* | *0,133* | *0,067* |
| **Subdomínio Cuidado a pessoas em situação de violência doméstica** | | | | |
| **Equipe Multiprofissional** | | | | |
| Sem equipe multiprofissional | N | 62 | 62 | 62 |
| | Média | 22,177 | 31,452 | 9,274 |
| | Mediana | 12,500 | 25,000 | 12,500 |
| | Desvio Padrão | 14,9143 | 18,3519 | 16,9279 |
| Com equipe multiprofissional | N | 25 | 25 | 25 |
| | Média | 36,500 | 34,500 | -2,000 |
| | Mediana | 37,500 | 25,000 | 0,000 |
| | Desvio Padrão | 21,3234 | 23,7390 | 19,9870 |
| | *p* | *0,001* | *0,522* | *0,009* |