

## CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (AVASMAP)

Construction and validation of the women's health assessment instrument in primary health care

Dáisy Vieira de Araújo<sup>1</sup> Fábيا Barbosa de Andrade<sup>2</sup> Iris do Céu Clara Costa<sup>3</sup>

**RESUMO:** Estudo de validação, cujas recomendações seguidas foram segundo o Standards for Educational and Psychological Testing. Uma equipe multidisciplinar com 27 juizes compôs o comitê de especialistas que avaliou os itens como “adequado” e “não adequado”, e 40 mulheres foram entrevistadas para avaliar a compreensão dos itens e apresentar sugestões. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-I) para analisar a concordância entre os juizes em relação a cada item; e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para avaliar a concordância entre os juizes e o instrumento como um todo. Observou-se que a maioria dos itens foi considerada adequada e apresentou  $IVC-I \geq 0,78$  e  $IVC = 0,84$ , ainda assim as pesquisadoras resolveram acatar a maioria das sugestões dos juizes e alterar alguns dos itens para facilitar a compreensão das entrevistadas, preservando os aspectos semântico e contextual do instrumento, do qual foi gerada uma segunda versão. A análise das entrevistas, das repostas verbais e não verbais e das sugestões das participantes contribuiu para alterações dos itens e resultou na terceira versão do instrumento. O Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária apresentou propriedades psicométricas de validade de conteúdo e do processo de resposta aceitáveis, o que evidencia a sua qualidade conceitual e semântica, permitindo seu uso por profissionais da saúde e pesquisadores para avaliar indicadores importantes da saúde da mulher.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Atenção Primária. Avaliação em Saúde. Propriedades Psicométricas.

**ABSTRACT:** Validation study, with quantitative approach, held in Natal, Brazil, in 2016 and 2017, complying with the recommendations by the Standards for Educational and Psychological Testing. A multidisciplinary team of 27 judges composed the panel of experts who evaluated the items as “adequate” and “inadequate”, and 40 women were interviewed to evaluate the items as to the intelligibility and make suggestions. The Item Content Validity Index (I-CVI) was used to analyze the concordance between the judges in relation to each item, and the Content Validity Index (IVC) to assess the agreement between the judges and the instrument as a whole. It was observed that most of the items were considered adequate and presented  $I-CVI \geq 0.78$  and  $CVI = 0.84$ . Even so, the researchers decided to follow the judges' suggestions and thus change some of the items to facilitate understanding, preserving the semantic and contextual aspects of the instrument, from which a second version was generated. The analysis of the interviews, verbal and nonverbal responses and the suggestions of the participants contributed to the adjustments on the items and resulted in the third version of the instrument. The Women's Health Assessment Instrument in Primary Health Care presented psychometric properties of acceptable content validity and response process, which lays bare its conceptual and semantic quality, which enables its use by health professionals and researchers to assess important women's health indicators.

**Key-words:** Women's Health. Primary Care. Health Assessment. Psychometric Properties.

1 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Santa Cruz, Brasil.

2 Fábيا Barbosa de Andrade  
Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Natal, Brasil.

Odontóloga. Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Professora Titular do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Departamento de Odontologia. Natal, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o modelo de base comunitária indicada para o fortalecimento, organização e norteamento das diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde, pois atua como a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde no país.

É caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, que envolve a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde<sup>1</sup>. Para sua operacionalização, utiliza-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), com assistência voltada para o indivíduo, a família e o seu entorno social.

É no cenário da ESF e com base nos indicadores de morbimortalidade apresentados para a população feminina que se encontra, dentre outras políticas e programas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual traz um conjunto de indicadores de saúde que buscam a prevenção dos agravos nessa clientela, bem como o

cuidado continuado e equânime, com foco na promoção da saúde<sup>2</sup>, pois vão ao encontro das necessidades reais da área estratégica de saúde da mulher.

Nesse sentido, o aumento da população e expectativa de vida feminina, aliada à ampla expansão e ao fortalecimento da APS, concorre para que novas vertentes de cuidado longitudinal e integral sejam traçadas. Assim, este estudo objetivou construir e obter as evidências de validade baseadas no conteúdo do teste e no processo de resposta do Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária, respeitando as características peculiares da área e do grupo em questão.

Acrescenta-se que, até o presente momento, nas literaturas nacional e internacional, não existe um instrumento de avaliação da saúde da mulher na APS que considere as características específicas da clientela estudada e os indicadores de morbimortalidade, somados aos pressupostos teóricos defendidos por Starfield<sup>3</sup>, no que diz respeito à

organização da APS. Portanto, apresenta-se o aspecto inédito e de

## MÉTODO

Estudo de validação, ancorado no referencial teórico-metodológico do Standards for Educational and Psychological Testing (SEPT), no qual são definidas cinco fontes de evidências de validade, baseadas: no conteúdo do teste, no processo de resposta, na estrutura interna, na relação com outras variáveis e nas consequências do teste, além da confiabilidade<sup>4</sup>.

A primeira etapa do estudo se deu com a construção dos itens, usando o arcabouço teórico de Starfield<sup>3</sup> (atributos essenciais e derivados da APS), por considerar a difusão de sua obra no Brasil; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>2</sup>; os Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres<sup>5</sup> e o Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres<sup>6</sup>, tendo em vista o marco jurídico que norteia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher.

O instrumento foi estruturado em duas seções: atributo essencial, itens relativos ao acesso de primeiro contato com o serviço, longitudinalidade,

inovação deste estudo.

integralidade e coordenação da atenção; e atributo derivado, com itens relativos à orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural<sup>3</sup>.

A segunda etapa do estudo se deu com a escolha dos juízes, especialistas com reconhecida expertise no construto de interesse para composição de um comitê<sup>7,8</sup>, os quais foram escolhidos conforme os critérios: ser representante de órgão federal, estadual ou municipal e ter experiência de, no mínimo, dois anos nas áreas de atenção primária e/ou saúde da mulher, e/ou saúde do adolescente, e/ou sistemas de informação; ser docente e/ou pesquisador de instituição de ensino superior e ter experiência de, no mínimo, dois anos nas áreas de saúde da mulher e/ou gênero, e/ou atenção primária, e/ou elaboração e validação de questionários.

Uma carta convite foi enviada por e-mail aos juízes, contendo os objetivos e a justificativa do estudo, bem como um link cujo acesso os direcionava para a primeira versão do instrumento. Para cada item, existiam as opções “adequado” e “não adequado”. Caso o juiz marcasse o item como “não adequado”, deveria justificar sua resposta apresentando as sugestões de

ajustes, além de avaliar a relevância, viabilidade, clareza, ambiguidade, redundância e estilo de resposta dos itens.

Essa etapa ocorreu de junho a agosto de 2016. Para tanto, foi utilizado o arcabouço conceitual do Método Delphi, pois é uma estratégia efetiva para reunir a opinião de especialistas sem que eles estejam fisicamente reunidos<sup>9</sup>, e uma única rodada de avaliação foi realizada por cada juiz.

Para a avaliação das respostas de cada juiz, foi calculada a distribuição absoluta e relativa dos itens julgados como “adequado” e “não adequado”. Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo por Item (IVC-I), que corresponde ao número de juízes que julgaram o item como adequado dividido pelo número total de julgamentos, para analisar a concordância entre os juízes em relação a cada item (relevância de domínio); e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que equivale à média dos IVC-I, para avaliar a concordância entre os juízes e o instrumento como um todo (representação de domínio)<sup>8,10,11</sup>. O valor de referência adotado foi  $IVC-I \geq 0,78$ <sup>10</sup>.

De posse desses dados, as pesquisadoras se reuniram para discutir as reformulações necessárias

(manutenção, alteração ou exclusão de item) e possível incorporação das sugestões dos juízes, no todo ou em parte, resultando na segunda versão do instrumento.

A terceira etapa do estudo, para obtenção da evidência de validade baseada no processo de reposta, procurou comprovar o ajuste entre o construto e a natureza do desempenho e das repostas das mulheres em relação aos itens<sup>12</sup>. Foram realizadas entrevistas<sup>12</sup> em Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos municípios de Natal e Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

As pesquisadoras formaram três grupos de mulheres, divididas por idade (Grupo 1: adolescente - 18 anos<sup>13</sup>; Grupo 2: adulta - 19 a 59 anos<sup>2</sup>; Grupo 3: idosa - 60 a 69 anos<sup>14</sup>). Pela inexistência de consenso na literatura sobre a recomendação padrão para a alocação dos indivíduos nessa fase, utilizou-se 40 participantes<sup>7</sup>. Essa etapa ocorreu em janeiro de 2017.

A entrevista aconteceu na UBS, em local reservado, após esclarecimentos à participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foi realizada pela pesquisadora principal e uma aluna treinada. A aluna fazia as perguntas às participantes (1º momento: pedir para a

participante repetir o item como havia entendido; 2º momento: perguntar sobre a clareza do item; 3º momento: solicitar sugestões) e a pesquisadora principal anotava o tempo de resposta ao instrumento e as reações não verbais da respondente (expressões faciais e corporais: desconforto, estranhamento, dúvida, impaciência, ansiedade, tranquilidade, dentre outras)<sup>7</sup>.

Após as transcrições das entrevistas, as pesquisadoras avaliaram cada item quanto às interpretações individuais, reações verbais e não verbais observadas, frequências de compreensão e não compreensão e sugestões mencionadas. Com base nas

## RESULTADOS

Na segunda etapa do estudo, foi enviada uma carta convite a 62 juízes, dos quais 28 fizeram a avaliação do instrumento. Contudo, uma das análises estava incompleta e, por isso, foi considerada como perda. Portanto, a totalidade de 27 juízes (43,54%) compôs o comitê multidisciplinar de especialistas, assim formado:

- 3 representantes de órgão Federal (1 Coordenadora da Saúde do Adolescente e do Jovem vinculada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (MS); 1 Coordenadora Geral de Gestão da

análises, de forma consensual, os itens foram mantidos, alterados ou excluídos. Com a conclusão dessa etapa, foi produzida a terceira versão do instrumento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN, sob parecer de número 1.595.859, e está em conformidade com as diretrizes éticas defendidas pela Declaração da Associação Médica Mundial de Helsinque<sup>15</sup> e com a Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil<sup>16</sup>.

Atenção Básica vinculada ao Departamento de Atenção Básica/MS; 1 Assessora da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde/MS);

- 2 representantes de órgão Estadual (1 Coordenadora Regional de Saúde da Mulher da V Unidade Regional de Saúde Pública/RN e 1 Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher e da Rede Cegonha da Secretaria Estadual de Saúde Pública/RN);

- 3 representantes de órgão Municipal (2 enfermeiras vinculadas à UBS, Santa Cruz/RN, e 1 enfermeira vinculada à UBS, Campina Grande, Paraíba);

- 19 docentes e/ou pesquisadores de instituições públicas de ensino superior, federais e estaduais.

A distribuição absoluta e relativa, o IVC-I e a decisão das pesquisadoras quanto à modificação, alteração ou exclusão de itens que compõem a etapa de evidência de validade baseada no conteúdo do teste da seção atributo essencial são apresentados na Tabela 1.

Observou-se que a maioria dos itens foi considerada adequada e apresentou  $IVC-I \geq 0,78$ . Ainda assim, as pesquisadoras resolveram acatar as sugestões dos juízes e alterar os itens.

Tabela 1- Resultados da etapa da evidência de validade baseada no conteúdo do teste (seção atributo essencial). Natal, Brasil, 2016.

Itens	Julgamento				IVC-I*	Decisão das pesquisadoras**
	Adequado		Não adequado			
	n	%	n	%		
1. Quando você precisa de assistência de saúde da mulher, você vai ao posto de saúde da sua área antes de ir a outro serviço de saúde?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
2. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você procurou o posto de saúde da sua área e o hospital?	22	81,5	5	18,5	0,81	A
3. No posto de saúde da sua área, quais os problemas de saúde para os quais você procura atendimento?	21	77,8	6	22,2	0,77	A
4. E no hospital, para quais problemas de saúde você procura atendimento?	23	85,2	4	14,8	0,85	E
5. Você tem dificuldades para marcar atendimento no posto de saúde da sua área?	23	85,2	4	14,8	0,85	M
6. E nos dias em que a sua consulta é marcada, seu problema de saúde é resolvido?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
7. No dia do seu atendimento você recebe orientação da equipe de saúde da sua área, tratamento, medicamentos, solicitação de exames, etc.?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
8. Quando você tem algum problema de saúde e procura atendimento no posto de saúde da sua área, seu problema é resolvido?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
9. Você foi encaminhada para outro serviço que não fosse outro posto de saúde?	24	88,9	3	11,1	0,88	A
10. Você resolveu seu problema de saúde no serviço que foi encaminhada (ex.: ficou internada, recebeu medicamentos, recebeu orientações sobre seu problema de saúde, etc.)?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
11. Quais cuidados você recebe ou recebeu no posto de saúde da sua área?	22	81,5	5	18,5	0,81	A
12. Desses cuidados de saúde, para quais você precisa ou precisou ser encaminhada para outros serviços de saúde que não fosse o posto de saúde?	24	88,9	3	11,1	0,88	A
13. Nas situações em que ocorreram dificuldades para ir ao posto de saúde da sua área, você recebe ou recebeu consulta ou tratamento da equipe de saúde da sua área em casa?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
14. A equipe do posto de saúde da sua área realiza atividades educativas dentro do posto (ex.: palestras sobre a importância de cuidar da saúde, encontros de gestantes ou idosas, rodas de conversa sobre prevenção de doenças, etc)?	22	81,5	5	18,5	0,81	A
15. Quando você é atendida na consulta dentro do seu posto de saúde, você é ou foi encaminhada para outro profissional que trabalha no mesmo local?	22	81,5	5	18,5	0,81	A

16. Entrevistador, nesta pergunta, você deve perguntar se o cuidado é ou foi prestado pelo profissional. Para cada cuidado de saúde, deixar a participante pensar e responder e, só depois, perguntar quais profissionais estão envolvidos com a assistência.	22	81,5	5	18,5	0,81	A
17. Quando você é atendida por um médico especialista, ele lhe dá informações necessárias sobre seu estado de saúde?	22	81,5	5	18,5	0,81	A
18. O médico especialista lhe entrega por escrito as informações sobre a sua saúde, para que sejam registradas no seu prontuário no posto de saúde da sua área?	23	85,2	4	14,8	0,85	A

---

\*Índice de Validade de Conteúdo por Item

\*\* Item Mantido (M) ou Alterado (A) ou Excluído (E)



A Tabela 2 apresenta a distribuição absoluta e relativa, o IVC-I e a decisão das pesquisadoras quanto à modificação, alteração ou exclusão de

itens que compõem a etapa da evidência de validade baseada no conteúdo do teste da seção atributo derivado.

Tabela 2- Resultados da etapa da evidência de validade baseada no conteúdo do teste (seção atributo derivado). Natal, Brasil, 2016.

Itens	Julgamento				IVC-I*	Decisão das pesquisadoras**
	Adequado		Não adequado			
	n	%	n	%		
1. Quantas pessoas moram na sua casa?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
2. Quem são as pessoas que moram com você na mesma casa?	26	96,3	1	3,7	0,96	A
3. A equipe de saúde da sua área sabe quem são as pessoas que moram com você?	24	88,9	3	11,1	0,88	A
4. Você já recebeu visita de médico, enfermeiro, dentista ou agente comunitário de saúde da sua área na sua casa?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
5. A equipe de saúde da sua área já tentou fazer agendamento/marcação de consultas para as pessoas que moram com você?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
6. E as pessoas que moram com você, elas vão ao posto de saúde para receber alguma consulta ou orientação de saúde?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
7. Quantas vezes as pessoas que moram com você foram atendidas no último ano no posto de saúde da sua área?	19	70,4	8	29,6	0,70	E
8. Você sabe se a equipe de saúde conhece sua área, sabe se as ruas têm redes de esgoto e de água, lixo a céu aberto, criação de animais em locais impróprios, fossas ou outra situação?	22	81,5	5	18,5	0,81	A
9. Você recebe convite da equipe de saúde da sua área para alguma atividade que ocorre na comunidade?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
10. Quando a equipe de saúde da sua área lhe convida para participar de atividades de orientação em saúde na comunidade (por exemplo, hábitos saudáveis, lavagem das mãos, alimentação equilibrada), você comparece?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
11. Você sabe quais equipamentos sociais tem na sua área (por exemplo, escolas, igrejas, templos, espaços de lazer)?	19	70,4	8	29,6	0,70	E
12. Você é convidada pela equipe de saúde da sua área para participar das reuniões do posto (por exemplo, reuniões de planejamento)?	23	85,2	4	14,8	0,85	A
13. Quando você é convidada para participar das reuniões do posto de saúde da sua área, você comparece?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
14. Você sabe para que serve o Conselho Municipal de Saúde?	25	92,6	2	7,4	0,92	A
15. Para que serve o Conselho Municipal de Saúde (pode marcar uma ou mais alternativas)?	18	66,7	9	33,3	0,66	E
16. Você conhece os costumes, as crenças, a cultura da sua área ou comunidade (por exemplo, danças, músicas, religião)?	26	96,3	1	3,7	0,96	A
17. A equipe de saúde da sua área realiza atividades de saúde considerando os costumes, as crenças, a cultura e outras	22	81,5	5	18,5	0,81	A

condições (por exemplo, danças, músicas, religião) de vocês?

18.	Você recebe orientação ou cuidado que venha da Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação ou de outra Secretaria do seu município?	20	74,1	7	25,9	0,74	E
19.	Você se sente acolhida pela equipe de saúde da sua área, em relação às suas crenças, costumes, cultura?	25	92,6	2	7,4	0,92	M

---

\*Índice de Validade de Conteúdo por Item

\*\* Item Mantido (M) ou Alterado (A) ou Excluído (E)

Os itens da seção atributo derivado foram bem avaliados pelos juízes, já que a maioria foi considerada adequada e apresentou IVC- $I \geq 0,78$ . As sugestões dos juízes também foram acatadas pelas pesquisadoras, e a maioria dos itens foi alterada, a fim de preservar a clareza que o item necessita e os aspectos semântico e contextual, facilitando, portanto, a compreensão da mulher.

Entretanto, quatro itens foram excluídos do instrumento pois, para os juízes, não possuíam conteúdo adequado ao desfecho, apresentavam estilo de resposta inadequado e termos de difícil compreensão para as mulheres.

O valor do IVC foi de 0,84, o que atesta a adequada representação de domínio.

Na terceira etapa do estudo, foram realizadas 40 entrevistas com mulheres na faixa etária de 18 a 69 anos, residentes na zona urbana de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte e Santa Cruz, interior do estado, que possuíam características sociodemográficas representativas da população-alvo do instrumento. A tabela 3 apresenta a distribuição dessas características e o tempo de resposta ao instrumento.

Os dados apresentados mostram características sociodemográficas representativas de um público composto, predominantemente, por mulheres casadas ou em união estável, com filhos vivos, pardas, com casa própria, adultas, há 19,90 anos residentes na comunidade local, baixa escolaridade, renda familiar que variou de R\$ 85,00 a R\$ 5.000,00 e o tempo médio de resposta ao instrumento foi de 39,27 min.

Essa etapa do estudo foi importante para a realização de ajustes no instrumento, a partir das respostas, reações verbais e não verbais e sugestões das entrevistadas. As alterações foram nos itens relacionados ao planejamento familiar, que constituía a seção atributo essencial, e em alguns itens da seção atributo derivado, pois a maioria não soube diferenciar reunião de planejamento e reunião sobre temas de saúde. Também, tiveram dúvidas nos itens relacionados às crenças, costumes e cultura. Contudo, todas colaboraram ativamente com a etapa.

Tabela 3- Distribuição das características sociodemográficas das participantes e o tempo de resposta ao instrumento. Natal e Santa Cruz, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Município de Origem				
Natal	20,0	50,0		
Santa Cruz	20,0	50,0		
Estado civil				
Solteira	7,0	17,5		
Casada/União Estável	27,0	67,5		
Separada/Desquitada	2,0	5,0		
Divorciada	1,0	2,5		
Viúva	3,0	7,5		
Filhos vivos				
Sim	28,0	70,0		
Não	12,0	30,0		
Raça autodeclarada				
Branca	17,0	42,5		
Preta	1,0	2,5		
Parda	22,0	55,0		
A casa ou apartamento onde você mora é				
Próprio				
Alugado	27,0	67,5		
Cedido	10,0	25,0		
	3,0	7,5		
	<b>Média</b>	<b>Desvio</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
		<b>Padrão</b>		
Idade	40,40	18,32	18,00	69,00
Tempo que mora no bairro/comunidade em anos	19,90	16,92	1,00	61,00
Quantidade de filhos vivos	1,97	2,19	0,00	12,00
Anos estudados	7,73	4,43	0,00	12,00
Renda familiar	1.410,12	1.032,63	85,00	5.000,00
Tempo de resposta ao instrumento em minutos	39,37	10,38	30,00	80,00

## DISCUSSÃO

A primeira versão do Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária constou de 37 itens, elaborados conforme os atributos essenciais e derivados da APS<sup>3</sup> e o conjunto de ações vinculadas à assistência à saúde da mulher no Brasil<sup>2,5,6</sup>, e foi assim estruturado: itens de 1 a 6, relativos ao atributo essencial acesso de primeiro contato; de 7 a 10, à longitudinalidade; de 11 a 14, à integralidade; de 15 a 18, à coordenação da atenção; itens de 19 a 25, ao atributo derivado orientação familiar; 26 a 33, à orientação comunitária e, de 34 a 37, ao atributo competência cultural.

A maioria dos itens apresentou adequada relevância de domínio e o instrumento, adequada representação. Contudo, mesmo com valores de IVC-I acima de 0,78, alguns itens foram alterados com vistas à adequação do conteúdo ao desfecho, clareza e viabilidade das questões, pois o reconhecimento dos problemas de saúde das mulheres é lento, as estratégias são mal encaminhadas e a escassa informação disponível sobre a interação do gênero com outros determinantes sociais limitam o conteúdo das investigações sanitárias<sup>17</sup>.

O item 2 foi alterado, apesar do bom resultado do IVC-I, mantendo-se a referência apenas para posto de saúde pois, de acordo com os juízes, apresentar em uma mesma pergunta dois serviços diferentes, posto de saúde e hospital, poderia gerar dúvidas nas participantes. Como o foco é a APS, as pesquisadoras optaram por manter apenas o posto de saúde.

Ressalta-se que, neste instrumento, utilizou-se como referência o termo posto de saúde e não Unidade Básica de Saúde, conforme normativa do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, pois a população estudada ainda reconhece e nomeia o serviço como posto de saúde, dada as suas características culturais.

O item 3 apresentou IVC-I abaixo do valor de referência. Ainda assim, as pesquisadoras resolveram manter e juntar com o item 1, permanecendo da seguinte forma: “Quando você precisa de atendimento relacionado ao(à)\_\_\_\_\_, você procura o posto de saúde da sua área?”. A linha corresponde à assistência à saúde da mulher: planejamento familiar, prevenção dos cânceres de colo do útero e de mama, pré-natal e puerpério, problemas relacionados à menstruação, doenças sexualmente transmissíveis, queixas urinárias, menopausa e climatério, violência doméstica, pressão

alta, diabetes, tosse seca ou produtiva por várias semanas e manchas na pele, com ou sem dormência<sup>2,5,6</sup>.

O item 4 apresentou IVC-I acima do valor de referência. Entretanto, os juízes fizeram um alerta quanto à confusão que poderia gerar nas participantes, pois ora elas estariam pensando no atendimento no posto de saúde, ora deveriam pensar no hospital. Assim, foi excluído.

Para Starfield<sup>4</sup>, o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde na APS diz respeito à acessibilidade e utilização do serviço como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema, excetuando as verdadeiras urgências e emergências médicas, as quais devem ser atendidas em serviços de média e alta complexidade.

Para dar maior clareza aos itens, segundo os juízes, as questões 6 e 8 foram mescladas. Ficando um item único: “Quando recebeu o atendimento relacionado ao(à)\_\_\_\_\_, você se sentiu satisfeita para continuar o atendimento?”. A linha corresponde ao tipo de necessidade de saúde/atendimento que compõe a assistência à saúde da mulher acima referida<sup>2,5,6</sup>. Esse item versa sobre a longitudinalidade. Starfield<sup>4</sup> define

como sendo uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo e a importância de uma intensa relação interpessoal entre usuários e profissionais de saúde. Na literatura brasileira, essa palavra não é usual, tampouco existe consenso quanto à sua definição e forma de medição<sup>18</sup>. Neste estudo, foi utilizada considerando a satisfação<sup>19,20</sup> das mulheres com os atendimentos.

Os Itens 9, 10, 12, 15 e 16 se referem ao encaminhamento da mulher para outros serviços, constituindo as seguintes questões: “Na sua consulta de \_\_\_\_\_, no posto de saúde da sua área, você foi encaminhada para outro profissional que trabalha no mesmo local?” e “Na sua consulta de \_\_\_\_\_, você foi encaminhada para atendimento especializado, fora do posto de saúde da sua área?”. A linha corresponde ao tipo de necessidade de saúde/atendimento que compõe a assistência à saúde da mulher<sup>2,5,6</sup> e faz referência à coordenação da atenção, a qual pressupõe trabalho em conjunto, organizado e integrado com os demais serviços e níveis de assistência<sup>21</sup>. Os demais itens foram modificados do ponto de vista semântico<sup>4,11</sup>.

Na tabela 2, os itens 19 e 20 foram remanejados para a seção referente aos dados sociodemográficos

do instrumento. O item 25 foi excluído em virtude do viés de memória das participantes. Os itens 29, 33 e 36 foram excluídos devido à complexidade das perguntas e respostas. O item 37 foi mantido e as demais questões foram alteradas do ponto de vista semântico.

Os itens da tabela 2 vêm fortalecer a ESF, pois questionam sobre a família, seu ambiente físico, econômico e cultural. A ESF se estrutura com base no reconhecimento das necessidades da população de um dado território, a partir dos vínculos estabelecidos entre usuários e profissionais de saúde, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenção que extrapolam as práticas curativas<sup>22</sup>.

Esse processo resultou na segunda versão do Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária, constando de 96 itens. O tipo de evidência aqui utilizada compõe um conjunto integrado de evidências usadas para apoiar o uso de um instrumento específico e constituir o processo de validação<sup>23</sup>.

A tabela 3 apresenta as características sociodemográficas de mulheres representantes da população-alvo do instrumento; com idade iniciando na adolescência, seguida pela

idade adulta e, finalizando, com a velhice; usuárias das UBS e em condições escolares, econômicas e obstétricas diferenciadas. Características tão diversas como essas são importantes para a obtenção de repostas mais próximas da realidade<sup>12</sup>.

As modificações nos itens relativos ao planejamento familiar se deram com o acréscimo do termo planejamento reprodutivo<sup>5</sup>. Para diferenciar os itens reunião de planejamento e reunião sobre temas de saúde, houve o acréscimo do exemplo no item reunião de planejamento: “discutir sobre dias de marcação de consulta, dias de visitas domiciliares”<sup>3</sup>.

E, para os itens que versam sobre as crenças, costumes e cultura, também foi colocado exemplo: “o estilo de vida, a linguagem, o jeito de ser”. Essas modificações mantêm a consonância com o atributo derivado competência cultural, que mostra a necessidade de adaptação dos profissionais de saúde às características culturais da população<sup>3</sup>.

A complementaridade entre as evidências de validade baseadas no conteúdo do teste e no processo de resposta são notórias, e os estudos de validação na área da saúde são os que mais exploram essas evidências<sup>12</sup>. Com a conclusão dessa etapa, foi gerada a



terceira versão do instrumento, mantendo-se os 96 itens.

A limitação se refere à dificuldade de obter a avaliação dos juízes, o que resultou em uma espera

## CONCLUSÃO

O Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária (AVASMAP) apresentou propriedades psicométricas de validade de conteúdo e do processo de resposta aceitáveis, o que evidencia a sua qualidade conceitual e semântica, permitindo seu uso por profissionais da saúde e pesquisadores para avaliar indicadores importantes da saúde da mulher.

Embora tenha utilizado como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborada pelo MS do Brasil, e suas ramificações, acredita-se que ele apresenta características fundamentais

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

maior do retorno de suas respostas e substituição de alguns. Contudo, aqueles que participaram do estudo contribuíram de forma positiva.

para avaliar indicadores de saúde da mulher em qualquer parte do mundo, respeitando as características culturais dos povos e procedendo-se, portanto, a etapa de validação transcultural.

O estudo deu prosseguimento a obtenção da evidência de validade baseada na estrutura interna e confiabilidade do instrumento proposto, cujos dados serão apresentados em um segundo artigo, dada a extensão da análise, e apresenta o seguinte título provisório “Instrumento de Avaliação da Saúde da Mulher na Atenção Primária (AVASMAP): evidência de validade baseada na estrutura interna e confiabilidade.”

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services,

- and technology. Oxford University Press; 1998.
4. American Educational Research Association (AERA). American Psychological Association (APA). National Council on Measurement in Education (NCME). The standards for educational and psychological testing. New York: American Educational Research Association; 2014.
  5. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
  6. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; 2015.
  7. Pernambuco LA, Espelt A, Magalhães HV, Cavalcanti RV, Lima KC. Screening for Voice Disorders in Older Adults (Rastreamento de Alterações Vocais em Idosos-RAVI)- Part I: Validity Evidence Based on Test Content and Response Processes. *Journal of Voice*. 2016; 30 (2): 246.e9- 246.e17.
  8. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (7): 3061-3068.
  9. Falzarano M; Zipp GP. Seeking Consensus Through the use of the Delphi Technique in Health Sciences Research. *J Allied Health*. 2013; 42 (2): 99-105.
  10. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health [Internet]*. 2006; 29(5): 489-97. Available from: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>.

- <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
11. Sireci S, Faulkner-Bond M. Validity evidence based on test content. *Psicothema*. 2014; 26 (1): 100-7.
  12. Padilla J-L, Benítez I. Validity evidence based on response processes. *Psicothema*. 2014; 26 (1): 136-44.
  13. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasil; 1990.
  14. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasil; 2003.
  15. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. In: World Medical Association General Assembly, Seoul, oct. 2008. p.2-4. Available from:
  16. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html).
  17. Östlin P, Sen G, George A. Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues. *Bull World Health Organ*. October 2004; 82 (10): 740-45.
  18. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (Supl. 1): 1029-1042.
  19. Fan VS, Burman M, McDonell MB, Fihn SD. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *JGIM*. 2005; 20(3): 226-33.

20. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction. *Annals of Medicine*. 2004; 2(5): 445-451. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
21. Prieto AMR, Zarate VN, Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Uma visión desde la Medicina Familiar. *Acta Med Per*. 2013; 30(1): 42-47.
22. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp): 158-64.
23. Sireci S, Padilla J-L. Validating assessments: introduction to the special section. *Psicothema*. 2014; 26 (1): 97-99.

Correspondência:

Dáisy Vieira de Araújo  
Avenida Joaquim Caroca, 220.  
Bairro Universitário. Campina Grande- PB.

e-mail:

[mestredaisy@yahoo.com.br](mailto:mestredaisy@yahoo.com.br)

Recebido em: 19/10/2019

Aceito em: 11/05/2020