

# Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: processo de validação por especialistas

## Evaluative Matrix of Longitudinal Bond in Primary Health Care: validation process held by specialists

Elenice Machado da Cunha<sup>1</sup>,  
Gabriela Rieveres Borges de Andrade<sup>2</sup>, Catia Cristina Martins de Oliveira<sup>3</sup>,  
Marcio Candeias Marques<sup>1</sup>, José Muniz da Costa Vargens<sup>3</sup>, Gisele O'Dwyer<sup>4</sup>,  
Grácia Maria de Miranda Gondim<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Este estudo tem por objetivo a validação de construto e de conteúdo de matriz avaliativa do vínculo longitudinal na Atenção Primária (AP). O vínculo longitudinal é representativo de características estruturantes da AP no SUS, tais como a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção, e está relacionado a resultados positivos na atenção à saúde. **Metodologia:** A validação foi realizada em duas etapas: na primeira discutiram-se os conceitos estruturantes da matriz e revisaram-se critérios, indicadores e questões; na segunda, tendo por referência o método Delphi, houve consulta a 27 especialistas para análise e julgamento dos itens da matriz em uma rodada via Internet e em uma Oficina de Consenso. **Resultados:** Na primeira etapa houve ajustes e redução significativa do número de itens da matriz. No julgamento a distância e na Oficina de Consenso, em que pese a elevada concordância dos especialistas, houve ajustes de formato e inserção de dois itens visando maior representatividade do modelo de AP adotado no SUS. **Conclusão:** A validação possibilitou o aprimoramento da matriz, tornando-a mais robusta em termos de representatividade do atributo, contribuindo para a sua aplicabilidade como instrumento avaliativo da AP no SUS.

**Palavras-chave:** atenção primária; avaliação de serviços de saúde; estudo de validação; gestão em saúde.

### Abstract

**Introduction:** The present study aimed to perform the construct and content validation of the evaluative matrix of longitudinal bond in Primary Health Care. Longitudinal bond is related to positive results of health care and is representative of structuring characteristics of Primary Care in the Unified Health System (SUS). **Methodology:** The validation was held in two stages: on the first stage, the research crew discussed the structuring concepts of the matrix and revised the criteria, indicators and questions; on the second stage, using the Delphi method as a reference, specialists were consulted to analyze and judge the items of the matrix in a conference via web and at a Consensus Workshop. **Results:** Adjustments were made in the first stage and the number

<sup>1</sup>Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) - Dourados (MS), Brasil.

<sup>3</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Elenice Machado da Cunha - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - CEP: 21040-360 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil - Email: elenc@fiocruz.br

Fonte de financiamento: Chamada: Encomendas Papes/FIOCRUZ\* - Papes VI, Valor global: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

Conflito de interesses: nada a declarar.

\* Programa de Pesquisa Estratégica da Fundação Oswaldo Cruz.

of items in the matrix was significantly reduced. In the second stage, specialists agreed on the adjustments made on the format of the matrix, and new items to better represent the model adopted by the SUS were inserted. **Conclusion:** The evaluation improved the matrix, making it more robust in terms of the representativity of the attribute, contributing for its applicability as an evaluative instrument of Primary Health Care in the SUS.

**Keywords:** primary care; health service evaluation; validation studies; health management.

## INTRODUÇÃO

Desde a institucionalização do SUS, tem-se como desafio a sua implementação em consonância com as diretrizes constitucionais. Nessa perspectiva, a partir de fins da década de 1990, a reorganização e o aumento da cobertura da Atenção Básica (AB) passaram a constar como prioridades do setor; e a Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo para a AB a ser adotado pelos municípios. Mas, se por um lado estudos realizados sinalizaram avanços vinculados ao aumento da cobertura da ESF, por outro, problemas de acesso e de qualidade da AB permaneceram como desafios<sup>1</sup>.

Na expectativa de superar tais problemas, a análise de indicadores dos Pactos foi prevista como ferramenta da gestão e houve incremento de repasses financeiros<sup>2</sup>, além do incentivo do Ministério da Saúde (MS) para realização de estudos avaliativos<sup>3</sup>. Coerente com essas medidas, a institucionalização da avaliação na AB foi preconizada em documentos ministeriais, propondo aos municípios avaliações periódicas<sup>4</sup>.

Nesse cenário, estudos avaliativos apoiados pelo MS utilizaram versões adaptadas de um instrumento denominado PCA\_TOOL (Primary Care Assessment Tool); por vezes tecendo análises comparativas entre a ESF e o modelo de Centros de Saúde, ou avaliando Serviços de AB de uma forma geral<sup>5,6</sup>. O PCA\_TOOL contempla os seis atributos identificados por Starfield como critérios de qualidade na Atenção Primária (AP)<sup>7</sup>. Para cada um dos atributos estão previstas questões cuja fonte pode ser o usuário, o profissional, ou o gestor.

Em que pese a qualidade das versões do PCA\_TOOL validadas no Brasil, a quantidade expressiva de atributos e questões desse instrumento pode se constituir em elemento de dificuldade para a sua utilização pelos gestores dos municípios. Na perspectiva de ofertar aos gestores locais um instrumento avaliativo conciso e de fácil aplicação e, ao mesmo tempo, representativo dos valores e princípios previstos na Política Nacional de Atenção Básica<sup>8</sup>, foi desenvolvida uma metodologia de avaliação da AP no SUS.

Neste artigo são apresentados os resultados da validação de construto e de conteúdo dessa metodologia, que se constitui em uma Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal (MAVIL). Considerou-se, para a elaboração dessa matriz, que o vínculo longitudinal é representativo do conjunto de características essenciais da AP elencadas por Starfield<sup>9</sup>, em especial a da coordenação do cuidado e a da integralidade da atenção.

Vínculo longitudinal foi conceituado a partir de revisão de literatura internacional, utilizando os termos 'longitudinality' e 'continuity of care' como

[...] relação duradoura entre paciente e profissionais da equipe de AP, que se traduz na utilização da Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte regular de cuidados ao longo do tempo, para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos<sup>10</sup> (p. 1029-1042).

Três dimensões compõem o conceito: identificação da UBS como fonte regular de cuidados, relação interpessoal profissionais de AP/paciente e continuidade da informação.

Essas dimensões foram definidas, em acordo aos valores do SUS, com base nos autores que discutem vínculo e continuidade do cuidado na literatura internacional e na produção científica nacional sobre modelos de atenção e avaliação em saúde<sup>11</sup>. A primeira dimensão, condição basilar para o vínculo, foi definida como o reconhecimento, pelo usuário, da UBS/equipe de AP como referência habitual para o cuidado ambulatorial para a maioria das necessidades de saúde. Fundamentada no princípio organizativo da territorialização, esta identificação guarda relação com a adequação da oferta do Serviço de AP às necessidades de saúde e expectativas da população local<sup>9,12</sup>.

A segunda dimensão, elemento central do vínculo terapêutico, consiste em uma relação que inclui a promoção e valorização da autonomia do sujeito, através da garantia de espaço para que o paciente explicita suas dúvidas e queixas e dialogue sobre o tratamento e as orientações. Disponibilidade de tempo, forma adequada de se comunicar, duração da relação ao longo do tempo e o reconhecimento dos fatores psicossociais do paciente seriam requisitos para a boa relação terapêutica<sup>13,14</sup>.

A continuidade da informação, terceira dimensão, refere-se à organização da informação médica e social sobre cada paciente. Permite a conexão de informação entre diferentes profissionais para a condução do cuidado. Tanto a informação relativa à condição clínica, quanto o conhecimento sobre as preferências, valores e contexto do paciente, são centrais para assegurar o atendimento às necessidades do paciente<sup>15,16</sup>.

Como produto da revisão, obteve-se a conformação de matriz avaliativa, representativa das três dimensões do atributo, composta de catorze critérios e vinte e oito indicadores e respectivas questões. Algumas das questões da matriz foram adaptadas do PCA-TOOL<sup>10,11</sup>. Essa versão da matriz, que foi aplicada em UBS de dois municípios, preconizava cinco fontes de informação: gestor, gerentes de unidades/territórios, profissionais

da atenção, pacientes e prontuários. Médico e enfermeiro foram considerados representantes dos profissionais do cuidado; e a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) a condição traçadora<sup>11</sup>. Na perspectiva em questão, a principal inovação em relação às versões do PCA-TOOL, além da concisão, foi a definição da continuidade da informação como requisito para a continuidade do cuidado e para a constituição do vínculo terapêutico com a equipe de AP, tendo os registros em prontuário como uma das fontes de informação.

Após a aplicação da matriz, concluiu-se que, para a sua utilização de forma sistemática, seriam necessários ajustes<sup>11</sup>. Assim, o presente estudo tem por objetivo o aprimoramento da MAVIL, tornando-a concisa e robusta em termos de representatividade do atributo vínculo longitudinal, a partir de metodologia de validação de construto e de conteúdo.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Validação de construto alude à definição operacional do conceito consonante ao seu significado teórico, e conseqüentemente sugerir medidas adequadas ao conceito<sup>17</sup>; e a validação do conteúdo refere-se ao julgamento sobre itens de um instrumento avaliativo, buscando verificar se cobrem os diferentes aspectos do seu objeto, e não contém elementos que podem ser atribuídos a outros objetos<sup>17</sup>. Resulta do julgamento de diferentes especialistas que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir<sup>18</sup>.

O projeto teve início em fins de 2013. Na primeira etapa foi realizada discussão dos conceitos estruturantes da matriz. Para Quivy e Van Campenhoudt<sup>19</sup> (p. 111),

Construir um conceito consiste primeiro em determinar as dimensões que o constituem [...] e, em seguida, precisar os indicadores graças aos quais as dimensões poderão ser medidas.

Em decorrência dessa discussão, critérios, indicadores e suas respectivas questões foram revistos, promovendo ajustes de conteúdo e de formato e reduzindo o quantitativo de itens da matriz.

Como condição traçadora foi mantida a atenção aos portadores de HAS e acrescentada a atenção aos portadores de Diabetes Mellitus. Estabeleceu-se que a primeira e a segunda dimensões, 'identificação da UBS como fonte regular de cuidados' e relação 'interpessoal', respectivamente, seriam averiguadas a partir da entrevista ao usuário; e a terceira, 'continuidade da informação', a partir da revisão do prontuário, reduzindo as fontes de informação de cinco para duas. As preconizações dos Guias do MS<sup>20,21</sup> para a condição traçadora foram utilizadas como subitens das questões relativas à terceira dimensão.

Na segunda etapa foi realizada a validação externa do conteúdo a partir de adaptação da técnica de grupo Delphi<sup>22</sup>. A consulta a especialistas ocorreu em uma rodada de análise e julgamento via internet e em uma oficina presencial de consenso. Para o

julgamento via internet foi utilizada a plataforma de formulário eletrônico do SUS (Formsus). O questionário foi estruturado a partir das três dimensões do atributo e subdividido pelos critérios da matriz, formando blocos. Para cada bloco constava breve descrição da dimensão, seguidos dos respectivos critérios, indicadores e questões, totalizando 45 itens expressos em afirmativas.

Foram convidados, para esse julgamento, 40 especialistas. Deste total, 27 efetuaram a avaliação da matriz, sendo este universo composto por 12 pesquisadores que desenvolvem estudos sobre AP ou métodos de avaliação de serviços de saúde, quatro profissionais da gestão da Atenção Básica (um do município, dois do estado e um do Ministério da Saúde), cinco profissionais do atendimento e seis pós-graduandos em Saúde da Família.

Os especialistas foram orientados a julgar a representatividade, objetividade e clareza dos itens e a coerência entre dimensão, critério, indicador e questões, expressando a concordância segundo a escala Likert de cinco opções (concordância total, concordância parcial, não concorda e nem discorda, discordância parcial e discordância total)<sup>23</sup>. Ao final de cada bloco era facultado ao especialista tecer comentários e propor a exclusão, substituição ou acréscimo de itens.

O julgamento a distância foi realizado entre outubro de 2014 e janeiro de 2015. A versão da matriz, objeto desse julgamento, era composta por sete critérios, 19 indicadores e 24 questões. Dois especialistas não completaram a análise dos itens, por isso, observam-se variações no total das respostas.

No julgamento a distância, cada item poderia ser 'aprovado' – quando obtivesse mais de 80% de concordância total/parcial, 'remetido para nova rodada' – quando obtivesse entre 60 e 80% de concordância total/parcial, ou 'excluído' – quando concordância total/parcial fosse menor que 60%. Ocorre que todos os itens obtiveram mais de 85% de concordância total/parcial (Quadros 1, 2 e 3). Em decorrência, foi descartada nova rodada de julgamento e a análise concentrou-se nos comentários. Sugestões referentes ao formato foram incorporadas à matriz, e alterações de significado e de conteúdo remetidas à Oficina de Consenso, que ocorreu presencialmente em junho de 2015, com participação de 20 especialistas das mesmas categorias da consulta a distância. Destes, 12 (60%) participaram do julgamento via Internet.

A dinâmica de consenso prevê o anonimato e a proposta mais votada é interpretada como consenso<sup>22</sup>. Na Oficina, essa técnica foi seguida com uma alteração: o grupo decidiu pela leitura dos resultados das votações e pela argumentação em relação às propostas que gerassem polêmicas. Se ao final do processo não houvesse consenso, a decisão ficaria a cargo da equipe da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, sob o número 577621.

## ■ RESULTADOS

### Julgamento a distância: resultados por dimensões do atributo

- Dimensão 1: Identificação da UBS como fonte regular de cuidados

Para essa dimensão foram definidos um critério, três indicadores e três questões. Os resultados quantitativos do julgamento estão apresentados no Quadro 1.

Para o conjunto de itens dessa dimensão houve 18 comentários. Para o primeiro indicador questionou-se o enunciado em relação à clareza (Quadro 1), e para a questão desse indicador, a possibilidade de indução de resposta, além de críticas pela não delimitação do período (12 meses) como descrito no indicador. Três propostas foram apresentadas.

Para o segundo indicador foram duas as observações: a primeira sobre a ambiguidade da expressão 'problemas inespecíficos', desaconselhando-se o uso; e a segunda sobre a exigência da regulação para o acesso às especialidades médicas, que impele a afiliação à UBS independente do desejo da vinculação, induzindo ao viés de resposta. Contudo, não houve sugestão, e a reformulação do enunciado ficou a cargo da equipe.

Para o terceiro indicador e respectiva questão, os comentários resumiam-se em três argumentos: o desejo de permanência de UBS estar mais relacionado à satisfação com a qualidade do que a existência de vínculo, a pertinência de criar um campo aberto para a questão e a possibilidade de direcionar a questão para o acesso à equipe de saúde em vez de à UBS.

- Dimensão 2: Relação Interpessoal profissionais da AP/pacientes

Para essa dimensão foram definidos cinco critérios, 11 indicadores e 15 questões, expressos em 27 itens de julgamento (Quadro 2).

Para o conjunto de itens da dimensão houve 48 comentários. Todos os critérios, exceto o primeiro, obtiveram mais de 88% de concordância total. Para os indicadores e questões do critério 1, "Existência de médico e de enfermeiro de referência", questionou-se a não inclusão dos demais componentes da equipe de AP.

Para o critério 2, "Confiança nos profissionais de referência", concordância total e parcial somaram 100%. Contudo, alguns especialistas propuseram esclarecer que esse item trata apenas dos profissionais médico e enfermeiro, e questionaram a não inclusão dos outros profissionais no conjunto de itens. Também expressaram dúvidas quanto à adequação do termo 'competência', presente no enunciado dos indicadores 3 e 5 e respectivas questões; e

comentaram sobre a dificuldade de compreensão do termo 'interesse', presente no texto dos indicadores 4 e 6.

O bloco de itens do critério 3, "Conhecimento dos aspectos psicossociais do paciente pelos profissionais de referência", teve oito comentários, com destaque para a alusão à amplitude dos 'aspectos psicossociais', que segundo os especialistas, resulta na falta de clareza da intenção das perguntas.

O critério 4, "Tempo, durante o atendimento, para esclarecimento das dúvidas, queixas e tratamento", obteve 100% de concordância total, e o respectivo indicador, 92%. Contudo, um dos especialistas argumentou que o conjunto de questões era mais abrangente do que o enunciado do indicador, e sugeriu excluir questões ou alterar os enunciados do critério e do indicador. A equipe optou pela modificação dos enunciados.

O critério 5, "Orientações de forma que o paciente compreenda", obteve 96% de concordância total, e os respectivos indicadores e questões, 88,3%. A única sugestão, aceita, foi a retirada dos termos "sempre/quase sempre" do enunciado dos indicadores.

- Dimensão 3: Continuidade da Informação

Para essa dimensão foi relacionado um critério, cinco indicadores e cinco questões com subitens (Quadro 3).

Para a totalidade do bloco foram feitos 17 comentários. Em relação ao primeiro indicador, foram duas as sugestões: substituir o termo 'claro' por 'legível' e acrescentar 'e contém dados relevantes'. A primeira sugestão foi aceita. Quanto à segunda, entendeu-se que os outros indicadores do bloco se referem aos dados considerados relevantes.

Sobre o critério, indicadores 2 e 3 e respectivas questões, os especialistas expressaram dúvidas em relação à definição e abrangência do termo "registro adequado". Neste caso, decidiu-se que na Oficina de Consenso seria esclarecido que as preconizações dos Guias do MS para a condição traçadora<sup>15,16</sup>, que para a AP SUS constituem o padrão do que é adequado, compõem os subitens das questões.

Em relação à questão do indicador 4, um dos especialistas propôs perguntar sobre o encaminhamento e não somente sobre o retorno, e averiguar a informação recebida pelo usuário sobre o encaminhamento. Tendo em vista a especificidade da fonte de informação da dimensão, que é o prontuário, a equipe manteve o item original.

Quanto ao quinto indicador, argumentou-se que, em geral, o profissional questiona sobre os aspectos psicossociais na primeira consulta, e nas demais, somente quando o paciente relata, e, sendo assim, a pertinência deste foi questionada.

### A oficina presencial de consenso

A Oficina de Consenso iniciou-se com breve explanação sobre a construção teórica do conceito de vínculo longitudinal e respectivas dimensões, bem como do processo de elaboração da matriz avaliativa do atributo. Nesse diálogo, os especialistas

**Quadro 1.** Resultados do julgamento a distância, em 2015, para os itens da Dimensão 1 – Identificação da UBS como fonte regular de cuidados

ITEM	ENUNCIADO	Percentual de concordância segundo Escala Likert				
		Concorda Total	Concorda Parcial	Não concorda nem discorda	Discorda Parcial	Discorda Total
Critério	Reconhecimento da UBS/equipe de APS como fonte regular de cuidados	88,9	11,1	0	0	0
Indicador 1	Busca de outras unidades nos últimos 12 meses	51,9	44,4	3,7	0	0
Questão	Quais serviços de saúde costuma procurar primeiro quando precisa de atendimento de saúde	55,6	33,3	0	11,1	0
Indicador 2	Procura da UBS para problemas inespecíficos/demanda espontânea	85,2	7,4	0	3,7	3,7
Questão	Por quais motivos costuma vir a este posto de saúde	88,9	3,7	3,7	3,7	0
Indicador 3	'Desejo de mudar de UBS'	63	29,6	3,7	3,7	0
Questão	O Sr. deseja mudar de UBS?	59,3	25,9	0	14,8	0

**Quadro 2.** Resultados do julgamento a distância, em 2015, para os itens da Dimensão 2 – Relação Interpessoal

ITEM	ENUNCIADO	Percentual de concordância segundo Escala Likert				
		Concorda Total	Concorda Parcial	Não concorda nem discorda	Discorda Parcial	Discorda Total
<b>Critério 1</b>	Existência de médico e de enfermeiro de referência para o atendimento de rotina	66,7	33,3	0	0	0
<b>Indicador 1</b>	Percentual de pacientes que reconhecem o médico de referência	81,5	14,8	0	0	0
<b>Questões</b>	O Sr. tem um médico dessa unidade de saúde que o atende regularmente? Caso positivo, sabe o nome desse médico?	88,5	3,8	0	7,7	0
<b>Indicador 2</b>	Percentual de pacientes que reconhecem o enfermeiro de referência	74,7	22,2	0	3,7	0
<b>Questões</b>	O Sr. tem um enfermeiro dessa unidade de saúde que o atende regularmente? Caso positivo, sabe o nome desse enfermeiro?	88,9	3,7	0	7,4	0
<b>Critério 2</b>	Confiança nos profissionais de referência	88,9	11,1	0	0	0
<b>Indicador 3</b>	Percentual de usuários que confiam na competência do médico	77,8	18,5	0	3,7	0
<b>Questão</b>	O Sr. confia na competência do médico que o atende regularmente?	85,2	7,4	0	7,4	0
<b>Indicador 4</b>	Percentual de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas	85,2	14,8	0		0
<b>Questão</b>	O médico que o atende regularmente se interessa pelos seus problemas de saúde?	84,6	7,7	0	7,7	0
<b>Indicador 5</b>	Percentual de usuários que confiam na competência do enfermeiro	73,1	23,1	0	3,8	0
<b>Questão</b>	O Sr. confia na competência do enfermeiro que o atende regularmente?	84,6	7,7	0	7,7	0
<b>Indicador 6</b>	Percentual de usuários que acreditam no interesse do enfermeiro por seus problemas	85,2	14,8	0	0	0
<b>Questão</b>	O enfermeiro que o atende regularmente se interessa por seus problemas de saúde?	85,2	7,4	0	7,4	0
<b>Critério 3</b>	Conhecimento dos aspectos psicossociais do paciente pelos profissionais de referência	92,6	7,4	0	0	0
<b>Indicador 7</b>	Percentual de usuários que acreditam que o médico conheça o seu histórico em relação aos aspectos biopsicossociais	81,5	18,5	0	0	0
<b>Questão</b>	Considera que o médico sabe o que precisa saber sobre sua vida para tratá-lo de forma correta?	70,4	22,2	0	3,7	3,7

**Quadro 2.** Continuação...

ITEM	ENUNCIADO	Percentual de concordância segundo Escala Likert				
		Concorda Total	Concorda Parcial	Não concorda nem discorda	Discorda Parcial	Discorda Total
<b>Indicador 8</b>	Percentual de usuários que acreditam que o enfermeiro conheça o seu histórico em relação aos aspectos biopsicossociais	81,5	18,5	0	0	0
<b>Questão</b>	Considera que o enfermeiro sabe o que precisa saber sobre sua vida para tratá-lo de forma correta?	70,4	22,2	0	3,7	3,7
<b>Critério 4</b>	Tempo, durante o atendimento, para esclarecimento das dúvidas, queixas e tratamento	100		0	0	0
<b>Indicador 9</b>	Percentual de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante as consultas	92,3	3,9	0	3,9	0
<b>Questão</b>	O Sr. se sente à vontade para tirar dúvidas durante a consulta? Durante a consulta, o Sr. tem tempo suficiente para esclarecer as dúvidas? O Sr. é examinado pelo médico e ou enfermeiro durante as consultas?	74,1	14,8	3,7	7,4	0
<b>Critério 5</b>	Orientações de forma que o paciente compreenda	96,3	3,7	0	0	0
<b>Indicador 10</b>	Percentual de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do médico	88,9	11,1	0	0	0
<b>Questão</b>	O Sr. compreende as orientações do médico durante a consulta?	88,9	7,4	0	3,7	0
<b>Indicador 11</b>	Percentual de usuários que sempre/quase sempre compreendem a fala do enfermeiro	88,9	11,1	0	0	0
<b>Questão</b>	O Sr. compreende as orientações do enfermeiro durante a consulta?	88,9	7,4	0	3,7	0

**Quadro 3.** Resultados do julgamento a distância, em 2015, para os itens da Dimensão 3 – Continuidade da Informação

ITEM	ENUNCIADO	Percentual de concordância segundo Escala Likert				
		Concorda Total	Concorda Parcial	Não concorda nem discorda	Discorda Parcial	Discorda Total
<b>Critério</b>	Registro adequado dos atendimentos	88,8	19,2	0	0	0
<b>Indicador 1</b>	Percentual de prontuários com registros claros e organizados	73,1	26,9	0	0	0
<b>Questão</b>	Os registros estão legíveis e organizados (ordenação cronológica)?	73,1	26,9	0	0	0
<b>Indicador 2</b>	Percentual de prontuários com registro adequado do exame físico	80,8	19,2	0	0	0
<b>Questões</b>	O registro do exame físico foi elaborado de forma adequada?	73,1	19,2	0	3,9	3,9
<b>Indicador 3</b>	Percentual de prontuários com registro adequado dos exames laboratoriais	73,1	19,2	0	3,9	3,9
<b>Questão</b>	Os registros dos resultados dos exames laboratoriais são adequados e suficientes?	60	36	0	0	4
<b>Indicador 4</b>	Percentual de prontuários com registro da conduta terapêutica	84,6	11,5	0	0	3,9
<b>Questão</b>	O registro da conduta terapêutica é abrangente (medicamento, orientações e retorno dos encaminhamentos)?	84,6	15,4	0	0	0
<b>Indicador 5</b>	Percentual de prontuários com registro de aspectos psicossociais	88,5	7,7	3,9	0	0
<b>Questão</b>	Há registros de aspectos psicossociais?	84,6	7,7	3,9	0	0

ressaltaram que a MAVIL não poderia prescindir de itens que representassem características do modelo de AP vigente no SUS, tais como a atuação por equipe multiprofissional, a base no território, a visita domiciliar e as ações coletivas.

Para a primeira dimensão, indicador 1, destacou-se a proposta que remetia o enunciado da pergunta para o pretérito e delimitava um período de doze meses. Contudo, prevaleceu a questão original, substituindo o termo 'Serviço' por 'Unidade de Saúde'. Em atenção ao modelo de AP em voga no SUS, obteve consenso a inclusão de questão contemplando a visita domiciliar (Quadro 4).

Para o indicador 2 e respectiva questão, o consenso foi pelo enunciado sugerido após o julgamento a distância. Quanto ao indicador 3, acataram-se as sugestões de modificação para o formato de percentual e acréscimo do termo 'equipe', ampliando o escopo da averiguação. Para a questão desse indicador, frente ao impasse, optou-se pelo formato aberto para a aplicação teste do instrumento, com posterior análise da questão (Quadro 4).

No que refere à dimensão 2 (Relação Interpessoal), consonante com os comentários no julgamento a distância, discutiu-se a pertinência de se contemplar outros profissionais além do médico e do enfermeiro. O consenso foi por acrescentar ao primeiro critério um indicador e questão aludindo a outros profissionais (Quadros 2 e 4).

O segundo critério, ajustado após o julgamento a distância, obteve consenso (Quadro 4). Para os indicadores 3 e 5 e respectivas questões, retirou-se o termo 'competência'. Para os indicadores 4 e 6 houve consenso, mas para as respectivas questões, não,

embora a maioria tenha concordado com a formulação original, que prevaleceu por decisão da equipe (Quadro 2).

Para os itens do terceiro critério, o consenso foi pela retirada do termo 'histórico' e ajustes no enunciado dos indicadores (7 e 8). Para as respectivas questões, maioria dos especialistas optou pelo formato original, e na ausência de novas argumentações, ajustes foram descartados.

Quanto ao critério 4, proposta elaborada após o julgamento a distância, 'Tempo Suficiente para o atendimento', obteve consenso, assim como o respectivo indicador. Para as três questões do bloco, o consenso foi pela transferência da primeira, que versa sobre 'se sentir à vontade para tirar dúvidas durante a consulta', para o segundo critério do bloco; manter a segunda e excluir a terceira. Para o critério 5 e seus respectivos itens, ajustados após julgamento, houve consenso.

No que se refere à dimensão três (Continuidade da Informação), chegou-se ao consenso de que deveriam prevalecer os itens e parâmetros das orientações do MS, e inserir mais um exame (microalbuminúria) como subitem da questão do indicador três.

Como resultado da validação, uma nova versão da matriz composta de sete critérios, 20 indicadores e 22 questões (Quadro 4).

## ■ DISCUSSÃO

A validação busca assegurar que está se medindo o que se pretende medir. Nessa perspectiva, Martins<sup>17</sup> identifica quatro tipos de validação: aparência, construto, conteúdo e critério. O primeiro verifica se formato e aparência do instrumento apresentam-se adequados ao propósito e ao público-alvo. A de construto verifica a robustez da representação do significado

**Quadro 4.** Versão final da Matriz avaliativa após julgamento à distância e Oficina de Consenso - 2015

<b>DIMENSÃO 1: Identificação da equipe de AP/UBS como fonte regular de cuidados</b>	
<b>Fonte da Informação: Entrevista com usuário</b>	
<b>Critério: Reconhecimento da UBS/equipe de APS como fonte regular de cuidados</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Questão</b>
Percentual de usuários que identificam a equipe de AP/UBS como Serviço de busca regular	Qual unidade de saúde o Sr. costuma ir quando precisa de atendimento de saúde? Os profissionais da equipe da UBS vão ao seu domicílio para saber sobre sua saúde?
Percentual de usuários que procuram a equipe/UBS para problemas de saúde, excetuando o tratamento de rotina	Por quais motivos costuma vir a este posto de saúde?
Percentual de usuários que desejam mudar de equipe e ou UBS	Se tivesse oportunidade, mudaria de unidade ou de equipe? (Espaço aberto para especificar por qual motivo deseja mudar de UBS)
<b>DIMENSÃO 2: Relação Interpessoal profissional/paciente</b>	
<b>Fonte da Informação: Entrevista com usuário</b>	
<b>Critério 1: Existência de médico e de enfermeiro de referência para o atendimento de rotina</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Questão</b>
Percentual de usuários que afirmam existência de um médico de referência para o atendimento de rotina	O Sr. tem um médico dessa unidade de saúde que o atende regularmente? Caso positivo, qual o nome desse médico?
Percentual de usuários que afirmam existência de um enfermeiro de referência para o atendimento de rotina	O Sr. tem um enfermeiro dessa unidade de saúde que o atende regularmente? Caso positivo, qual o nome desse enfermeiro?
Percentual de usuários que reconhecem outros profissionais da equipe de saúde como referência para o atendimento.	A quais outros profissionais o Sr. recorre quando precisa de atendimento nessa unidade? Caso positivo, qual(is) o(s) nome(s)?

**Quadro 4.** Continuação...

<b>Critério 2: Confiança nos profissionais de referência</b>	
Percentual de usuários que confiam no médico de referência	O Sr. confia no médico que o atende regularmente? O Sr. se sente à vontade para tirar dúvidas durante a consulta?
Percentual de usuários que acreditam no interesse do médico por seus problemas	O médico que o atende regularmente se interessa pelos seus problemas de saúde?
Percentual de usuários que confiam no enfermeiro de referência	O Sr. confia no enfermeiro que o atende regularmente?
Percentual de usuários que acreditam no interesse do enfermeiro por seus problemas	O enfermeiro que o atende regularmente se interessa por seus problemas de saúde?
<b>Critério 3: Conhecimento dos aspectos psicossociais do paciente pelos profissionais de referência</b>	
Percentual de usuários que acreditam que o médico conheça os aspectos biopsicossociais de sua vida	Considera que o médico sabe o que precisa saber sobre sua vida para tratá-lo de forma correta?
Percentual de usuários que acreditam que o enfermeiro conheça os aspectos biopsicossociais de sua vida	Considera que o enfermeiro sabe o que precisa saber sobre sua vida para tratá-lo de forma correta?
<b>Critério: 4 Tempo suficiente para o atendimento</b>	
Percentual de usuários que afirmam tempo suficiente para esclarecimentos durante as consultas	Durante a consulta, o Sr. tem tempo suficiente para tirar dúvidas?
<b>Critério 5: Orientações de forma que o paciente compreenda.</b>	
Percentual de usuários que compreendem a fala do médico	O Sr. compreende as orientações do médico durante a consulta?
Percentual de usuários que compreendem a fala do enfermeiro	O Sr. compreende as orientações do enfermeiro durante a consulta?
<b>DIMENSÃO 3: Continuidade da Informação</b>	
<b>Fonte da Informação: Prontuário do paciente</b>	
<b>Critério 1: Registro adequado dos atendimentos</b>	
<b>Indicador</b>	<b>Questão</b>
Percentual de prontuários com registros claros e organizados	Os registros estão legíveis e organizados? (Itens: escrita legível, ordenação cronológica)
Percentual de prontuários com registro adequado do exame físico	O registro do exame físico foi elaborado de forma adequada? (Itens: Pressão Arterial, Peso, IMC, Perímetro abdominal)
Percentual de prontuários com registro adequado dos exames laboratoriais	Os registros dos resultados dos exames laboratoriais são adequados e suficientes? (Itens: Glicemia de jejum, Hemoglobina glicosilada, Triglicerídeos, Colesterol total, HDL, Creatinina, EAS, Microalbuminúria)
Percentual de prontuários com registro da conduta terapêutica	O registro da conduta terapêutica é abrangente (classificação do tipo, medicamento, orientações e retorno dos encaminhamentos)?
Percentual de prontuários com registro de aspectos psicossociais	Há registros de aspectos psicossociais?

teórico. A validação de conteúdo afere o grau em que esse instrumento evidencia um domínio específico do conteúdo que pretende medir e se contém todos os elementos que deve conter para garantir a representatividade. Por fim, a de critério refere-se à comparação com padrões ou critérios externos.

A construção conceitual do atributo apresenta robustez teórica, já que foi utilizada para avaliações na AP<sup>11,24,25</sup>. Com relação à MAVIL, nas duas primeiras etapas do projeto a discussão dos conceitos estruturantes também foi norteada pela busca da robustez teórica e da coerência entre critérios e indicadores, indo ao encontro dos requisitos da validação de construto.

A consulta aos especialistas, que consistiu em análise da representatividade dos critérios em relação à construção conceitual da dimensão, e julgamento se os indicadores abrangiam todo o conteúdo para fins de mensuração do respectivo critério, possibilitou a validação de conteúdo.

Rubio et al.<sup>18</sup> apontam que um dos limites na validação por consulta a especialistas refere-se à subjetividade presente

nos julgamentos, que não necessariamente são pautados por critérios técnicos e objetivos. Outra limitação diz respeito à não identificação de conteúdo ausente no conjunto de itens definidos para julgamento. A inclusão de espaço para sugestão de itens e comentários no formulário eletrônico, e também a forma de condução da Oficina, consistiram em estratégias para minimizar esses limites, posto que permitiram aos especialistas a identificação de elementos que por ventura não foram contemplados na versão da matriz e discutissem com os pares a pertinência dos itens.

O processo de validação demonstrou um alto grau de consenso para as três dimensões propostas. Ficou claro, no diálogo com os especialistas, que a MAVIL deveria incluir itens que representassem com mais evidência as características do modelo de AP vigente no SUS, tais como a atuação por equipe multiprofissional, a visita domiciliar e as ações coletivas. Nesse sentido, foi necessária a inclusão de itens como a alusão à visita domiciliar e à equipe de saúde e também ao vínculo com outros



profissionais, além do médico e enfermeiro. Quanto às ações coletivas, não houve sugestão de indicadores.

Para a nova versão da matriz, resultado da validação de construto e de conteúdo, está previsto como continuidade do processo de validação a aplicação teste em um território de saúde do município do Rio de Janeiro<sup>25</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento, em seu conjunto, é original. Essa característica, juntamente com o propósito de um instrumento de fácil utilização pelas equipes dos municípios, exigiu a validação de conteúdo e de construto. Características do modelo de AP desenvolvido no Brasil, que não estavam presentes na matriz, foram incluídas após a Oficina de Consenso, sem perder de vista a intenção de criar um instrumento conciso e representativo do conceito de vínculo longitudinal.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1 Supl 1):7-27. PMID:18209830. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.
2. Fausto MCR, Mendonça MHG, Giovannella L. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes; 2013. p. 289-309.
3. Almeida PF, Giovannella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1727-42. PMID:18709214. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília; 2011.
5. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde; 2006.
6. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):633-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
7. Leiushi DRPH, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161-75.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).
9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
10. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl 1):1029-42. PMID:21503452. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
11. Cunha EM. Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz; 2009.
12. Travassos CM, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Supl 2):S190-8. PMID:15608933. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
13. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2004;9(1):139-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
14. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudança para os modelos techno-assistenciais. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-23.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21. PMID:14630762. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 9 de agosto de 2002.
17. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. *RBN*. 2006;8(20):1-12.
18. Rubio M, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. 2003;27(2):94-104. <http://dx.doi.org/10.1093/swr/27.2.94>.
19. Quivy R, Van Campenhoudt L. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2. ed. Lisboa: Gradiva; 1998.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília; 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, 37).

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília; 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, 36).
22. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NSPD, Rocha PM. Utilizando Técnicas de Consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: Hartz Z, Felízberto E, Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 253-82.
23. Silva Jr SD, Costa FJ. Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. Rev. Bras. Pesqui. Marketing, Opinião Mídia. 2014;15:1-16 [citado em 2017 mar 14]. Disponível em: www.revistapmkt.com.br
24. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. Cad Saude Colet. 2014;22(1):62-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010010>.
25. Cunha EM, Marques MC, Andrade GRB, Vargens JMC, Oliveira CCM. Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando a Estratégia Saúde da Família no Território de Manguinhos. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz; 2013. Projeto de Pesquisa.

Recebido em: Out. 05, 2016

Aprovado em: Mar. 21, 2017