

Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida

Laura Maria Souza de Linhares^I , Patrícia Moita Garcia Kawakame^{II} , Daniel Henrique Tsuha^{III} , Albert Schiaveto de Souza^{IV} , Ana Rita Barbieri^V 

^I Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Campo Grande, MS, Brasil

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Curso de Graduação em Enfermagem. Instituto Integrado em Saúde. Campo Grande, MS, Brasil

^{III} Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Central Estadual de Regulação Assistencial. Campo Grande, MS, Brasil

^{IV} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Instituto de Biociências. Campo Grande, MS, Brasil

^V Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis. Campo Grande, MS, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Desenvolver e validar um instrumento para avaliação da assistência às pessoas com comportamento suicida por profissionais da atenção primária à saúde.

MÉTODOS: Estudo metodológico iniciado com revisão de literatura e construção de um instrumento que, em sua primeira versão, continha 34 itens divididos em quatro domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”. O conteúdo foi validado pela técnica Delphi. A análise semântica foi realizada por profissionais de nível superior de maior e menor habilidades da atenção primária à saúde. Para a análise da consistência interna, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. O estudo foi realizado entre janeiro e dezembro de 2017.

RESULTADOS: Após quatro rodadas Delphi, o instrumento foi validado com 50 itens, divididos em cinco domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “experiência profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”. Os últimos quatro domínios foram inseridos em escala Likert de cinco pontos. A análise semântica apresentou 93,6% de avaliações “bom” e “muito bom”. O alfa de Cronbach geral do instrumento foi de 0,90.

CONCLUSÕES: O instrumento final mostrou-se capaz de avaliar o que se propõe. Pode auxiliar em pesquisas epidemiológicas e no planejamento de ações. A avaliação da abordagem profissional ao comportamento suicida é crucial para a organização dos serviços na atenção primária à saúde e para a integração dos diferentes pontos assistenciais de atenção.

DESCRITORES: Tentativa de Suicídio, prevenção & controle. Inquéritos e Questionários, utilização. Equipe de Assistência ao Paciente. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Estudos de Validação.

Correspondência:

Laura Maria Souza de Linhares
Av. Nelly Martins, 1581 Torre A apto.
1902 Vila Margarida
79023-135 Campo Grande,
MS, Brasil
E-mail: laura.mlinhares@gmail.com

Recebido: 18 abr 2018

Aprovado: 6 set 2018

Como citar: Linhares LMS, Kawakame PMG, Tsuha DH, Souza AS, Barbieri AR. Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. Rev Saude Publica. 2019;53:48.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidas diversificam-se entre ideação suicida, planejamento, tentativas e suicídio. O suicídio decorre de uma associação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais. O fato é que nenhum fator isolado pode explicar os motivos que levam alguém ao suicídio¹.

Esse comportamento relaciona-se com frequência à impossibilidade emocional de o indivíduo reconhecer alternativas para resolver seus conflitos e sofrimentos. Há diversos fatores associados com o risco de suicídio, incluindo doenças físicas incapacitantes, enfermidades mentais e abuso de álcool e outras drogas, além de problemas socioeconômicos e de ordem familiar^{1,2}.

Apesar de esse evento ser considerado evitável, mais de 800 mil pessoas suicidam-se por ano em todo o mundo, e estima-se que para cada ato consumado haja mais de 20 tentativas¹. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, com quase 12.000 mortes anuais, aproximadamente 32 por dia¹. No período de 2004 a 2014, foi constatada uma maior concentração de suicídios entre indivíduos de 20 a 49 anos, assim como um número crescente em idosos, com aumento de 47% no grupo de 60 a 69 anos de idade³.

Em pesquisa realizada na Inglaterra, 91% dos indivíduos haviam consultado o médico da atenção primária à saúde (APS) pelo menos uma vez no ano anterior ao suicídio; quase 50% tiveram sua última consulta com esse profissional no mês anterior e um sexto, na semana anterior ao suicídio⁴.

As taxas de suicídio e de tentativas evidenciam um sério problema de saúde pública, o qual necessita de ações preventivas. Diante desse cenário, o Brasil instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. O documento reconhece a importância das intervenções de prevenção ao destacar a organização de redes de atenção aos que tentam o suicídio e valorizar o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados que possibilitem o compartilhamento de informações e conhecimentos. Fomenta ainda a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde, incluindo os da APS⁵. A capacitação das equipes da APS para a identificação, abordagem, manejo e encaminhamento da pessoa com comportamento suicida é enfoque importante para a prevenção, pois a proximidade e formação de vínculo desses profissionais com a população é o primeiro recurso de atenção à saúde⁶.

Conhecer a prática desses profissionais é fundamental, e dispor de instrumentos que forneçam medidas válidas e confiáveis para identificar suas competências é um fator relevante para construir diretrizes e organizar a rede de atenção^{7,8}. Identificar o conhecimento e prática dos profissionais que atuam na APS permite conceber e desenvolver capacitações mais efetivas, subsidiando o planejamento de intervenções.

Na revisão de literatura, não foram encontradas pesquisas mencionando instrumentos para avaliar o cuidado fornecido por tais profissionais, o que iria ao encontro da necessidade de enfrentar esse problema de saúde pública. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi construir e validar um instrumento de avaliação da assistência prestada por profissionais de nível superior da APS às pessoas com comportamento suicida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em quatro fases, com a descrição dos processos de construção, validação de conteúdo por juízes especialistas, análise semântica e de consistência interna do instrumento. A pesquisa foi conduzida entre janeiro e dezembro de 2017.

Na primeira fase foi realizada revisão da literatura científica para a etapa de construção. Os descritores utilizados foram: *health personnel*, *suicide*, *suicide attempted*, *scales*, *primary health care*, *surveys and questionnaires* e *delivery of health care*, nas línguas inglesa e portuguesa. Foram consultadas as bases de dados Web of Science, PubMed e Medline. Os critérios de inclusão consistiram em publicações na íntegra, a partir de 1990, em periódicos nacionais e internacionais. Os estudos que não se enquadraram, após a leitura do resumo, foram excluídos. Todos os artigos selecionados foram lidos em duas etapas: I. busca por aspectos relevantes para a prevenção do suicídio e confirmação de inclusão no estudo; e II. seleção das informações sobre o assunto a serem incluídas no instrumento. Foram encontrados 159 artigos, dos quais 151 foram excluídos. Assim, a elaboração do instrumento foi embasada na consulta de oito artigos, assim como nas recomendações e protocolos da Organização Mundial de Saúde^{1,6}, do Ministério da Saúde^{a,b} e da Associação Brasileira de Psiquiatria^c. Os artigos utilizados citam instrumentos que avaliam as atitudes profissionais em relação ao comportamento suicida, porém nenhum é focado na APS ou na avaliação da assistência profissional.

A partir da revisão da literatura, a primeira versão do instrumento foi composta por 34 itens, sendo oito de caracterização profissional e 26 voltados à investigação da percepção e conhecimento profissionais, além da rede de atenção. Os itens foram divididos em quatro domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”. Os itens voltados ao conhecimento do profissional e sua prática tiveram as respostas inseridas em escala tipo Likert de cinco pontos, em que o número cinco representava concordância máxima e o número um, concordância mínima.

Na segunda fase foi realizada a validação de conteúdo do instrumento por juízes especialistas. Para participar dessa pesquisa como juiz, era necessário contemplar um dos seguintes requisitos: I. atuar na área de saúde mental ou APS, tendo sido indicado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Associação Brasileira de Psiquiatria ou Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); ou II. possuir publicações científicas na área de saúde mental ou na área de APS. Foram excluídos os especialistas que estavam em suas respectivas funções há menos de um ano e os que não responderam ao convite para participar da pesquisa dentro do prazo estabelecido. Foi utilizada a técnica Delphi, com consulta aos especialistas sobre a proposta do instrumento, sendo necessárias no mínimo duas rodadas para atingir o consenso⁹.

A pesquisa iniciou-se com sete juízes, dos quais seis responderam¹⁰ e permaneceram nas quatro rodadas. O instrumento foi enviado para avaliação item a item, via correio eletrônico ou tradicional, e cada juiz opinou por manter, inserir, alterar ou excluir itens, além de fazer uma avaliação geral do instrumento. Foi definida a estabilidade nas respostas quando houve concordância de pelo menos 70% dos juízes¹¹. Propôs-se que cada rodada tivesse duração de até 21 dias, incluindo o prazo de 14 dias para análise e devolutiva do grupo de juízes e o limite de sete dias para o retorno pela pesquisadora com uma nova versão do instrumento e início da próxima rodada. Cada juiz forneceu suas respostas e análise em uma planilha no *software* Excel. Obtendo-se ou não o consenso, o resultado da rodada anterior era informado ao grupo na avaliação da nova versão, que incluía as alterações propostas.

Houve adequação do instrumento com a versão final de 50 itens, sendo 14 de identificação, compondo o domínio “identificação profissional”, e 36 voltados a outros quatro domínios: “percepção profissional”, “experiência profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”.

Vale ressaltar que o domínio “identificação profissional” difere dos demais, uma vez que não foi possível disponibilizá-lo como uma escala tipo Likert, culminando na impossibilidade da análise da consistência interna de seus itens. Contudo, o seu conteúdo é extremamente importante para a avaliação, segundo o julgamento do corpo de juízes, pois não se limita à caracterização do perfil sociodemográfico, mas evidencia dados referentes à formação e

^aMinistério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 34). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

^bMinistério da Saúde (BR). Prevenção do suicídio: manual dirigido aos profissionais da saúde da atenção básica. Brasília (DF); 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf

^cAssociação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília, DF: CFM/ABP; 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

atuação profissional relacionados a fatores de risco para o comportamento suicida. Diante desse panorama, os pesquisadores concordaram com os juízes e mantiveram esse domínio.

Após a validação de conteúdo, foi iniciada a terceira fase da pesquisa, a análise semântica do instrumento. Essa etapa averiguou se todos os itens são compreensíveis para a população-alvo, incluindo os estratos de maior e menor habilidade¹⁰. Foram considerados participantes do estrato de menor habilidade os profissionais de nível superior que atuavam na Estratégia Saúde da Família (ESF), unidades básicas de saúde (UBS) e Consultório na Rua. Os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) compuseram o estrato com maior habilidade da população-meta.

Os critérios de inclusão foram: I. atuar em sua área de graduação na rede municipal de saúde; e II. possuir endereço eletrônico para envio do link para acessar a avaliação. Os profissionais lotados há menos de seis meses na APS ou que não completaram o questionário até a finalização do processo foram excluídos da pesquisa.

Foi utilizado o *software* de código aberto LimeSurvey, em que os próprios participantes acessavam uma página *web* para preencher o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o instrumento validado pelos juízes e o questionário de análise semântica. A página foi enviada individualmente, via correio eletrônico, para 283 profissionais, que tiveram dez dias para participar. Houve retorno e participação de 53 profissionais, dos quais três foram excluídos por atuarem na APS há menos de seis meses, restando 50.

Foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach sobre as respostas dadas pelos profissionais nos quatro domínios inseridos em escala tipo Likert, os quais eram relacionados à assistência, objeto do estudo. Esse teste averigua a consistência no padrão das respostas e a confiabilidade do instrumento, que deveria ser igual ou superior a 0,70¹². A estatística descritiva foi feita com auxílio do programa SPSS, versão 24.0, e os resultados foram apresentados na forma descritiva e em tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Parecer 1.843.583, em 29 de novembro de 2016. Os juízes especialistas e todos os profissionais da APS que participaram da pesquisa assinaram o TCLE.

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas e de formação dos juízes participantes das rodadas da técnica Delphi. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Variável	% (n) ou média (EPM)
Sexo	
Feminino	66,7 (4)
Masculino	33,3 (2)
Idade (34 a 69 anos)	50,50 (5,88)*
Profissão	
Médico	66,7 (4)
Psicólogo	33,3 (2)
Tempo de conclusão do curso de graduação	
Até 20 anos	33,3 (2)
Mais de 20 anos	66,7 (4)
Pós-graduação	
Especialização	83,3 (5)
Mestrado	66,7 (4)
Doutorado	16,7 (1)
Área de atuação	
Assistência	66,7 (4)
Ensino-pesquisa	66,7 (4)
Gestão	50,0 (3)

EPM: erro padrão da média

* Valores apresentados em média e EPM.

Quadro. Alterações realizadas no instrumento para avaliação da assistência prestada por profissionais de nível superior da atenção primária à saúde às pessoas com comportamento suicida. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Primeira versão do instrumento	Versão final do instrumento	Ação
<i>Domínio I: identificação profissional</i>	<i>Domínio I: identificação profissional</i>	Sem alteração
1) Profissão	1) Profissão	Sem alteração
2) Sexo: () Feminino () Masculino	2) Sexo: () Feminino () Masculino	Sem alteração
3) Idade	3) Idade	Sem alteração
4) Especialização: () Sim () Não. Se “sim”, qual?	4) Pós-graduação: () Sim () Não. Se “sim”, qual?	Alterado
5) Tempo de trabalho na atual unidade de saúde (em meses)	5) Tempo de trabalho na atual unidade de saúde (em meses)	Sem alteração
6) Você é plantonista em serviços de urgência/emergência (unidades de pronto atendimento – UPA), pronto-socorro hospitalar ou similares)? () Sim () Não	6) Você é plantonista em serviços de urgência/emergência (unidades de pronto atendimento – UPA), pronto-socorro hospitalar ou similares)? () Sim () Não. Se “sim”, especifique:	Alterado
7) Em sua formação profissional, houve alguma disciplina que tratou do tema suicídio? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Não me recordo () Muitas vezes () Sempre	7) Em sua formação profissional, quantas disciplinas trataram do tema suicídio? () Nenhuma () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais () Não me recordo	Alterado
8) Já participou de alguma capacitação, seminário, palestra ou congresso sobre o tema “suicídio”? () Sim () Não. Se “sim”, em qual(is) ano(s)?	8) Já participou de alguma capacitação, seminário, palestra ou congresso sobre o tema “suicídio”? () Sim () Não. Se “sim”, em qual(is) ano(s)?	Sem alteração
-	9) Recebeu capacitação em saúde mental nos últimos 12 meses? () Sim () Não	Item adicionado
-	10) Com que frequência atende pessoas com enfermidades físicas incapacitantes? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Muitas vezes () Sempre () Não me recordo	Item adicionado
-	11) Com que frequência atende pessoas com dores crônicas? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Muitas vezes () Sempre () Não me recordo	Item adicionado
-	12) Com que frequência atende pessoas com transtornos mentais? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Muitas vezes () Sempre () Não me recordo	Item adicionado
-	13) Com que frequência atende pessoas com idade a partir de 60 anos? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Muitas vezes () Sempre () Não me recordo	Item adicionado
-	14) Com que frequência atende pessoas na faixa etária de 15 a 30 anos? () Nunca () Poucas vezes () Algumas vezes () Muitas vezes () Sempre () Não me recordo	Item adicionado
<i>Domínio II: percepção profissional</i>	<i>Domínio II: percepção profissional</i>	Sem alteração
1) Acredito que o suicídio é um problema de saúde pública	1) Acredito que o suicídio é um problema de saúde pública	Sem alteração
2) Consigo identificar uma pessoa com comportamento suicida	2) Estou apto a identificar pessoas com comportamento suicida	Alterado
3) Acredito que há prevenção para o suicídio	3) Acredito que há prevenção para o suicídio	Sem alteração
4) Entendo que falar sobre o assunto é uma das maneiras de evitar o suicídio	4) Entendo que falar sobre o assunto é uma das maneiras de prevenir o suicídio	Alterado
5) Eu, profissional da atenção primária à saúde, posso ajudar na prevenção do suicídio	5) Eu, profissional da atenção primária à saúde, posso ajudar na prevenção do suicídio	Sem alteração
6) Acredito que é atribuição do serviço de saúde acompanhar pessoas que tentaram o suicídio	6) Acredito que é atribuição do serviço de saúde acompanhar pessoas com comportamento suicida	Alterado
7) Acredito que é atribuição da atenção primária à saúde acompanhar pessoas que tentaram o suicídio	7) Acredito que é atribuição da atenção primária à saúde acompanhar pessoas com risco de suicídio	Alterado
8) Acredito que é atribuição da atenção especializada à saúde acompanhar pessoas que tentaram o suicídio	8) Acredito que é atribuição da atenção especializada à saúde acompanhar pessoas com comportamento suicida	Alterado
-	9) Acredito que o serviço de saúde deva acompanhar e orientar a família da pessoa com risco de suicídio	Item adicionado
-	10) O suicídio pode ser compreendido como violência	Item adicionado
-	Domínio III: experiência profissional	Item adicionado
-	11) Já atendi pessoas que tentaram o suicídio	Item adicionado
-	12) Procurei saber se houve tentativas anteriores e quantas foram	Item adicionado
-	13) Já acompanhei pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares, telefonemas e/ou consultas na unidade de saúde)	Item adicionado
-	14) Já acompanhei familiares de pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares, telefonemas e/ou consultas na unidade de saúde)	Item adicionado

Continua

Quadro. Alterações realizadas no instrumento para avaliação da assistência prestada por profissionais de nível superior da atenção primária à saúde às pessoas com comportamento suicida. Campo Grande, MS, Brasil, 2017. Continuação

-	15) Já encaminhei a pessoa com comportamento suicida para atendimento especializado	Item adicionado
-	16) Já encaminhei familiares de pessoas que tentaram o suicídio para atendimento especializado	Item adicionado
-	17) Já registrei tentativas de suicídio em impresso próprio (ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada)	Item adicionado
Domínio III: conhecimento/habilidade profissional	Domínio IV: conhecimento/habilidade profissional	Alterado
9) Sinto-me capacitado para abordar a prevenção do suicídio	18) Estou capacitado para atuar com prevenção do suicídio	Alterado
10) Sinto-me capacitado para atender alguém que tentou o suicídio	19) Estou capacitado para o atendimento imediato de alguém que tentou o suicídio	Alterado
11) Sinto-me capacitado quanto à abordagem e acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio	20) Estou capacitado quanto à abordagem e acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio	Alterado
-	21) Registro informação recebida de tentativa de suicídio, ainda que não seja a queixa principal apresentada no atendimento	Item adicionado
12) Entendo que pessoas com transtornos mentais são mais propensas a tentar o suicídio	22) Pessoas com transtornos mentais são mais propensas a tentar o suicídio	Alterado
13) Entendo que tentativa prévia de suicídio é fator de risco para nova tentativa	23) Tentativa prévia de suicídio é fator de risco para nova tentativa	Alterado
14) Faço visitas domiciliares, pois podem ajudar na prevenção do suicídio	24) Visitas domiciliares podem ajudar na prevenção do suicídio	Alterado
15) Mantenho comunicações regulares (telefonemas, mensagens de texto via celular – SMS ou WhatsApp) com orientações sobre prevenção do suicídio para as pessoas que tentaram o suicídio	25) Comunicações regulares (telefonemas, mensagens de texto via celular – SMS ou WhatsApp) com orientações sobre prevenção do suicídio auxiliam o profissional de saúde a trabalhar com pessoas que tentaram o suicídio	Alterado
16) Oriento familiares e amigos das pessoas que tentaram o suicídio, quanto às medidas de precaução e prevenção de novas tentativas (por ex.: restrição do acesso a meios letais, manutenção de atenção e diálogo, avaliação, acompanhamento e manutenção de tratamento)	26) Orientação aos familiares e amigos das pessoas que tentaram o suicídio, quanto às medidas de precaução e prevenção de novas tentativas (por ex.: restrição do acesso a meios letais, manutenção de atenção e diálogo, avaliação, acompanhamento e manutenção de tratamento) auxiliam na prevenção do suicídio	Alterado
17) Faço acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares, telefonemas e/ou consultas na unidade de saúde), pois acredito que posso ajudá-las	27) O acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares e/ou consultas na unidade de saúde) auxilia na prevenção do suicídio	Alterado
18) Entendo que o serviço de saúde deve trabalhar em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, ONG e mídia, para a prevenção ao suicídio	28) O serviço de saúde deve trabalhar em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, ONG e mídia, para a prevenção do suicídio	Alterado
Domínio IV: organização da rede de atenção	Domínio V: organização da rede de atenção	Alterado
19) Na unidade de saúde onde trabalho, há profissionais preparados para assistir a pessoa com comportamento suicida	29) Na unidade de saúde onde trabalho, há profissionais preparados para assistir a pessoa com comportamento suicida	Sem alteração
20) Na unidade de saúde onde trabalho, há estrutura física para assistir a pessoa com comportamento suicida	30) Na unidade de saúde onde trabalho, há ambiente acolhedor e sala privativa para assistir a pessoa com comportamento suicida	Alterado
21) Na unidade de saúde onde trabalho, há estrutura medicamentosa para assistir a pessoa com comportamento suicida	31) Na unidade de saúde onde trabalho, há estrutura medicamentosa para assistir a pessoa com comportamento suicida	Sem alteração
22) Na unidade de saúde onde trabalho, há matriciamento pelas equipes dos serviços de referência junto com nossa equipe	32) Na unidade de saúde onde trabalho, há matriciamento pelas equipes dos serviços de referência (por ex., CAPS e NASF) junto com nossa equipe	Alterado
23) Consigo encaminhar uma pessoa que tentou o suicídio em 24 a 48 horas aos serviços especializados	33) Consigo encaminhar uma pessoa que tentou o suicídio em 24 a 48 horas aos serviços especializados	Sem alteração
24) Sou comunicado quando a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita recebe alta do serviço especializado	34) Sou comunicado quando a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita recebe alta do serviço especializado	Sem alteração
25) Sou comunicado pelo serviço especializado sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso prescrito para a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita	35) Sou comunicado pelo serviço especializado sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso prescrito para a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita	Sem alteração
26) O serviço de saúde pública municipal trabalha em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, ONG e mídia, para a prevenção ao suicídio	36) O serviço de saúde pública municipal em que atuo trabalha em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, ONG e mídia, para a prevenção do suicídio	Alterado

SMS: serviço de mensagens curtas; ONG: Organizações Não Governamentais; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

As partes em negrito referem-se às alterações realizadas no instrumento.

RESULTADOS

Da técnica Delphi, participaram seis juízes, caracterizados conforme a Tabela 1. Na primeira rodada foi obtido o grau de consenso de 70% em 21 (61,7%) dos 34 itens do instrumento. O domínio “identificação profissional” alcançou 75% de consenso; “percepção profissional” apresentou 87,5% de concordância; “conhecimento/habilidade profissional” obteve 50% de consenso; e “organização da rede de atenção” apresentou concordância de 37,5%.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas e de formação dos profissionais participantes da análise semântica. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Variável	% (n) ou média (EPM)
Sexo	
Feminino	86,0 (43)
Masculino	14,0 (7)
Idade (27 a 60 anos)	39,92 (1,46)*
Distrito sanitário	
Norte	56,0 (28)
Sul	26,0 (13)
Oeste	16,0 (8)
Leste	2,0 (1)
Local de trabalho	
ESF/UBS/Consultório na Rua	72,0 (36)
NASF	28,0 (14)
Profissão	
Enfermeiro	40,0 (20)
Assistente social	16,0 (8)
Profissional de educação física	8,0 (4)
Farmacêutico	6,0 (3)
Médico	6,0 (3)
Psicólogo	6,0 (3)
Fisioterapeuta	4,0 (2)
Fonoaudiólogo	4,0 (2)
Nutricionista	4,0 (2)
Odontólogo	4,0 (2)
Terapeuta ocupacional	2,0 (1)
Tempo de trabalho na atual unidade (2 a 204 meses)	43,10 (6,36)*
Tempo de trabalho na atenção primária à saúde no decorrer da atuação profissional (9 a 324 meses)	78,64 (10,33)*
Plantonista em serviços de urgência/emergência	
Sim	58,0 (29)
Não	42,0 (21)
Na formação profissional, quantas disciplinas trataram do tema suicídio?	
Nenhuma	26,0 (13)
1 a 2	54,0 (27)
5 ou mais	6,0 (3)
Não recordava	14,0 (7)
Participou de alguma capacitação, seminário, palestra, congresso, sobre o tema “suicídio”?	
Sim	60,0 (30)
Não	40,0 (20)
Recebeu capacitação em saúde mental nos últimos 12 meses?	
Sim	30,0 (15)
Não	70,0 (35)

ESF: Estratégia Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EPM: erro padrão da média

* Valores apresentados em média e EPM.

Ao final da primeira rodada, foi modificada a redação de 14 questões, sendo duas no domínio “identificação profissional”, uma em “percepção profissional”, oito em “conhecimento/habilidade profissional” e três em “organização da rede de atenção”. Houve inserção do domínio “experiência profissional” e de nove questões, sendo duas no domínio “percepção profissional” e sete no domínio “experiência profissional”. A segunda versão do instrumento contabilizou 43 itens e cinco domínios.

Na segunda rodada, houve consenso de 70% em 41 (95,3%) dos 43 itens do instrumento. Os domínios “identificação profissional” e “percepção profissional” apresentaram 100% de consenso; “experiência profissional” obteve 85,7%; “conhecimento/habilidade profissional”, 90%; e “organização da rede de atenção”, 100%.

A redação foi alterada em sete questões, uma no domínio “identificação profissional”, três em “percepção profissional”, duas em “experiência profissional” e uma em “conhecimento/habilidade profissional”. Foram inseridas sete questões, seis no domínio “identificação profissional” e uma no domínio “conhecimento/habilidade profissional”, compondo a terceira versão do instrumento com 50 itens. A terceira rodada alcançou consenso de 70% em 49 (98%) dos 50 itens do instrumento. Somente um item do domínio “identificação profissional” apresentou concordância de 67%.

Na quarta rodada, solicitou-se avaliação da única questão que não havia alcançado o consenso, com inclusão de informações sobre o tema do item. O resultado foi uma concordância de 83%. O instrumento foi intitulado Instrumento de Avaliação da Assistência Profissional às Pessoas com Comportamento Suicida (IAAP-PCS), composto por 50 itens divididos em cinco domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “experiência profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”.

Manteve-se a escala tipo Likert com cinco pontos para as respostas de cada item, exceto no domínio “identificação profissional”. Dados relacionados à manutenção, adição e alteração dos itens são apresentados no Quadro.

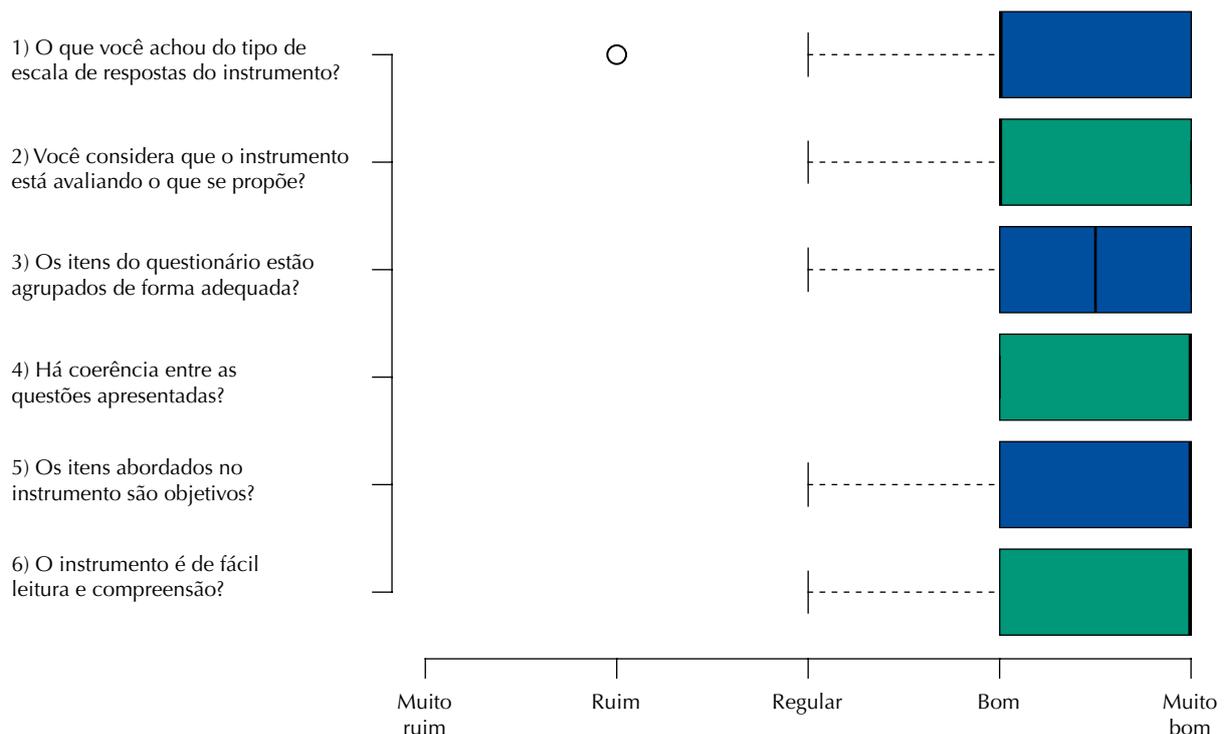


Figura. Resultado da análise semântica do instrumento realizada pelos profissionais da atenção primária à saúde. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Tabela 3. Mediana e teste de consistência interna do instrumento em cada questão. Campo Grande, MS, Brasil, 2017.

Domínio	Questões	Mediana (mínimo – máximo)	α de Cronbach (domínio – sem a questão)	α de Cronbach (geral – sem a questão)
Percepção profissional (α de Cronbach: 0,50)	Acredito que o suicídio é um problema de saúde pública	5 (4 a 5)	0,48	0,90
	Estou apto a identificar pessoas com comportamento suicida	4 (1 a 5)	0,53	0,89
	Acredito que há prevenção para o suicídio	5 (2 a 5)	0,45	0,90
	Entendo que falar sobre o assunto é uma das maneiras de prevenir o suicídio	5 (4 a 5)	0,52	0,90
	Eu, profissional da atenção primária à saúde, posso ajudar na prevenção do suicídio	5 (3 a 5)	0,44	0,90
	Acredito que é atribuição do serviço de saúde acompanhar pessoas com comportamento suicida	5 (2 a 5)	0,44	0,90
	Acredito que é atribuição da atenção primária à saúde acompanhar pessoas com risco de suicídio	5 (2 a 5)	0,36	0,90
	Acredito que é atribuição da atenção especializada à saúde acompanhar pessoas com comportamento suicida	5 (2 a 5)	0,55	0,90
Experiência profissional (α de Cronbach: 0,90)	Acredito que o serviço de saúde deva acompanhar e orientar a família da pessoa com risco de suicídio	5 (2 a 5)	0,44	0,90
	Já atendi pessoas que tentaram o suicídio	5 (1 a 5)	0,90	0,90
	Procurei saber se houve tentativas anteriores e quantas foram	5 (1 a 5)	0,88	0,89
	Já acompanhei pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares, telefonemas ou consultas na unidade de saúde)	5 (1 a 5)	0,88	0,89
	Já acompanhei familiares de pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares, telefonemas e/ou consultas na unidade de saúde)	5 (1 a 5)	0,88	0,89
	Já encaminhei a pessoa com comportamento suicida para atendimento especializado	5 (1 a 5)	0,88	0,89
	Já encaminhei familiares de pessoas que tentaram o suicídio para atendimento especializado	4 (1 a 5)	0,87	0,89
Conhecimento/habilidade profissional (α de Cronbach: 0,82)	Já registrei tentativas de suicídio em impresso próprio (ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada)	3 (1 a 5)	0,92	0,89
	Estou capacitado para atuar com prevenção do suicídio	4 (1 a 5)	0,77	0,89
	Estou capacitado para o atendimento imediato de alguém que tentou o suicídio	4 (1 a 5)	0,76	0,89
	Estou capacitado quanto à abordagem e acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio	4 (1 a 5)	0,76	0,89
	Registro informação recebida de tentativa de suicídio, ainda que não seja essa a queixa principal apresentada no atendimento	4 (1 a 5)	0,80	0,89
Continua	Pessoas com transtornos mentais são mais propensas a tentar o suicídio	5 (1 a 5)	0,83	0,90
	Tentativa prévia de suicídio é fator de risco para nova tentativa	5 (3 a 5)	0,82	0,90
	Visitas domiciliares podem ajudar na prevenção do suicídio	5 (3 a 5)	0,82	0,90
	Comunicações regulares [telefonemas, mensagens de texto via celular (SMS) ou WhatsApp] com orientações sobre prevenção do suicídio auxiliam o profissional de saúde a trabalhar com pessoas que tentaram o suicídio	4 (1 a 5)	0,82	0,90

Continua

Tabela 3. Mediana e teste de consistência interna do instrumento em cada questão. Campo Grande, MS, Brasil, 2017. Continuação

	Orientação aos familiares e amigos das pessoas que tentaram o suicídio, quanto às medidas de precaução e prevenção de novas tentativas (por ex.: restringir o acesso a meios letais, manutenção de atenção e diálogo, avaliação, acompanhamento e manutenção de tratamento) auxiliam na prevenção do suicídio	5 (3 a 5)	0,82	0,90
	O acompanhamento das pessoas que tentaram o suicídio (por meio de visitas domiciliares ou consultas na unidade de saúde) auxilia na prevenção do suicídio	5 (4 a 5)	0,82	0,90
	O serviço de saúde deve trabalhar em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, organizações não governamentais (ONG) e mídia, para a prevenção do suicídio	5 (4 a 5)	0,82	0,90
Organização da rede de atenção (α de Cronbach: 0,73)	Na unidade de saúde onde trabalho, há profissionais preparados para assistir a pessoa com comportamento suicida	4 (1 a 5)	0,69	0,90
	Na unidade de saúde onde trabalho, há ambiente acolhedor e sala privativa para assistir a pessoa com comportamento suicida	4 (1 a 5)	0,69	0,90
	Na unidade de saúde onde trabalho, há estrutura medicamentosa para assistir a pessoa com comportamento suicida	3 (1 a 5)	0,76	0,90
	Na unidade de saúde onde trabalho, há matriciamento pelas equipes dos serviços de referência (por ex., CAPS e NASF) junto com nossa equipe	4 (1 a 5)	0,71	0,90
	Consigo encaminhar uma pessoa que tentou o suicídio em 24 a 48 horas aos serviços especializados	4 (1 a 5)	0,71	0,89
	Sou comunicado quando a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita recebe alta do serviço especializado	3 (1 a 5)	0,70	0,90
	Sou comunicado pelo serviço especializado sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso prescrito para a pessoa que tentou o suicídio e reside em minha área adscrita	2 (1 a 5)	0,67	0,90
	O serviço de saúde pública municipal em que atuo trabalha em conjunto com outros setores, como assistência social, educação, igrejas, ONG e mídia, para a prevenção do suicídio	4 (1 a 5)	0,69	0,90
α de Cronbach geral do instrumento				0,90

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ONG: Organizações Não Governamentais

A caracterização dos profissionais participantes da análise semântica encontra-se exposta na Tabela 2. Ela indicou que o instrumento atende ao objetivo proposto, com 93,6% de avaliações “bom” e “muito bom”.

A escala de respostas do instrumento é considerada apropriada por 82% dos profissionais e avalia o que propõe para 96% dos participantes. Os itens estão agrupados de forma adequada e são objetivos para 98%; todos consideram o instrumento coerente. Concordaram sobre a fácil leitura e compreensão 88% dos profissionais, conforme consta na Figura.

O alfa de Cronbach geral do questionário foi de 0,90 (consistência interna excelente), de 0,50 (consistência interna pobre) no domínio “percepção profissional”, de 0,90 (consistência interna excelente) em “experiência profissional”, 0,82 (consistência interna boa) em “conhecimento/habilidade profissional” e de 0,73 (consistência interna aceitável) em “organização da rede de atenção”. Na Tabela 3 são apresentados os resultados da análise de consistência interna dos itens de cada domínio do instrumento.

O instrumento desenvolvido inova ao estabelecer a avaliação da prática profissional no enfrentamento do comportamento suicida, sendo composto por itens de fácil entendimento e com resposta em escala tipo Likert. Em “identificação profissional” foram elencados itens que abrangem a formação e capacitação do profissional, além do tempo de atuação e a frequência com que lida com fatores de riscos relevantes para o suicídio. No domínio “percepção profissional” é possível conhecer como o profissional percebe a temática e compreende a importância do serviço de saúde inserido nesse contexto, consistindo em ferramenta importante em um futuro processo de sensibilização. Como parte fundamental, as vivências do profissional, abordadas em “experiência profissional”, o tornam mais ou menos experiente em determinada atividade, o que pode beneficiar a assistência prestada. O conhecimento teórico-prático torna possível realizar assistência pautada em políticas de saúde eficientes e embasadas em estudos fidedignos. Busca-se avaliar essas informações no domínio “conhecimento/habilidade profissional”. Por fim, para a prestação do cuidado, além da atuação do profissional, é necessário que haja estrutura física e medicamentosa, além de processos de trabalho instituídos voltados para a formação de redes de atenção organizadas e resolutivas. É a proposta do domínio “organização da rede de atenção” verificar o quanto a rede local está preparada para a prevenção do suicídio.

DISCUSSÃO

O instrumento IAAP-PCS tem potencial para aprimorar a integração da saúde mental à APS, na medida em que permite avaliar e identificar os aspectos frágeis da assistência e as práticas já consolidadas nesse cenário, bem como apontar possíveis vulnerabilidades e lacunas na política de saúde mental em nosso país, no que diz respeito ao preparo dos profissionais da APS.

Como em muitos países, no Brasil essa integração está ocorrendo de maneira gradativa, com vistas ao fortalecimento da rede de cuidados primários e superação das práticas manicomial¹³. No entanto, este processo nem sempre é acompanhado de estratégias de avaliação do serviço prestado, imprescindível para investigar o que vem sendo realizado no campo da saúde mental nesse nível de atenção¹⁴.

Este instrumento, concebido para ser aplicado aos profissionais que atuam na APS, pode ser uma importante ferramenta para elaborar melhores práticas para a abordagem ao comportamento suicida, contribuindo para o campo da epidemiologia. O potencial do instrumento para interferir tanto no nível individual quanto coletivo vai ao encontro do que é preconizado por diversos estudiosos, que destacam que um dos principais desafios é a inserção da atenção à saúde mental no âmbito da APS, como um conjunto de ações de base comunitária que devem ser implementadas tanto em caráter individual como coletivo¹⁵⁻¹⁷.

A inexistência de instrumentos para a abordagem do comportamento suicida na APS suscitou a elaboração deste¹⁸, que é constituído em domínios, em conformidade com a política da Organização Mundial de Saúde e com os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde. Na construção do instrumento foram considerados aspectos voltados às estratégias de prevenção do suicídio – como as medidas de vigilância, identificação dos fatores de risco e de grupos vulneráveis – assim como a importância dos profissionais de saúde – principalmente os que atuam na APS, pelo vínculo e proximidade com as demandas do território, o que facilita a identificação de pessoas com comportamento suicida. Essas estratégias inseridas na construção do instrumento também corroboram o que tem sido preconizado por estudiosos da temática, os quais destacam que as ações em saúde mental na APS devem estar voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento em geral, considerando as demandas do território e prezando pela participação comunitária nos processos de planejamento, operacionalização e controle¹⁵⁻¹⁷.

Os profissionais de nível superior foram escolhidos para responder ao instrumento por seu preparo para identificar os fatores de risco e pela continuidade no acompanhamento¹⁹.

É importante que os profissionais tenham competência para entender seu papel no processo e estejam preparados para atuar de modo adequado. Pesquisas apontam que os profissionais não se julgam preparados para esse cuidado e atuam prioritariamente repassando a demanda para serviços especializados, sendo que a maior parte das ações identificadas consistiu em reuniões de equipe, capacitação dos profissionais e articulação entre APS e serviços especializados¹⁴. A organização do instrumento constituiu-se em domínios que permitem identificar os aspectos potenciais e os que podem ser aprimorados na percepção e abordagem do problema, possibilitando conhecer o preparo dos profissionais da APS ante o comportamento suicida e discutir o seu papel.

A técnica Delphi apresenta-se como a mais apropriada para validação de instrumentos, pois busca o consenso de profissionais com grande expertise no campo de conhecimento em tela. Estudos apontam que 70% ou mais de consenso, ponto de corte usado nesta pesquisa, qualificam o instrumento²⁰⁻²⁴.

No presente estudo, após as rodadas Delphi, foi feita a análise semântica do instrumento com profissionais da população-alvo. Essa análise mostrou-se um complemento importante no processo de validação de instrumentos em estudos similares. Um deles realizou a análise semântica para verificar se os itens eram inteligíveis para os 15 técnicos e auxiliares de enfermagem que constituíam a população-meta²¹. Em outro estudo foi utilizada uma escala para medir a recuperação após tratamento intensivo de oito pacientes, que fizeram parte da análise semântica²⁵. Na construção e validação de um instrumento focado em boas práticas na atenção ao parto normal, a análise semântica foi feita por oito profissionais de saúde, que compunham a população-alvo do instrumento²⁶. Em nosso estudo, a análise semântica não gerou mudanças no instrumento, devido à boa avaliação geral da população-alvo respondente^{25,26}.

Quanto à consistência interna, o valor de 0,90 observado nesse estudo é semelhante aos resultados de outros, que alcançaram de 0,87 até 0,91^{27,28}. Estudos com consistência em torno de 0,60 a 0,80 também foram considerados satisfatórios^{20,29}.

Uma limitação do estudo diz respeito à análise semântica, que pode incorporar profissionais da rede de atenção completa, visando compreender a capacidade de comunicação e as intervenções na assistência como um todo. Ressaltamos que, embora a metodologia adotada neste estudo para a análise semântica preconize a verificação dos itens na perspectiva de um estrato de maior e menor habilidade da população-alvo do instrumento, não foram realizadas tais análises, dado que não se caracteriza como objeto deste estudo.

A elaboração dos domínios e dos itens que os compõem partiu de exaustiva busca na literatura por evidências científicas acerca das práticas usuais e do que é necessário para tornar a assistência na APS mais qualificada e adequada na prevenção de suicídios. Os procedimentos metodológicos empregados (revisão da literatura, escolha da técnica Delphi para validar o instrumento a partir do saber dos especialistas, análise semântica para uma compreensão ampla e análise da consistência interna pelo cálculo do alfa de Cronbach) mostraram-se adequados para subsidiar um instrumento capaz de avaliar a assistência às pessoas com comportamento suicida e, com isso, qualificar a rede de atenção.

O instrumento IAAP-PCS pode auxiliar em pesquisas epidemiológicas e no planejamento de ações que fomentem a prática de avaliação da assistência prestada a esses indivíduos na APS, estabelecendo formas ágeis e interconectadas de atenção.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: executive summary. Geneva: WHO; 2014 [citado 23 jan 2017]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1

2. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
3. Martins AC, Fernandes CR. Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira. *Rev Saude Foco*. 2016 [citado 24 jan 2017];1(1). Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/163/177>
4. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N, et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825-32. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X472881>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diario Oficial Uniao*. 15 ago 2006; Seção 1:65.
6. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000 [citado 18 jan 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf
7. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(12):4851-60. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
8. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3):649-59. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>
9. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm*. 2000 [citado 23 jan 2017];1(12):54-65. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1310202/mod_resource/content/1/DELPHI_QUESTIONARIO_1.pdf
10. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clin (Sao Paulo)*. 1998 [citado 23 jan 2017];25(5):206-13. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
11. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 2012;13(1):242-51. <https://doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i1.3803>
12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada de dados*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
13. Moreno E, Moriana JA. El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*. 2012 [citado 24 jan 2017];35(4):315-22. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252012000400007
14. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária em saúde. *Psico*. 2016;47(2):159-68. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>
15. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14 Supl 1:1483-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800021>
16. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(1):129-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>
17. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico USF*. 2013;18(1):151-60. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>
18. Yébenes Prous MJG, Rodríguez Salvanes F, Ortells Loreto C. Validación de cuestionários. *Reumatol Clin*. 2009;5(4):143-86. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>
19. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(27):90-6. [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(27\)530](https://doi.org/10.5712/rbmf8(27)530)
20. Pinto RO, Pattussi MP, Fontoura LP, Poletto S, Grapiglia VL, Balbinot AD, et al. Validation of an instrument to evaluate health promotion at schools. *Rev Saude Publica*. 2016;50:2. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050005855>

21. Bellucci Junior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):751-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>
22. Vieira MA, Ohara CVS, Domenico EBL. Construção e validação de instrumento para a avaliação de egressos da graduação em enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2016;24:e2710. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0834.2710>
23. Almeida MHM, Spínola AWP, Lancman S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. *Rev Ter Ocup USP.* 2009;20(1):49-58. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i1p49-58>
24. Faro ACM. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 1997;31(2):259-73. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200008>
25. Bergbom I, Karlsson V, Ringdal M. Developing and evaluating an instrument to measure Recovery After Intensive care: the RAIN instrument. *BMC Nurs.* 2018;17:5. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0275-1>
26. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):889-97. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>
27. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saude Publica.* 2018;52:17. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000051>
28. Martins PF, Fonseca LF, Rossetto EG, Mai LD. Elaboração e validação de Escala de Desconforto da Sede Perioperatória. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03240. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>
29. Cabanas-Sánchez V, Tejero-González CM, Veiga OL. Construcción y validación de una escala breve de percepción de barreras para la práctica deportiva en adolescentes. *Rev Esp Salud Publica.* 2012;86(4):435-43.

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: LMSL, ARB. Coleta de dados: LMSL. Análise e interpretação de dados: LMSL, DHT, ASS. Preparação e redação do manuscrito: LMSL, PMGK, ARB. Revisão crítica do manuscrito: LMSL, PMGK, DHT, ASS, ARB. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade pública pelo seu conteúdo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.