

Instrumento de avaliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde mental: potências e desafios

Evaluating the homeless population access to mental health services with a validated questionnaire: strengths and challenges

Un instrumento para evaluar el acceso de la población sin hogar los servicios de salud mental: puntos fuertes y retos

Rafaela Alves Marinho <https://orcid.org/0009-0007-6577-9325>¹; Anelise Andrade de Souza <https://orcid.org/0000-0002-2408-7054>^{1,2}; Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas <https://orcid.org/0000-0001-8499-9429>¹; Luísa da Matta Machado Fernandes <https://orcid.org/0000-0002-5440-7928>¹; Priscilla Victória Rodrigues Fraga <https://orcid.org/0000-0001-7252-8574>¹; Helvécio Miranda Magalhães Júnior <https://orcid.org/0000-0002-7628-7509>¹; Rômulo Paes-Sousa <https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>¹

Resumo O artigo tem como objetivo apresentar o percurso metodológico da construção de um instrumento voltado à pesquisa de acesso da população em situação de rua (PSR) à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, no ano de 2024. A construção do instrumento ocorreu em três etapas: 1) geração de itens e definição das escalas utilizadas; 2) testes de validade teórica e empírica; 3) testes de qualidade e confiabilidade: completitude e consistência. Foi construído um instrumento com 40 perguntas, divididas em três blocos: i) características sociodemográficas; ii) questões de saúde e padrões de uso de álcool/outras drogas; iii) experiências de acesso aos serviços de saúde mental. O produto final resultou em um instrumento conciso, direcionado aos objetivos, com linguagem acessível e adaptado culturalmente ao público-alvo, sendo importante na produção de dados de qualidade que podem promover discussões mais qualificadas da realidade da PSR, com desenvolvimento de políticas públicas focalizadas. **Palavras-chave** Inquéritos epidemiológicos, Estudo de validação, População em situação de rua, Transtornos relacionados ao uso de substâncias, Saúde mental.

Abstract This article presents the methodological path for developing a structured survey to collect primary data on the vulnerable population, in this case, focused on measuring the people experiencing homelessness (PEH) access to the Psychosocial Care Network (RAPS). The validation process was conducted in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, in 2024, and the methodology followed three stages: 1) questions development and definition of the scales used; 2) theoretical and empirical validity tests; 3) quality and reliability tests: completeness and consistency. A questionnaire was assembled with 40 questions divided into three sections: i) sociodemographic characteristics, ii) health issues and patterns of alcohol/other drug use, and iii) experiences of access to mental health services. The final product was a concise research questionnaire directed at the research objectives, language accessible, and culturally adapted to the target population. The questionnaire can be relevant to the data quality and collection of vulnerable populations, considering it can be used for other similar assessments, it could be adapted to specific goals, and the same validation process can be followed to improve data quality standards. The process can qualify discussions on the reality of PEH with the development of focused public policies.

Key words Epidemiological surveys, Validation study, Homeless population, Substance-related disorders, Mental health

Resumen Este artículo tiene como objetivo presentar la trayectoria metodológica de la construcción de un instrumento destinado a investigar el acceso de la población sin hogar (PSH) a la Red de Atención Psicossocial (RAPS) en la ciudad de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, en el año 2024. El instrumento fue construido en tres etapas: 1) generación de ítems y definición de las escalas utilizadas; 2) pruebas de validez teórica y empírica; 3) pruebas de calidad y confiabilidad: completitud y consistencia. Fue construido un instrumento con 40 preguntas divididas en tres bloques: i) características sociodemográficas; ii) problemas de salud y patrones de consumo de alcohol/otras drogas; iii) experiencias de acceso a servicios de salud mental. El producto final resultó en un instrumento conciso, dirigido a los objetivos, con lenguaje accesible y culturalmente adaptado al público, lo que es importante para producir datos de calidad que puedan promover discusiones más calificadas sobre la realidad de la PSH con el desarrollo de políticas públicas enfocadas.

Palabras-clave Encuestas epidemiológicas, Estudio de validación, Población sin hogar, Trastornos relacionados con sustancias, Salud mental

¹ Fiocruz Minas – Instituto René Rachou. Av. Augusto de Lima, 1520, sl. 104. 30190-003 Belo Horizonte MG Brasil. rafaela.alvesmarinho@gmail.com

² Departamento de Nutrição Clínica e Social, Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto MG Brasil.

Introdução

Na avaliação e monitoramento de políticas públicas e intervenções voltadas a grupos específicos, há uma demanda crescente por produção de dados relativos a populações vulnerabilizadas com o recorte de raça, gênero e outros fatores interseccionais, para que possam melhor embasar a tomada de decisão¹.

No campo da saúde pública, o uso de instrumentos estruturados e validados é uma ferramenta essencial para a coleta da informação de maneira padronizada, permitindo, a partir dos resultados obtidos pelo seu uso, a avaliação sistemática dos dados, a comparação longitudinal de informações e grupos, a validade interna e externa do estudo, com potencial de generalização dos resultados². Dessa forma, é central para a qualidade dos estudos, e o impacto de seus resultados, que os instrumentos sejam construídos de modo a permitir a produção de uma informação confiável, consistente, além de se adaptar culturalmente às características da população-alvo. Além disso, a robustez e consistência metodológica permite reconhecimento internacional dos resultados e melhor controle de vieses da pesquisa. Também permite que pesquisadores, implementadores e desenvolvedores de políticas públicas tenham uma visão analítica mais apurada do fenômeno estudado²⁻⁴.

A realização de estudos epidemiológicos sobre a população em situação de rua (PSR) encontra uma série de desafios relativos à complexidade da vivência nas ruas, em especial quando são incorporados elementos relativos a temas sensíveis, como saúde mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas⁵. Por exemplo, na construção metodológica da Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack, para além do desafio inicial de mensuração da PSR de maneira a permitir a construção de uma amostragem probabilística⁶, o medo e desconfiança da aproximação do pesquisador, e a recusa de participação ou omissão de informações por receio de julgamentos em uma prática considerada ilícita, foram identificados como limitações no estudo⁶. Dessa forma, existem grandes desafios para a construção de metodologias e instrumentos de coleta de informação que incorporem a heterogeneidade que constitui a PSR e seus modos de vida.

Além disso, o Censo Demográfico nacional, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Economia (IBGE), não inclui a PSR, por não se tratar de população domiciliada, levando à necessidade de se recorrer aos dados de gestores

municipais, como os Censos da PSR municipais (raros), ao CadÚnico e à modelagem estatística para estimar a frequência da PSR. Essa limitação de dados reforça o processo de sua invisibilização⁷. Atualmente, no Brasil, existe apenas uma pesquisa conduzida em nível nacional⁸ que apresentou o perfil sociodemográfico da PSR, suas demandas de saúde e assistência social e o acesso a esses serviços, com dados hoje ultrapassados. Além disso, as pesquisas censitárias municipais sobre a PSR realizadas até o momento são comumente alvo de críticas da sociedade civil organizada por sub-representar essa população e não apresentar parâmetros que consigam mensurar as reais características deste grupo populacional^{9,10}. Em relação aos dados coletados desses indivíduos pelo setor saúde, a maioria dos estudos encontrados na literatura são de natureza qualitativa ou com amostras reduzidas, o que não permite a utilização de seus resultados para traçar nacionalmente um perfil populacional¹¹.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo apresentar o percurso metodológico de construção e validação de um instrumento estruturado voltado à PSR no ano de 2024. O instrumento buscou investigar o acesso desses indivíduos aos serviços da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais, direcionados ao cuidado de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A apresentação do percurso metodológico na elaboração de um questionário validado é fundamental para garantir a transparência e a credibilidade do estudo. Nesse caso específico, ao desenvolver um instrumento de pesquisa voltado para trabalhar com a PSR, é essencial que outros pesquisadores possam compreender detalhadamente as etapas envolvidas na sua construção, validação e adaptação, pelo ineditismo da temática abordada. Isso não só fortalece a confiabilidade dos resultados obtidos como contribui para a replicabilidade do estudo, permitindo que outros pesquisadores possam utilizar ou adaptar o questionário em diferentes contextos ou regiões. Além disso, esse procedimento valoriza a importância de uma abordagem ética e rigorosa na pesquisa com populações vulnerabilizadas, promovendo estudos mais precisos e sensíveis às especificidades desse grupo. Assim, compartilhar esse percurso metodológico amplia o impacto do trabalho, incentivando a produção de conhecimento mais sólido e útil para futuras investigações na área.

Metodologia

O instrumento estruturado apresentado nesse artigo foi desenvolvido para atender aos objetivos da pesquisa “Análise das barreiras e facilitadores de acesso aos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinados ao cuidado em álcool e outras drogas pela população em situação de rua no município de Belo Horizonte/Minas Gerais”, feita pelo grupo de pesquisa em Políticas de Saúde e Proteção Social (PSPS) do Instituto René Rachou (IRR)/Fiocruz Minas, financiado pela Secretaria de Atenção Especializada (SAES) do Ministério da Saúde (MS).

Trata-se de um estudo de caráter transversal, com coleta de dados primários quantitativos com o objetivo de: (i) caracterizar sociodemograficamente as pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e comparar com aquelas que não o fazem; (ii) descrever o caminho percorrido por essas pessoas até os equipamentos da RAPS do município; (iii) identificar os principais facilitadores e as principais barreiras de acesso da PSR aos serviços da RAPS.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IRR, CAAE 71388523.1.0000.5091 e parecer 6.580.788, e pelo CEP da Prefeitura de BH, CAAE 71388523.1.3001.5140 e parecer 6.700.769.

Considerando a natureza do estudo e a limitação de dados sobre o tema, optou-se pela construção de um instrumento a ser aplicado em equipamentos públicos do município por uma equipe de entrevistadores treinados. O público-alvo foram as pessoas em situação de rua atendidas nos serviços da RAPS no SUS e nos serviços especializados do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em BH. Foi construído um instrumento para a PSR com 40 perguntas e os seguintes blocos: a) características sociodemográficas; b) questões de saúde e padrões de uso de álcool e outras drogas; c) experiências de acesso aos serviços da saúde, em especial, da saúde mental (Quadro 1 do Material Suplementar).

O desenvolvimento e validação do questionário seguiu as seguintes etapas analíticas: 1) geração de itens e definição das escalas utilizadas (equipe multiprofissional interna); 2) testes de validade: validade teórica (especialistas externos ao PSPS) e validade empírica (teste piloto); 3) testes de qualidade (completitude e consistência interna).

Resultados

Etapa 1 – Geração de itens e definição de escalas

Inicialmente, foram feitas buscas na literatura de estudos epidemiológicos para mapear os instrumentos utilizados e que tivessem perguntas que pudessem responder à hipótese do estudo principal. Buscou-se primeiro pesquisas de âmbito nacional, seguidas por pesquisas estaduais e municipais. Foram identificados na busca censos nacionais, realizados com população domiciliada, e censos municipais, feitos em BH/MG e São Paulo/SP com PSR, além da Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack, questionários validados de análise do uso prejudicial de álcool e outras drogas e estudos municipais conduzidos em BH com PSR (Quadro 1).

Em seguida, buscou-se identificar os elementos utilizados nos últimos censos demográficos realizados no Brasil (2010 e 2022), para a construção das alternativas de caracterização sociodemográfica desses indivíduos. Por sua vez, foram utilizados os censos municipais sobre a PSR em BH (2022) e SP (2021)^{12,13} para a formulação das perguntas e respostas acerca de documentação civil, motivação de ida para as ruas, tempo de permanência nas ruas e cidade de origem. Essa etapa permitiu a construção do bloco de caracterização sociodemográfica deste estudo, trazendo, além dos pontos classicamente levantados em avaliações semelhantes, elementos importantes e específicos do público de interesse dessa pesquisa. Nesse bloco foram incluídas 17 perguntas, com coleta de informações sobre gênero, autoidentificação de cor/raça, idade, escolaridade, fontes de renda, acesso a benefícios sociais e documentação civil, convivência interpessoal na rua e contato com familiares e, por fim, motivações de ida para as ruas e tempo nessa situação. Esse bloco correspondeu ao objetivo específico da pesquisa principal, que buscou comparar as características sociodemográficas das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas com aquelas que não o fazem (bloco 1, Quadro 1).

Outra referência importante para a construção do instrumento foi a Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack⁶. Realizada por meio de parceria entre a Secretaria Nacional de Drogas (SENAD) e a Fiocruz, objetivou, entre outros elementos, investigar o perfil dos usuários de crack e similares em cenas de uso abertas no Brasil. O instrumento de coleta utilizado pelo estudo atuou como importante fonte para

Quadro 1. Resultado da busca por estudos epidemiológicos.

Instrumento	Ano	Tipo de dados	Público	Esfera federativa	Bloco do questionário que subsidiou
Censo PSR de Belo Horizonte*	2022	Censitário	PSR	Municipal	Bloco 1 Caracterização sociodemográfica
Censo PSR de São Paulo*	2021	Censitário	PSR	Municipal	
Censo demográfico brasileiro IBGE*	2010 e 2022	Censitário	População domiciliada	Nacional	
Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack	2014	Epidemiológico	Pessoas que fazem uso de SPA em cenas de uso	Nacional	Bloco 2 Questões de saúde e padrões de uso de álcool e outras drogas.
<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i>	-	Teste de triagem	-	-	
<i>Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)</i>	-	Teste de triagem	-	-	
Entre as ruas e a RAPS: revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos Serviços de Saúde Mental ¹¹	2024	Revisão integrativa	PSR	Nacional	Bloco 3 Facilitadores e barreiras de acesso das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas aos serviços da RAPS
Alcance das políticas de proteção social e de saúde do município de Belo Horizonte para a população em situação de rua frente à pandemia da COVID-19	2021 a 2023	Qualitativos e Quantitativos	Gestores e trabalhadores de saúde e assistência social, organizações da sociedade civil e PSR	Municipal	

* Quando identificadas outras pesquisas com a mesma metodologia e o mesmo objetivo de análise, foram utilizadas as informações mais atualizadas.

Fonte: Autores.

construção das variáveis presentes no bloco 2 (Quadro 1), que versa sobre padrões de uso dessas substâncias. Além disso, buscou-se por questionários validados, principalmente para o contexto brasileiro e para as populações vulnerabilizadas, sendo eles o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*^{14,15} e o *Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)*¹⁵. O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem como objetivo identificar o padrão de uso e a utilização prejudicial de álcool entre a população, sendo indicado sua aplicação como triagem pelos profissionais da saúde. Como um aprimoramento do AUDIT, foi elaborado e validado o AUDIT-4, versão reduzida do instrumento com quatro perguntas¹⁶, empregadas no questionário do atual estudo, conforme bloco 2 (Quadro 1).

Baseado no AUDIT, o DUDIT, por sua vez, é um instrumento de triagem que busca avaliar informações sobre o uso de drogas. Foi desenvolvido para ser usado conjuntamente com o

AUDIT, sendo validado junto ao público do sistema carcerário e dos serviços de saúde¹⁷. O DUDIT-C é uma versão reduzida desse instrumento, composto pelas quatro primeiras perguntas relacionadas ao padrão de uso de drogas presentes no DUDIT. Em um estudo norueguês, avaliou-se que a aplicação do DUDIT-C com o acréscimo da pergunta 11 apresentava uma diferença considerável na detecção do uso prejudicial em comparação ao DUDIT-C¹⁶. Dessa forma, foi utilizado o DUDIT-C com a inclusão da pergunta 11 para construção do questionário (bloco 2, Quadro 1). Esse bloco, constituído por nove perguntas, relaciona-se com as questões de saúde e os padrões de uso de álcool e outras drogas e permite a coleta de informações sobre a presença de diagnósticos prévios de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), o padrão de uso de álcool e outras drogas e informações relativas à frequência do uso, tipo de substância e a quantidade utilizada, além de permitir

a autoavaliação do entrevistado em relação ao uso prejudicial ou não de substâncias (bloco 2, Quadro 1).

A revisão integrativa “Entre as ruas e a RAPS: revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde mental”¹¹ identificou elementos positivos e negativos para o acesso da PSR aos serviços de saúde mental, sendo categorizados em facilitadores e barreiras de acesso. Para cada uma dessas categorias foram elencadas subcategorias de acordo com os elementos identificados. Para a categoria facilitadores foram identificados: i) os relacionais, como o vínculo entre trabalhadores e usuários; ii) a atuação na perspectiva da equidade, com a atuação itinerante e consideração do modo de vida da PSR para a funcionamento dos serviços; e iii) os assistenciais, como a atuação itinerante e multiprofissional dos serviços. Por sua vez, para a categoria barreiras de acesso foram identificados: i) a discriminação, como processos de humilhação; ii) a rigidez dos serviços, como burocracia e imposição da abstinência; e iii) as fragilidades dos serviços, como dificuldades de articulação com a rede intersetorial.

As categorias elencadas na revisão, assim como informações acerca de barreiras e facilitadores encontradas no artigo “Alcance das políticas de proteção social e de saúde do município de Belo Horizonte para a população em situação de rua frente à pandemia da COVID-19”¹⁸, foram utilizadas na construção do bloco 3. Esse bloco foi composto por sete perguntas sobre as experiências de acesso da PSR que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas aos serviços componentes da RAPS, a continuidade do acompanhamento no serviço e as barreiras e facilitadores para o acesso e continuidade do cuidado (bloco 3, Quadro 1).

A produção do instrumento ocorreu de maneira coletiva e multidisciplinar, com participação de pesquisadores oriundos de diversas áreas, como profissionais das ciências da saúde, humanas e sociais e da estatística, com experiência pregressa nas áreas acadêmica, assistencial e de gestão pública em cuidados relacionados à saúde mental, cuidados em saúde referentes ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, populações vulnerabilizadas, avaliação de políticas públicas, estudos epidemiológicos, entre outros. Esse grupo iniciou o trabalho de construção do instrumento refletindo sobre os pontos a serem abarcados pelo questionário a partir dos objetivos do estudo, utilizando como base de construção as pesquisas apresentadas no Quadro 1. Todas as perguntas incluídas no instrumento se

relacionam com os objetivos específicos do estudo. Dessa forma, estabeleceu-se um modo de identificação direta entre pergunta e objetivos, a partir da construção de uma matriz de avaliação para cada variável, considerando as possibilidades de análises estatísticas e correlações com os objetivos da pesquisa. Caso essa identificação não ocorresse, a pergunta era excluída do questionário, o que garantiu uma coleta mais direcionada à proposta do estudo.

Um ponto importante que permeou toda a construção foi a preocupação em relação à coerência, ao tamanho adequado do instrumento e à facilidade de compreensão do público de interesse (com utilização de expressões conhecidas por esse público), de modo a responder aos objetivos da pesquisa considerando a disponibilidade e atenção dos respondentes durante a aplicação do instrumento. A sequência das perguntas foi avaliada minuciosamente, a fim de proporcionar o engajamento e a confiança do respondente e permitir a dinamicidade e a fluidez de aplicação do instrumento.

Etapa 2 – Validação teórica e empírica

Para a validação teórica foi elaborado um instrumento adaptado da técnica DELPHI¹⁹, com a matriz do questionário contendo: nome da variável; pergunta e opções de resposta; descrição do objetivo, intencionalidade e/ou referências para cada pergunta; e perguntas avaliativas às consultoras *ad hoc*. As perguntas avaliativas foram: “A questão e as alternativas de resposta são pertinentes aos objetivos do estudo?” e “A questão tem clareza no enunciado?”, ambas seguidas das opções de respostas “Sim”, “Parcialmente” e “Não”, e por fim a pergunta “Alguma recomendação?”, com resposta aberta para considerações.

Após o retorno das consultoras, foi elaborado um documento consolidado com todas as contribuições, todos os comentários e todas as sugestões de aprimoramento. Entre essas sugestões estavam elementos relacionados à linguagem utilizada nas perguntas; a inserção de perguntas sobre outros tópicos de caracterização individual; e o reposicionamento das perguntas no instrumento. Nas opções de respostas, foram avaliadas as reflexões das consultoras sobre perguntas que poderiam causar desconforto nos participantes, tamanho do instrumento e tempo para respondê-lo, além de sugestões de junção de perguntas semelhantes.

Duas oficinas foram realizadas para discutir todas as sugestões de alteração do instrumento.

A decisão de incorporação das sugestões seguiu os critérios de compatibilidade com objetivos do estudo e manutenção da coerência e coesão do instrumento. Dessa forma, sugestões de incluir tópicos que não eram objetivos do estudo ou supressão de variáveis importantes para a análise não foram incorporadas à versão final do instrumento. Essa etapa demonstrou-se importante para a consolidação de um instrumento conciso, adequado, coerente e compreensível.

A etapa de validação empírica consistiu na aplicação-piloto do instrumento. Para isso, foi escolhido um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), por ser um serviço exclusivo para atendimento da PSR e onde os sujeitos da pesquisa permanecem por tempo suficiente para responderem a instrumentos.

Constituíram-se duas equipes de três a quatro pesquisadores responsáveis pelo contato prévio com a gestão do serviço, apresentação do estudo e dos procedimentos éticos para realização da pesquisa e motivações para a aplicação-piloto nesse serviço. Após a concordância da gestão, foram sugeridos dois dias para a aplicação do instrumento, em turnos diferentes. A aplicação se deu com o instrumento físico em papel, com o aplicador treinado lendo as perguntas para o respondente e registrando suas respostas.

Foram aplicados 30 instrumentos no piloto, sendo 14 no primeiro dia e 16 no segundo, com total de recusas de 16 pessoas. Os principais motivos de recusa a participar foram devido à pessoa estar envolvida em outras atividades no serviço, como vendo televisão, proximidade da hora de finalização do expediente no serviço e até mesmo desinteresse. Quanto ao tempo de duração, foi observado, na maioria das vezes, um intervalo de 15 a 20 minutos, porém, com alguns participantes que tinham mais demanda de fala sobre a temática, indo até 30 minutos.

Posteriormente à aplicação, avaliou-se a compreensão das questões pelos usuários; o tempo de duração do instrumento; a sequência lógica das perguntas; a adesão dos respondentes; as possíveis situações de desconforto; o melhor ambiente para abordagem e aplicação do instrumento; o período do dia de maior circulação de usuários e os horários de organização deles para melhor aplicação (não coincidindo com horário de almoço no restaurante popular e fechamento do serviço).

Na sequência foi feita uma reunião com todos os pesquisadores, compilando-se as devolutivas do campo. Entre os pontos observados, destacaram-se: (i) percepção de que o tempo de

duração do instrumento foi adequado com o estimado inicialmente – média de 15 minutos; (ii) identificação de questões que necessitavam de pergunta alternativa ou inclusão de instruções para os aplicadores sobre como deveriam ser feitas; (iii) necessidade de reposicionamento de algumas perguntas e desmembramento de outras, de modo a facilitar o processo para o entrevistado; (iv) necessidade de sinalizar perguntas condicionantes e excludentes no instrumento para facilitar o manejo dos aplicadores; (v) percepção de que os usuários estavam abertos à participação, no entanto com necessidade, para alguns deles, de local mais reservado para aplicação do instrumento; (vi) percepção do receio de alguns participantes em responder algumas perguntas, como os egressos do sistema prisional, ressaltando a importância da equipe de campo reforçar sobre a anonimidade dos dados; (vii) importância da padronização dos modos de aplicação do instrumento junto aos aplicadores, visto que maneiras distintas de perguntar poderiam induzir o participante na resposta; (viii) importância sobre a postura acolhedora diante do participante, em razão de tema ser sensível para algumas pessoas.

A partir dos resultados do piloto, construiu-se uma nova versão do instrumento, e como houve mudanças significativas, os 30 instrumentos aplicados nessa etapa foram descartados e desconsiderados na análise final.

Etapa 3 – Avaliação de qualidade

A principal variável de desfecho do estudo, que levou à construção do questionário aqui apresentado, é o acesso da PSR aos serviços de saúde da RAPS. Assim, para o cálculo amostral foi observada a proporção de entrevistados no IV Censo BH¹² que responderam ter acessado o hospital psiquiátrico ou CERSAM/CAPS na análise referente aos “Antecedentes de institucionalização ao longo da vida em situação de rua e por tipo de instituição por sexo na população em situação de rua”¹². Para tanto, foi calculada a necessidade de um tamanho amostral de 318 pessoas em situação de rua a serem entrevistadas, estabelecendo-se o nível de confiança de 95%, com margem de erro de 5%. Os cálculos dos tamanhos amostrais foram feitos no *software* R 4.2.2, utilizando o comando *sample.size.prop*. Assim, com a metodologia de amostra aleatória simples, realizou-se entrevista com 343 pessoas em situação de rua.

Foram incluídos na amostra indivíduos maiores de 18 anos; falantes de português; que

pudessem representar legalmente a si mesmos sem a necessidade de um tutor ou representante legal; e que tinham condições físicas para responder ao questionário, o que significa que deveriam estar alertas, lúcidos e sem comprometimento grave de sua capacidade cognitiva ou de comunicação no momento da entrevista. Com o objetivo de maximizar a taxa de resposta, os representantes das instituições, tanto do SUS quanto do SUAS, participaram da definição de horários mais estratégicos para a coleta de dados nos serviços, considerando a rotina e o maior fluxo de usuários.

A coleta das informações ocorreu através da aplicação do instrumento nas nove regionais administrativas de saúde do município, considerando a fixação da PSR em cada localidade, de acordo com a população cadastrada no CadÚnico em setembro de 2021 (Tabela 1). O instrumento foi aplicado no período de maio a junho de 2024, e em seguida inserido no *software* REDCap. A inserção dos questionários contou com dupla checagem de aplicadores e revisão aleatória por pesquisadores experientes para garantir a fidedignidade das respostas registradas. Em seguida, foi gerado o banco de dados para a análise e avaliado a confiabilidade das questões, com os testes de completitude e consistência das variáveis²⁰.

A consistência interna foi avaliada a partir da proporção de respostas obtidas para as variáveis multivaloradas em relação à pergunta de uso abusivo de álcool (Tabela 2) e outras drogas (Tabela 3). Nesse caso, foram consideradas inconsistentes as marcações que simultaneamente indicavam ausência de resposta ou do evento em estudo (“Não”; “Não sei”; “Não quero responder”) e a presença do evento em estudo (demais respostas possíveis). Apenas sete ques-

tionários tiveram resultados inconsistentes, mas como apresentaram a presença do evento em estudo, optou-se por incluí-los na análise.

Por sua vez, a maior parte das variáveis apresentou completitude de respostas acima de 91%, o que foi considerado adequado para a inclusão nas análises inferenciais. A completitude das respostas foi observada para as variáveis socioeconômicas (bloco 1), e os resultados são apresentados na Tabela 4. A única variável excluída dos testes inferenciais foi: “Há quanto tempo você está em BH”, que apresentou completitude apenas de 77,8%.

Discussão

A utilização de instrumentos fechados para a geração de dados não é isenta de críticas. Ela pressupõe que o pesquisador e os entrevistados compartilhem suposições subjacentes sobre a linguagem e interpretem a declaração de forma semelhante². Essa compreensão das perguntas depende, em certa medida, da literacia em saúde dos sujeitos pesquisados. Literacia em saúde pode ser definida como as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de obter acesso, compreender e utilizar a informação de maneiras que promovam e mantenham uma boa saúde²¹.

Maior literacia em saúde foi associado a estar em uma moradia fixa, ter maiores níveis de educação, não ter tido um diagnóstico de saúde mental e apresentar menores níveis de uso de álcool e outras drogas²². Enquanto a baixa literacia em saúde está relacionada à menor adesão às atividades de prevenção e promoção da saúde, e também a pior autogestão de doenças crônicas,

Tabela 1. Distribuição dos questionários por regional de saúde de Belo Horizonte, MG.

Regional	Nº absoluto CadÚnico	% CadÚnico	Alocação questionários
Centro-Sul	5.079	59,1	189,0
Pampulha	175	2,0	6,5
Norte	662	7,7	24,6
Oeste	251	2,9	9,3
Noroeste	588	6,8	21,9
Nordeste	214	2,5	8,0
Barreiro	225	2,6	8,4
Leste	1.120	13,0	41,7
Venda Nova	286	3,3	10,6
Total	8.600	100,0	320,0

Fonte: Autores.

Tabela 2. Consistência interna das variáveis multivaloradas em função do uso prejudicial de álcool na população em situação de rua, Belo Horizonte, 2024.

Variáveis multivaloradas		Uso prejudicial de álcool – n (%)			Total – n (%)
		Sim	Não	Missing	
Uso de drogas	Sim	128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Uso prejudicial de outras drogas	Sim	128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência	Sim	128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Coabitação	Sim	124 (96,9)	205 (99,0)	3 (100,0)	332 (98,2)
	Não	4 (3,1)	2 (1,0)	0 (0,0)	6 (1,8)
Fonte de renda	Sim	127 (99,2)	205 (99,0)	3 (100,0)	335 (99,1)
	Não	1 (0,8)	2 (1,0)	0 (0,0)	3 (0,9)
Benefícios sociais	Sim	126 (98,4)	206 (99,5)	3 (100,0)	335 (99,1)
	Não	2 (1,6)	1 (0,5)	0 (0,0)	3 (0,9)
Motivos para estar em situação de rua	Sim	128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Violência	Sim	128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total		128 (100,0)	207 (100,0)	3 (100,0)	338 (100,0)

Fonte: Autores.

Tabela 3. Consistência interna das variáveis multivaloradas em função do uso prejudicial de outras drogas na população em situação de rua, Belo Horizonte, 2024.

Variáveis multivaloradas		Uso prejudicial de outras drogas – n (%)			Total – n (%)
		Sim	Não	Missing	
Uso prejudicial de álcool	Sim	160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Uso de drogas	Sim	160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Deficiência	Sim	160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Coabitação	Sim	155 (96,9)	176 (99,4)	1 (100,0)	332 (98,2)
	Não	5 (3,1)	1 (0,6)	0 (0,0)	6 (1,8)
Fonte de renda	Sim	159 (99,4)	175 (98,9)	1 (100,0)	335 (99,1)
	Não	1 (0,6)	2 (1,1)	0 (0,0)	3 (0,9)
Benefícios sociais	Sim	158 (98,8)	176 (99,4)	1 (100,0)	335 (99,1)
	Não	2 (1,2)	1 (0,6)	0 (0,0)	3 (0,9)
Motivos para estar em situação de rua	Sim	160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Violência	Sim	160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)
	Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total		160 (100,0)	177 (100,0)	1 (100,0)	338 (100,0)

Fonte: Autores.

maior reincidência em internações e maior risco de apresentação de comorbidades²³. Em um contexto de desigualdades sociais que impactam diretamente as iniquidades em saúde, a literacia em saúde torna-se um fator de inclusão ou exclusão, uma vez que perpassa a capacidade dos indivíduos de tomarem uma decisão sobre sua saúde de modo crítico²⁴. Ajustar os

Tabela 4. Completitude das variáveis socioeconômicas (bloco 1) para as pessoas em situação de rua participantes da pesquisa, Belo Horizonte, 2024.

Variável	Missing		Total
	n	%	
Idade	0	0,0	338
Em qual cidade você nasceu?	0	0,0	338
Há quanto tempo você está em Belo Horizonte?	75	22,2	338
Sua cor /raça é?	1	0,3	338
Com qual gênero você se identifica?	1	0,3	338
Você sabe ler e escrever?	1	0,3	338
Qual o seu estado civil?	0	0,0	338
Presença de deficiência	2	0,6	338
Onde você passa o dia e onde você dorme?	0	0,0	338
Coabitação	0	0,0	338
Você tem algum documento oficial de identificação? Onde estão?	0	0,0	338
Possui contato com familiares que estão fora da rua? Se sim, de quanto em quanto tempo?	2	0,6	338
Você considera a sua família com uma rede de apoio, ou seja, quando você precisa de suporte, eles te ajudam?	2	0,6	338
Possui fonte de renda	2	0,6	338
Recebo benefício social	2	0,6	338
Bolsa Família /Auxílio Brasil	3	0,9	338
BPC (Benefício de Prestação Continuada/LOAS)	3	0,9	338
Auxílio Moradia	3	0,9	338
Aposentadoria do INSS	3	0,9	338
Outros	3	0,9	338
Quanto você recebe por mês?	12	3,6	338
Você tem cadastro no CadÚnico?	9	2,7	338
Há quanto tempo está em situação de rua?	2	0,6	338
Motivo para estar em situação de rua	3	0,9	338
Violência de companheiro e/ou familiares / violência no território / ameaças	3	0,9	338
Violência física [agressões, tortura, tentativa de homicídio]	3	0,9	338
Violência patrimonial [danificar pertences da pessoa, impedir que ela controle o seu dinheiro]	3	0,9	338
Violência psicológica [insultos verbais, humilhação, manipulação]	3	0,9	338
Violência moral [calúnia, difamação]	3	0,9	338
Violência sexual [ato sexual sem consentimento, forçar que a pessoa se prostitua]	3	0,9	338
Violência LGBTfóbica [devido ao gênero que a pessoa se identifica ou orientação sexual]	3	0,9	338
Violência no território [ameaças do tráfico ou por outros conflitos territoriais]	3	0,9	338

Fonte: Autores.

instrumentos para o nível de leitura e compreensão da PSR é imprescindível, por isso o fizemos durante o processo de validação do instrumento, análise de sua qualidade e adequação da linguagem, de maneira que as perguntas e opções de resposta fossem de fácil compreensão, impactando na validade interna do estudo²⁵.

Outra limitação identificada em estudos com aplicação de instrumentos estruturados ou semiestruturados é que as perguntas fechadas podem restringir a profundidade da resposta do participante²⁶, e portanto a qualidade dos dados coletados pode diminuir. Na construção

do instrumento aqui apresentado, optou-se por sempre disponibilizar a categoria “outros”, em que os participantes tinham a possibilidade de apresentar respostas diferentes, que foram registradas pelos aplicadores treinados e em seguida categorizadas para análise.

A utilização de perguntas previamente validadas em diferentes instrumentos de pesquisa, mas ainda assim submetendo-as às fases de validação teórica e empírica, permitiu reduzir os vieses de conteúdo e a ausência de contexto para a PSR. A decisão de continuar com tal adaptação cultural se deu considerando as diretrizes de

adaptações transculturais que recomendam que essa decisão deve ser baseada na verificação de que não existe nenhuma versão do instrumento para a população-alvo, entendendo seu contexto, seu propósito, características, as dimensões e equivalência conceitual do construto para a população-alvo e a sua adequação para o contexto pretendido³.

A diversidade entre as populações vulnerabilizadas, inclusive sob a perspectiva da população mundial, mostra uma grande necessidade de instrumentos ou escalas validadas transculturalmente. A tradução, adaptação e validação de um instrumento ou escala para pesquisa transcultural consomem tempo, exigem planejamento cuidadoso e adoção de abordagens metodológicas rigorosas para originar uma medida confiável e válida do conceito de interesse na população-alvo⁴.

A validação teórica feita por pares é utilizada também em outros estudos com a aplicação da técnica DELPHI, nacionalmente e internacionalmente, com o intuito de aumentar o poder analítico das ferramentas desenvolvidas^{27,28,29}. Aparece também em estudos de instrumentos desenvolvidos para as populações vulnerabilizadas, uma vez que permite a adaptação contextual e cultural necessárias³⁰. Neste estudo, ela foi adaptada considerando o pequeno número de especialistas *ad hoc* e a utilização de apenas uma rodada de avaliação. Adaptou-se a técnica levando em consideração a dificuldade de encontrar especialistas nos temas específicos, bem como o fato de as perguntas terem sido previamente pareadas com os objetivos da pesquisa, já apresentando o menor número de variáveis possíveis aos avaliadores.

No entanto, todas as considerações foram abordadas de maneira sistemática e incluídas ou excluídas em oficina seguindo os critérios apresentados na metodologia. Outros estudos com foco em populações vulnerabilizadas também fizeram opções metodológicas semelhantes, apontando que o cálculo de coeficientes serviu para mostrar os itens fracos do instrumento, mas a análise independente por categoria e as observações dos juízes foram mais poderosas para identificar fraquezas e modificações necessárias³¹.

Em relação à validação empírica a partir do teste-piloto, os resultados destacaram a importância para a avaliação da aplicabilidade, clareza e sequência das perguntas, se as alternativas de resposta eram suficientes, além de estratégias de aplicação para padronizar o modo de perguntar e abordar temas sensíveis, concordando com a

literatura³². Foi possível uma qualificação do questionário mesmo com uma amostra de apenas 30 questionários aplicados, o que se definiu considerando a escassez de dados para calcular a amostra final e a dificuldade de acesso ao nosso sujeito de pesquisa.

Uma limitação do estudo foi a impossibilidade de participação, no momento de validação teórica do instrumento, de pessoas com trajetória de vida nas ruas, o que teria auxiliado principalmente na discussão da linguagem empregada na construção das perguntas e respostas do instrumento.

Por outro lado, esta pesquisa se fortalece por apresentar um instrumento produzido a partir de perguntas já validadas de outros instrumentos de uso nacional e a partir de pesquisas importantes no campo do estudo da PSR, realizadas com amostra probabilística e com resultados com validade interna e externa. Além disso, se fortalece pelo rigor metodológico empregado em todas as suas etapas e a possibilidade de utilização, em outros municípios brasileiros, em pesquisas que tenham objetivos próximos ao objetivo do nosso estudo principal.

Considerações finais

A disponibilização do instrumento construído e validado pretende estimular sua utilização em diferentes estudos, permitindo a comparabilidade entre os resultados nacionalmente, além de estimular outros pesquisadores a trabalhar com o tema aqui proposto.

Instrumentos de pesquisa voltados à PSR e a outras populações vulnerabilizadas e invisibilizadas são essenciais para a produção de dados de qualidade que possam promover discussões baseadas em evidências referentes às necessidades e demandas desses indivíduos. O instrumento pode ser adaptado para outras pesquisas, e o processo de validação apresentado, utilizado como parâmetro para desenvolvimento de outros instrumentos, fortalecendo a qualidade de dados referentes a populações vulnerabilizadas e ampliando a possibilidade de desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências direcionadas a esses grupos.

O detalhamento do desenvolvimento e da validação desse instrumento demonstra não apenas a complexidade dos temas abordados, mas a importância de se desenvolver pesquisas que tenham responsabilidade e compromisso com a metodologia empregada, seus resultados e o impacto social. Destaca-se ainda que,

passados dez anos do compromisso assumido com a Agenda 2030, incluindo qualificação e disponibilização de dados para monitoramento e avaliação de políticas públicas e o avanço das metas “sem deixar ninguém para trás”, ainda são

encontradas importantes limitações ao se discutir as populações vulnerabilizadas. Para acelerar o alcance das metas da Agenda, será necessário avançar diminuindo as inequidades, com informações qualificadas, replicáveis e escalonáveis.

Colaboradores

RA Marinho, AA Souza: delineamento do artigo, coleta, análise e interpretação de dados, escrita do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. ACMTV Dantas: coleta, análise de dados, escrita, análise e interpretação dos resultados. LMM Fernandes: coleta, análise e interpretação de dados e escrita. PVR Fraga: delineamento do artigo, coleta, análise e interpretação de dados e escrita do artigo. HM Magalhães Júnior: concepção do projeto, delineamento do artigo e análise e interpretação de dados. R Paes-Sousa: concepção do projeto e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

À Secretária de Atenção Especializada (SAES) do Ministério da Saúde pelo financiamento do projeto intitulado “Análise das barreiras e facilitadores de acesso aos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial destinados ao cuidado em álcool e outras drogas pela população em situação de rua no município de Belo Horizonte/ Minas Gerais”. Este artigo é um dos produtos do doutorado da pesquisadora Rafaela Alves Marinho no Instituto René Rachou – Fiocruz Minas.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo. O Material Suplementar citado encontra-se disponível em: <https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.PCD-2ZX>.

Referências

1. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. Real-world health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2015; 15(1):111.
2. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs* 2007; 16(2):234-243.
3. Cruchinho P, Lopez-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Miranda Silva M, Teixeira G, Nunes E, Lucas P, Gaspar F, Handovers4SafeCare. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: a practical guideline for novice researchers. *J Multidiscip Health* 2024; 17:2701-2728.
4. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011; 17(2):268-274.
5. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Supl. 2):S337-S341.
6. Bastos FIPM, Bertoni N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT; 2014.
7. Muchagata M. Parte 2: População em situação de rua no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil. In: Muchagata M, organizador. *Fique em casa? Desafios e experiências das comunidades de práticas em atenção primária em saúde para populações em situação de rua no contexto da covid-19*. Brasília: Com-PAPS; 2023.
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a PSR*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
9. Oliveira C, Souza M. Movimentos denunciam subnotificação em censo sobre população de rua de SP [Internet]. 2020 [acessado 2024 abr 27]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/01/31/movimentos-denunciam-subnotificacao-em-censo-sobre-populacao-de-rua-de-sp>.

10. Pauluze T. Recenseadores contestam números do censo de moradores de rua divulgado pela gestão Covas [Internet]. 2020 [acessado 2024 abr 27]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/01/recenseadores-contestam-numeros-do-censo-de-moradores-de-rua-divulgado-pela-gestao-covas.shtml>
11. Fraga PVR, Araujo MCA, Souza AA, Martins ALJ, Dantas ACMTV, Marinho RA, Rodrigues DM, Paes-Sousa R. Entre as ruas e a RAPS: revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde mental. *Cien Saude Colet* 2025; 30(7):1783-1796.
12. Garcia FD, Neves MCL, Camargos MCS, Abreu MNS, Barbieri AF. *IV Censo população em situação de rua do município Belo Horizonte: BH+ Inclusão*. Belo Horizonte: Itrium Consultoria Pesquisa Treinamento e Edição em Saúde; 2023.
13. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). Pesquisa censitária da população em situação de rua – 2021 [Internet]. 2021 [acessado 2024 abr 27]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_socioassistencial/pesquisas/index.php?p=18626
14. Mendez BE. Uma versao brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [tese]. Pelotas: UFPEL; 1999.
15. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, Fonseca LLK. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. *SMAD* 2010; 6(n. esp.):536-555.
16. Hilde P, Ingeborg R, Anne B. Are short AUDIT screeners effective in identifying unhealthy drinking of varying severity? a prison population study. *Drug Alcohol Depend* 2021; 229:109153.
17. Berman AH, Berman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) [Internet]. 2005 [cited 2024 abr 27]. Available from: https://www.euda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_en
18. Martins ALJ, Souza AA, Silva GDM, Dantas ACMTV, Marinho RA, Fernandes LMM, Oliveira AMC, Magalhaes Junior HM, Paes-Sousa R. Access to health and social protection policies by homeless people during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods case study on tailored inter-sector care during a health emergency. *Front Public Health* 2024; 12:1356652.
19. Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):174-180.
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR* 2001; 50(RR-13):1-35.
21. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370(9593):1153-1163.
22. Farrell SJ, Dunn M, Huff J; Psychiatric Outreach Team; Royal Ottawa Health Care Group. Examining health literacy levels in homeless persons and vulnerably housed persons with mental health disorders. *Community Ment Health J* 2020; 56(4):645-51.
23. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2):97-107.
24. Hahn EA, Garcia SF, Du H, Cella D. Patient attitudes and preferences regarding literacy screening in ambulatory cancer care clinics. *Patient Relat Outcome Meas* 2010; 1:19-27.
25. Odoh C, Vidrine JI, Businelle MS, Kendzor DE, Agrawal P, Reitzel LR. Health Literacy and Self-Rated Health among Homeless Adults. *Health Behav Res* 2019; 2(4):13.
26. Bowling A. *Measuring health; a review of quality of life measurement scales*. London: Med Health Care Philos; 1998.
27. Miranda WD, Guimarães EAA, Campos DS, Antero LS, Beltão NRM, Luz ZMP. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e182.
28. Nicolotti CA, Lacerda JT. Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um Estudo de Avaliabilidade. *Saude Debate* 2022; 46(135):999-1014.
29. Oliveira MPCA, Gontijo DT, Schneider DR, Samico IC. Avaliabilidade do Programa Descolado na prevenção do uso de drogas no contexto escolar. *Saude Debate* 2023; 47(136):68-82.
30. Coelho, VAA, Pauferro, AL, Silva, MA, Guimarães, DA, Gama, CAP, Modena, CM, Guimarães, EAA. Rede de Atenção Psicossocial: desenvolvimento e validação de um instrumento multidimensional para avaliação da implantação (IMAI-RAPS). *Physis* 2023; 33:e33004.
31. Cristancho González LR, Gómez Beleño GE, Parody Muñoz AE. Diseño y validación de contenido, por juicio de expertos, de un instrumento para la caracterización laboral y productiva de población con discapacidad visual. *Rev Ocup Hum* 2024; 24(2):119-135.
32. Chor D, Alves MGM, Giatti L, Cade NV, Nunes MA, Molina MB, Benseñor IM, Aquino EML, Passos V, Santos SM, Fonseca MJM, Oliveira LC. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 2):27-36.

Artigo apresentado em 05/05/2025

Aprovado em 23/07/2025

Versão final apresentada em 25/07/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca