

MAYRA FERNANDES XAVIER

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO E  
EVIDÊNCIAS DE SUA VALIDADE

BRASÍLIA, 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MAYRA FERNANDES XAVIER

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO E  
EVIDÊNCIAS DE SUA VALIDADE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Leonor Maria Pacheco Santos  
Co-orientador: Jacob Arie Laros

BRASÍLIA

2019

MAYRA FERNANDES XAVIER

SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO E  
EVIDÊNCIAS DE SUA VALIDADE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 20 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Leonor Maria Pacheco Santos – (presidente)  
Universidade de Brasília

Helena Eri Shimizu  
Universidade de Brasília

Denise de Lima Costa Furlanetto  
Universidade de Brasília

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários do Sistema Único de Saúde, titulares do direito à saúde gratuita e de qualidade, e aos profissionais de saúde cujo empenho, esforço e dedicação frente a todas as adversidades são fundamentais para uma atenção à saúde digna e satisfatória.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Brasília, pelo ensino de qualidade e gratuito.

Agradeço à CNPQ e CAPES pelo investimento na ciência e aprimoramento profissional, via Bolsa de Mestrado, que permitiu minha manutenção no programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Agradeço à FAP/ DF e ao DECIT/ MS pelo apoio via Edital PPSUS, que financiou o trabalho de campo desta pesquisa.

Agradeço aos usuários das Unidades Básicas de Saúde de São Sebastião, Paranoá e Itapoã pela disponibilidade para participar dessa pesquisa.

Agradeço aos alunos que participaram da etapa de coleta de dados pelo compromisso e ótimo trabalho desempenhado.

Agradeço ao setor de transporte da UnB pela cessão de carro para trabalho em campo, o que nos permitiu acessar todas as regiões, por mais distantes que fossem.

Agradeço à equipe PPSUS e residentes em saúde da família pelas discussões teóricas e compartilhamento de saberes.

Agradeço à minha orientadora Leonor e meu co-orientador Jacob Laros pelo acompanhamento e apoio durante minha trajetória acadêmica.

Agradeço ao meu marido, familiares e amigos pelo apoio e compreensão.

## RESUMO

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários tem ocupado um lugar destacado nas pesquisas em saúde, especialmente na atenção básica, por meio das medidas da satisfação do usuário e responsividade de Unidades Básicas de Saúde. Esta pesquisa, de natureza mista (quali-quantitativa) e com um desenho transversal, teve como objetivo propor um questionário com evidências de validade para avaliar a satisfação dos usuários e a responsividade de Unidades Básicas de Saúde. A elaboração do questionário considerou os aportes de autores como Pasqualli e Hogan, que contemplam os procedimentos teóricos, experimentais e analíticos. Os itens do questionário foram elaborados com base nos procedimentos teóricos e sua validade de construto e estrutura semântica foram analisadas por 5 juízes e por 8 usuários de Unidades Básicas de Saúde. A etapa empírica ocorreu pela aplicação do questionário a uma amostra representativa dos usuários – de 4.476 usuários - de todas as 25 Unidades Básicas de Saúde da Região Leste do Distrito Federal (Itapoã, Paranoá e São Sebastião). Na etapa analítica os dados empíricos foram submetidos à análise fatorial para a redução dos dados e demonstração de evidências de validade de construto, sendo, então, calculada a fidedignidade dos fatores do teste. O questionário resultou em 13 itens para a satisfação do usuário e 12 para a responsividade dos serviços. A análise fatorial demonstrou que o instrumento avalia 2 fatores - *respeito pelas pessoas* e *orientação para o cliente* -, o que está alinhado à literatura existente, que aponta que a responsividade é composta por 6 elementos ligados a esses dois fatores. Os itens relacionados ao elemento *atendimento rápido* não apresentaram cargas fatoriais suficientes para que fossem agrupados em nenhum dos 2 fatores, apesar da literatura apontar para sua pertinência tanto na satisfação quanto na responsividade. Discute-se que a quantidade de itens sem resposta pode ter influenciado suas cargas fatoriais. A fidedignidade foi calculada através do coeficiente lambda 2 de Guttman. Os valores encontrados para a fidedignidade dos fatores *respeito pelas pessoas* e *orientação para o cliente* sob a perspectiva da satisfação foram de 0,91 e 0,77, respectivamente, e, sob a perspectiva da responsividade, foram de 0,73 e 0,74, respectivamente. Os dados encontrados apontam para um questionário de 25 itens (13 sobre a satisfação do usuário e 12 sobre a responsividade de Unidades Básicas de Saúde) com consideráveis evidências de validade de construto e fidedignidade. Embora outros estudos para verificar a aplicabilidade desse questionário a realidades distintas devam ser realizados, acredita-se que essa ferramenta possa ser utilizada para lastrear a avaliação da satisfação do usuário e a responsividade de UBS em outras localidades do país.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente; Controle de Qualidade; Atenção Primária à Saúde; Estudos de Validação.

## ABSTRACT

The quality assessment of health care centers under the user perspective has recently made progress in health research, especially in the one focused in primary health care services through the use of measures such as user satisfaction and primary health care centers responsiveness. This mixed-nature (quali-quantitative) and transversally designed research aimed at proposing a questionnaire with evidences of validity to assess user satisfaction and primary health care centers responsiveness. The questionnaire was developed with basis on the methods of Pasquali and Hogan, which follow theoretical, experimental and analytical procedures. The questionnaire items were elaborated according to the theoretical procedures, and their construct validity and semantic structure were analyzed by 5 specialists on research of satisfaction of users of health care centers and on responsiveness of these centers and by 8 users of primary health care centers. In the empirical phase the questionnaire was applied by trained interviewers to 4,476 users of all 25 primary health care centers in the West Region of Distrito Federal (Itapoã, Paranoá and São Sebastião cities). In the analytical stage the empirical data were submitted to factor analyses for data reduction and construct validity evidence demonstration, and then the fidedignity of the questionnaire's factors was measured through Guttman's lambda 2 coefficient. The questionnaire had 13 items to assess user satisfaction and 12 items to assess primary health care centers responsiveness. Factor analyses showed that the questionnaire had 2 factors for satisfaction and responsiveness: *customer-oriented* and *respect for people*. This result is aligned to literature according to wich satisfaction and responsiveness have 6 elements that are linked to both factors found in our study. The questionnaire items related to the element *prompt treatment* didn't show enough factor loadings to be maintained in the tool though literature show that this element is important as an element of user satisfaction and primary health care centers responsiveness. The high number of missing responses for some items of *prompt treatment* may have influenced their factor loadings. The fidedignity of the factors *respect for people* and *customer-oriented* for satisfaction was respectively 0,91 and 0,77, and for responsiveness was respectively 0,73 and 0,74. This work demonstrates that the questionnaire developed (with 25 items, 13 about user satisfaction and 12 about primary health care centers responsiveness) have significant evidences of construct validity and fidedignity. Although other studies to check the applicability of such questionnaire in distinct realities in Brazil should be conducted it is believed that this tool can support the assessment of user satisfaction and responsiveness of primary health care centers of other places in Brazil.

Key words: Patient Satisfaction; Quality Control; Primary Health Care; Validation Studies.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1 – ETAPAS DA ELABORAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DE VALIDADE DE TESTES PSICOLÓGICOS, SEGUNDO PASQUALI.....	34
FIGURA 2 – MAPA DA REGIÃO ADMINISTRATIVA LESTE DO DISTRITO FEDERAL .....	48

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE QUESTÕES DE MÚLTIPLA ESCOLHA SEGUNDO HALADYNA, 1999.....	32
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL POR REGIÃO; EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (EQ. ESF) POR UBS; E, LOCALIZAÇÃO DAS UBS, SE URBANA OU RURAL.....	50
TABELA 3 - DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DAS DIMENSÕES DOS ATRIBUTOS <i>SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE</i> .....	52
TABELA 4 - CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS VALIDADOS LEVANTADOS ATRAVÉS DE REVISÃO DA LITERATURA E AVALIAÇÃO DOS PESQUISADORES EM RELAÇÃO À ADEQUAÇÃO COM OS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	54
TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS USUÁRIOS E TIPO DE ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INCLUÍDOS NO ESTUDO. DISTRITO FEDERAL, 2018-2019.....	61
TABELA 6 - PERCENTAGEM DE CONCORDÂNCIA ENTRE AS RESPOSTAS DOS JUÍZES E DO PESQUISADOR EM RELAÇÃO AOS ITENS ELABORADOS PARA CADA UM DOS DOMÍNIOS TEÓRICOS DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UBS.....	64
TABELA 7 - ALTERAÇÕES DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO REALIZADAS DURANTE A ANÁLISE SEMÂNTICA.....	66
TABELA 8 - CARGAS FATORIAIS DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO DE RESPONSABILIDADE DE UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE E DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE DEPOIS DA EXTRAÇÃO COM ANÁLISE FATORIAL DOS EIXOS	

PRINCIPAIS E ROTAÇÃO	
PROMAX.....	68
TABELA 9 - CORRELAÇÃO PEARSON ENTRE OS FATORES “RESPEITO PELAS PESSOAS” E “ORIENTAÇÃO AO CLIENTE” DOS QUESTIONÁRIOS DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UBS E RESPONSABILIDADE DE UBS.....	70

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
1.1	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO	13
1.2	SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	15
1.3	RESPONSIVIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	18
1.4	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO X RESPONSABILIDADE DO SERVIÇO	22
1.5	SISTEMAS DE SAÚDE E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA	25
1.5.1	<i>Atenção à Saúde No Distrito Federal</i>	26
1.6	ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS	27
1.6.1	<i>Elaboração de instrumentos psicológicos segundo Hogan</i>	28
1.6.2	<i>Elaboração de instrumentos psicológicos segundo Pasquali</i>	34
1.6.2.1	Primeiro Passo: Definição do Objeto Psicológico	34
1.6.2.2	Segundo Passo: Definição dos Atributos de Interesse	35
1.6.2.3	Terceiro Passo: Definição das Dimensões dos Atributos	35
1.6.2.4	Quarto Passo: Definições Constitutivas e Operacionais das Dimensões Dos Atributos	35
1.6.2.5	Quinto Passo: A Construção dos Itens	36
1.6.2.6	Sexto Passo: Análise Teórica dos Itens	37
1.6.2.6.1	Análise de Juízes	37
1.6.2.6.2	Análise Semântica	38
1.7	DEMONSTRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO PSICOLÓGICO	39
1.7.1	<i>Fidedignidade de um teste</i>	40
1.7.2	<i>Evidências de validade de um teste</i>	42
1.7.3	<i>Análise Fatorial</i>	43
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>47</b>
2.1	OBJETIVO GERAL	47
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>48</b>
3.1	DESENHO DO ESTUDO	48
3.2	LOCAL DO ESTUDO	48
3.3	PROCEDIMENTO TEÓRICO - ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	50
3.4	PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL – APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	57
3.4.1	<i>Amostra</i>	57
3.4.2	<i>Aplicação Dos Questionários</i>	57
3.4.3	<i>Critério De Inclusão</i>	58
3.4.4	<i>Aspectos Éticos</i>	58
3.5	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS – DEMONSTRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE	59
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>60</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	60
4.2	ANÁLISE DE JUÍZES	62
4.3	ANÁLISE SEMÂNTICA	65
4.4	ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA	67
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>72</b>

<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>7</b>	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>82</b>
7.1	<b>APÊNDICE A – ITENS ELABORADOS A PARTIR DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS DIMENSÕES DOS ATRIBUTOS. ....</b>	<b>83</b>
7.2	<b>APÊNDICE B - TABELA COM AS DIMENSÕES DOS ATRIBUTOS – DOCUMENTO ENVIADO PARA AVALIAÇÃO DE JUÍZES. ....</b>	<b>87</b>
7.3	<b>APÊNDICE C - PLANILHA QUE RELACIONA OS ITENS DO TESTE COM CADA UAM DAS DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO E RESPONSABILIDADE - DOCUMENTO ENVIADO PARA AVALIAÇÃO DE JUÍZES.....</b>	<b>88</b>
7.4	<b>APÊNDICE D – TABELA COM INFORMAÇÕES SOBRE ESPECIALISTAS CONATATADOS PARA ANÁLISE DE JUÍZES. ....</b>	<b>92</b>
7.5	<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>96</b>
7.6	<b>APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>98</b>
7.7	<b>APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>100</b>
<b>8</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>103</b>
8.1	<b>ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>103</b>
8.2	<b>ANEXO B – ARTIGO “SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO E EVIDÊNCIAS DE SUA VALIDADE” .....</b>	<b>107</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

A princípio, o enfoque dado à qualidade dos serviços de saúde era puramente técnico, envolvendo auditorias médicas, análise de custos e a avaliação da eficácia e segurança da tecnologia médica (1). No entanto, com o passar dos anos, esse enfoque se tornou mais abrangente em vista de que passou a tentar satisfazer as necessidades, interesses e demandas de três grupos: os prestadores de serviços de saúde, os que gerenciam tais serviços e os que o utilizam. Cada um desses atores possuem interesses e opiniões próprias sobre a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, o que deve ser levado em consideração (2).

Mezomo (3) ressalta que a qualidade é diversamente conceituada. O autor destaca, porém, que há uma certa convergência entre as definições propostas enquanto revelam a importância da satisfação do usuário. Para Starfield (4) o termo qualidade

tem sido usado em um sentido amplo para refletir (...) a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde, a segurança e aparência agradável das unidades de saúde em que os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos (como nos laboratórios) que contribuem para a prestação dos serviços.

Avedis Donabedian (5) teve grande contribuição para que os pacientes fossem incorporados na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade de serviços de saúde. Para ele a avaliação do médico, da comunidade e a satisfação de usuários comporiam os elementos da avaliação da qualidade em saúde (6).

Esse autor foi responsável por ampliar a discussão acerca do conceito de qualidade ao cunhar “Os Sete Pilares da Qualidade” (5). São eles:

- Eficácia: características dos serviços que possibilitam melhores resultados de saúde para os pacientes;

- Efetividade: alcance de uma melhoria de saúde condizente com os níveis preconizados por pesquisas na área;
- Eficiência: capacidade de obter melhores resultados a um menor custo;
- Otimização: equilíbrio entre custo e benefício;
- Aceitabilidade: adaptação dos cuidados em saúde com os desejos, expectativas e valores do paciente e sua família;
- Legitimidade: conformidade com as preferências sociais no que diz respeito à eficácia, efetividade, eficiência e otimização;
- Equidade: cuidados de saúde e seus benefícios distribuídos igualmente na sociedade.

Além de Donabedian (5), Vuori (7) e Maxwell (8) corroboraram com a consolidação da aceitabilidade como um atributo relacionado à qualidade. Nesse sentido, a aceitabilidade apresenta o paciente como central na obtenção da qualidade de um serviço de saúde uma vez que a reconhece através do fornecimento dos serviços de acordo com as normas culturais, sociais e expectativas dos usuários e seus familiares (9).

Ao discutir os métodos de garantia da qualidade, Donabedian apresenta o tripé: estrutura, processo e resultado(10). Para o autor, “estrutura” refere-se aos recursos que são indispensáveis para a realização da assistência, estando incluídos nesta dimensão a estrutura física, os recursos materiais e humanos, um financiamento adequado e a organização institucional. O “processo” implica na sequência de eventos que ocorre entre profissionais e pacientes para que o cuidado se efetive, devendo esta sequência estar pré-estabelecida. Por fim, o “resultado” diz respeito ao produto final, às consequências na saúde do paciente ou população que podem ser mensuradas e que indicam mudança. Em síntese, Gouveia (11) avalia que na obra de Donabedian a satisfação do usuário deveria ser considerada como um resultado da qualidade para além da cura, restauração da capacidade funcional e redução do sofrimento.

Silva (12) apresenta as principais iniciativas do governo brasileiro na perspectiva da avaliação da qualidade dos sistemas de saúde apontando a criação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, em 1998, como a primeira iniciativa nacional nesse sentido com foco na perspectiva do usuário. O PNASH tinha como um de seus objetivos avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados nos hospitais públicos e privados vinculados ao Sistema Único de

Saúde (SUS). Em 2004 ele foi reestruturado para que serviços de outros níveis de atenção pudessem ser incluídos, aumentando sua abrangência. A partir desse momento ficou conhecido como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS.

Especificamente para monitorar e melhorar a qualidade da Atenção Básica, em 2011, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica (PMAQ), cujo principal objetivo consiste em “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica à Saúde” (13). O programa apresenta 4 fases: 1) Adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; e 4) recontratualização. A fase de avaliação externa contempla a aplicação de um questionário de satisfação do usuário como medida de avaliação da qualidade da atenção prestada (14). No entanto há dúvidas sobre a manutenção do PMAQ. Ao anunciar as mudanças da Portaria 1.710 de 08/07/2019, que modifica o financiamento da Atenção Básica, o Secretário de Atenção Básica do Ministério da Saúde criticou a avaliação da qualidade por meio das 1.250 perguntas do PMAQ, coletadas a cada três anos e anunciou o monitoramento de 20 indicadores a cada dois meses (15).

## 1.2 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A satisfação dos usuários de serviços de saúde ganhou relevância a partir da década de 60, na perspectiva de uma maior adesão ao tratamento (16). Neste sentido, a *satisfação do paciente* (como era denominada à época) com o atendimento prestado seria uma estratégia para alcançar melhores resultados clínicos através do comparecimento às consultas, aceitação das orientações e prescrições e uso correto dos medicamentos (17).

Nas décadas de 70 e 80 os Estados Unidos das Américas e a Europa vivenciaram importantes mudanças de caráter econômico e cultural, o que, na área da saúde, repercutiu em uma nova relação médico-paciente. Nesse novo contexto o

paciente adquiriu outros papéis, como o de usuário e consumidor possuidor de direitos e protagonista de sua saúde, ganhando destaque no movimento de avaliação da qualidade dos serviços (18). No Brasil, as pesquisas de satisfação de usuários ganharam força na segunda metade da década de 90, em compasso com a discussão da humanização da atenção, qualidade da saúde e participação social no SUS, decorrentes da redemocratização do país (19).

As pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde utilizam aportes metodológicos tanto quantitativos como qualitativos, com uma predominância de pesquisas quantitativas e o uso de questionários populacionais (20)(17). No entanto, essas pesquisas vêm sofrendo diversas críticas. Os autores apontam para a baixa teorização do construto e a falta de consenso entre os pesquisadores sobre as dimensões que caracterizam a satisfação dos usuários, assim como a diversidade metodológica e ausência de um instrumento-ouro para a sua avaliação, o que dificulta a comparabilidade dos estudos (21)(22)(23)(18).

No que diz respeito às dimensões da satisfação de usuários de serviços de saúde, uma revisão da literatura realizada por Esperdião & Trad (16) relata que a taxonomia mais aceita entre as pesquisas foi elaborada por Ware et al. (24) e possui oito dimensões: 1) comportamento interpessoal, que está relacionado à interação entre usuário e profissional de saúde no que concerne ao respeito, preocupação, amizade e cortesia; 2) qualidade técnica do cuidado; 3) acessibilidade/conveniência que avalia o tempo de espera e facilidade de acesso; 4) aspectos financeiros; 5) eficácia/resultados do cuidado; 6) continuidade do cuidado; 7) ambiente físico, referente à sinalização, equipamentos e ambiência; e 8) disponibilidade de recursos médicos, com quantidade suficiente de profissionais de saúde e insumos. Prévost et al. (25), outros autores bastante visitados para essas pesquisas, desenvolveram uma classificação mais ampla com as dimensões: relacional; organizacional; profissional; e socioeconômicas e culturais. Vaitsman & Andrade (17) apontam Parasuraman (26) como o autor que apresenta um dos métodos mais reconhecidos para avaliar serviços privados de diferentes naturezas. O método conta com cinco dimensões do atendimento – agilidade, confiabilidade, empatia, segurança e tangibilidade.

No Brasil, diversos estudos buscam evidenciar os fatores associados à satisfação dos usuários e as dimensões relacionadas a este construto. Neste contexto, de Paiva et al. (22), através de um painel de especialistas em satisfação de

usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidenciaram as dimensões mais relevantes do construto para esses atores, sendo elas: coordenação do cuidado; longitudinalidade; informação; autonomia; segurança do paciente; acesso; organização/estrutura; direitos dos pacientes; qualidade técnica/efetividade/resolutividade; orientação familiar; e orientação comunitária. Estudo qualitativo realizado com usuários da ESF por Trad et al. (27) corrobora com as dimensões supracitadas em relação ao acesso, informação e processo saúde-doença.

Em face da diversidade de dimensões apresentadas pela literatura, o estudo de Almeida, Bourliataux-Lajoinie & Martins (21) elucida quais seriam as dimensões mais importantes para a avaliação da satisfação de usuários de serviços de saúde. Nele, são apresentados os resultados de uma revisão da literatura que avalia os instrumentos validados para realizar tal medida, trazendo como conclusão que as dimensões referentes à relação paciente-profissional de saúde, ambiente físico e processos administrativos internos seriam essenciais para a avaliação desse construto.

Se há falta de consenso sobre quais dimensões devem ser avaliadas nas pesquisas de satisfação dos usuários de serviços de saúde, na teorização deste construto igualmente há grande diversidade. Esperdião & Trad (19) apontam para a polissemia e fragilidade conceitual dos estudos de satisfação dos usuários. Para elas,

No caso das avaliações de satisfação de usuários de serviços de saúde, reflete-se que, embora o termo “satisfação” esteja na ordem do dia, sendo referido em larga escala na literatura internacional, é um conceito cujos contornos se mostram vagos, reunindo realidades múltiplas e diversas.

As pesquisadoras (19) ressaltam ainda que “a grande maioria dos artigos pesquisados apresenta a crítica de que as avaliações de satisfação de usuário não são capazes de fornecer um modelo teórico razoavelmente consistente que possa dar conta de sua complexidade”. Contudo, alguns enfoques teóricos são apontados pela literatura, sendo eles derivados principalmente da psicologia social e do marketing. São quatro as teorias apontadas pela revisão da literatura realizada por elas (19).

Para a teoria da discrepância, a satisfação resulta da diferença entre as expectativas dos usuários e a percepção da experiência com o serviço de saúde. A teoria da atitude entende a satisfação como uma avaliação positiva ou negativa feita

pelo usuário sobre um determinado aspecto do serviço. Na teoria da equidade os usuários avaliam o serviço em termos de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com outros usuários. E por fim, na teoria da realização, que pode estar relacionada à realização de expectativas ou necessidades, a diferença entre o que é desejado e o que é obtido é levada em consideração para a avaliação da satisfação.

As teorias mais utilizadas nos estudos empíricos, segundo as autoras (19), são a teoria da discrepância e da atitude. A relação entre expectativa e satisfação é bastante estudada e apresenta resultados conflitantes, sendo que, por um lado, diversos autores apontam inconsistências em sua relação e, por outro lado, alguns a confirmam.

A teoria da equidade é pouco utilizada nos estudos de satisfação dos usuários, porém é bem vista pelo grupo de estudiosos do tema. A teoria da realização é a que recebe as maiores críticas por não considerar a experiência com o serviço (19).

Com frequência as pesquisas de satisfação de usuários de serviços de saúde produzem altos índices de satisfação, o que é alvo de críticas pelos pesquisadores, já que estes resultados, não raro, não condizem com a realidade da assistência prestada (16). Aos altos níveis de satisfação apontados pelas pesquisas de satisfação atribui-se o que se denomina de viés de gratidão. Segundo Bernhart, Wihardjo & Pohan (28), a baixa expectativa com o serviço, o vínculo formado entre profissional e paciente ou o fato de este ter conseguido algum tipo de atendimento eleva as taxas de satisfação dos usuários, mesmo que o serviço prestado não seja de qualidade. No Brasil, que possui um Sistema Único de Saúde universal, a gratuidade da assistência prestada é um dos fatores apontados por contribuir para o viés de gratidão (17).

Há um número crescente de pesquisas que avaliam a qualidade dos serviços de saúde na perspectiva do usuário, nacional e internacionalmente. A satisfação do usuário é, sem dúvidas, a forma mais comum de avaliar-se a qualidade dos serviços e sistemas de saúde. Contudo, a responsividade vem ganhando espaço nas pesquisas para esse fim.

### 1.3 RESPONSABILIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No ano 2000, foi publicado pela Organização Mundial da Saúde o Relatório Mundial da Saúde: “Sistemas de saúde: aprimorando a performance” (29). O documento tinha como principal objetivo discutir e trazer subsídios para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde nacionais e trazia um ranking dos 191 países signatários avaliados através de um método proposto pela organização. Segundo a diretora geral, Dra. Gro Harlem Brundtland,

avaliar o desempenho dos sistemas de saúde permite que os formuladores de políticas, profissionais da saúde e a população em geral possa interpretar a sua situação no contexto dos arranjos sociais que se estabeleceram para melhorar a saúde. Ademais, convida a refletir sobre as forças que determinam o desempenho e as medidas que poderiam melhorá-lo(29).

O fortalecimento dos sistemas de saúde seria uma forma de eliminar as desigualdades, tanto dentro quanto entre os países signatários, visando alcançar o mais alto grau de saúde possível para sua população (30).

A forma de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde proposta pelo informe compõe a análise de como os sistemas abordam as desigualdades, sua maneira de responder às expectativas legítimas da população e seu grau de respeito com a dignidade, os direitos humanos e a liberdade das pessoas. A avaliação ocorre através de um índice que engloba três metas gerais: a melhoria da saúde, a resposta às expectativas legítimas da população e a equidade das contribuições financeiras (30).

Apesar das críticas que o ranking apresentado pra OMS recebe, especialmente em relação à amostra (31), o documento introduziu no campo da avaliação em saúde o conceito de responsividade. A responsividade busca avaliar o desempenho dos sistemas de saúde em relação aos aspectos que não estão vinculados à saúde propriamente dita, reconhecendo que os sistemas existem para atender as pessoas e não deve se limitar a avaliar a satisfação do usuário apenas com a atenção médica que recebe. Dessa forma, propõe a avaliação dos aspectos não-médicos do cuidado. Ademais, apresenta o entendimento de que um método focado no relato do usuário é o mais adequado, tendo em vista que ele é o maior interessado e melhor grupo para reportar se suas expectativas legítimas estão sendo atendidas pelos serviços de saúde (32).

Na visão da responsividade, além de promover e tratar da saúde dos indivíduos, os sistemas de saúde devem respeitar sua dignidade, incentivar uma

comunicação clara entre usuários e profissionais de saúde, garantir a confidencialidade das informações pessoais dos usuários e fomentar sua participação nas decisões sobre sua saúde (17). Os elementos da responsividade foram selecionados através de revisão da literatura, da análise dos sistemas de saúde e discussão entre pesquisadores das várias áreas envolvidas nas pesquisas de saúde (33). Darby (32), ressalta que as pesquisas consultadas para desenvolverem o conceito de responsividade demonstravam que os usuários almejam respeito à sua individualidade e qualidade da atenção. Segundo de Silva et al. (33), a responsividade pode ser definida como o resultado que pode ser alcançado quando instituições de saúde e relações institucionais agem de maneira a conhecer e responder de forma adequada às expectativas universais legítimas da população.

Essas expectativas universalmente legitimadas são apresentadas em dois eixos nas pesquisas sobre responsividade: 1) respeito pelas pessoas e 2) orientação para o cliente (29). O primeiro eixo diz respeito à ética envolvida na relação dos usuários com os sistemas de saúde e é composto pelas dimensões dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. Esse eixo envolve questões mais subjetivas que dependem em maior medida do julgamento dos usuários. O segundo está relacionado às questões que estariam envolvidas com a satisfação das expectativas dos usuários, mas que não se configuram como cuidados de saúde. É composto por questões mais objetivas que demonstram como o sistema de saúde resolve questões que frequentemente são observadas pelos usuários como elementos importantes durante sua interação com os serviços. São elas: atendimento rápido, apoio social, instalações e possibilidade de escolha.

Os oito elementos propostos para compor a responsividade foram detalhados por Gostin, *et al.* (34) e são apresentados a seguir:

- 1) No elemento da *dignidade* o usuário é visto como indivíduo, sendo levados em consideração seus direitos humanos na garantia de um tratamento digno e livre de discriminações. Compõem o elemento dignidade a liberdade de ir e vir de indivíduos com doenças contagiosas, o tratamento respeitoso pela equipe de saúde, o direito de fazer perguntas durante seu tratamento e a privacidade em exames e consultas.
- 2) A *autonomia* diz respeito à liberdade do usuário para tomar decisões sobre sua saúde. Dessa forma, quatro direitos são apontados. São eles: o direito

de receber informações sobre seu estado de saúde/sobre sua doença e as alternativas de tratamento, o que serve de subsídio para uma escolha consciente; o direito de ser consultado sobre seu tratamento; o direito ao consentimento informado no caso de testes ou tratamento; e o direito do paciente que goza de plenas faculdades mentais de recusar o tratamento proposto.

- 3) A premissa de que o bem-estar do paciente deve ser a principal preocupação do profissional de saúde baliza o elemento *confidencialidade*. A confidencialidade envolve atender o usuário de tal maneira que sua privacidade seja preservada e manter o sigilo de suas informações pessoais e relacionadas a sua doença, exceto nas situações em que é necessário que ela seja acessada por outros profissionais de saúde para seu tratamento ou quando sua divulgação é explicitamente consentida pelo usuário.
- 4) *Atenção pertinente* envolve dois aspectos. O primeiro é o acesso, ressaltando-se a importância de que o usuário consiga atendimento rápido em unidades de saúde que sejam geograficamente próximas a ele. Isso implicaria, para além de melhores resultados de saúde, na manutenção do bem-estar físico dos indivíduos. Em segundo lugar, está um tempo de espera reduzido para consultas, tratamentos e operações. Para atender esses quesitos três características são apontadas: a) os usuários devem receber atendimento rápido em emergências; b) usuários devem receber atendimento em um tempo razoável em situações não emergenciais, e as listas de espera para cirurgias não devem ser muito longas; e c) o tempo de espera para atendimento nas unidades de saúde não deve ser longo.
- 5) *Instalações físicas adequadas* se relaciona com a provisão de uma estrutura física e ambiente propícios aos cuidados de saúde. Fazem parte desse elemento um entorno livre de entulhos e sujeira, procedimentos adequados de limpeza e manutenção das edificações, mobília adequada, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupa de cama limpas e comida saudável e segura.

- 6) A *escolha* pelo profissional de saúde diz respeito à escolha dentro da mesma unidade de saúde ou entre elas, incluindo a possibilidade de acessar especialistas e obter uma segunda opinião.
- 7) *Apoio social* inclui visitas regulares de amigos e familiares, o provimento de comida por eles, quando o hospital não oferece esse serviço, e a liberdade para realizar práticas religiosas que não comprometam o funcionamento do hospital ou prejudiquem outros usuários.
- 8) *Comunicação* implica que o profissional de saúde deve ouvir o usuário atentamente, tirar suas dúvidas sobre procedimentos, tratamentos e prescrições e comunicar-se de forma clara para que o usuário entenda suas recomendações.

Entre as oito dimensões da responsividade citadas, duas não se aplicam a serviços da Atenção Básica tais como as Unidades Básicas de Saúde. O *apoio social* se refere ao acesso à família e amigos para pessoas que se encontram em situação de internação ou isolamento. Já a *escolha* se reporta à possibilidade de escolher o serviço ou profissional de referência, o que vai de encontro com a forma de organização da Atenção Básica no Brasil.

Ao avaliar-se a responsividade dois aspectos são levados em consideração. O primeiro é o que acontece quando o usuário interage com o serviço. Esse aspecto busca revelar as ações, comportamentos ou eventos do sistema de saúde. O segundo é a percepção do indivíduo frente a tais acontecimentos. Dessa forma busca-se medir a avaliação das pessoas a partir de sua percepção do que acontece quando entra em contato com os serviços de saúde (32).

As pesquisas de responsividade privilegiam o primeiro aspecto em relação ao segundo, visando à diminuição da subjetividade característica das pesquisas de satisfação (35). Buscar acessar o que acontece quando o usuário interage com o serviço de saúde seria uma forma de alcançar a avaliação da capacidade de resposta às expectativas legítimas da população. Em contrapartida, a valorização da avaliação da percepção dos usuários frente a essa interação demonstra sua satisfação, o que é importante para que gestores avaliem possíveis discrepâncias entre os dois aspectos.

#### 1.4 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO X RESPONSABILIDADE DO SERVIÇO

Tradicionalmente, as pesquisas de satisfação dos usuários questionam diretamente o nível de satisfação dos indivíduos para as diversas dimensões da satisfação, incluindo desde aspectos como a capacidade técnica dos profissionais da saúde, passando pela adequação das instalações físicas até o nível geral de satisfação com o atendimento prestado (16). Uma pergunta nesse modelo de pesquisa poderia ser: “qual é o seu nível de satisfação com o atendimento que recebeu hoje?”.

Outra forma mais recente de acessar a satisfação dos usuários é através da avaliação indireta de aspectos do serviço, com grande amplitude de elementos pesquisados. Um exemplo de pergunta nessa perspectiva seria: “como você avalia a limpeza dos banheiros?” As alternativas para este exemplo poderiam ser: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim. Buscar o nível de concordância dos usuários é uma variação na avaliação da satisfação indireta. Dessa forma, a pergunta anterior poderia ser reformulada como uma afirmação, da seguinte maneira: “O banheiro estava limpo hoje”. Em seguida seria solicitado ao usuário que escolhesse uma entre as opções: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente. Ambas as formas de pesquisas de satisfação (com abordagens direta ou indireta) apresentam o chamado viés de gratidão, quando os usuários têm uma menor capacidade de julgamento devido ao sentimento de gratidão que possuem por receber algum tipo de cuidado, mesmo quando o serviço não atende a quesitos básicos (16).

A responsividade surge na perspectiva de contrapor as pesquisas de satisfação no que se refere a resultados que não condizem com o serviço prestado influenciadas pelo viés de gratidão. Para isso propõe a formulação de perguntas com a capacidade de reduzir a subjetividade encontrada nas pesquisas de satisfação e seleciona um rol de fatores universalmente legítimos para que sistemas de saúde sejam de qualidade e atendam aos direitos humanos de seus usuários. Esses fatores estão ligados aos aspectos não-médicos do cuidado (17).

Uma pergunta para esse tipo de pesquisa poderia ser: “quanto tempo levou para você ser atendido hoje?”. Esse tipo de questão resulta em respostas objetivas, informando quantas horas, ou minutos, levou até ser atendido.

Através das informações coletadas pelos usuários poderia ser avaliado se os serviços estão atendendo a parâmetros mínimos referentes às expectativas legítimas da população. As principais diferenças entre satisfação dos usuários e responsividade de sistemas de saúde são destacadas a seguir (32):

1) A responsividade foi cunhada para avaliar os sistemas de saúde como um todo. Apesar de, em menor escala, ser utilizada para avaliar serviços de saúde específicos, visa, primordialmente, uma avaliação sistêmica a fim de permitir a comparação entre países. Em contrapartida, a satisfação de usuários é utilizada principalmente na escala local para a avaliação de serviços específicos.

2) A abordagem para cada um dos conceitos se difere na medida em que a responsividade busca uma resposta mais objetiva avaliando o que acontece quando o usuário e o serviço de saúde interagem no que diz respeito às expectativas legítimas da população, enquanto a satisfação, por meio de perguntas diretas ou indiretas, observa uma complexa interação entre necessidades percebidas, expectativas determinadas individualmente e experiência de cuidado.

3) A responsividade restringe sua avaliação aos aspectos não-médicos do cuidado enquanto a satisfação costuma englobar diversos aspectos relacionados aos serviços e cuidados em saúde, o que engloba aspectos médicos e não-médicos do cuidado.

Alguns autores definem responsividade como uma combinação de satisfação do paciente com o modo como o sistema age (36), sendo o termo satisfação na perspectiva do usuário encontrado na literatura (37). Segundo Vaitzman & Andrade (17), a responsividade surgiu como uma alternativa ao conceito de satisfação para se referir aos elementos não médicos do cuidado.

Em conclusão, a responsividade é um conceito que tenta englobar a satisfação do usuário em uma abordagem indireta, que seria menos subjetiva, e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, sendo esta especificamente a parte que se presta a saber o que acontece quando o usuário entra em contato com o serviço de saúde. Dessa forma a satisfação do usuário estaria embutida no conceito de responsividade, porém de forma segmentada e direcionada, uma vez que a avaliação da satisfação do usuário através de perguntas indiretas sobre os aspectos não-médicos do cuidado configuraria a satisfação na perspectiva da responsividade.

## 1.5 SISTEMAS DE SAÚDE E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema de Saúde brasileiro é organizado em três níveis de atenção: Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar. Cada um dos níveis apresenta certas características e responsabilidades dentro do cuidado de saúde, sem que exista uma ordem hierárquica entre eles (38).

Nessa visão horizontal dos sistemas de saúde, que devem trabalhar em rede, a Atenção Básica desempenha o papel de porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, por se encontrar mais próxima de seu local de moradia e possuir menor densidade tecnológica, o que em nada diminui sua capacidade de resolutividade. Na realidade, espera-se que a Atenção Básica (AB) seja capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população (4). Entre suas responsabilidades encontram-se a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação; e a coordenação do cuidado encaminhando e acompanhando o usuário em seu percurso pela rede de atenção à saúde de acordo com suas necessidades (39).

O modelo preferencial de ordenação da AB no Brasil, desde 2006, é através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem como base a adscrição do território, responsabilidade sanitária e acompanhamento longitudinal das famílias que residem em seu território de abrangência por uma equipe de saúde composta por médico da família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, os agentes de endemias passaram a poder compor as equipes de ESF (39). Ainda, compõem a AB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que são equipes multiprofissionais que têm como objetivo aumentar o escopo de atuação da ESF, formadas pelas categorias profissionais selecionadas pelos gestores locais a partir da demanda do território e as equipes de saúde bucal.

Apesar de ser o modelo preferencial e sua superioridade em relação ao modelo tradicional ter sido evidenciada por diversos estudos, no Brasil o cenário atual é de uma mescla entre o modelo tradicional, sem uma equipe de referência e numa lógica de demanda espontânea, e a ESF (40).

### 1.5.1 Atenção à Saúde No Distrito Federal

Avaliação da gestão da saúde no Distrito Federal entre os anos 1960 e 2008, realizada por Göttems et al. (41), mostra um cenário de investimentos maciços de recursos financeiros e políticos na construção de hospitais, concomitante com a descontinuidade e desarticulação da AB com a rede de serviços de média e alta complexidades. A oferta de capacitação profissional para a AB no período estudado foi apontada como reduzida.

Ainda, segundo essas autoras, a opção realizada pela gestão da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) no que diz respeito à organização da rede de serviços trilhou caminhos tradicionais, tais como: investimento nos hospitais como *locus* central do sistema de saúde; centralização da gestão financeira e de recursos humanos; uso de tecnologia de ponta; reforço na residência médica centrada na especialidade em detrimento dos demais profissionais. Nesse contexto, a AB foi tomada como coadjuvante ao atendimento hospitalar, tendo como objetivo “desafogá-lo” (41).

Nesse cenário, em 2016, a SES-DF promoveu estudo sobre a AB que evidenciou sinais que a organização e funcionamento dos serviços e o modelo de gestão assistencial do DF não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população brasileira. Entre estes sinais, apontados pelo estudo, estão: o modelo assistencial voltado para condições agudas, o desabastecimento dos serviços de insumos e medicamentos, a falta de manutenção de equipamentos, a fragmentação e falta de interoperabilidade dos sistemas de informação, a AB sem retaguarda de especialidades médicas e desconectada da atenção hospitalar e forte iniquidade entre as regiões de saúde do DF em relação ao acesso aos serviços de saúde (42).

Esse documento destaca que a ESF é insuficiente em todas as regiões, a atenção especializada, equipamentos e recursos diagnósticos estão concentrados nas regiões mais centrais e que há uma distribuição irregular dos profissionais de saúde. Com base nesse cenário, o documento apresenta um conjunto de ações previstas para serem implantadas até o ano de 2018 com vistas a sanar as

dificuldades apontadas. A principal medida proposta é a expansão da ESF e previsão de uma cobertura de pelo menos 75% da população com esse modelo em 2018.

A implantação da ESF, no Distrito Federal (DF), ocorreu em 1997, e, ao contrário do movimento de expansão observado no resto do País, ao longo da sua história caracteriza-se pela descontinuidade e pela pouca cobertura populacional. Em 2017, através da publicação da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 (43), foi realizada a conversão de todas as UBS do DF para o modelo da ESF. Este processo foi recentemente descrito por Corrêa *et al.* (44).

## 1.6 ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS

A avaliação de comportamentos humanos é um campo importante da psicologia. Tem por objetivo produzir hipóteses ou um diagnóstico de indivíduos e grupos sobre sua inteligência, personalidade ou atitudes, entre outros. Frequentemente, testes são utilizados para compor a avaliação psicológica, sendo o campo da psicologia que se destina a desenvolver e demonstrar evidências de validade de testes chamado de psicometria. Há registro do uso de testes na China em 3.000 A.C., porém, foi na França, no final do século XIX, que a testagem psicológica clássica teve início (45). Junto com ela nasceu a preocupação de demonstrar se os testes realmente avaliam o que se propõem e se são confiáveis (46).

Fancis Galton foi o pioneiro nos métodos de escala de avaliação e de questionário, assim como na preocupação com a necessidade de padronização dos testes. Karl Pearson, dando continuidade aos trabalhos de Galton, contribuiu com os conceitos de coeficiente de correlação, correlação parcial e múltipla, análise fatorial e início de estatísticas multivariadas, o que caracterizou o início da psicometria clássica (47). O teste psicológico, na definição de Hutz, Bandeira & Marcelli (46) é:

um instrumento que avalia (mede ou faz uma estimativa) construtos (também chamados de variáveis latentes) que não podem ser observados diretamente. Exemplos desses construtos seriam altruísmo, inteligência, extroversão, otimismo, ansiedade, entre muitos outros.

Outra definição mais precisa é dada por Urbina (2014, p.2, apud Hutz et al., 2015) (46). Ela define o teste psicológico como um “procedimento sistemático para coletar amostras de comportamentos relevantes para o funcionamento cognitivo, afetivo ou interpessoal e para pontuar e avaliar essas amostras de acordo com normas”.

Os testes psicológicos, tais como os conhecemos, e que incluem a valorização de demonstrações de sua validade e fidedignidade, surgiram para auxiliar psicólogos no diagnóstico e tratamento de incapacidades e transtornos mentais. Contudo, ao longo do tempo, outras áreas do conhecimento passaram a se apropriar desses instrumentos para as mais diversas finalidades. Assim, testes de proficiência em língua estrangeira são solicitados como requisito de certas vagas de emprego, testes de qualidade de vida são utilizados na avaliação de pessoas com doenças crônicas e questionários de satisfação são aplicados a consumidores e usuários de todas as sortes, desde usuários de *shoppings centers* a usuários de serviços de saúde.

Para garantir-se que qualquer dos testes ou questionários acima citados meçam o que se propõem a medir e sejam confiáveis, a área da psicometria aponta para uma série de procedimentos que devem ser realizados. Esses procedimentos passam por critérios específicos para a elaboração do teste e demonstração de evidências de sua validade e fidedignidade.

Pasquali (48) e Hogan (49) apresentam recomendações de elaboração de testes psicológicos. Para ambas metodologias, pode-se destacar três momentos distintos para a elaboração de testes: 1) Procedimentos teóricos referentes a elaboração dos itens; 2) Procedimentos empíricos com a aplicação do teste a uma amostra representativa da população alvo; e 3) Procedimentos analíticos que propõem a análise dos dados empíricos coletados através de métodos estatísticos apropriados que demonstrarão a adequação do teste frente ao que era almejado na sua elaboração.

### **1.6.1 Elaboração de instrumentos psicológicos segundo Hogan**

Hogan (49), no capítulo “Construção de Testes e Análise de itens”, apresenta as recomendações para a elaboração de testes psicológicos. Para ele as principais

etapas da elaboração de um teste consistem, primeiramente, na definição do objeto do teste; em segundo lugar, na avaliação de questões preliminares de modelagem; em terceiro, na preparação dos itens; em quarto, na análise de itens; em quinto, na padronização e utilização de programas auxiliares de pesquisa; e, por último, na preparação e publicação do material final.

A elaboração de um teste se inicia, segundo o autor, com a caracterização do propósito do teste, através do delineamento das características a serem mensuradas e do público alvo que se deseja acessar. Salaria a importância, após essa primeira definição e antes de iniciar a construção de um novo teste, de que o pesquisador faça uma busca minuciosa de testes já existentes que possam ser apropriados para a finalidade que se almeja. Apenas em caso negativo deve-se dar seguimento na elaboração de um novo teste.

A etapa seguinte consiste nas considerações preliminares de modelagem do teste. Neste momento deve-se definir questões relacionadas ao formato do questionário essenciais para a definição da quantidade e tipo de itens a serem formulados. As seguintes questões de modelagem devem ser consideradas:

- O tipo de aplicação do teste, se individual ou por meio de entrevistadores, por exemplo;
- O tempo desejado de duração do teste;
- O formato dos itens, se de múltipla escolha, verdadeiro ou falso, questões abertas ou uma escala;
- O número de interpretações (scores) que se pretende atingir com a aplicação do teste;
- O tipo de relatório ou resposta que se deseja apresentar como resultado final;
- O tempo e dedicação que será necessário gastar com o treinamento dos entrevistadores;
- A necessidade de apoio especializado através da consulta da literatura sobre o tema estudado ou discussão com especialistas.

A partir dessas prerrogativas segue-se para a preparação dos itens, que consiste na sua efetiva elaboração.

O primeiro ponto abordado pelo autor nessa etapa é conhecer as partes que compõem um item. Segundo ele o item é composto por quatro partes, a saber: 1) *estímulo* ao qual o examinando responde; 2) *formato de resposta* ou método; 3)

*condições* que determinam como se responde ao estímulo; e 4) *procedimentos de correção* das respostas.

O *estímulo* é o enunciado do item, ou seja, a tarefa proposta para o entrevistado. O *formato de resposta* inclui a questão ser aberta (quando o respondente constrói uma resposta do zero) ou de múltipla escolha (quando as opções são dadas pelo teste). *Condições* que determinam a resposta incidem sobre o fato de existir ou não um tempo-limite para a execução do teste, o aplicador do teste poder buscar ambiguidade nas respostas dadas e o procedimento de registro das respostas (cartão de respostas ou caderno de testes, por exemplo). O último componente do item, que são os *procedimentos de correção*, devem ser bem especificados e compreendidos para que o resultado obtido através do teste seja válido.

Então, segue-se para o levantamento dos tipos de itens que serão utilizados no teste. Nesse sentido o autor agrupa os formatos de itens de acordo com os tipos de respostas almejadas, seja selecionadas seja construídas. As respostas selecionadas apresentam ao examinado de duas a um pequeno número de opções, entre as quais ele deve eleger sua resposta. Esse tipo de item é o mais utilizado nos testes de habilidade e de proficiência, também sendo bastante empregados nos testes de personalidade, de interesses e de atitudes. Para as medidas de atitude a escala Likert de cinco pontos é o formato mais utilizado, segundo o autor. A correção desses tipos de itens pode se dar como certo ou errado no caso de testes de habilidade e proficiência e de diversas maneiras, por exemplo, conferindo conceito de certo ou errado ou escalonando as respostas, nos casos de testes de personalidade, de interesse e de atitude.

Para as respostas construídas, que são aquelas em que o examinado deve construir uma resposta do zero sem que sejam dadas opções, o tipo mais comum de item são as questões abertas, sendo os testes de inteligência aplicados individualmente os que mais utilizam esse tipo de abordagem. Existem diversas formas de correção para esse tipo de item, como a holística, analítica, das características primárias e sistema de pontos, que não serão aprofundadas neste trabalho.

Em relação aos quesitos necessários para a elaboração dos itens de múltipla escolha são recomendadas as diretrizes formuladas por Haladyna (50). A Tabela 1 apresenta tais recomendações. Para estabelecer a quantidade de itens que devem

ser elaborados para um teste, Hogan (49) afirma ser uma regra empírica bastante comum preparar um número duas a três vezes maior de itens do que o necessário para o teste final. O último passo para a construção dos itens passa pela recomendação de que sejam realizados diversos tipos de revisão, a fim de conferir a eles maior clareza, correção gramatical e conformidade com as regras de criação de itens apontadas por Haladyna (50).

## Tabela 1 - Diretrizes para a elaboração de questões de múltipla escolha segundo Haladyna, 1999.

---

### **Em Relação ao Conteúdo**

1. Baseie cada item especificamente em um determinado conteúdo ou comportamento mental.
2. Mantenha os conteúdos específicos dos itens independentes dos outros.
3. Evite tanto os conteúdos excessivamente específicos quanto os que se baseiam demasiado em conhecimentos gerais
4. Em cada item, concentre-se em um único comportamento, e não em uma cadeia deles.
5. Evite itens cuja resposta se baseie na opinião do examinando.

### **Em Relação à Formatação**

7. Evite questões muito complexas de múltipla escolha, bem como questões cuja resposta seja "Verdadeiro" ou "Falso".
8. Formate os itens verticalmente, e não horizontalmente.

### **Em Relação ao Estilo**

9. Edite e faça a prova de todos os itens.
10. Mantenha o vocabulário simples para os estudantes que estarão sendo testados.
11. Atente para o uso correto da sintaxe, da gramática, da pontuação e das letras maiúsculas e minúsculas.
12. Reduza ao mínimo o montante do que se tem que ler em cada questão.

### **Elaboração do Enunciado**

13. Comece o item por um enunciado ou por uma sentença parcial.
14. Certifique-se de que as orientações do enunciado estejam bem claras.
15. Faça com que a ideia central da questão apareça em seu enunciado, e não nas opções.
16. Não seja rebuscado (evite a verbosidade).
17. Escreva o enunciado de maneira positiva, evitando termos negativos como NÃO e EXCETO.

### **Elaboração das opções**

18. Utilize tantas opções quanto possível; quanto ao enunciado, três frases parecem ser um limite natural.
19. Certifique-se de que apenas uma das opções contém a resposta certa.
20. Varie a localização da resposta certa.
21. Apresente as opções em ordem lógica ou numérica.
22. Faça com que as escolhas sejam independentes entre si, evitando que elas se sobreponham.
23. Faça com que as opções sejam homogêneas quanto ao conteúdo.
24. Faça com que as opções sejam aproximadamente do mesmo tamanho.
25. Evite usar expressões como "nenhuma das alternativas acima". "todas as alternativas acima" ou "não sei".
26. Enuncie as opções em termos positivos, evitando termos negativos como NÃO.
27. Evite dar pistas da resposta correta, tal como empregar:
  - a. Determinantes específicos, tais como sempre, nunca, completamente e absolutamente.
  - b. Associações óbvias, ou opções que sejam idênticas ou semelhantes a palavras contidas no enunciado.
  - c. Inconsistências gramaticais que dão ao examinando pistas para achar a resposta certa.
  - d. Uma opção correta muito chamativa.
  - e. Opções de duas ou três respostas que deem pistas ao examinando para respostas corretas.
  - f. Opções gritantemente absurdas ou ridículas.
28. Faça com que todos os distratores sejam plausíveis.
29. Nos distratores, utilize erros que os estudantes costumam cometer.
30. Evite comichidade nas opções.

---

Fonte: Hogan, 2006.(49)

A quarta etapa da elaboração do teste, referente à análise dos itens, consiste na experimentação dos itens, análise estatística e seleção. A experimentação dos itens ocorre através da sua pré-testagem. Hogan (49) sugere que seja realizada inicialmente uma pré-testagem informal, com uns poucos sujeitos (5 a 10) semelhantes à população para a qual o teste é destinado. Usualmente é solicitado que os participantes do pré-teste informal façam comentários sobre os itens ou “pensem em voz alta” enquanto o respondem. O autor afirma que essa abordagem “auxilia o construtor do teste a identificar enunciados ambíguos, interpretações inesperadas de um item, confusões sobre as maneiras de responder à pergunta e outros problemas do gênero”. As análises estatísticas são utilizadas para avaliar a dificuldade dos itens, a capacidade de discriminação deles e sua validade, por exemplo. Para a seleção dos itens que serão incluídos no teste final, entre todos os que foram elaborados e avaliados, Hogan (49) levanta alguns pontos que devem ser considerados, a saber: a quantidade de itens do teste deve se basear no número de escores que pretendem ser informados; a facilidade do item deve ser observada; e os itens devem possuir altos índices de discriminação.

A padronização e utilização de programas auxiliares de pesquisa é a quinta etapa proposta e tem como objetivo a determinação das normas do teste e apresentação de evidências de sua validade e fidedignidade. Para que o resultado do teste seja reproduzível é imperativo que as circunstâncias de aplicação sejam semelhantes às presentes no processo de análise empírica. Dessa forma, as instruções, número de itens e limite de tempo, por exemplo, devem ser mantidos.

Segundo Hogan (49), o último passo no processo de criação de um teste é a sua publicação. Essa etapa final consiste na publicação do material necessário para a aplicação e avaliação do teste. São eles: o caderno de teste, ou outro documento/imagem necessário para sua execução, e as orientações para a aplicação e interpretação do teste.

## 1.6.2 Elaboração de instrumentos psicológicos segundo Pasquali

Pasquali (48) propõe três momentos distintos para a elaboração e validação de questionários de medidas psicológicas, sendo eles, os procedimentos teóricos, experimentais e analíticos. A Figura 1 demonstra de forma pormenorizada as etapas preconizadas pelo autor. Os procedimentos teóricos consistem na elaboração do instrumento de medida em si. Eles podem ser divididos em seis passos, a saber:

Fonte: Pasquali, 2010 (48)

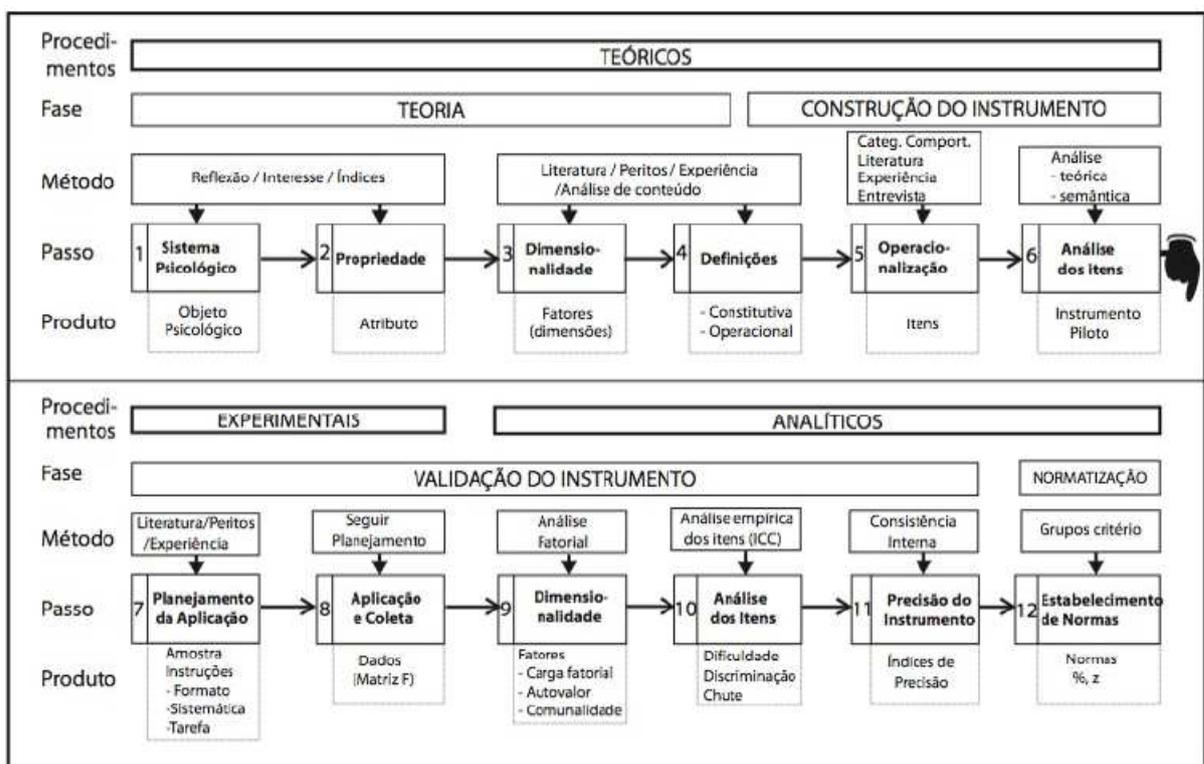


Figura 1 – Etapas da elaboração e demonstração de validade de testes psicológicos, segundo Pasquali.

### 1.6.2.1 Primeiro Passo: Definição do Objeto Psicológico

O autor ressalta que o objeto psicológico normalmente não pode ser mensurado por se encontrar no campo das ideias, ser abstrato. No entanto é crucial que o pesquisador tenha bem esclarecido qual é seu objeto de pesquisa para que não se equivoque com os atributos e dimensões que irá utilizar para construir os itens de seu teste. São estes últimos que possuem características que os tornam passíveis de mensuração. No entanto, o objeto psicológico será o norte da elaboração do teste, uma vez que representa de forma ampla a motivação da investigação.

#### 1.6.2.2 Segundo Passo: Definição dos Atributos de Interesse

A segunda etapa da construção de um teste psicológico consiste em delimitar o objeto psicológico, normalmente amplo demais para se pesquisar, em seus aspectos específicos. Dentre tais aspectos estão os atributos que se deseja estudar e para os quais se quer construir um instrumento de medida.

#### 1.6.2.3 Terceiro Passo: Definição das Dimensões dos Atributos

Esse passo se atém a definir através da literatura e conhecimento do pesquisador ou especialistas no assunto se os atributos são uni ou multidimensionais. Ou seja, questiona-se se o atributo possui uma unidade semântica única ou se é uma junção de componentes distintos. No caso de ser multidimensional, as diversas dimensões que compõem o construto devem ser elencadas.

#### 1.6.2.4 Quarto Passo: Definições Constitutivas e Operacionais das Dimensões Dos Atributos

Para que os itens, ou perguntas do teste, possam ser construídos é necessário que as dimensões dos atributos sejam definidas de forma constitutiva e operacional. A definição constitutiva é realizada através de outros construtos e, portanto, ainda de forma abstrata. Já a definição operacional deve ser elaborada de forma que se possa dizer ao respondente do teste “vá lá e faça”, como exemplifica o autor. É nesse momento que o construto se aproxima da realidade concreta.

#### 1.6.2.5 Quinto Passo: A Construção dos Itens

Nessa etapa inicia-se a operacionalização do construto que se configura na construção dos itens/perguntas. Através deles será observada a expressão da representação comportamental dos construtos, ou seja, eles apresentarão as tarefas que os sujeitos deverão executar para que se possa avaliar o atributo. Para tanto são levadas em consideração as definições operacionais das dimensões dos atributos.

No que diz respeito à elaboração dos itens que comporão o teste psicológico deve-se estar atento para o cumprimento das seguintes regras:

- 1) Critério comportamental: o item tem que caracterizar um comportamento; deve ser factível;
- 2) Critério de objetividade ou de desejabilidade: não se deve incluir conceitos abstratos; os itens devem ter o conceito de “certo” ou “errado”;
- 3) Critério da simplicidade: expressar apenas um comportamento por item;
- 4) Critério da clareza: escrever de forma que a população alvo entenda os itens;
- 5) Critério da relevância: ter certeza se o item representa o construto;
- 6) Critério da precisão: característica do item de estar de acordo com os outros itens que medem o mesmo componente;
- 7) Critério da variedade: evitar itens monótonos variando a forma da escrita;
- 8) Critério da modalidade: evitar indução das respostas, não utilizar advérbios de intensidade;
- 9) Critério da tipicidade: usar expressões relacionadas ao construto, que se aplicam ao contexto;

- 10) Critério da credibilidade: os itens devem fazer sentido para a população alvo;
- 11) Critério da amplitude: medido pela teoria de resposta ao item;
- 12) Critério do equilíbrio: distribuir as perguntas de acordo com a distribuição da população-alvo de forma que as perguntas cubram as pessoas com mais dificuldades e as que apresentam menos dificuldades tentando concentrar a maioria das perguntas próximas à média.

#### 1.6.2.6 Sexto Passo: Análise Teórica dos Itens

Ao final dos cinco primeiros passos estamos diante de um teste que, segundo o pesquisador, representa o construto que propõe medir. Contudo, para obter evidências de validade desse instrumento é relevante que outros atores sejam consultados. Para tanto é proposta a análise semântica para verificar se as perguntas do teste são inteligíveis para todas as pessoas para as quais o teste se destina e a análise de construto, que prevê a avaliação de peritos na área de interesse que se quer estudar com a elaboração do teste.

##### 1.6.2.6.1 Análise de Juízes

A análise de juízes prevê que os itens do teste sejam avaliados por peritos na área de interesse que se quer estudar com a elaboração do teste, sendo eles uma fonte confiável de habilidade e com grande potencial para julgar o processo em avaliação. Sua seleção ocorre de forma intencional, baseada na experiência e conhecimento dos especialistas sobre o tema em estudo (48). Em relação à amostragem, os autores apontam que uma variação entre 5 a 10 especialistas seria suficiente para validar um instrumento (51)(52).

Pasquali (48) propõe a elaboração de dois documentos nessa etapa. O primeiro consiste em uma tabela com as dimensões dos atributos que serão avaliados e suas

definições operacionais e o segundo uma planilha que relaciona os itens do teste com cada uma das dimensões propostas.

O que se postula através do método é que, a partir da análise dos juízes, seja calculada a porcentagem de concordância de cada item em comparação com a opinião do pesquisador. Itens com um índice de concordância superior a 80% são considerados adequados. Os que tiverem menores níveis de concordância devem ser revistos ou excluídos do teste. Segundo Pasquali (48) a análise de juízes é uma forma de validação de construto.

#### *1.6.2.6.2 Análise Semântica*

A análise semântica visa verificar se as perguntas do teste são inteligíveis para todas as pessoas para as quais o teste se destina. Durante a análise semântica deve-se ter em mente dois pontos cruciais: o primeiro é que as pessoas com menor escolaridade entendam as perguntas do questionário e o segundo é que as pessoas com maior escolaridade não desacreditem do questionário por ele apresentar perguntas muito fáceis ou sem relevância para este público.

Existem duas formas mais comumente aceitas, segundo o autor, para a realização dessa análise. Uma consiste em aplicar o questionário para cerca de trinta pessoas e após a aplicação perguntar quais foram suas percepções e dificuldades para que possam ser feitas adaptações no instrumento. Porém, Pasquali (48) afirma que, a forma que tem mostrado melhores resultados consiste em realizar grupos de 3 a 4 pessoas para os quais o pesquisador apresenta as perguntas do questionário e os participantes reproduzem o que entenderam de cada questão. Desta forma, quando há discordâncias entre o que o pesquisador queria saber e o que as pessoas entenderam da pergunta, esta deverá ser reformulada. Três a cinco rodadas como essa seriam suficientes para que houvesse um consenso entre as questões. Questões que mantivessem pontos de confusão após a realização dos grupos deveriam ser excluídas.

## 1.7 DEMONSTRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO PSICOLÓGICO

Após os procedimentos teóricos de formulação do teste, para que seja possível realizar as análises necessárias à demonstração de evidências de sua validade, deve ser realizada a etapa experimental que consiste na aplicação do instrumento na população a qual se destina (48). Além de garantir que o questionário seja aplicado a seu público-alvo há a preocupação de que o tamanho da amostra seja adequado para que os resultados dos testes analíticos sejam confiáveis (49).

Alguns autores ressaltam que em determinadas condições, como cargas fatoriais altas, um baixo número de fatores e uma quantidade considerável de variáveis, a Análise Fatorial Exploratória (AFE) pode apresentar soluções confiáveis para amostras com menos de 50 indivíduos. No entanto, admitem que, nas condições mais comuns para as quais a AFE é utilizada, uma amostra maior é requerida concluindo que uma amostra mínima de 50 indivíduos pode ser considerada adequada, sendo que amostras maiores, com mais de 100 indivíduos, podem apresentar melhores resultados na maioria dos casos (53). Comrey & Lee (54) classificam a amostra da seguinte maneira: amostras de 50 indivíduos como muito inferiores; de 100, como inferiores; de 200, como razoáveis; de 300, como boas; de 500, como muito boas; e de 1.000 ou mais, como excelentes.

Para Pasquali (48), a seguinte regra geral pode ser levada em consideração na escolha do tamanho da amostra para a fase empírica: se o pesquisador tem bastante segurança sobre a quantidade de fatores que o instrumento mede, pode-se calcular 100 indivíduos por fator. Por outro lado, se há dúvidas sobre o número de fatores do teste, um cálculo de 10 indivíduos por item seria adequado.

A etapa de procedimentos analíticos, que consiste na aplicação de métodos estatísticos à amostra, tem como objetivo apresentar duas características fundamentais, que são a validade e a fidedignidade. Apenas com essas demonstrações os testes podem ser considerados legítimos e confiáveis. A validade de um instrumento se dá quando ele é capaz de medir aquilo que se propõe a medir, enquanto a fidedignidade é a sua capacidade de apresentar medidas fiéis à realidade de forma consistente (55).

### 1.7.1 Fidedignidade de um teste

A fidedignidade trata da consistência da medida, sem se importar exatamente com o que está sendo de fato medido. Para a psicometria segundo Hogan (49), um teste fidedigno é aquele que

consistentemente fornece escores iguais ou semelhantes para um mesmo indivíduo. O escore pode ser replicado pelo menos dentro de uma margem de erro. Pode-se então confiar no fato de que um teste que apresenta essa qualidade fornecerá aproximadamente o mesmo escore para um dado indivíduo (49).

Fidedignidade e validade são conceitos distintos, porém se relacionam na medida em que a fidedignidade pode ser considerada como um requisito para a validade. Ou seja, um teste pode apresentar uma consistência interna considerável e ser reproduzível, porém não medir o que se espera que meça, não sendo válido. Em contrapartida, não há como demonstrar a validade de um teste se ele medir o que se propõe, mas não apresentar uma consistência interna tal que se possa afirmar que mede um mesmo construto e é replicável. Portanto, pode-se afirmar que um teste pode ser fidedigno sem ser válido, porém não pode ser válido sem ser fidedigno (49).

Quando se fala na reprodutibilidade do teste para atestar sua fidedignidade levam-se em consideração os erros não-sistemáticos, que são aqueles cujas condições poderiam conduzir a uma mensuração abaixo do que é perfeitamente confiável. A fidedignidade indica a consistência interna do teste, ou seja, quanto menos variabilidade um mesmo item produz, menos erros ele provoca, indicando assim a precisão do teste (56). Entre as fontes de não-fidedignidade consideradas como não-sistemáticas estão a correção do teste quando é feita por mais de uma pessoa, o conteúdo do teste quando ele possui mais de uma versão, as condições de aplicação do teste que devem ser semelhantes nos diversos momentos e condições pessoais temporárias do respondente que podem influenciar no resultado. Dessa forma, para ser fidedigno o teste deve possuir características tais que minimize os erros não-sistemáticos (49).

Dentro da teoria clássica do teste quatro formas são apontadas para o cálculo da fidedignidade: 1) fidedignidade teste-reteste; 2) fidedignidade interavaliadores; 3) fidedignidade de forma alternada; e 4) fidedignidade de consistência interna. Todos os métodos utilizam correlações para demonstrar a fidedignidade do teste, variando apenas a fonte dos dados que são correlacionados. Hogan (49) detalha cada uma das formas da fidedignidade, que são sintetizadas a seguir.

Na fidedignidade teste-reteste aplica-se o mesmo teste aos mesmos indivíduos em dois momentos distintos. Nesse método o coeficiente de fidedignidade é dado pela correlação entre os escores do primeiro e segundo teste. A fidedignidade interavaliadores é dada através da correlação entre os escores apontados pela correção de um mesmo teste por dois avaliadores distintos. Por sua vez, na fidedignidade de formas alternadas dois testes semelhantes são aplicados aos mesmos indivíduos, sendo a correlação entre seus escores o coeficiente de fidedignidade.

A fidedignidade de consistência interna abarca diversos métodos, sendo estes os mais frequentemente utilizados nas pesquisas contemporâneas. Tais métodos buscam mensurar a característica comum de consistência interna de um teste através de correlações.

O coeficiente alfa é o método mais utilizado dentre os de consistência interna. O alfa indica até que ponto os diferentes itens que compõem o teste estão mensurando os mesmos construtos ou características e pode ser utilizado para itens com qualquer tipo de escores contínuos (48). Contudo, Laros (57) indica a utilização do coeficiente lambda 2 de Guttman ( $\lambda^2$ ) como medida da consistência interna do teste amparado pelos estudos de Sijtsma (58), que apresentam amplas evidências de que o lambda 2 de Guttman é mais adequado do que o coeficiente alfa de Cronbach, principalmente em situações que envolvam uma quantidade pequena de itens. Em relação aos valores que a fidedignidade de um teste deve apresentar, as estimativas de fidedignidade entre 0,70 a 0,80 são boas o suficiente para a maioria das pesquisas básicas, entretanto, se a decisão tomada a partir do teste afetar o futuro de uma pessoa, um nível superior a 0,95 deve ser empregado (49). O tamanho do teste (a quantidade de itens que ele possui) influi sobre sua fidedignidade. Neste sentido, testes longos apresentam maior fidedignidade (49).

### 1.7.2 Evidências de validade de um teste

Costuma-se definir validade como o grau em que um teste de fato mensura aquilo que se propõe mensurar, o que é defendido por Paquali (48). Já para Hogan (49), é impreciso referir-se à validade de um teste, propondo que se considere a “interpretação dos escores (do teste) com vistas a um propósito ou uma utilização particular”. Desse modo, recomenda que sejam demonstradas evidências de validade dos escores de um teste e julga que seria equivocado afirmar que o teste é válido, já que a validade, para o autor, é um assunto de gradação, podendo ser pequena, moderada ou considerável.

Há um consenso na literatura e que a validade é a característica isolada mais importante de um teste. Boas normas e alta fidedignidade são características importantes para um teste, porém, quando não há uma boa validade, a representatividade do teste é consideravelmente comprometida (49). Em relação aos tipos de validade que se pode buscar na elaboração de um novo teste, há um esboço tradicional, composto pelas validades de conteúdo, critério e construto, propostas por Cronbach & Meehl (59), e um esboço contemporâneo, apresentado pelos *Standards* 1999 (60), que compreende a validade de conteúdo, relações com outras variáveis, processos de resposta, estrutura interna e consequências.

A validade de conteúdo trata de demonstrar se os assuntos que constam em um teste abarcam os domínios de um conteúdo bem definido de conhecimento ou comportamento. Esse método é correntemente utilizado em testes de proficiência em educação e aplicado a candidatos a um emprego.

O aspecto central na validade de critério é a relação que se busca entre o teste em desenvolvimento e um critério externo. Esse critério pode ser um teste já validado ou a avaliação de um profissional, por exemplo, no caso de um teste que pretenda auxiliar no diagnóstico de uma doença.

A validade de construto foi a que se desenvolveu mais recentemente entre os três tipos do esboço tradicional, na década de 70, e ainda hoje é a mais utilizada. Pasquali (45) ressalta que a validade de construto é considerada a mais

fundamental por constituir “uma maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes”.

A validade de construto busca prever se um teste ou seus itens medem efetivamente um conceito teórico ou construto. Essas evidências de validade podem ser demonstradas de diversas formas, porém a análise fatorial é a mais recorrentemente utilizada e recomendada para esse tipo de análise.

### **1.7.3 Análise Fatorial**

A análise fatorial (AF) é composta por um grupo de técnicas estatísticas que auxiliam na compreensão da estrutura dos testes, o que a torna importante fonte de informação para a validade de construto (49). Laros (61) defende que ela é imprescindível para a demonstração de validade de um instrumento psicológico, sendo particularmente útil quando aplicada a escalas de personalidade, estilos de comportamento ou atitudes que possuem uma grande quantidade de itens. Dois modelos podem ser utilizados na AF. São a análise fatorial confirmatória ou exploratória.

A análise fatorial exploratória possui dois usos comuns. O primeiro diz respeito a identificar os fatores subjacentes de um construto quando o pesquisador não tem certeza das dimensões que compõem o construto que pretende medir. A segunda é reduzir os dados de forma que um grande conjunto de itens possa ser reduzido a um conjunto menor que tenham máxima variabilidade e fidedignidade.

A análise fatorial confirmatória é utilizada quando o pesquisador possui uma hipótese consideravelmente sólida baseada em estudos empíricos anteriores ou em uma literatura consolidada sobre o construto estudado. Neste caso a análise fatorial confirmatória é utilizada para a validade de construto na confirmação ou não dos fatores que presumidamente constituem o objeto de mensuração (construto).

Ao descrever os processos envolvidos na AF, Laros (61) ressalta que uma série de decisões importantes devem ser feitas para um uso adequado do método e

enumera os seguintes tópicos como aqueles que devem ser visitados durante essa análise:

- 1) a natureza e o tamanho da amostra que formará a base de dados da análise fatorial;
- 2) a adequação das distribuições das variáveis que entram numa análise fatorial;
- 3) a seleção de variáveis a serem submetidas à análise fatorial;
- 4) o uso de correlações corrigidas por atenuação ou o uso de correlações não corrigidas;
- 5) o tipo de correlações a ser utilizado;
- 6) a inclusão de variáveis marcadoras (*marker variables*) entre aquelas a ser analisadas;
- 7) o número de fatores a serem extraídos;
- 8) a utilização da análise fatorial exploratória ou da análise fatorial confirmatória;
- 9) o tipo de análise fatorial a ser utilizado para extrair os fatores;
- 10) o procedimento de rotação a ser usado a fim de direcionar os fatores;
- 11) a interpretação dos resultados da análise fatorial;
- 12) a investigação de uma solução hierárquica;
- 13) a necessidade e a forma de calcular os escores fatoriais;
- 14) a investigação da validade cruzada da solução fatorial encontrada;
- 15) a utilização de grupos no estudo de invariância da estrutura fatorial encontrada;
- 16) a seleção dos resultados mais relevantes da análise fatorial para a publicação da pesquisa.

Em síntese, esse autor aponta que, com a finalidade de oportunizar a interpretação e replicação dos resultados das análises fatoriais, o pesquisador deve oferecer informações sobre o modelo de análise fatorial utilizado; o método escolhido para a extração de fatores; o critério adotado de retenção fatores; e a justificativa da escolha para o método de rotação fatorial. Ademais, uma tabela que informe as cargas fatoriais para todas as variáveis em todos os fatores é desejável, sendo que o texto deveria informar os autovalores e a porcentagem de variância explicada por cada fator.

Antes de se iniciar a AF é desejável que alguns critérios sejam observados. Entre eles está a análise de fatorabilidade do teste que pode ser obtida através do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Esse índice está baseado nas correlações parciais entre as variáveis; dessa forma, quanto mais próximo de 1 maior a comunalidade entre as variáveis e melhor a fatorabilidade do conjunto (57). Índices acima de 0,5 são considerados aceitáveis (62).

Após a verificação da fatorabilidade da amostra deve-se decidir quantos fatores serão extraídos. Nesta etapa, identificam-se quantos fatores compõem o construto que está sendo medido com o teste. Neste contexto, métodos como o critério de Kaiser (63), *scree test* (64) e análise paralela (65) são utilizados.

A decisão sobre quantos fatores reter, segundo Hayton, Allen & Scarpello (66), é a mais importante entre as diversas decisões que se deve tomar na AF, pois a retenção de mais ou menos fatores compromete toda a estrutura do teste. A análise paralela parece ser o método mais recomendado devido ao seu bom desempenho em estudos de simulação comparativa e aplicação empírica (67). De acordo com Zwick & Velicer (68) a análise paralela é um método adequado para 92% dos casos de análises de testes.

Na análise fatorial exploratória a redução de dados, que é realizada através da extração dos fatores, é tipicamente atingida pelo uso da análise dos componentes principais, por meio da qual os fatores são estimados para explicar as covariâncias entre as variáveis observadas através das respostas obtidas pela aplicação do teste (69). Para a extração dos fatores é proposto que se utilize uma rotação, que pode ser do tipo ortogonal ou oblíqua, o que pode favorecer a interpretabilidade dos dados. A rotação dos fatores envolve mover os eixos dos fatores de modo que a natureza dos constructos subjacentes se torne mais óbvia para o pesquisador (69).

Figueiredo Filho & Silva Junior (70) apontam que as rotações ortogonais são mais fáceis de reportar e de interpretar. No entanto, o pesquisador deve assumir que os construtos são independentes, o que na prática é mais difícil de ser respeitado. As rotações oblíquas permitem que os fatores sejam correlacionados, porém são mais difíceis de descrever e interpretar. Todavia, em geral, as duas formas de rotação produzem resultados bastante semelhantes, especialmente quando o padrão de correlação entre as variáveis utilizadas é claro. Entre as

rotações do tipo ortogonal está a varimax e promax (71). A rotação varimax é a mais utilizada, contudo, a promax é mais recomendada quando os fatores são fortemente correlacionados (72).

Por fim, deve-se definir os critérios para retenção dos fatores. Nesse sentido, um valor absoluto da carga fatorial principal do item maior do que 0,30 é considerada adequado para que o item seja retido. Outro ponto que deve ser levado em consideração na retenção de itens é a proximidade de cargas fatoriais entre diferentes fatores. Recomenda-se que os itens com cargas fatoriais com diferença inferior a 0,10 em mais de um fator sejam eliminados uma vez que não é possível discriminá-los como representantes de nenhum dos fatores para o qual apresentaram carga fatorial inicialmente satisfatória ( $>0,30$ ) (73).

Pasquali (45) afirma que:

a carga fatorial de um item no fator mostra que percentual de parentesco ou de covariância existe entre o item e o fator. (...) Quanto maior for a covariância, maior é a validade do item, porque maior será a sua representatividade do fator, sendo este o traço latente e o item sua representação empírica. Esta é a validade de construto do item.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Propor um questionário com evidências de validade para avaliar a satisfação dos usuários e a responsividade de Unidades Básicas de Saúde.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o processo de elaboração de um questionário para avaliar a satisfação de usuários e responsividade de Unidades Básicas de Saúde da Região Leste do Distrito Federal.
- b) Demonstrar evidências de validade de construto de questionário para avaliar a satisfação de usuários e responsividade de Unidades Básicas de Saúde da Região Leste do Distrito Federal.



O total de habitantes da região é 278.232, o que é caracterizado como um dos menores contingentes populacionais dentre as regiões do DF (75).

A RA do Jardim Botânico se destaca das demais RAs da região, devido a seu nível socioeconômico mais elevado, sendo classificada como uma região de alta renda segundo a PDAD 2018 (76). Essa região não possui UBS. As demais regiões, que foram as que compuseram a amostra pela presença dos equipamentos-alvo da pesquisa, são consideradas de média–baixa renda para São Sebastião e baixa renda, para Itapoã e Paranoá. A Tabela 2 apresenta as UBS de cada região estudada e o número de Equipes de Saúde da Família (Eq. SF) presentes em cada um dos equipamentos à época da coleta de dados.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Região Leste do Distrito Federal por região; Equipes de Saúde da Família (eq. ESF) por UBS; e, localização das UBS, se urbana ou rural.

Região	UBS	Quantidade de eq. ESF	Localização da UBS: urbana ou rural
São Sebastião	UBS 1 - Centro	10	Urbana
	UBS 2 - Rural	1	Rural
	UBS 3 - Morro Azul	1	Urbana
	UBS 4 - Vila Nova	2	Urbana
	UBS 5 - Urbana	2	Urbana
	UBS 6 - São Francisco	1	Urbana
	UBS 7 - Bosque	1	Urbana
	UBS 8 - Vila do Boa	1	Urbana
	UBS 9 - Setor Tradicional	1	Urbana
	UBS 10 - João Candido	1	Urbana
	US 11 - Morro Da Cruz	1	Urbana
	UBS 12 - São José	1	Urbana
	UBS 13 - Vila Nova	1	Urbana
	UBS 14 - Cavas De Baixo	1	Rural
Paranoá	UBS Quadra 21	10	Urbana
	UBS Quadra 18	2	Urbana/Rural*
	UBS Quadra 02	6	Urbana
	UBS Jardim II	1	Rural
	UBS Capão seco	1	Rural
	UBS Cariru	1	Rural
	UBS Café sem troco	1	Rural
	UBS PAD-DF	1	Rural
Itapoã	UBS Quadra 378	9	Urbana
	UBS Del Lago	2	Urbana
	UBS Adm do Itapoã	3	Urbana

\* UBS localizada em área urbana, porém abrigava uma eq. ESF cuja área de abrangência era uma área rural.

### 3.3 PROCEDIMENTO TEÓRICO - ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Para a elaboração dos questionários que visam avaliar a satisfação dos usuários e responsividade de UBS, no que corresponde aos procedimentos teóricos,

foram seguidos predominantemente os 6 passos propostos por Pasquali (48), que foram complementados pelo método apresentado por Hogan (49). Os primeiros três passos propostos por Pasquali (48) consistem em definir o objeto psicológico que se pretende medir, delimitar seus atributos de interesse e definir as dimensões dos atributos de forma constitutiva e operacional.

No presente trabalho, o objeto psicológico é a qualidade dos serviços de saúde, pois, segundo a literatura consultada, satisfação de usuários e responsividade de UBS fariam parte do construto qualidade dos serviços de saúde. Ou seja, acessar a satisfação do usuário ou a responsividade do serviço seriam formas de avaliar sua qualidade.

Como visto na seção “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO”, a qualidade de serviços de saúde é um conceito complexo, multifatorial e com uma gama de definições. Entre os diversos atributos que compõem o construto *qualidade de serviços de saúde*, os que são de interesse para a construção dos questionários a que se refere esta pesquisa são a satisfação de usuários e a responsividade de serviços de saúde e, mais especificamente, das UBS.

Foi considerada a definição da satisfação do usuário como uma atitude, conforme apontam Hollanda et al. (18), quando define o usuário como sujeito que expressa suas opiniões, expectativas e o que considera justo e equânime em relação à qualidade dos serviços de saúde através de uma resposta afetiva baseada em atributos que a qualidade possui e que o sujeito é capaz de avaliar. Ambos atributos (satisfação e responsividade), segundo a literatura, são multidimensionais (21,35). Tendo como referencial teórico os aportes de Hollanda, et al. (18), Campos (37) e Andrade *et al.* (77), foram consideradas as mesmas dimensões para a satisfação dos usuários de UBS e responsividade de UBS. São elas: Atenção pertinente, em tempo hábil; Respeito à dignidade da pessoa; Instalações adequadas; Clareza de comunicação; Confidencialidade; e Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde.

Após o levantamento das dimensões dos atributos de interesse, elas foram definidas, com base na literatura existente, de forma constitutiva, ainda no campo das ideias, e operacional, de modo que se caracterizem por instruções que sirvam de subsídio para a elaboração dos itens. A Tabela 3 apresenta tais definições.

Tabela 3 - Definições constitutivas e operacionais das dimensões dos atributos *Satisfação dos usuários e Responsividade de Unidades Básicas de Saúde*.

<b>Dimensões</b>	<b>Definição constitutiva</b>	<b>Definição operacional</b>
<b>Atenção pertinente, em tempo hábil</b>	Deve haver um planejamento na construção de UBS para que ela seja acessível aos usuários, assim como o planejamento da atenção deve ser feito de forma que as demandas de saúde dos usuários sejam sanadas de forma oportuna.	Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno.  Os usuários devem conseguir cuidado rápido em emergências; O tempo de espera por consultas e tratamentos deve ser curto.
<b>Respeito à dignidade da pessoa</b>	UBS devem zelar pelo tratamento respeitoso e digno aos seus usuários.	O usuário deve ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância.  O usuário deve ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas.
<b>Instalações adequadas</b>	Ao eleger-se uma edificação para abrigar uma UBS deve-se ter em conta a adequação de suas instalações assim como a manutenção e limpeza periódica deve ser realizada.	O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir a vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, ventilação suficiente, água limpa e banheiro limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces dos Serviços de Saúde.
<b>Clareza de comunicação</b>	UBS devem incentivar uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e usuários do serviço.	O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente.  O profissional de saúde deve dispor de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.  O profissional de saúde deve fornecer explicações de modo que o usuário possa entender.
<b>Confidencialidade</b>	UBS devem manter os registros médicos dos usuários em sigilo, assim como promover uma política de respeito à privacidade dos usuários.	As consultas devem ser conduzidas de maneira que a privacidade do usuário seja protegida e garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida por ele, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.
<b>Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde</b>	UBS devem incentivar os usuários a tomarem decisões sobre sua saúde através da informação.	O usuário deve ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento depois de discutir com um profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar; poderá recusar o tratamento.  O profissional de saúde deve ter o consentimento do usuário antes de iniciar tratamento ou testes.

Fontes: Vaitsman & Andrade (17); Gostin et al. (34)

Hogan (49) reforça a importância de uma revisão da literatura após as primeiras definições sobre o instrumento que se pretende medir para que seja observado se não existe um instrumento que sirva para o objetivo pretendido. Neste sentido, foi realizada busca na literatura acerca de questionários validados que visassem avaliar a satisfação de usuários de UBS e a responsividade desses serviços.

Durante levantamento realizado nas principais bases de dados, entre janeiro e março de 2018, foram encontrados 11 trabalhos científicos (78-88) que apresentavam questionários com evidências de validade destinados a avaliar a satisfação de usuários de serviços da AB e 1 (um) (89) que apresentava questionário com evidências de validade destinado a avaliar a responsividade nesse nível de atenção. Avaliação realizada sobre os estudos levantados resultou na concepção de que eles não atendiam às necessidades do presente estudo, ora por ser destinado a um grupo específico, como o de mulheres, ora por apresentarem restritas dimensões da satisfação ou ainda, por serem centrados no atendimento médico. Boa parte dos estudos apresentava perguntas sobre o atendimento recebido nos últimos 12 meses, o que foi considerado um limitante devido a possíveis vieses de memória e mudanças na forma de organização dos serviços que se pretendia avaliar. A Tabela 4 apresenta os estudos avaliados e os motivos que fizeram com que fossem considerados inadequados para os objetivos da pesquisa. Dessa forma, optou-se por elaborar um novo questionário tendo como base a literatura existente, porém que se adequasse aos serviços estudados e preceitos teóricos almejados.

Tabela 4 - Características dos instrumentos validados levantados através de revisão da literatura e avaliação dos pesquisadores em relação à adequação com os objetivos do estudo.

Título	Ano	Local do estudo	Embasamento teórico	Motivo de inadequação com os objetivos da pesquisa
Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness	2007	41 países	Responsividade	Perguntas direcionadas aos últimos 12 meses
The development and validation of the primary care satisfaction survey for women	2004	EUA	Satisfação	Público alvo restrito (apenas mulheres)
Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde	2014	Rio de Janeiro	Satisfação do consumidor	Foco no atendimento clínico
Dimensions of service quality and satisfaction in health care: a patient's satisfaction index	2009	Portugal	Satisfação do consumidor	Focado nas questões médicas
Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento europeu para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de Manguinhos	2011	Rio de Janeiro	Satisfação	Focado nas questões médicas
The patient satisfaction questionnaire of EUprimecare project: measurement properties	2016	7 países da Europa	Satisfação	Focado nas questões médicas
The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – Development and psychometric characteristics	2008	Inglaterra	Responsividade e satisfação	Poucas perguntas direcionadas para a responsividade e satisfação focada nas questões médicas
Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México	2016	México	Satisfação	Focado no atendimento médico
Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro	2008	Rio de Janeiro	Satisfação	Dimensões restritas
Validation of a patient satisfaction scale for primary care settings	2001	Egito	Satisfação	Focado no atendimento médico
Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care	2012	Sérvia	Satisfação	Focado no atendimento médico
Development and validation of the patient evaluation scale (PES) for primary health care in Nigeria.	2017	Nigéria	Satisfação	Poucas dimensões

(78-89)

Após a confirmação de que não há um teste pré-existente que contemple as expectativas do pesquisador e antes de iniciar a elaboração dos itens do novo teste, Hogan (49) destaca a etapa de considerações preliminares de modelagem, que incluem definir o tipo de aplicação do teste, o formato dos itens e a necessidade de apoio especializado. Ficou definido que o questionário seria aplicado por

pesquisadores treinados, devido à baixa escolaridade de parte da população atendida na UBS, o que poderia dificultar e até inviabilizar a participação de um grupo específico de usuários. No intuito de ser o mais inclusivo possível e obter uma amostra representativa da população atendida pelas UBS, o preenchimento do questionário por pesquisadores foi o escolhido. Em relação ao formato dos itens, por se tratar de um questionário de atitude, foram elaborados itens de resposta construída e, mais especificamente, para as perguntas relacionadas à satisfação dos usuários, utilizando a escala Likert.

A elaboração dos itens contou com a contribuição de um grupo de pesquisa constituído de professores da Universidade de Brasília (UnB) do departamento de Saúde Coletiva, alunas mestradas do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UnB e residentes do programa de residência multiprofissional em Atenção Básica da UnB. Ademais, para a elaboração do teste, foi necessário contar com a participação de especialistas sobre os temas-base da pesquisa durante a etapa de análise teórica dos itens pela análise de juízes.

Na etapa seguinte, que consiste na elaboração efetiva dos itens que comporão o teste, foram consideradas ambas recomendações, de Pasquali (48) e Haladyna (recomendada por Hogan) (49) presentes na seção “ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS”. Para cada definição operacional foram elaborados dois ou mais itens, sendo que, necessariamente, um estava relacionado ao atributo da satisfação dos usuários e outro à responsividade das UBS.

A diferença que se fez na elaboração das perguntas sobre a satisfação dos usuários e a responsividade de UBS se deu pela abordagem, para esta pretendendo medir o que acontece quando os usuários interagem com os sistemas de saúde e para aquela buscando uma avaliação sobre os aspectos dos serviços com perguntas indiretas. As perguntas foram feitas tendo como referencial os acontecimentos relacionados ao atendimento do dia a fim de evitar vieses de memória. Levaram-se em consideração todos os possíveis motivos que poderiam resultar na busca do serviço pelo usuário.

A escala utilizada para as questões voltadas para a avaliação da satisfação dos usuários foi do tipo Likert de cinco fases (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim) e, para as questões voltadas para a avaliação da responsividade dos serviços, uma escala de três fases (sim, não e parcialmente). Foi dada a possibilidade de os

respondentes elegerem a opção “não sei/ não quis responder” e, para algumas questões, foi incluída a opção “não se aplica” por haver a possibilidade do usuário não ter observado determinadas situações propostas no teste. O apêndice A apresenta os itens elaborados a partir das definições operacionais das dimensões dos atributos.

A última etapa proposta por Pasquali (48) para a elaboração de um teste psicológico diz respeito à análise teórica dos itens que consiste nas análises semântica e de juízes. Para a análise de juízes, foram elaborados dois documentos. O primeiro consistia em uma tabela com as dimensões dos atributos avaliados e suas definições operacionais (apêndice B) e o segundo uma planilha que relacionava os itens do teste com cada uma das dimensões (apêndice C). Esses documentos foram enviados via correio eletrônico para 20 pesquisadores da área de satisfação de usuários de UBS e avaliação da responsividade de serviços de saúde. Foi solicitado a eles que, levando em consideração as informações contidas na tabela enviada, para cada item do questionário, elegessem a dimensão a qual, em sua opinião e de acordo com as definições expostas, o item se reportava marcando com um “X” a coluna correspondente. O apêndice D apresenta informações relativas aos juízes consultados para essa análise. De acordo com o método proposto, foi verificada a adequação das respostas dos juízes com as esperadas pelos autores e, quando apresentaram adequação inferior a 80%, os itens foram revisados, seguindo-se para a seguinte etapa.

A análise semântica, que visa verificar se os itens do teste são inteligíveis para as pessoas para as quais o teste se destina, foi realizada em junho de 2018, na Unidade Básica de Saúde 1 do Paranoá, no Distrito Federal. Seguiu-se o método proposto por Pasquali (48) de apresentação das perguntas do questionário a grupos compostos de 3 a 5 pessoas usuárias de UBS. Oito pessoas participaram dessa etapa. Após as referidas análises, foram incluídas no questionário questões referentes à identificação socioeconômica da população estudada, assim como ao acesso e caracterização do serviço que seriam utilizadas para responder perguntas de outras pesquisas do mesmo grupo de estudos. Finalizados os procedimentos teóricos, foi dado início ao procedimento experimental realizado através da aplicação do questionário para uma amostra representativa de usuários da totalidade de UBS da Região de Saúde Leste do DF.

### 3.4 PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL – APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

#### 3.4.1 Amostra

A amostra foi calculada com base na prevalência de 90,6% de avaliação da equipe de enfermagem como “atenciosa/respeitosa” no estudo de Hollanda et al. (18), com erro admissível de 1,2 pontos percentuais e 95% de nível de Confiança. As Regiões Administrativas foram organizadas em dois grupos, com população em torno de 100 mil habitantes - São Sebastião com população de 100.161 habitantes e Paranoá em conjunto com Itapoã com população de 116.607 habitantes (90). Justificase a agregação tanto pela questão do porte populacional como pelo fato de que os territórios de Paranoá e Itapoã são contíguos e alguns equipamentos públicos são compartilhados.

O tamanho mínimo da amostra resultou em  $N=2.225$  para cada estrato, a unidade amostral foi o usuário e a seleção ocorreu em todas as 62 Equipes de Saúde da Família (ESF) destes territórios. Em São Sebastião a amostra foi dividida entre as 23 ESF Urbanas, o que resultou em 93 usuários para cada uma delas e no Paranoá/Itapoã a estimativa foi de 65 usuários para cada uma das 31 ESF; no caso das oito ESF Rurais o número de usuários seria a metade estimada para cada região. A coleta de dados em São Sebastião ocorreu entre agosto e outubro de 2018 e em Itapoã e Paranoá, de janeiro a março de 2019.

#### 3.4.2 Aplicação Dos Questionários

Os questionários foram aplicados por pesquisadores treinados munidos de *tablets*. A inclusão do questionário nos *tablets* reduziu o tempo de preenchimento do documento e já gerou um banco de dados, o que foi considerado positivo. Em cada

UBS foram realizadas pesquisas em todos os dias da semana nos períodos da manhã e tarde. Na abordagem inicial os objetivos da pesquisa foram apresentados aos usuários e a estes foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice E), que foi critério imprescindível para o seguimento da pesquisa.

### **3.4.3 Critério De Inclusão**

O critério de inclusão foi o usuário que compareceu à UBS no dia de coleta de dados buscando qualquer tipo de atendimento independentemente de ter conseguido ou não o atendimento que o fez buscar o serviço. O questionário foi aplicado a pessoas adultas (maiores de 18 anos) levando-se em consideração os seguintes critérios de inclusão: (a) paciente adulto em condições de responder; (b) paciente adulto sem condições clínicas de responder (surdez, mudez, senilidade, AVC, deficiência mental/cognitiva) que estivesse com um acompanhante adulto com condições de responder; (c) menores de idade com acompanhante adulto com condições de responder. Nos casos (b) e (c) o acompanhante adulto respondeu ao questionário.

### **3.4.4 Aspectos Éticos**

A pesquisa integra o Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde com o apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa do DF, do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Secretaria de Saúde do DF. A

pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Fepecs DF. O estudo foi aprovado sob o parecer CAAE 88218318.6.0000.8027 (ANEXO 1).

### 3.5 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS – DEMONSTRAÇÃO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE

O software Epi Info foi utilizado para a coleta de dados por meio de *tablets*. Os dados empíricos foram analisados visando demonstrar evidências de sua validade de construto e fidedignidade. A análise fatorial exploratória foi o método escolhido para a demonstração de evidências da validade do instrumento tendo em vista que tanto satisfação dos usuários quanto responsividade de UBS são construtos que apresentam uma polissemia conceitual e o instrumento que se construiu deveria ser testado para buscar seus fatores e reduzir seus itens.

Utilizou-se o software FACTOR na sua versão 9.2 (91) para a análise da fatorabilidade da amostra e a análise paralela que apontou o número de fatores que deveriam ser extraídos. O *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22 (SPSS 22, Chicago, USA), foi utilizado para a análise fatorial que apresentou a solução encontrada a partir dos procedimentos empíricos, o coeficiente de fidedignidade dos fatores e o cálculo das estatísticas descritivas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dos 4.560 questionários preenchidos 84 (1,8%) foram eliminados por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo 20 de usuários menores de 18 anos que estavam sem acompanhante adulto; 52 acompanhantes que responderam no lugar de adulto que tinha condições de responder; e 12 pelo fato de o acompanhante não declarar a idade do acompanhado. O total de questionários válidos foi de 4.476.

Os dados sociodemográficos dos usuários que responderam aos questionários e o tipo de atendimento que procuraram nos serviços de Atenção Básica estão descritos na Tabela 5. Do total de usuários, a maioria (77,4%) é do sexo feminino, declarou-se parda (60,0%) e havia estudado até o ensino médio (48,7%). A Renda Mensal Familiar média foi de R\$ 1.729,00 (DP 1.418,00, Mediana 1.300,00 e Moda 1.000,00), e o número médio de pessoas que dependem da renda familiar foi de 3,5 (DP 1,6, Mediana 3 e Moda 3). O principal motivo de busca pelo serviço de saúde foi “consulta agendada” (24,6%) e a grande maioria (91,2%) não possuía plano de saúde.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos usuários e tipo de atendimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde incluídos no estudo. Distrito Federal, 2018-2019.

<b>Característica do usuário e/ou tipo de</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Mulher	3.465	77,4
Homem	1.006	22,5
Outro	5	0,1
Total	4.476	100,0
<b>Cor/Etnia</b>		
Amarela	163	3,6
Branca	755	16,9
Indígena	35	0,8
Parda	2.685	60,0
Preta	838	18,7
Total	4.476	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem Escolaridade	251	5,6
Ensino Fundamental	1.578	35,3
Ensino Médio	2.181	48,7
Ensino Superior	466	10,4
Total	4.476	100,0
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 24 anos	898	20,1
25 a 44 anos	1.977	44,2
45 a 59	948	21,2
≥ 60 anos	653	14,6
Total	4.476	100,0
<b>Renda Familiar</b>		
Até 01 salário mínimo	973	26,9
De 01 a 03 salários mínimos	2.166	59,8
De 03 a 05 salários mínimos	362	10,0
Mais de 05 salários mínimos	122	3,4
Total	3.623	100,0
<b>Dependência do SUS</b>		
Possui plano de saúde	360	
Total	4.453	
Possui plano odontológico	392	
Total	4.441	
<b>Motivo principal da visita à UBS</b>		
Agendamento de consulta	526	11,8
Consulta agendada	1.102	24,6
Consulta sem agendamento prévio	776	17,3
Curativo	84	1,9
Grupo Educativo	34	0,8
Nebulização	7	0,2
Pegar medicamento	857	19,1
Realização de exames	196	4,4
Vacina	632	14,1
Outros	262	5,9
Total	4.476	100,0

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios (PDAD) de 2018 (74-76), na região estudada, há uma maior prevalência de mulheres, sendo estas representadas por 50,3% (Itapoã) a 52,1% (Paranoá) da população. No presente estudo 77,4% dos usuários eram mulheres. Diversas pesquisas na AB se deparam com um público prevalentemente feminino, sendo recorrente na literatura a baixa procura dos homens pelos serviços da AB e, mais especificamente, às UBS (92,93) Estudos apontam que a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem e a crença da invulnerabilidade do homem às doenças são alguns dos motivos que podem explicar a baixa procura do público masculino pelos serviços de saúde (94,95). Ainda, a mulher continua a ser, na atualidade, quem desempenha o papel social de cuidadora da família e pessoas doentes (96), o que está em consonância com o elevado número de mulheres respondentes à presente pesquisa como acompanhantes de crianças, adolescentes e adultos com incapacidades cognitivas nos atendimentos nas UBS.

São Sebastião, Paranoá e Itapoã, estão classificados, segundo a PDAD 2018 (74), no grupo de Regiões administrativas de média-baixa renda, o que corrobora com as respostas obtidas com os usuários que participaram da pesquisa. Em relação à escolaridade (ensino médio completo  $\bar{X}=31,07\%$  e fundamental incompleto  $\bar{X}=32,7\%$ ), raça/cor ( $\bar{X}=55,6\%$  parda) e dependência do SUS ( $\bar{X}=86,6\%$ ), a PDAD aponta dados similares aos verificados na amostra da pesquisa, o que nos leva a crer que ela seja representativa da população estudada.

Com referência ao número de usuários que responderam (N=4476), a amostra é considerada adequada tanto para demonstrar evidências de validade do instrumento quanto para representar significativamente a satisfação do usuário e responsividade das UBS pesquisadas. Segundo Comrey & Lee uma amostra de 1.000 ou mais indivíduos é considerada excelente para a demonstração de evidências de validade (54).

## 4.2 ANÁLISE DE JUÍZES

A análise de juízes se deu pelo envio de dois documentos via correio eletrônico para 20 pesquisadores da área de satisfação de usuários de UBS e avaliação da responsividade de serviços de saúde, selecionados a partir da busca do referencial teórico sobre o tema. Foi solicitado a eles que, levando em consideração as definições operacionais dos atributos (documento 1), elegessem qual atributo se relacionava com cada um dos itens do teste (documento 2). Cinco especialistas responderam aos documentos.

O método utilizado propõe que, a partir da análise dos juízes, seja calculada a porcentagem de concordância de cada item em comparação com a opinião do pesquisador. Itens com um índice de concordância superior a 80% são considerados adequados. Os que tiverem menores níveis de concordância devem ser revistos ou excluídos do teste (48). A tabela 6 apresenta a taxa de adequação das respostas dos juízes em relação aos itens elaborados para cada uma das dimensões da satisfação dos usuários e responsividade de UBS. Dos 33 itens que compunham o questionário, 12 apresentaram um nível de concordância inferior a 80%, tendo sido reavaliados pela equipe de pesquisa e revalidados durante a análise semântica.

Tabela 6 - Percentagem de concordância entre as respostas dos juizes e do pesquisador em relação aos itens elaborados para cada um dos domínios teóricos de satisfação de usuários e responsividade de UBS.

Dominios teóricos	Itens	Adequação de acordo com respostas dos juizes
Atenção pertinente, em tempo hábil	1RA	83,3%
	<b>2RA</b>	<b>66,7%</b>
	3RA	100,0%
	1SA	83,3%
	2SA	80,0%
	3SA	80,0%
Instalações adequadas	1RB	100,0%
	2RB	83,3%
	<b>3RB</b>	<b>42,9%</b>
	4RB	83,3%
	5RB	83,3%
	1SB	100,0%
	2SB	80,0%
	<b>3SB</b>	<b>33,3%</b>
	<b>4SB</b>	<b>66,7%</b>
	5SB	80,0%
Clareza de comunicação	<b>1RD</b>	<b>33,3%</b>
	<b>2RD</b>	<b>66,7%</b>
	<b>3RD</b>	<b>66,7%</b>
	<b>1SD</b>	<b>50,0%</b>
	2SD	80,0%
	<b>3SD</b>	<b>00,0%</b>
Respeito à dignidade da pessoa	<b>1RC</b>	<b>71,4%</b>
	2RC	83,3%
	<b>3RC</b>	<b>33,3%</b>
	1SC	83,3%
	<b>2SC</b>	<b>60,0%</b>
Confidencialidade	1RF	80,0%
	1SF	100,0%
Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde	1RE	100,0%
	2RE	80,0%
	1SE	100,0%
	<b>2SE</b>	<b>66,7%</b>

Notas: Código “R” para itens do questionário de responsividade de UBS. Ex: 1RA; Código “S” para itens do questionário de satisfação de usuários de UBS. Ex: 1SA.

Dos vinte pesquisadores contatados na etapa de análise de juízes, cinco responderam ao instrumento proposto que demonstrava suas opiniões em relação a quais fatores cada item se enquadraria. Essa quantidade de respostas é considerada adequada, uma vez que em relação à amostragem, os autores apontam que uma variação entre 5 a 10 especialistas seria suficiente para demonstrar a validade de construto de um instrumento (51)(52). Os itens com baixa concordância entre os juízes, seguindo a metodologia proposta, foram reavaliados pela equipe de pesquisa e levados à validação pela análise semântica o que contribuiu para que fossem aprimorados.

#### 4.3 ANÁLISE SEMÂNTICA

A análise semântica foi realizada na UBS 1 do Paranoá no DF em junho de 2018. Consistiu em três rodadas de avaliação do questionário com usuários adultos que se encontravam no serviço. Nessas rodadas os usuários traduziram suas interpretações e deram sugestões em relação às perguntas do questionário. As primeiras duas rodadas foram realizadas com um grupo de 3 pessoas e a terceira com 2 pessoas. As idades dos participantes variaram entre 25 a 54 anos e o nível de escolaridade, de ensino fundamental incompleto a superior completo. A tabela 7 apresenta as alterações realizadas nos itens do teste na análise semântica. Ao final desta etapa os questionários de satisfação do usuário e responsividade de UBS continham, respectivamente, 16 e 17 itens.

Tabela 7 - Alterações dos itens do questionário realizadas durante a análise semântica.

<b>Itens originais</b>	<b>Itens após análise semântica</b>
A estrutura física (edificações, mobiliário e equipamentos) desta Unidade Básica de Saúde está adequada?	As condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos estão adequadas?
O espaço disponível na sala de espera, de exames e consultórios é adequado?	A sala de espera, de exames e consultórios são confortáveis?
A Unidade Básica de Saúde é bem sinalizada?	Os espaços da Unidade Básica de Saúde estão bem sinalizados?
Os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?	Hoje os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?
Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?	Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos hoje?
É fácil o deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde?	Item eliminado
Como o(a) sr.(a)/você classificaria a facilidade de deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde?	Item eliminado

Através da análise semântica foi possível adaptar as perguntas do questionário de forma que estivessem adequadas ao público a que se destinavam. Essa etapa da elaboração do questionário foi importante para testar a aplicabilidade do questionário, seu entendimento pelo público-alvo e estimar seu tempo de aplicação. Os ajustes semânticos foram realizados para melhorar o entendimento das questões e, nos casos em que, mesmo com ajustes e após três rodadas de avaliação, o sentido captado pelos respondentes não foi o almejado pelos pesquisadores, a pergunta foi eliminada. Entraram neste critério de eliminação as perguntas referentes à facilidade de deslocamento dentro da UBS.

Segundo Pasquali (48), as perguntas de um questionário devem ser compreendidas pela faixa de público menos escolarizada assim como ter uma estrutura que transpareça seriedade para o público mais sofisticado. As pessoas que participaram da análise semântica possuíam uma ampla faixa de escolaridade, o que contribuiu para assegurar-se de que o resultado dessa etapa estivesse de acordo com esse quesito.

#### 4.4 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Os itens que abordavam a satisfação do usuário e responsividade de UBS foram analisados separadamente. Inicialmente foi verificada a fatorabilidade dos questionários através do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que revelou uma boa fatorabilidade do instrumento (0,92 para satisfação e 0,80 para responsividade). Esse índice está baseado nas correlações parciais entre as variáveis; dessa forma, quanto mais próximo de 1 maior a comunalidade entre as variáveis e melhor a fatorabilidade do conjunto (57).

O próximo passo foi a definição do número de fatores a se extrair. A análise paralela (65) foi o método escolhido, tendo-se em conta que, de acordo com (68), é um método adequado para 92% dos casos. Para ambos os questionários o número de fatores a serem extraídos apontados pela análise paralela baseada na análise fatorial de rankings mínimos foi dois.

Determinado o número de fatores a serem extraídos seguiu-se à análise fatorial dos eixos principais para cada um dos questionários. Os fatores extraídos foram submetidos à rotação promax para favorecer a sua interpretabilidade (71).

Para se obter uma solução fatorial satisfatória foi levado em consideração o valor absoluto da carga fatorial principal do item maior do que 0,30 (73). Nessa etapa, 5 itens no questionário de responsividade (Itens 1RA, 2RA, 3RA, 4RB e 2RC) e 3 no de satisfação (itens 1SA, 2SA e 3SA) apresentaram carga fatorial menor que 0,30, sendo excluídos. Restaram, respectivamente, 12 e 13 itens em cada questionário. A distribuição dos 12 itens do questionário de responsividade e dos 13 itens do questionário de satisfação nos dois fatores extraídos é apresentada na tabela 8.

Tabela 8 - Cargas fatoriais dos itens do questionário de Responsividade de Unidade Básicas de Saúde e de Satisfação de Usuários de Unidade Básicas de Saúde depois da extração com análise fatorial dos eixos principais e rotação promax.

Questionário de Responsividade de Unidades Básicas de Saúde			Questionário de Satisfação dos Usuários de Unidades Básicas de Saúde		
Item	CF Fator 1	CF Fator 2	Item	CF Fator 1	CF Fator 2
1RC	0,47		1SC	0,75	
3RC	0,31		2SC	0,80	
1RD	0,59		1SD	0,67	
2RD	0,70		2SD	0,77	
3RD	0,54		3SD	0,88	
1RE	0,66		1SE	0,78	
2RE	0,51		2SE	0,72	
1RF	0,31		1SF	0,63	
1RB		0,75	1SB		0,81
2RB		0,74	2SB		0,76
3RB		0,60	3SB		0,67
5RB		0,40	4SB		0,36
			5SB		0,54
CF média	0,51	0,62	CF média	0,74	0,63

Nota: CF = carga fatorial; Itens finalizados com: B = instalações adequadas; C = respeito à dignidade da pessoa; D = clareza de comunicação; E = autonomia para tomar decisões sobre sua saúde; F = confidencialidade.

A realização deste estudo permitiu constatar que os questionários de satisfação de usuários de UBS e responsividade de UBS possuem 2 fatores, correspondentes às dimensões teóricas “orientação ao cliente” e “respeito pelas pessoas”. Os seis fatores que, segundo a literatura, compõem os construtos satisfação dos usuários na perspectiva da responsividade e a responsividade de UBS, sendo eles, atendimento em tempo hábil, adequação das instalações, respeito à dignidade da pessoa, clareza das informações, confidencialidade e autonomia para tomar decisões sobre a sua

saúde se agruparam para formar os dois fatores propostos pela literatura. Contudo os itens referentes ao atendimento em tempo hábil não obtiveram carga fatorial suficiente para serem retidos em nenhum dos dois fatores.

Uma possível justificativa para que as 6 dimensões teóricas não tenham sido evidenciados pela AFE foi o número restrito de itens que cada fator possuía. A elaboração de um instrumento psicológico deve contemplar pelo menos 2 itens para cada fator e preferencialmente de 5 a 10 (45). Contudo, no intuito de elaborar um questionário breve e simples que pudesse ser aplicado nas UBS optou-se por um número menor de itens por dimensão, o que pode ter contribuído para que as dimensões se agrupassem nos 2 fatores mais amplos.

Os itens referentes ao atendimento em tempo hábil, na presente pesquisa, não apresentaram carga fatorial suficiente para que fossem agrupados em nenhum dos dois fatores. Contudo, a literatura mostra essa dimensão como uma das que pode ser determinante para a satisfação de usuários e responsividade de serviços de saúde(27,32,69,97,98). Dentre as perguntas que compunham essa dimensão teórica, em especial, os itens referentes ao tempo entre o agendamento e a consulta tiveram muitos *missing* o que pode ter reduzido sua carga fatorial.

Por fim, foi calculada a fidedignidade de cada um dos fatores utilizando-se o coeficiente lambda 2 de Guttman ( $\lambda^2$ ). Essa escolha foi amparada por amplas evidências de que o lambda 2 de Guttman é mais adequado do que o coeficiente alfa de Cronbach, principalmente em situações que envolvam uma quantidade menor de itens (58). O questionário de Satisfação dos Usuários de UBS apresentou como coeficiente de fidedignidade, para os fatores 1 e 2, respectivamente, 0,91 e 0,77. O questionário de Responsividade de UBS apresentou os coeficientes e fidedignidade 0,73 para o fator 1 e 0,74 para o fator 2. Segundo os critérios do Hogan (49), os valores encontrados para a fidedignidade dos fatores (entre 0,73 e 0,91) são suficientemente altos para a maioria das pesquisas básicas.

Além de verificar as características psicométricas para justificar a associação dos itens nos fatores, foi investigado se os itens representam o construto teórico de maneira adequada. Em ambos os questionários os itens se agruparam em dois fatores com representação teórica semelhante. O Fator 1 mensura o respeito pelas pessoas, que engloba questões relacionadas à dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação decorrentes da interação do usuário com os profissionais dos serviços

de saúde e o Fator 2 mede a orientação para o cliente. A orientação para o cliente é composta teoricamente pelo atendimento rápido e adequação das instalações, porém apenas os itens referentes às instalações apresentaram carga fatorial suficiente para permanecer nesse fator.

Após a interpretação teórica dos fatores, a correlação Pearson foi calculada entre os fatores de cada um dos questionários. A tabela 9 mostra que há uma maior correlação entre os questionários para o fator “orientação para o cliente” (0,78) que em relação ao fator “respeito pelas pessoas”.

Tabela 9 - Correlação Pearson entre os fatores “respeito pelas pessoas” e “orientação ao cliente” dos questionários de Satisfação dos Usuários de UBS e Responsividade de UBS.

	Responsividade - Respeito pelas pessoas	Responsividade - Orientação ao cliente
Satisfação - Respeito pelas pessoas	0,59	0,34
Satisfação - Orientação ao cliente	0,37	0,78

A maior correlação encontrada entre o fator “orientação para o cliente” (0,78) entre os itens da satisfação e responsividade em relação ao fator “respeito pelas pessoas” (0,59) pode evidenciar que as pessoas tendem a dar padrões de respostas mais consistentes quando avaliadas sobre questões que as afetam mais diretamente, como é o caso das perguntas voltadas para a orientação ao cliente. Por outro lado, observa-se menor consistência nos padrões de resposta quando são questionadas sobre questões mais gerais, tais como as perguntas do fator “respeito pelas pessoas”, que solicitariam ao sujeito interpretações mais subjetivas.

Como uma das limitações do estudo, destaca-se a variabilidade do N amostral para cada um dos itens dos questionários. Nem todos os usuários deram respostas a todos os itens, que são direcionadas de acordo com a experiência de cada usuário. Dessa forma, perguntas sobre o tempo de espera entre o agendamento da consulta e o dia da pesquisa, por exemplo, só foram respondidas por quem havia procurado o serviço para o atendimento de consulta agendada. Da mesma forma só avaliou a limpeza dos banheiros quem o havia utilizado no dia da pesquisa. Essa variabilidade

da amostra para cada uma das perguntas gerou uma quantidade considerável de *missings* que podem ter dificultado a análise.

As respostas obtidas neste estudo foram provenientes de usuários adultos de UBS. Desse modo o questionário resultante das referidas análises estão adaptados para serem aplicados a esse público.

## 5 CONCLUSÃO

De acordo com as análises realizadas, apresenta-se através deste trabalho um questionário que visa avaliar a satisfação do usuário e responsividade de UBS da região Leste do DF. O questionário tem um total de 25 perguntas, sendo 12 referentes à responsividade das UBS e 13 à satisfação dos usuários de UBS.

Apresentam-se evidências de validação e fidedignidade satisfatórias o que aponta que provavelmente o questionário elaborado mede o que se propõe a medir e é confiável. É um questionário curto e de fácil aplicação. Foi desenhado para medir a satisfação e responsividade a partir do atendimento do dia, entendendo-se que os serviços nas UBS são dinâmicos, mudam constantemente e que o viés de memória pode interferir na avaliação dos usuários.

É um questionário desenvolvido para ser aplicado por um pesquisador, dado o nível de escolaridade das populações atendidas, o que pode ser um limitante para sua aplicação rotineira. Contudo, acredita-se que este possa ser um instrumento eficaz para a avaliação constante e permanente das UBS no que concerne à satisfação dos usuários e a responsividade das UBS. Agregar os dois conceitos (satisfação e responsividade) aponta caminhos para que as expectativas dos usuários sejam atendidas, considerando-se a subjetividade do sujeito e a capacidade de resposta do serviço a fim de que o cuidado em saúde seja efetivado.

Outros estudos devem ser realizados para verificar a aplicabilidade deste instrumento em realidades distintas. Porém acredita-se que os questionários desenvolvidos possam ser adequados em UBS com a ESF de outras localidades.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA DISSERTAÇÃO

1. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio F A, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saude Publica [Internet]. 1990;6(1):50–61. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=pt&tlng=pt)
2. Araujo C, Figueiredo K, Faria MD. Qualidade em serviços de saúde. Qualit@s Revista Eletrônica [ Internet]. 2009;9(1):1–13. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/529>
3. Mezomo JC. Gestão da Qualidade na saúde: Princípios Básicos. 1ª edição. Barueri, SP: Editora Manoele Ltda; 2001.
4. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília UNESCO, Ministério da Saúde. 2002;726p.
5. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114:1115–8.
6. Oliveira CG. Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Medicina Social] - Universidade do Estado do Rio Janeiro; 1991.
7. Vuori H. A qualidade da Saúde. Divulg em Saúde para Debate. 1991;3:17–25.
8. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Qual Health Care. 1992;1(3):171–7.
9. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC FP. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.
10. Murillo HR. Reseña de “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. Salud Publica Mex.[Internet] 1990;32(2):248–9. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217>
11. Gouveia GC, Souza WV de, Luna CF, Souza-Júnior PRB de, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2005;21 Suppl:109–18.

12. Silva FJCP. Qualidade do serviço de saúde : a visão do cliente. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2014;
13. Brasil. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2015. 66 p.
14. Protasio APL, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(2):1–15.
15. Neumann D. Mudança vai aumentar verba, diz Secretário. *Valor Economia* 20 de setembro de 2019. Disponível em: <https://valor.globo.com/eu-e/noticia/2019/09/20/mudanca-vai-aumentar-verba-diz-secretario.ghtml>
16. Esperdião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10:303–12.
17. Vaitsman J, Andrade GRB de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet*. 2006;10(3):599–613.
18. Hollanda E, Siqueira SAV de, Andrade GRB de, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2012;17(12):3343–52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200019&lng=pt&tlng=pt)
19. Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1267–76.
20. Comes Y, Trindade JDS, Shimizu H, Hamann E, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(9):2749–59.
21. Almeida RS, Bourliataux-Lajoie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for health care service user: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;31(1):11–25.
22. de Paiva MBP, Mendes W, Brandão AL, Campos CEA. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *Physis*. 2015;25(3).

23. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Pilar GM. A satisfação do usuário com a atenção primária á saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface Commun Heal Educ.* 2018;22(65):387–98.
24. Ware J, Snyder M, Wright W, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann.* 1983;6(3):247–63.
25. Prévost A, Fafard A, Nadeau M. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière - Appalaches. *Can J Progr Eval.* 1998;13(1):1–23.
26. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVIQUAL: a Multiple-Item Scale for measuring customer perceptions of service quality. *J Retail Spring.* 1988;12–408.
27. Trad LAB, Bastos AS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev Ciência Saúde Coletiva.* 2002;7(3):581–9.
28. Bernhart M, IGP W, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med.* 1999;48:989–96.
29. OMS. Informe de la salud em el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000. p. 253.
30. OMS. Resumen: Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. *Organ Mund da Saúde.* 2000;53<sup>a</sup> ASAMBLEA.
31. Castilho EA. *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2002;48:2000–1.
32. Darby C, Valentine N, Murray CJL, Amala SM. World Health Organization (WHO) : Strategy On Measuring Responsiveness. *World Heal Organ.* 2000;GPE Discus.
33. Silva A, Murray C, Kawabata K, Wikler D, Valentine N, Darby C, et al. A Framework For Measuring Responsiveness. *GPE Discuss Pap Ser.* 2000;32.
34. Gostin L, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. Health and Human Rights Working Paper Series No 2. The Domains of Health Responsiveness – A Human Rights Analysis. 2003;(2):13.
35. Silva A, Valentine N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. *World Heal Organ [Internet].* 2000 [cited 2018 Apr 6];GPE Discus. Disponível em:

- <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper21.pdf>
36. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Aff.* 2001;20(3):10–20.
  37. Campos AC. Satisfação do usuário na saúde da família sob a perspectiva da responsividade. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto; 2011.
  38. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
  39. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017; 2017. p. 1–34.
  40. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(5):1499–510. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=pt&tlng=pt)
  41. Göttems LBD, Evangelista M do SN, Pires MRGM, da Silva AFM, da Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): Análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cad Saude Publica.* 2009;25(6):1409–19.
  42. Brasília. Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2016. p. 1–29.
  43. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria no.77 de 14 de fevereiro de 2017 [Internet]. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF. 2017 [acessado 10 de abril de 2019]. p. 1–14. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-77-de-14-de-fevereiro-de-2017.pdf>
  44. Corrêa DSRC, Oliveira MMAG, Quito MV, Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Reform movements in the federal district health care system: Conversion of the primary health care assistance model. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(6):2031–42.
  45. Pasquali L. *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e na educação.* Vozes, editor. Petrópolis; 2003.

46. Hutz CS, Bandeira DR, Marcelli C. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
47. Ertha TC. *Manual de Psicometria*. 8ª, 2009. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1955.
48. Pasquali L. *Instrumentação psicológica. Dados elet*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
49. Hogan TP. *Introdução à Prática de Testes Psicológicos*. Pontes, Lu. Takasih DM, editor. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
50. Haladyna TM. *Developing and validating multiple-choice test items*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; Inc; 1999. 320 p.
51. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382–5.
52. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Vol. 5, *Revista Psiquiátrica Clínica*. 1998. 213 p.
53. Winter JCF, Dodou D, Wieringa PA. Exploratory Factor Analysis With Small Sample Sizes. *Multivar Behavioral Res*. 2009;44:147–81.
54. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis*. 2ª. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1992.
55. de Paula JJ, Melo LPC, Nicolato R, de Moraes EN, Bicalho MA, Hamdan AC, et al. Fidedignidade e validade de construto do teste de aprendizagem auditivo-verbal de rey em idosos Brasileiros. *Rev Psiquiatr Clin*. 2012;39(1):19–23.
56. Mota ME da, Gontijo FR, Mansur-lisboa FS, Olive FR, Silva FD, Dias FJ, et al. Avaliação da consciência da morfologia derivacional: fidedignidade e validade. 2008;7(2):151–7.
57. Laros JA, Puente-Palacios KE. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. *Estud Psicol*. 2004;9(1):113–9.
58. Klass S. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of cronbach's alpha. *Psychometrika*. 2009;74(1):107–20.
59. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52(1):35–47.
60. AERA, APA, & NCME. *The Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington: AERA Publications Sales;1999.
61. Laros JA. *O Uso da Análise Fatorial -Algumas Diretrizes para Pesquisadores*.

- In: Avaliação Psicológica. 2009. p. 163–93.
62. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis (MVDA). 7<sup>a</sup>. Pharmaceutical Quality by Design: A Practical Approach. 2014. 201–225 p.
  63. Kaiser HF. The application of electronic computers to factor analysis. *Educ Psychol Meas.* 1960;20:141–51.
  64. Cattell RB. The Scree Plot Test for the Number of Factors. *Multivariate Behav Res.* 1966;1:140–61.
  65. Horn J. Factors in Factor Analysis. *Psychometrika.* 1965;30(2):179–85.
  66. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: A Tutorial on Parallel Analysis. *Organ Res Methods.* 2004;7(2):191–205.
  67. Lorenzo-Seva, Urbano; Timmerman, Marieke E.; Kiers HAL. The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors. *Multivariate Behav Res.* 2011;46(2):340–64.
  68. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of Five Rules for Determining the Number of Components to Retain. *Psychol Bull.* 1986;99(3):432–42.
  69. Thompson B. *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis.* Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
  70. Figueiredo Filho DB, da Silva Júnior JA. Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opinioao Publica.* 2010;16(1):160–85.
  71. Floyd FJ. Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychol Assess.* 1995;7(3):286–99.
  72. Dombrowski SC, McGill RJ, Canivez GL. Hierarchical exploratory factor analyses of the Woodcock-Johnson IV full test battery: Implications for CHC application in school psychology. Vol. 33, *School Psychology Quarterly.* 2018. 235–250 p.
  73. Leech NL, Barrett KC, Morgan GA. *IBM SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation.* New York: Routledge; 2012.
  74. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão, Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - São Sebastião. Brasília. 2019.
  75. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Fazenda,

- Palneamento, Orçamento e Gestão, Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Itapoã. Brasília. 2019.
76. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Fazenda, Palneamento, Orçamento e Gestão, Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Paranoá. Brasília. 2019.
77. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):523–34.
78. Scholle SH, Weisman CS, Anderson RT, Camacho F. The development and validation of the primary care satisfaction survey for women. *Women's Heal Issues*. 2004;14(2):35–50.
79. Halfoun VLRC, Aguiar OB, Mattos DS. Construção de um Instrumento para a Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):424–30.
80. Ogaji DS, Giles S, Daker-White G, Bower P. Development and validation of the patient evaluation scale (PES) for primary health care in Nigeria. *Prim Heal Care Res Dev*. 2017;18(2):161–82.
81. Paz EPA, Parreira PMSD, Serra AJ, Palasson RR, Farias SNP. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):419–26.
82. Brandão ALRBS. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento europeu para grandes centros urbanos brasileiros – uma aplicação na comunidade de mangueiros. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
83. Cimas M, Ayala A, García-Pérez S, Sarria-Santamera A, Forjaz MJ. The patient satisfaction questionnaire of EUprimecare project: Measurement properties. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(3):275–80.
84. Silberman MS, Moreno-Altamirano L, Hernández-Montoya D, Martínez-González A, Díaz-López HO. Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México *Gaceta Médica de México*. 2016;152:43–50.
85. Zaghloul A. Validation of a patient satisfaction scale for primary care settings. *J Egypt Public Heal Assoc*. 2001;76(5–6):411–29.
86. Vuković M, Gvozdenović BS, Gajić T, Stamatović Gajić B, Jakovljević M,

- McCormick BP. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public Health*. 2012;126(8):710–8.
87. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - Development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract*. 2008;9:1–11.
88. Raposo ML, Alves HM, Duarte PA. Dimensions of service quality and satisfaction in health care: a patient's satisfaction index. *Serv Bus J*. 2009;(3):85 – 100.
89. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJL. Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: Psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Qual Life Res*. 2007;16(7):1107–25.
90. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Secretaria de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão, Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios. 2016.
91. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Appl Psychol Meas*. 2013;37(6):497–8.
92. Solano LDC, Bezerra MADC, Medeiros RDS, Carlos EF, Carvalho FPB, Miranda FAN. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária Man's access to health services in primary care. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2017;9(2):302.
93. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2005;10(1):105–9.
94. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):565–74.
95. Miranda A. Assistência a saúde do homem na atenção básica : dificuldades evidenciadas pelos usuários. 2017;
96. Callegaro JB, Tiellet MLN. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicol Argumento*. 2017;29(64):31–9.
97. Silva MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da

criança sob a ótica do usuário. Salvador: Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal da Bahia; 1995.

98. Souza EM. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal. Brasília : Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília: Dissertação de Mestrado; 1997.

## 7 APÊNDICES

Dimensões	Definições operacionais	Itens
Atenção pertinente, em tempo hábil	Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno.	<p>Quanto tempo demora da sua casa até esta Unidade Básica de Saúde?</p> <p>( ) &lt; 10 min ( ) 11-20 min ( ) 21-30 min ( ) 31-40 min ( ) 41-60 min ( ) &gt; 60 min. Especificar: _____</p>
		<p>Como /você avalia a facilidade para chegar a esta Unidade Básica de Saúde?</p> <p>( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder</p>
	Os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências; O tempo de espera por consultas e tratamentos deve ser curto.	<p>No caso de ter vindo para um atendimento agendado: quanto tempo passou entre o dia do agendamento e hoje? _____ dias; _____ semanas; _____ meses.</p>
		<p>Pensando no tempo entre o agendamento e o atendimento de hoje, como o(a) sr(a)/você classificaria sua experiência?</p> <p>( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder</p>
		<p>Quanto tempo passou desde que sr(a)/você chegou aqui na Unidade Básica de Saúde até a hora em que teve o primeiro contato com algum funcionário?</p> <p>_____ minutos; _____ horas</p>
<p>Quanto tempo passou desde que sr(a)/você chegou aqui até o momento em que foi atendido(a) no(a) ____ (resgatar resposta da pergunta 17)? _____ minutos; _____ horas.</p>		
<p>Pensando no tempo de espera para o atendimento de hoje, como sr(a)/você classificaria sua experiência?</p> <p>( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder</p>		

--	--	--

**7.1 APÊNDICE A – ITENS ELABORADOS A PARTIR DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DAS DIMENSÕES DOS ATRIBUTOS.**

Respeito à dignidade da pessoa	Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância.	Você foi tratado(a) com respeito e consideração pelos profissionais que te atenderam hoje? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		O(a) sr(a)/Você achou que algum profissional hoje te tratou pior que às outras pessoas por algum motivo? ( ) Sim ( ) Não (passar para pergunta 35)
		Como o(a) sr(a)/você avalia o respeito com que os profissionais te trataram hoje? ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
	Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas	A sua intimidade foi respeitada durante os atendimentos, exames e/ou procedimentos que realizou hoje? (Ter a intimidade respeitada quer dizer sr(a)/você não foi exposto(a) a situações constrangedoras e/ou de exposição) ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
Como o(a) sr(a)/você classificaria o respeito à intimidade durante os atendimentos, exames e/ou procedimentos que realizou hoje? ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder		
Instalações adequadas	O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir o vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, ventilação suficiente, água limpa e banheiro limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces dos Serviços de Saúde.	A estrutura física (edificação, mobiliário, materiais e equipamentos) desta Unidade Básica de Saúde está adequada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Como o(a) sr(a)/você avalia as condições da estrutura física desta Unidade Básica de Saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		O espaço disponível na sala de espera, exames e consultórios é adequado? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Em relação ao espaço disponível na(s) sala(s) de espera, exames e consultórios, qual é a sua avaliação? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		A Unidade Básica de Saúde está bem sinalizada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder

Instalações adequadas		Como o(a) sr.(a)/você classificaria a sinalização da Unidade Básica de Saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		É fácil o deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Como o(a) sr.(a)/você considera a facilidade de deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		A Unidade Básica de Saúde possui iluminação e ventilação adequadas? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Como o(a) sr.(a)/você classificaria a iluminação e ventilação desta Unidade Básica de Saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		Os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder ( ) Não se aplica
		A limpeza dos banheiros desta Unidade Básica de Saúde estava, em sua opinião: ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
Instalações adequadas		Como o(a) sr.(a)/você avalia a limpeza dos demais espaços desta Unidade Básica de Saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
Clareza de comunicação	O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente.	O(s) profissional(is) que te atendeu(eram) hoje te escutou(aram) com atenção? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Em relação à experiência de ter sido escutado(a) com atenção pelos profissionais de saúde que te atenderam hoje, qual é a sua avaliação? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
	Disponer de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.	Foi disponibilizado tempo no(s) seu(s) atendimento(s) de hoje para tirar dúvidas, fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou seu tratamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder
		Qual é a sua opinião sobre o tempo disponibilizado para dúvidas e perguntas durante o(s) atendimento(s) que teve hoje? ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
		O(a) sr.(a)/você conseguiu entender as informações passadas pelos profissionais que te atenderam hoje?

	Fornecer explicações de modo que o paciente possa entender.	( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder Como o(a) sr(a)/você classificaria a clareza das informações passadas pelos profissionais que te atenderam hoje? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder
Confidencialidade	As consultas devem ser conduzidos de maneira que a privacidade seja protegida e garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.	Você acredita que as informações pessoais que você passou hoje serão mantidas em sigilo? (Manter as informações em sigilo quer dizer que o que sr(a)/você diz é registrado em prontuário e que só será consultado por outro profissional de saúde quando for necessário para o seu tratamento) ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder ( ) Não se aplica
		Qual é o seu nível de confiança de que suas informações serão mantidas em sigilo? ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder ( ) Não se aplica
Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde	Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento depois de discutir com um profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar; poderá recusar o tratamento.	Durante seu(s) atendimento(s) de hoje foi dada liberdade para que o(a) sr(a)/você participasse tanto quanto quisesse nas decisões a respeito do seu atendimento, do seu tratamento ou dos seus exames? (Participar das decisões significa que o(a) sr(a)/você é informado(a) das suas opções e é permitido que o(a) sr(a)/você escolha o que é melhor para o(a) sr(a)/você) ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder ( ) Não se aplica
		Como o(a) sr(a)/você considera a liberdade que teve para participar nas decisões a respeito do seu(s) atendimento(s) de hoje? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder ( ) Não se aplica
Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde	Ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.	Os profissionais de saúde que te atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sabe/ Não quis responder ( ) Não se aplica
		Qual é a sua avaliação sobre a forma como os profissionais de saúde que te atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde? ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim ( ) Não sabe/Não quis responder ( ) Não se aplica

**7.2 APÊNDICE B - TABELA COM AS DIMENSÕES DOS ATRIBUTOS –  
DOCUMENTO ENVIADO PARA AVALIAÇÃO DE JUÍZES.**

Tabela 1 – lista de fatores que compõem os conceitos de responsividade e satisfação de usuários de Unidades Básicas de Saúde e suas definições.

Fatores	Definições
Atenção pertinente, em tempo hábil	Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno.
	Os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências; O tempo de espera por consultas e tratamentos deve ser curto
Respeito à dignidade da pessoa	Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância.
	Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas
Instalações adequadas	O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir a vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, ventilação suficiente, água limpa e banheiro limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces dos Serviços de Saúde.
Clareza de comunicação	O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente.
	Dispor de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.
	Fornecer explicações de modo que o paciente possa entender.
Confidencialidade	As consultas devem ser conduzidas de maneira que a privacidade seja protegida e garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.
Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde	Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento depois de discutir com um profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar; poderá recusar o tratamento.
	Ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.

### 7.3 APÊNDICE C - PLANILHA QUE RELACIONA OS ITENS DO TESTE COM CADA UAM DAS DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO E RESPONSABILIDADE - DOCUMENTO ENVIADO PARA AVALIAÇÃO DE JUÍZES.

Levando em consideração as informações contidas na tabela 1, para cada item do questionário (expostos na coluna denominada “perguntas”) eleja o fator (Atenção pertinente, em tempo hábil; Respeito à dignidade da pessoa; Instalações adequadas; Clareza de comunicação; Confidencialidade; Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde; ou, Satisfação) ao qual, em sua opinião e de acordo com as definições expostas, o item se reporta. Para isso basta colocar um “X” na coluna correspondente.

Perguntas	Atenção pertinente, em tempo hábil	Respeito à dignidade da pessoa	Instalações adequadas	Clareza de comunicação	Confidencialidade	Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde
Como o(a) sr(a)/você avalia a frequência com que os profissionais de saúde dessa Unidade Básica de Saúde visitam sua residência?						
Como o(a) sr(a)/você avalia a facilidade para chegar a esta Unidade Básica de Saúde?						
Como o(a) sr(a)/você avalia o tempo de espera entre o agendamento da sua consulta e hoje?						
Pensando no tempo de espera para o atendimento de hoje, como o(a) sr(a)/você classificaria sua experiência?						
As condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos dessa Unidade Básica de Saúde estão adequadas?						
A sala de espera, de exames e consultórios são confortáveis?						
Os espaços da Unidade Básica de Saúde estão bem sinalizados?						
Hoje os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?						
Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos hoje?						
Como o(a) sr(a)/você classificaria as condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos dessa Unidade Básica de Saúde?						

Como o(a) sr(a)/você classificaria o conforto da sala de espera, exames e consultórios?						
Como o(a) sr(a)/você classificaria a limpeza dos banheiros desta Unidade Básica de Saúde?						
Como o(a) sr(a)/você classificaria a limpeza dos demais espaços desta Unidade Básica de Saúde?						
Você foi tratado(a) com respeito e consideração pelos profissionais que te atenderam hoje?						
O(a) sr(a)/Você achou que algum profissional hoje o(a) tratou pior que às outras pessoas por algum motivo?						
A sua intimidade foi respeitada durante os atendimentos, exames ou procedimentos que realizou hoje? (Ter a intimidade respeitada quer dizer sr(a)/você não passou por situações constrangedoras ou de exposição)						
Os profissionais que o(a) atenderam hoje o(a) escutaram com atenção?						
Foi disponibilizado tempo no(s) seu(s) atendimento(s) para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento?						
O(a) sr(a)/você conseguiu entender as informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam hoje?						
Os profissionais deram liberdade para que o(a) sr(a)/você participasse das decisões a respeito do seu atendimento, do seu tratamento ou dos seus exames? (Participar das decisões significa que o(a) sr(a)/você é informado(a) das suas opções e é permitido que o(a) sr(a)/você escolha o que é melhor para o(a) sr(a)/você)						
Os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde?						
Os profissionais mantiveram suas informações pessoais em sigilo durante os atendimentos que recebeu hoje? (Manter as informações em sigilo quer dizer que o(a) que sr.(a)/você diz é registrado em						

prontuário e que só será consultado por outro profissional de saúde quando for necessário para o seu tratamento)						
Qual é a sua opinião sobre o tempo que teve para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento no(s) atendimento(s) que teve hoje?						
Qual é o seu nível de confiança de que as informações pessoais que você passou hoje serão mantidas em sigilo?						
Como o(a) sr(a)/você avalia o respeito com que os profissionais o(a) trataram hoje?						
Como o(a) sr(a)/você classificaria a clareza das informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam hoje?						
Como o(a) sr(a)/você considera a liberdade que teve para participar nas decisões a respeito do(s) seu(s) atendimento(s) de hoje?						
Em relação à experiência de ter sido escutado(a) com atenção pelos profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje, qual é a sua avaliação?						
Como o(a) sr(a)/você classificaria o respeito à sua intimidade durante os atendimentos, exames ou procedimentos que realizou hoje?						
Qual é a sua avaliação sobre a forma como os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde?						
Qual é o seu nível geral de satisfação com o atendimento que recebeu nesta Unidade Básica de Saúde hoje?						
Baseado(a) na sua experiência de hoje qual é a chance de o(a) sr(a)/você recomendar essa Unidade Básica de Saúde para amigos, conhecidos ou familiares?						
O(a) sr.(a)/você gostaria de fazer alguma sugestão ou queixa em relação ao funcionamento e atendimento recebidos nesta Unidade Básica de saúde?						
Quanto tempo demora da sua casa até esta Unidade Básica de Saúde vindo ___(referenciar resposta dada na pergunta 12)?						

No último ano o(a) sr(a)/Você ou alguém da sua família recebeu na sua casa a visita de algum profissional de saúde desta Unidade Básica de Saúde?						
Qual foi a frequência destas visitas no último ano?						
No caso de ter vindo para um atendimento agendado: quanto tempo passou entre o dia do agendamento e hoje?						
Quanto tempo passou desde que o (a) sr.(a)/você chegou aqui na Unidade Básica de Saúde até a hora em que teve o primeiro contato com algum funcionário?						
Quanto tempo passou desde que o(a) sr.(a)/você chegou aqui até o momento em que foi atendido(a) no(a) ____ (resgatar resposta da pergunta 3 – motivo principal da visita à UBS)?						

**7.4 APÊNDICE D – TABELA COM INFORMAÇÕES SOBRE ESPECIALISTAS  
CONATATADOS PARA ANÁLISE DE JUÍZES.**

Especialista	Principais informações contidas no Currículo Lattes	Participação na pesquisa
Monique Azevedo Esperidião	É Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Atuando nos seguintes temas: análise sócio histórica de políticas voltadas para a infância; avaliação da implantação; acessibilidade; humanização e acolhimento; julgamento do usuário; promoção da saúde. É membro da ABRASCO (Comissão de Políticas) e do CEBES	
Leny Alves Bomfim Trad	Pesquisador 1d CNPq. Desenvolve pesquisas, assessorias técnicas e publicações nas seguintes áreas temáticas: Avaliação de Políticas e Programas de Saúde ênfase na Família; Comunidades, Famílias, Modos de Vida e Saúde; Raça, Etnicidade e saúde; Itinerários terapêuticos, Cronicidade e Cuidado Integral em Saúde; Vulnerabilidades, Direito universal à saúde, Ativismo Social e Políticas Públicas; Temas e Enfoques em Ciências Sociais e Humanas em Saúde.	
Gabriela Rieveres Borges de Andrade	É docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas da UFGD (Universidade Federal de Grande Dourados-MS). Faz pesquisa e leciona sobre os temas: políticas sociais, análise de políticas, metodologias de pesquisa e sobre a atuação do psicólogo nas políticas públicas	
Jeni Vaitsman	Pesquisadora-titular da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de estudos de gênero, família, organizações públicas e análise e avaliação de políticas e programas sociais.	
Helena Eri Shimizu	É professor associado IV da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Coletiva. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão das Políticas Públicas, Gestão dos Serviços de saúde e dos Processos de Trabalho em Saúde.	
Josélia de Souza Trindade	Especialista em Direito Sanitário pela Fiocruz (2017). desenvolvei juntamente com a equipe do LAPPAS diversos planejamentos tais como: o planejamento Estratégico e Participativo do Conselho Nacional de Saúde para 2013/2015, e 70 anos de Conferências Nacionais de Saúde: lições aprendidas para subsidiar a 15 Conferência Nacional de Saúde. Tenho experiência na área de Saúde Coletiva; Gestão e Planejamento Participativo em Saúde e Gestão de Projetos.	<b>X</b>

Monique Santos de Mesquita	Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2014), Cursando especialização em gestão em saúde da família pela Universidade Candido Mendes - SP. Tem experiência na área de pesquisa em Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia e Economia da Saúde atuando principalmente sobre o planejamento, avaliação e monitoramento de programas e políticas públicas de saúde	
Maíra Catharina Ramos	Possui graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase em Tecnologias de Saúde, pela Fundação Oswaldo Cruz/Brasília e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Atua principalmente nos temas: medicina baseada em evidências, economia da saúde, gestão e incorporação de tecnologias em saúde. Possui habilidades relacionadas à elaboração, revisão e avaliação de pareceres técnico-científicos sobre tecnologias em saúde; buscas por evidências científicas disponíveis acerca da eficácia, efetividade e segurança de tecnologias; avaliação da qualidade da evidência de artigos científicos, e; elaboração de análise de impacto orçamentário. Trabalhou também na área de Direito Sanitário e Planejamento, Avaliação e Monitoramento das Ações e Serviços de Saúde.	
Renato Santos de Almeida	Doutor em saúde pública (ENSP/FIOCRUZ); Pós-Doutorando no Programa de Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM); Mestrado em Gestão de Serviços (Université François Rabelais - Tours, França); Especialista em Biomecânica pela EEFD/UFRJ. Professor do UNIFESO - Teresópolis, RJ; Coordenador do curso de especialização em Terapia Manual e Biomecânica Clínica do UNIFESO. Fisioterapeuta do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO. Atualmente concentra sua atuação no âmbito assistencial e também em pesquisa clínica.	X
Ana Carolina Campos	Autora da dissertação de mestrado intitulada: Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais?	
Cinira Magali Fortuna	É docente (MS5 Professora Associada) no Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO) desde 1988 e participante da Rede de enf. Ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, atuando principalmente nas seguintes temáticas: grupos operativos, trabalho em equipe, enfermagem em saúde coletiva, análise institucional processo de gestão, saúde da família e educação permanente em saúde.	
Marcele Bocater Paulo de Paiva	Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.	
Walter Mendes	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fiocruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil	

Ana Laura Brandão	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fiocruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil	X
Carlos Eduardo Aguilera Campos	Universidade Federal do Rio de Janeiro, Medicina de Família e da Comunidade. Rio de Janeiro- RJ, Brasil	
Yamila Comes	Eu fiz pós doutorado na área da Saúde Coletiva pelo termo de um ano na Universidade de Brasília e possuo Doutorado em Psicologia com orientação em Saúde Pública (ano 2008) - Mestrado em Saúde Pública (ano 2000) e sou Licenciada em Psicologia (ano 1993) pela Universidad de Buenos Aires. Tenho varias publicações em temas de avaliação de políticas públicas, humanismo na atenção em saúde, acessibilidade, direito a saúde, dignidade na atenção e equidade em saúde e participei de congressos e Seminários para difundir as experiências de pesquisa. Atualmente moro em Brasília e trabalho como consultora na OPAS fazendo pesquisa sobre o programa Mais Médicos e temas de raça e gênero. Tenho alcançado um nível avançado de ingles e português, sendo a minha língua materna o espanhol.	X
Eliane Hollanda	possui graduação em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1984) e mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1992). Atualmente é pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de políticas e programas sociais, politica de saúde e descentralização.	
Alex Alexandre Molinaro	Possui mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2004) e graduação em Administração de Empresas (1993). Atualmente é Vice Diretor de Desenvolvimento Institucional e Gestão da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Tem experiência na área de Administração Pública, com ênfase em Política e Planejamento Governamental, atuando principalmente nos seguintes temas: emprego público, satisfação dos usuários de serviços de saúde, reforma administrativa e reforma do Estado	
Claci Fátima Weirich Rosso	Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (1985), Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (2003) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2008). Professor Adjunto da Universidade Federal de Goiás. Desenvolve estudos e pesquisa em Saúde Pública, atuando principalmente nas áreas de Gestão e Gerência em Serviços Públicos de Saúde, Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde.	

Daphne Rattner	possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (1976), mestrado em Epidemiologia pela Universidade de São Paulo (1991) e doutorado em Epidemiologia - University of North Carolina (2001). . Atualmente é Professora Adjunta de Epidemiologia, no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, na Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Medicina e Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Mulher e da Criança, atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, qualidade, obstetrícia, saúde pública, assistência obstétrica e assistência perinatal.	X
----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## 7.5 APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa Avaliação dos Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: satisfação do usuário e capacidade de resposta - Região Leste, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Leonor Maria Pacheco.

O objetivo desta pesquisa é a avaliar satisfação de usuários e a capacidade de resposta em todos os serviços de atenção básica à saúde, de média e alta complexidade na região.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de respostas a um questionário com perguntas sobre os serviços de saúde com um tempo estimado de 20 min para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são preocupação e constrangimento em responder alguma pergunta, cansaço, ansiedade desconforto, para minimiza-los será assegurado o sigilo de suas respostas e privacidade de sua participação na pesquisa.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para **melhoria do atendimento à sua saúde**.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você **e seu acompanhante, quando necessário, tiverem** relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Secretaria de Saúde do DF, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: no telefone Dr(a). Leonor Maria Pacheco Santos na Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107 – 1951 ou pelo celular (61) 9161-2440, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: leopac.unb@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3329-4501 ou do e-mail [cepbrasil@fiocruz.br](mailto:cepbrasil@fiocruz.br), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba CEP: 70.904-130 - Brasília - DF.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 3325-4955.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Pesquisador Responsável

Leonor Maria Pacheco

---

Nome / assinatura

## 7.6 APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- 1- Os espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos hoje?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder
  
- 2- As condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos dessa Unidade Básica de Saúde estão adequadas?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder
  
- 3- A sala de espera, de exames e consultórios são confortáveis?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder
  
- 4- Os espaços da Unidade Básica de Saúde estão bem sinalizados?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder
  
- 5- Os profissionais que o(a) atenderam hoje o(a) escutaram com atenção?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder
  
- 6- Foi disponibilizado tempo no(s) seu(s) atendimento(s) para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento?  
 Sim  
 Não  
 Parcialmente  
 Não sabe/Não quis responder  
 Não se aplica
  
- 7- Você conseguiu entender as informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam hoje?

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder

8- Você foi tratado(a) com respeito e consideração pelos profissionais que te atenderam hoje?

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder

9- A sua intimidade foi respeitada durante os atendimentos, exames ou procedimentos que realizou hoje? (Ter a intimidade respeitada quer dizer você não passou por situações constrangedoras ou de exposição)

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder

10- Os profissionais mantiveram suas informações pessoais em sigilo durante os atendimentos que recebeu hoje? (Manter as informações em sigilo quer dizer que você diz é registrado em prontuário e que só será consultado por outro profissional de saúde quando for necessário para o seu tratamento)

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder
- Não se aplica

11- Os profissionais deram liberdade para que você participasse das decisões a respeito do seu atendimento, do seu tratamento ou dos seus exames? (Participar das decisões significa que você é informado(a) das suas opções e é permitido que você escolha o que é melhor para você)

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder
- Não se aplica

12- Os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde?

- Sim
- Não
- Parcialmente
- Não sabe/Não quis responder
- Não se aplica

## 7.7 APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- 1- Como você classificaria as condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos dessa Unidade Básica de Saúde?
- ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Ruim
  - ( ) Muito ruim
  - ( ) Não sabe/Não quis responder
- 2- Como você classificaria o conforto da sala de espera, exames e consultórios?
- ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Ruim
  - ( ) Muito ruim
  - ( ) Não sabe/Não quis responder
- 3- Como você classificaria a sinalização dos espaços da Unidade Básica de Saúde?
- ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Ruim
  - ( ) Muito ruim
  - ( ) Não sabe/Não quis responder
- 4- Como você classificaria a limpeza dos banheiros desta Unidade Básica de Saúde?
- ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Ruim
  - ( ) Muito ruim
  - ( ) Não sabe/Não quis responder
  - ( ) Não se aplica
- 5- Como você classificaria a limpeza dos demais espaços desta Unidade Básica de Saúde?
- ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Ruim
  - ( ) Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

6- Qual é a sua opinião sobre o tempo que teve para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento no(s) atendimento(s) que teve hoje?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

Não se aplica

7- Como você classificaria a clareza das informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam hoje?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

8- Em relação à experiência de ter sido escutado(a) com atenção pelos profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje, qual é a sua avaliação?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

9- Como você avalia o respeito com que os profissionais o(a) trataram hoje?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

10- Como você classificaria o respeito à sua intimidade durante os atendimentos, exames ou procedimentos que realizou hoje?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/Não quis responder

Não se aplica

- 11- Qual é o seu nível de confiança de que as informações pessoais que você passou hoje serão mantidas em sigilo?
- Muito bom
  - Bom
  - Regular
  - Ruim
  - Muito ruim
  - Não sabe/Não quis responder
  - Não se aplica
- 12- Como você considera a liberdade que teve para participar nas decisões a respeito do(s) seu(s) atendimento(s) de hoje?
- Muito bom
  - Bom
  - Regular
  - Ruim
  - Muito ruim
  - Não sabe/Não quis responder
  - Não se aplica
- 13- Qual é a sua avaliação sobre a forma como os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde?
- Muito bom
  - Bom
  - Regular
  - Ruim
  - Muito ruim
  - Não sabe/Não quis responder
  - Não se aplica

## 8 ANEXOS

### 8.1 ANEXO A – TERMO DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: satisfação do usuário e capacidade de resposta São Sebastião - DF

**Pesquisador:** leonor maria pacheco santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 88218318.6.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE APOIO A PESQUISA DO DISTRITO FEDERAL FAPDF

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.705.915

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo e transversal a ser realizado nos serviços de saúde da região administrativa de São Sebastião, localizado na Região Leste de Saúde do Distrito Federal. O estudo possui financiamento da FAP-DF, através do Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS, conforme Termo de Outorga apresentado.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal indicado é avaliar a satisfação do usuário e a capacidade de resposta dos Serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal em São Sebastião - DF.

Os objetivos secundários indicados são (1) elaborar e validar um questionário da satisfação dos usuários e capacidade de resposta da atenção primária; (2) avaliar a satisfação de usuários e a capacidade de resposta nos serviços de atenção primária à saúde (3) avaliar a satisfação dos usuários e a capacidade de resposta nos serviços de média e alta complexidade (4) Implantar uma Rede de Pesquisa em Gestão do SUS DF.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes apontam os seguintes riscos relacionados ao projeto: Riscos decorrentes da sua participação na pesquisa, incluindo preocupação e constrangimento em responder alguma pergunta, cansaço, ansiedade desconforto.

Os proponentes indicam que estes riscos seriam minimizados pelo asseguramento do sigilo de

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SO 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (51)3329-4746 E-mail: cepbrasil@focruz.br

Continuação do Parecer: 2.705.915

suas respostas e privacidade de sua participação na pesquisa, conforme disposto no TCLE. Considera-se, portanto, que o estudo apresenta risco mínimo para os sujeitos envolvidos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é inovadora e encerra proposta relevante e atual direcionada especialmente ao conhecimento sobre a satisfação do usuário e a capacidade de resposta dos serviços de saúde do SUS, em uma região administrativa do DF. Além disso, a proposta está focada na elaboração e validação de um questionário para esta finalidade, da satisfação dos usuários e capacidade de resposta da atenção primária e dos serviços de média e alta complexidade, bem como apoiar a implantação de uma Rede de Pesquisa em Gestão do SUS DF. Considerou-se que proposta apresenta alinhamento entre seu objetivo e os métodos, bem como possui mérito científico e relevância social e para o SUS.

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

Foram apresentados os TCLE necessários, considerando os participantes em diferentes grupos de atores e contexto. O questionário a ser aplicado não foi apresentado, no entanto, tendo em vista que um dos objetivos secundários da proposta é elaborar e validar este questionário da satisfação dos usuários e capacidade de resposta dos serviços de saúde, considera-se aceitável que a apresentação do questionário não seja considerada como obrigatória.

O cronograma de execução está atualizado no formulário da Plataforma Brasil. O orçamento financeiro mínimo apresentado refere que no projeto será custeado pela FAP-DF, através do PPSUS.

**Recomendações:**

Na visão geral, projeto submetido está adequado, não cabendo recomendações adicionais.

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

Considerando os elementos apresentados, recomenda-se a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da presente proposta.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1099343.pdf	21/05/2018 16:17:32		Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cebrasilia@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 2.705.915

Outros	TCLEFICRUZValidacao.pdf	21/05/2018 16:17:05	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_anterior.pdf	20/04/2018 14:20:57	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Declaração do Patrocinador	PatrocinadorTermodeautorga.pdf	20/04/2018 14:17:07	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Leonor.pdf	20/04/2018 14:00:21	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.pdf	20/04/2018 13:52:25	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	20/04/2018 13:48:54	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/04/2018 13:46:21	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/04/2018 13:45:22	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/04/2018 13:44:33	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	Coparticipantecasdeparto.pdf	20/04/2018 13:43:48	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP6.pdf	20/04/2018 13:43:17	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP5.pdf	20/04/2018 13:42:58	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP4.pdf	20/04/2018 13:42:39	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP3.pdf	20/04/2018 13:41:33	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP2.pdf	20/04/2018 13:40:47	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CoparticipanteGSAP1.pdf	20/04/2018 13:40:27	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissopesquisador.pdf	20/04/2018 13:39:06	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Nadia.pdf	20/04/2018 13:30:41	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Viviane.pdf	20/04/2018 13:28:22	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Thatianny.pdf	20/04/2018 13:27:51	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Natalia.pdf	20/04/2018 13:27:27	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito
Outros	CV_Mayra.pdf	20/04/2018 13:27:01	Natália Regina Alves Vaz Martins	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.510-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cebrasilia@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 2.705.915

Outros	CV_Maria.pdf	20/04/2018 13:26:34	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Manoela.pdf	20/04/2018 13:26:09	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Lusmair.pdf	20/04/2018 13:25:15	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Luciana.pdf	20/04/2018 13:24:49	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Gabriela.pdf	20/04/2018 13:24:13	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Denise.pdf	20/04/2018 13:23:49	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Debora.pdf	20/04/2018 13:23:30	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Claudia.pdf	20/04/2018 13:22:08	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Augusta.pdf	20/04/2018 13:21:52	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Ana.pdf	20/04/2018 13:21:33	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Femanda.pdf	20/04/2018 13:20:48	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto
Outros	CV_Adriano.pdf	20/04/2018 13:20:23	Natália Regina Alves Vaz Martins	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASÍLIA, 11 de Junho de 2018

Assinado por:  
**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador)

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: ceprasil@focruz.br

## 8.2 ANEXO B – ARTIGO “SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E RESPONSABILIDADE DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO E EVIDÊNCIAS DE SUA VALIDADE”.

### **Satisfação de usuários e responsividade de unidades básicas de saúde:**

#### **Elaboração de um questionário e evidências de sua validade**

Mayra Fernandes Xavier, Leonor Maria Pacheco Santos, Jacob Arie Laros

**Resumo:** A avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários tem ocupado cada vez mais um lugar destacado nas pesquisas em saúde. Nesse contexto instrumentos de mensuração da satisfação do usuário e responsividade de Unidades Básicas de Saúde (UBS) se configuram como de extrema relevância. Objetivo: elaborar e demonstrar evidências de validade de um questionário para avaliar a satisfação dos usuários e responsividade de UBS. Método: pesquisa de caráter metodológico e transversal realizada nas 25 UBS da Região Leste do Distrito Federal. O estudo discorre sobre os procedimentos teóricos, experimentais e analíticos que compõem a elaboração e demonstração de evidências de validade de um questionário. Resultados: os procedimentos teóricos resultaram em um questionário com 16 itens para a satisfação do usuário e 17 para a responsividade dos serviços. Para os procedimentos experimentais 4476 usuários foram incluídos na pesquisa. Os dados empíricos foram avaliados através da análise fatorial que demonstrou que o instrumento avalia 2 fatores alinhados à literatura existente e conduziu para a redução dos dados. A fidedignidade dos fatores foi calculada em 0,91 e 0,77 para os fatores da satisfação referentes ao *respeito pelas pessoas e orientação para o cliente*, respectivamente, e 0,73 e 0,74 para a responsividade. Conclusão: os dados encontrados apontam para a estrutura final de um questionário composto

por 25 itens (13 sobre a satisfação do usuário e 12 a responsividade de UBS) com satisfatórias evidências de validade de construto e fidedignidade.

**Palavras chave:** Satisfação do Paciente; Controle de Qualidade; Atenção Primária à Saúde; Estudos de Validação.

## **Introdução**

Os mecanismos de avaliação da prática médica e dos serviços de saúde são tão antigos quanto a existência de tais serviços. A princípio eram centrados na capacidade médica e no desfecho de saúde do paciente, passando ao longo dos anos a ter um enfoque mais abrangente para tentar satisfazer os interesses, expectativas e demandas de três grupos: os profissionais de saúde, os gestores e os usuários (2). Nesse novo contexto, a perspectiva da satisfação do usuário foi amplamente discutida por Donabedian que a consolidou como importante componente da qualidade dos serviços de saúde (6).

Segundo Vaitsman e Andrade (17) a satisfação dos usuários pode ser entendida como avaliações positivas individuais de distintos aspectos do cuidado à saúde, ou seja, uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos usuários. Não obstante, essa avaliação é influenciada por uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas individuais prévias e experiência do cuidado (33).

Em 2000, foi introduzido no campo da avaliação da qualidade em saúde o conceito da responsividade proposto pela Organização Mundial da Saúde, também voltado para a perspectiva do usuário (30).

Esse conceito parte do pressuposto de que existem expectativas universais legítimas dos usuários de serviços de saúde relacionadas aos aspectos não médicos do cuidado. Ao atender

essas expectativas universais, os sistemas de saúde estariam levando em consideração o usuário enquanto consumidor e detentor de direitos. (35).

As expectativas universalmente legitimadas são apresentadas em dois eixos nas pesquisas sobre responsividade: 1) respeito pelas pessoas e 2) orientação para o cliente. O primeiro eixo, que está ligado ao conceito do usuário enquanto detentor de direitos, diz respeito à ética envolvida na relação dos usuários com os sistemas de saúde e é composto pelos aspectos dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. O segundo, que vê o usuário como um consumidor, está relacionado às relações dos usuários com os serviços de saúde que não se configuram como cuidados de saúde propriamente ditos. São elas: Atendimento rápido, Apoio social, Instalações adequadas e Autonomia do usuário para tomar decisões.(34)

As diferenças entre satisfação dos usuários e responsividade de serviços de saúde podem ser elencadas em três dimensões. Em relação ao seu escopo, as pesquisas de satisfação do usuário comumente são direcionadas a determinados aspectos do cuidado de saúde enquanto a responsividade avalia o sistema de saúde como um todo. O alcance dessas pesquisas se diferencia uma vez que, na avaliação da satisfação do usuário, normalmente são englobados os aspectos médicos e não-médicos do cuidado em saúde enquanto na responsividade restringem-se aos aspectos não médicos do cuidado. Por fim, a forma de pensar de cada uma das abordagens se distingue na medida em que a satisfação de usuários é vista como uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas individuais prévias e experiência do cuidado, enquanto a responsividade avalia as percepções individuais do sistema de saúde frente às expectativas universais legítimas (32).

Entre os níveis dos Sistemas de Saúde, a Atenção Básica (AB) se caracteriza por ser a porta de entrada preferencial do usuário e a base desses sistemas, determinando o trabalho de todos os outros níveis de atenção. Segundo Starfield (4), têm o papel de integrar a atenção quando há mais de um problema de saúde, tendo em vista o contexto no qual a doença existe,

organizando e racionalizando o uso de todos os recursos, básicos e especializados, para a promoção, manutenção e melhora da saúde. Espera-se que a AB seja capaz de resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população e, quando desempenha seu papel de forma adequada, também conseguiria reduzir a sua carga de doenças e os custos em saúde, sendo importante alvo das pesquisas de avaliação da qualidade dos serviços (86). Desde 2006 o modelo preferencial de ordenação da AB no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo sido feita a transição para este modelo no Distrito Federal a partir da sanção da portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 (40)

A avaliação da satisfação de usuários de UBS é objeto de diversos estudos, havendo algumas publicações voltadas à responsividade da AB. Levantamento realizado nas principais bases de pesquisas científicas apontou para 11 trabalhos científicos que apresentavam questionários destinados a avaliar a satisfação de usuários de serviços de AB (87)(88)(89)(90)(91)(92)(93)(94)(95)(96)(97), e 1 a responsividade dos serviços desse nível de atenção(98), todos com avaliação psicométrica que demonstrasse evidências de validação. Contudo, avaliou-se que não atendiam às necessidades do estudo por ser destinado a um grupo específico, como o de mulheres, apresentarem restritas dimensões da satisfação ou serem centrados no atendimento médico. Ainda por apresentarem perguntas sobre o atendimento recebido nos últimos 12 meses, o que foi considerado um limitante devido a possíveis vieses de memória e mudanças na forma de organização dos serviços que se pretendia avaliar. Desta forma, optou-se por elaborar um novo questionário tendo como base a literatura existente, porém que se adequasse aos serviços estudados e preceitos teóricos almejados.

A relevância da demonstração de evidências de validade de um instrumento de mensuração se dá na medida em que existem indícios que suportam a interpretação dos escores do instrumento (49). Hogan (49) baseia esta afirmação na definição contemporânea de validade, que é a seguinte: A validade é uma entidade única que reflete o grau de evidências que suportam

a interpretação dos escores do teste (99). A fidedignidade trata apenas da consistência interna da medida, sem se importar com o que o instrumento está de fato medindo. A validade, entretanto, trata do que o instrumento está de fato medindo. Hogan (49) afirma que a fidedignidade ou consistência interna de um instrumento de medida deve ser considerada como pré-requisito para a validade, em vez de uma evidência da validade em si.

Tendo-se em conta os pontos discutidos, o presente artigo tem como objetivo descrever o processo de elaboração de um questionário buscando avaliar a satisfação dos usuários e a responsividade de unidades básicas de saúde e demonstrar evidências de sua validade de construto.

## **Materiais e Método**

Trata-se de pesquisa qualitativa e quantitativa de natureza metodológica e desenho transversal realizada com usuários de todas as UBS da Região Leste de Saúde do Distrito Federal (Paranoá, São Sebastião e Itapoã).

Pasquali (48) e Hogan (49) apresentam metodologias para a elaboração e demonstração de evidências de validade de questionários de medidas psicológicas, sendo que ambas contemplam os procedimentos teóricos, experimentais e analíticos. Para a elaboração dos questionários que visam avaliar a satisfação dos usuários e responsividade de UBS, correspondente aos procedimentos teóricos, foram seguidos majoritariamente os 6 passos propostos pela metodologia de Pasquali que foi complementada pelas recomendações de Hogan. Seguem os passos trilhados para a elaboração de tais instrumentos.

Passo I: definição do objeto psicológico.

O objeto psicológico, também denominado de construto, se caracteriza por se encontrar no campo das ideias, ser abstrato e, portanto, não poder ser mensurado. No entanto, é a partir dele que se derivam os atributos e dimensões que serão utilizados para se construir os itens do teste, sendo estes passíveis de mensuração. No presente trabalho o objeto psicológico é a qualidade dos serviços de saúde.

Passo II: definição dos atributos de interesse.

Esse passo consiste em delimitar o objeto psicológico, normalmente amplo demais para se pesquisar, em seus aspectos específicos. Os atributos são os aspectos que se deseja estudar e para os quais se quer construir um instrumento de medida.

Entre os diversos atributos que compõem o construto qualidade de serviços de saúde são de interesse para a construção dos questionários em questão a satisfação de usuários de UBS e a responsividade desses serviços.

Passo III: definição das dimensões dos atributos.

Deve-se definir através da literatura e conhecimento do pesquisador ou expertos no assunto as dimensões dos atributos no caso destes serem multidimensionais.

Tanto satisfação de usuários quanto responsividade de serviços de saúde, segundo a literatura, são multidimensionais (21)(19)(32). Tendo como referencial os aportes de Hollanda, et al.(18), Campos(37) e Andrade et al.(18), foram consideradas para ambos atributos as seguintes dimensões: Atenção pertinente, em tempo hábil; Respeito à dignidade da pessoa; Instalações adequadas; Clareza de comunicação; Confidencialidade; e, Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde.

Passo IV: definições constitutivas e operacionais das dimensões dos atributos.

Para que os itens possam ser construídos é necessário que as dimensões dos atributos sejam definidas de forma constitutiva – através de outros construtos, e, portanto, ainda de forma abstrata – e de forma operacional – sendo esse o momento de aproximar o construto da realidade e defini-lo de forma que o respondente possa executar e/ou avaliar a tarefa concreta proposta. A Tabela I apresenta tais definições.

Tabela I

*Definições constitutivas e operacionais dos aspectos de Satisfação dos Usuários e Responsividade de UBS.*

<b>Aspecto teórico</b>	<b>Definição constitutiva</b>	<b>Definição operacional</b>
<b>Atenção pertinente, em tempo hábil</b>	Deve haver um planejamento na construção de UBS para que ela seja acessível aos usuários, assim como o planejamento da atenção deve ser feito de forma que as demandas de saúde dos usuários sejam sanadas de forma oportuna	Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno.  Os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências; O tempo de espera por consultas e tratamentos deve ser curto.
<b>Respeito à dignidade da pessoa</b>	UBS devem zelar pelo tratamento respeitoso e digno aos seus usuários	Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância.  Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas.
<b>Instalações adequadas</b>	Ao se eleger uma edificação para abrigar uma UBS deve-se ter em conta a adequação de suas instalações assim como a manutenção e limpeza periódica deve ser realizada.	O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir a vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, ventilação suficiente, água limpa e banheiro limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces dos Serviços de Saúde.
<b>Clareza de comunicação</b>	UBS devem incentivar uma comunicação clara entre os profissionais de saúde e usuários do serviço.	O profissional de saúde deve: Ouvir o paciente cuidadosamente.  Disponer de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.  Fornecer explicações de modo que o paciente possa compreendê-las.
<b>Confidencialidade</b>	UBS devem manter os registros médicos dos usuários em sigilo, assim como promover uma política de respeito à privacidade dos usuários.	As consultas devem ser conduzidas de maneira que a privacidade seja protegida e seja garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.

---

---

**Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde**

UBS devem incentivar os usuários a tomarem decisões sobre sua saúde através da informação.

Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento depois de discutir com um profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar; poderá recusar o tratamento.

Ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.

---

(17)(35)

Após as primeiras definições sobre o instrumento que se pretende construir e antes de prosseguir para sua elaboração, Hogan ressalta a importância da realização de uma revisão da literatura para que seja observado se não existe um instrumento que sirva para o objetivo pretendido pelo pesquisador. Segundo explicitado na introdução, tal pesquisa foi realizada, tendo como resultado o julgamento de que não havia instrumento validado que atendesse os objetivos da pesquisa.

Passo V: construção dos itens.

Nessa etapa inicia-se a operacionalização do construto através das perguntas que serão feitas aos respondentes. As perguntas são elaboradas a partir das definições operacionais das dimensões dos atributos. Para uma adequada elaboração das perguntas foram levados em consideração os critérios propostos por Pasquali (48) e Hogan (49).

Para cada definição operacional foram elaborados dois ou mais itens, sendo que, necessariamente, um estava relacionado ao atributo da satisfação dos usuários de UBS e outro à responsividade das UBS.

Para as perguntas sobre a satisfação dos usuários buscou-se uma avaliação sobre os aspectos dos serviços com perguntas indiretas e a para a responsividade de UBS pretendeu-se medir o que acontece quando os usuários interagem com os sistemas de saúde.

As perguntas foram feitas tendo como referencial os acontecimentos relacionados ao atendimento do dia a fim de evitar vieses de memória. Levou-se em consideração todos os possíveis motivos que poderiam resultar na busca do serviço pelo usuário.

A escala utilizada para as questões voltadas para a avaliação da satisfação dos usuários foi do tipo Likert de cinco fases (muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim), e para a responsividade dos serviços uma escala de três fases (sim, não e parcialmente). Foi dada a possibilidade dos respondentes elegerem a opção “não sei/ não quis responder” e para algumas questões foi incluída a opção “não se aplica”, devido haver a possibilidade do usuário não ter observado determinadas situações propostas no teste.

Passo VI: análise teórica dos itens.

A última etapa para elaboração de um questionário consiste em demonstrar evidências de validade do instrumento através da consulta a outros atores. Desse modo Pasquali propõe a realização da avaliação de peritos na área de interesse que se quer estudar com a elaboração do teste e a análise semântica para verificar se as perguntas do teste são inteligíveis para as pessoas para as quais o teste se destina.

Após as referidas análises, foram incluídas no questionário questões referentes à identificação socioeconômica da população estudada, assim como ao acesso e caracterização do serviço que seriam utilizadas para responder perguntas de outras pesquisas do mesmo grupo de estudos.

Finalizados os procedimentos teóricos, foi dado início ao procedimento experimental realizado através da aplicação do questionário para uma amostra representativa de usuários da totalidade de UBS da Região de Saúde Leste do DF.

A amostra foi calculada com base na prevalência de 90,6% de avaliação da equipe de enfermagem como atenciosa/respeitosa no estudo de Hollanda et al. (18), com erro admissível

de 1,2 pontos percentuais e 95% de nível de Confiança. As Regiões Administrativas foram organizadas em dois grupos, com população em torno de 100 mil habitantes (São Sebastião: população de 100.161 e Paranoá junto com Itapoã: população de 116.607) (77).

Justifica-se a agregação tanto pela questão do porte populacional, como pelo fato que os territórios de Paranoá e Itapoã são contíguos e alguns equipamentos públicos são compartilhados.

O tamanho mínimo da amostra resultou em  $N=2.225$  para cada estrato; a unidade amostral foi o usuário e a seleção ocorreu em todas as 62 Equipes de Saúde da Família (ESF) destes territórios. Em São Sebastião a amostra foi dividida entre as 23 ESF Urbanas, o que resultou em 93 usuários para cada uma delas e no Paranoá/ Itapoã a estimativa foi de 65 usuários distribuídos em 31 UBS; no caso das oito ESF Rurais o número de usuários seria a metade estimada para cada região.

O critério de inclusão foi usuário que buscou qualquer tipo de atendimento na UBS, a saber: (a) paciente adulto/idoso em condições de responder; (b) paciente adulto/idoso sem condições clínicas de responder (surdez, mudez, senilidade, AVC, deficiência mental/ cognitiva) que estivesse com um acompanhante adulto; (c) menores de idade com acompanhante adulto. Nos casos (b) e (c) o acompanhante respondeu ao questionário.

Os questionários foram aplicados em todos os turnos e qualquer horário. Foram instalados previamente em *tablets* para ser usado por pesquisadores treinados, o que reduziu o tempo de coleta de dados, a possibilidade de erros de preenchimento e já produziu um banco de dados.

A coleta de dados em São Sebastião ocorreu entre agosto e outubro de 2018 e em Itapoã e Paranoá de janeiro a março de 2019.

Para o terceiro e último processo proposto para a elaboração e demonstração de validade de um teste psicológico, que consiste na etapa analítica, lançou-se mão da validade de construto

realizada mediante a análise fatorial exploratória (AFE). Segundo Laros (60), a análise fatorial é o procedimento mais utilizado na construção de instrumentos psicológicos, sendo particularmente útil em escalas que tenham como objetivo, entre outros, avaliar atitudes, que é o caso do instrumento desenvolvido nesta pesquisa. Os dados empíricos foram analisados, utilizando-se o software FACTOR na sua versão 9.2 (78) para a análise paralela que apontou o número de fatores que deveriam ser extraídos e o Statistical Package for the Social Sciences, versão 22 (SPSS 22, Chicago, USA), para a análise fatorial, que apresentou a solução encontrada a partir dos procedimentos empíricos, o coeficiente de fidedignidade dos fatores e o cálculo das estatísticas descritivas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz – Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Fepecs DF tendo sido aprovado sob o parecer CAAE 88218318.6.0000.8027

## **Resultados**

### Caracterização da amostra

Dos 4.560 questionários preenchidos 84 (1,8%) foram eliminados por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo 20 usuários menores de 18 anos que estavam sem acompanhante adulto; 52 acompanhantes que responderam no lugar de adulto/idoso que tinha condições de responder; 12 pelo fato do acompanhante não declarar a idade do acompanhado. O total de questionários válidos foi de 4.476.

Os dados sociodemográficos dos usuários que responderam aos questionários e o tipo de atendimento que procuraram nos serviços de Atenção Básica estão descritos na Tabela 2. Do total de usuários, a maioria (77,4%) é do sexo feminino, se declarou parda (60,0%) e havia estudado até o ensino médio (48,7%). A Renda Mensal Familiar média foi de R\$ 1.729,00 (DP

1.418,00; Mediana 1.300,00 e Moda 1.000,00) e o número médio de pessoas que dependem da renda familiar foi de 3,5 (DP 1,6; Mediana 3 e Moda 3). O principal motivo de busca pelo serviço de saúde foi consulta agendada (24,6%) e a grande maioria (91,2%) não possuía plano de saúde.

Tabela 2

*Caracterização sociodemográfica dos usuários e tipo de atendimento nos serviços de Atenção Primária à Saúde incluídos no estudo. Distrito Federal, 2018-2019.*

<b>Característica do usuário e/ou tipo de atendimento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Mulher	3.465	77,4
Homem	1.006	22,5
Outro	5	0,1
Total	4.476	100,0
<b>Cor/Etnia</b>		
Amarela	163	3,6
Branca	755	16,9
Indígena	35	0,8
Parda	2.685	60,0
Preta	838	18,7
Total	4.476	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Sem Escolaridade	251	5,6
Ensino Fundamental	1.578	35,3
Ensino Médio	2.181	48,7
Ensino Superior	466	10,4
Total	4.476	100,0
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 24 anos	898	20,1
25 a 44 anos	1.977	44,2
45 a 59	948	21,2
≥ 60 anos	653	14,6
Total	4.476	100,0
<b>Renda Familiar</b>		
Até 01 salário mínimo	973	26,9
De 01 a 03 salários mínimos	2.166	59,8
De 03 a 05 salários mínimos	362	10,0
Mais de 05 salários mínimos	122	3,4
Total	3.623	100,0
<b>Dependência do SUS</b>		
Possui plano de saúde	360	
Total	4.453	
Possui plano odontológico	392	
Total	4.441	
<b>Motivo principal da visita à UBS</b>		
Agendamento de consulta	526	11,8
Consulta agendada	1.102	24,6
Consulta sem agendamento prévio	776	17,3

Curativo	84	1,9
Grupo Educativo	34	0,8
Nebulização	7	0,2
Pegar medicamento	857	19,1
Realização de exames	196	4,4
Vacina	632	14,1
Outros	262	5,9
Total	4.476	100,0

### Análise de Juízes

A análise de juízes se deu pelo envio de dois documentos via correio eletrônico para 20 pesquisadores da área de satisfação de usuários de UBS e avaliação da responsividade de serviços de saúde selecionados a partir da busca do referencial teórico sobre o tema. Foi solicitado a eles que, levando em consideração as definições operacionais dos atributos (documento 1) elegessem qual atributo se relacionava com cada um dos itens do teste (documento 2). Cinco especialistas responderam aos documentos.

Este método propõe que, a partir da análise dos juízes seja calculada a porcentagem de concordância de cada item em comparação com a opinião do pesquisador. Itens com um índice de concordância superior a 80% são considerados adequados. Os que tiverem menores níveis de concordância devem ser revistos ou excluídos do teste.(48) A tabela 3 apresenta a taxa de adequação das respostas dos juízes em relação aos itens elaborados para cada um dos fatores da satisfação dos usuários e responsividade de UBS.

Tabela 3

*Porcentagem de concordância entre as respostas dos juízes e do pesquisador em relação aos itens elaborados para cada um dos domínios teóricos de satisfação de usuários e responsividade de UBS.*

Dominios teóricos	Itens	Adequação de acordo com respostas dos juízes
Atenção pertinente, em tempo hábil	1RA	83,3%
	<b>2RA</b>	<b>66,7%</b>
	3RA	100,0%
	1SA	83,3%
	2SA	80,0%
	3SA	80,0%

Instalações adequadas	1RB	100,0%
	2RB	83,3%
	<b>3RB</b>	<b>42,9%</b>
	4RB	83,3%
	5RB	83,3%
	1SB	100,0%
	2SB	80,0%
	<b>3SB</b>	<b>33,3%</b>
	<b>4SB</b>	<b>66,7%</b>
	5SB	80,0%
Clareza de comunicação	<b>1RD</b>	<b>33,3%</b>
	<b>2RD</b>	<b>66,7%</b>
	<b>3RD</b>	<b>66,7%</b>
	<b>1SD</b>	<b>50,0%</b>
	2SD	80,0%
	<b>3SD</b>	<b>00,0%</b>
Respeito à dignidade da pessoa	<b>1RC</b>	<b>71,4%</b>
	2RC	83,3%
	<b>3RC</b>	<b>33,3%</b>
	1SC	83,3%
	<b>2SC</b>	<b>60,0%</b>
Confidencialidade	1RF	80,0%
	1SF	100,0%
Autonomia para tomar decisões sobre sua saúde	1RE	100,0%
	2RE	80,0%
	1SE	100,0%
	<b>2SE</b>	<b>66,7%</b>

Notas: Código “R” para itens do questionário de responsividade de UBS. Ex: 1RA; Código “S” para itens do questionário de satisfação de usuários de UBS. Ex: 1SA.

As perguntas que apresentaram concordância entre os juízes inferior a 80% foram reavaliadas pela equipe de pesquisa e revalidadas durante a análise semântica.

### Análise Semântica

A análise semântica foi realizada na UBS 1 do Paranoá no DF em junho de 2018. Consistiu em três rodadas de avaliação do questionário com usuários adultos que se encontravam no serviço. Nessas rodadas os usuários traduziram suas interpretações e deram

sugestões em relação às perguntas do questionário. As primeiras duas rodadas foram realizadas com um grupo de 3 pessoas e a terceira com 2 pessoas. As idades dos participantes variou entre 25 a 54 anos e o nível de escolaridade, de ensino fundamental incompleto a superior completo. A tabela 4 apresenta as alterações realizadas nos itens do teste na análise semântica.

Tabela 4

*Alterações dos itens do questionário realizadas durante a análise semântica.*

<b>Itens originais</b>	<b>Itens após análise semântica</b>
A estrutura física (edificações, mobiliário e equipamentos) desta Unidade Básica de Saúde está adequada?	As condições da estrutura física, da mobília e dos equipamentos estão adequadas?
O espaço disponível na sala de espera, de exames e consultórios é adequado?	A sala de espera, de exames e consultórios são confortáveis?
A Unidade Básica de Saúde é bem sinalizada?	Os espaços da Unidade Básica de Saúde estão bem sinalizados?
Os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?	Hoje os banheiros desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?
Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos?	Os demais espaços físicos desta Unidade Básica de Saúde estavam limpos hoje?
É fácil o deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde?	Item eliminado
Como o(a) sr.(a)/você classificaria a facilidade de deslocamento dentro desta Unidade Básica de Saúde?	Item eliminado

Ao final desta etapa os questionários de satisfação do usuário e responsividade de UBS continham respectivamente, 16 e 17 itens.

#### Análise Fatorial Exploratória

Os questionários que abordavam a satisfação do usuário e responsividade de UBS foram analisados separadamente.

Inicialmente foi verificada a fatorabilidade dos questionários através do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que revelou uma boa fatorabilidade do instrumento (0,92 para satisfação

e 0,80 para responsividade). Esse índice está baseado nas correlações parciais entre as variáveis, dessa forma, quanto mais próximo de 1, maior a comunalidade entre as variáveis e melhor a fatorabilidade do conjunto. (57)

O próximo passo foi a definição do número de fatores a se extrair. A análise paralela (64) foi o método escolhido, tendo-se em conta que, de acordo com Zwick & Velicer(67), é um método adequado para 92% dos casos. Para ambos os questionários o número de fatores a serem extraídos apontados pela análise paralela baseada na análise fatorial de rankings mínimos foi dois.

Determinado o número de fatores a serem extraídos seguiu-se à análise fatorial dos eixos principais para cada um dos questionários. Os fatores extraídos foram submetidos à rotação promax para favorecer a sua interpretabilidade. (70)

Para se obter uma solução fatorial satisfatória foi levado em consideração o valor absoluto da carga fatorial principal do item maior do que 0,30(72).

Nessa etapa, 5 itens no questionário de responsividade (Itens 1RA, 2RA, 3RA, 4RB e 2RC) e 3 no de satisfação (itens 1SA, 2SA e 3SA) apresentaram carga fatorial menor que 0,30, sendo excluídos. Restaram, respectivamente, 12 e 13 itens em cada questionário. A distribuição dos 12 itens do questionário de responsividade e dos 13 itens do questionário de satisfação nos dois fatores extraídos é apresentada na tabela 5.

Tabela 5

*Cargas fatoriais dos itens do questionário de Responsividade de Unidade Básicas de Saúde e de Satisfação de Usuários de Unidade Básicas de Saúde depois da extração com análise fatorial dos eixos principais e rotação promax.*

<b>Questionário de Responsividade de Unidades Básicas de Saúde</b>			<b>Questionário de Satisfação dos Usuários de Unidades Básicas de Saúde</b>		
Item	CF Fator 1	CF Fator 2	Item	CF Fator 1	CF Fator 2
1RC	0,47		1SC	0,75	
3RC	0,31		2SC	0,80	

1RD	0,59		1SD	0,67	
2RD	0,70		2SD	0,77	
3RD	0,54		3SD	0,88	
1RE	0,66		1SE	0,78	
2RE	0,51		2SE	0,72	
1RF	0,31		1SF	0,63	
1RB		0,75	1SB		0,81
2RB		0,74	2SB		0,76
3RB		0,60	3SB		0,67
5RB		0,40	4SB		0,36
			5SB		0,54
CF média	0,51	0,62	CF média	0,74	0,63

Nota: CF = carga fatorial; Itens finalizados com: B = instalações adequadas; C = respeito à dignidade da pessoa; D = clareza de comunicação; E = autonomia para tomar decisões sobre sua saúde; F = confidencialidade.

Por fim, foi calculada a fidedignidade de cada um dos fatores utilizando-se o coeficiente lambda 2 de Guttman ( $\lambda_2$ ). Essa escolha foi amparada por amplas evidências de que o lambda 2 de Guttman é mais adequado do que o coeficiente alfa de Cronbach, principalmente em situações que envolvam uma quantidade menor de itens (58)(57). O questionário de Satisfação dos Usuários de UBS apresentou como coeficiente de fidedignidade, para os fatores 1 e 2, respectivamente, 0,91 e 0,77. O questionário de Responsividade de UBS apresentou os coeficientes e fidedignidade 0,73 para o fator 1 e 0,74 para o fator 2.

Além de verificar as características psicométricas para justificar a associação dos itens nos fatores, foi investigado se os itens representam o construto teórico de maneira adequada. Em ambos os questionários os itens se agruparam em dois fatores com representação teórica semelhante. O Fator 1 mensura o respeito pelas pessoas, que engloba questões relacionadas à dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação decorrentes da interação do usuário

com os profissionais dos serviços de saúde e o Fator 2 mede a orientação para o cliente. A orientação para o cliente é composta teoricamente pelo atendimento rápido e adequação das instalações, porém apenas os itens referentes às instalações apresentaram carga fatorial suficiente para permanecer nesse fator.

Após a interpretação teórica dos fatores, a correlação Pearson foi calculada entre os fatores de cada um dos questionários. A tabela 6 mostra que há uma maior correlação entre o fator orientação para o cliente entre os questionários (0,78), do que em relação ao fator respeito pelas pessoas.

Tabela 6

Correlação Pearson entre os fatores *respeito pelas pessoas* e *orientação ao cliente* dos questionários de Satisfação dos Usuários de UBS e Responsividade de UBS

	Responsividade - Respeito pelas pessoas	Responsividade - Orientação ao cliente
Satisfação - Respeito pelas pessoas	0,59	0,34
Satisfação - Orientação ao cliente	0,37	0,78

## Discussão

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios (PDAD) de 2018 (74)(75)(73), na região estudada, há uma maior prevalência de mulheres, sendo estas representadas por 50,3% (Itapoã) a 52,1% (Paranoá) da população. No presente estudo 77,4% dos usuários incluídos eram mulheres. Diversas pesquisas na AB se deparam com um público prevalentemente feminino, sendo a baixa procura dos homens pelos serviços da AB, e, mais especificamente às UBS, recorrente na literatura. (79)(80) Estudos apontam que a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem e a crença

da invulnerabilidade do homem às doenças são alguns dos motivos que podem explicar a baixa procura do público masculino pelos serviços de saúde. (81)(82) Para além da baixa presença dos homens nas UBS apontada pela literatura, outro motivo que pode justificar o elevado número de mulheres respondentes a presente pesquisa é o critério de inclusão que previa que, nas buscas à UBS para atendimentos para crianças, adolescentes e adultos com incapacidades cognitivas, quem responderia ao questionário seria seu acompanhante, sendo que na atualidade ainda é a mulher quem desempenha o papel social de cuidadora da família e pessoas doentes (83).

São Sebastião, Paranoá e Itapoã, estão classificados, segundo a PDAD 2018 (73), no grupo de Regiões administrativas de média-baixa renda, o que corrobora com as respostas obtidas com os entrevistados da pesquisa.

Em relação à escolaridade (ensino médio completo  $\bar{X}=31,07\%$  e fundamental incompleto  $\bar{X}=32,7\%$ ), raça/cor ( $\bar{X} =55,6\%$  parda) e dependência do SUS ( $\bar{X}=86,6\%$ ), a PDAD aponta dados similares aos verificados na amostra da pesquisa o que nos leva a crer que ela seja representativa da população estudada.

Referente ao número de respondentes (N=4476), a amostra é considerada adequada tanto para demonstrar evidências de validade do instrumento quanto representar significativamente a satisfação do usuário e responsividade das UBS pesquisadas. Apesar de alguns autores terem demonstrado que em determinadas condições, como cargas fatoriais altas, um baixo número de fatores e uma quantidade considerável de variáveis, a AFE pode apresentar soluções confiáveis para amostras com menos de 50 indivíduos, nas condições mais comuns para as quais a AFE é utilizada uma amostra maior é requerida. Um N mínimo de 50 é considerado adequado, sendo que amostras maiores, com mais de 100 indivíduos pode apresentar melhores resultados na maioria dos casos (53).

Dos vinte pesquisadores contatados na etapa de análise de juízes, 5 responderam ao instrumento proposto que demonstrava suas opiniões em relação a quais fatores cada item se enquadraria. Essa quantidade de respostas é considerada adequada, uma vez que em relação à amostragem, os autores apontam que uma variação entre 5 a 10 especialistas seria suficiente para demonstrar a validade de construto de um instrumento (51)(52).

Os itens com baixa concordância entre os juízes, seguindo a metodologia proposta, foram reavaliados pela equipe de pesquisa e levados à validação pela análise semântica o que contribuiu para que fossem aprimorados.

Através da análise semântica foi possível adaptar as perguntas do questionário de forma que estivessem adequadas ao público a que se destinavam. Essa etapa da elaboração do questionário foi importante para testar a aplicabilidade do questionário, seu entendimento pelo público alvo e estimar seu tempo de aplicação. Os ajustes semânticos foram realizados para melhorar o entendimento das questões e, nos casos em que mesmo com ajustes e após três rodadas de avaliação, o sentido captado pelos respondentes não foi o almejado pelos pesquisadores a pergunta foi eliminada. Entraram neste critério de eliminação as perguntas referentes a facilidade de deslocamento dentro da UBS. Segundo Pasquali (48), as perguntas de um questionário devem ser compreendidas pela faixa de público menos escolarizada assim como ter uma estrutura que transpareça seriedade para o público mais sofisticado. As pessoas que participaram da análise semântica possuíam uma ampla faixa de escolaridade o que contribuiu para se assegurar que o resultado dessa etapa estivesse de acordo com esse quesito.

Das 16 e 17 perguntas que compunham os questionários preliminares de satisfação do usuário e responsividade de UBS, respectivamente, após a AFE foi verificado que 5 e 3 perguntas desses questionários tiveram carga fatorial menor que 0,30, tendo sido excluídas, restando, respectivamente, 12 e 13 itens em cada questionário.

A realização deste estudo permitiu constatar que os questionários de satisfação de usuários de UBS e responsividade de UBS possuem 2 fatores, correspondentes às dimensões teóricas *orientação ao cliente e respeito pelas pessoas*. As 6 dimensões teóricas que, segundo a literatura, compõem os construtos satisfação dos usuários na perspectiva da responsividade e a responsividade de UBS, sendo eles, atendimento em tempo hábil, adequação das instalações, respeito à dignidade da pessoa, clareza das informações, confidencialidade e autonomia para tomar decisões sobre a sua saúde se agruparam para formar os dois fatores propostos pela literatura. Contudo os itens referentes ao atendimento em tempo hábil não obtiveram carga fatorial suficiente para serem retidos em nenhum dos dois fatores.

Uma possível justificativa para que as 6 dimensões teóricas não tenham sido evidenciados pela AFE foi o número restrito de itens que cada fator possuía. A elaboração de um instrumento psicológico deve contemplar pelo menos 2 itens para cada fator e preferencialmente de 5 a 10 (48). Contudo, no intuito de elaborar um questionário breve e simples que pudesse ser aplicado nas UBS optou-se por um número menor de itens por dimensão, o que pode ter contribuído para que as dimensões se agrupassem nos 2 fatores mais amplos.

Os itens referentes ao atendimento em tempo hábil, na presente pesquisa, não apresentaram carga fatorial suficiente para que fossem agrupados em nenhum dos dois fatores. Contudo, a literatura mostra essa dimensão como uma das que pode ser determinante para a satisfação de usuários e responsividade de serviços de saúde (27)(84)(85)(68)(32). Dentre as perguntas que compunham essa dimensão teórica, em especial, os itens referentes ao tempo entre o agendamento e a consulta tiveram muitos missing o que pode ter reduzido sua carga fatorial.

Comparando-se as médias das cargas fatoriais entre os dois fatores de cada questionário, observa-se que para a responsividade o fator 2, obteve carga fatorial média maior (0,623) em relação ao fator 1 (0,510). Para o questionário de satisfação a relação foi inversa com a constatação de uma carga fatorial média maior para o fator 1 (0,743) em relação ao 2 (0,627).

Segundo os critérios do Hogan (2006)(49), os valores encontrados para a fidedignidade dos fatores (entre 0,73 e 0,91) são suficientemente altos para a maioria das pesquisas básicas.

A maior correlação encontrada entre o fator “orientação para o cliente” (0,78) entre os itens da satisfação e responsividade em relação ao fator “respeito pelas pessoas” (0,59) pode evidenciar que as pessoas tendem a dar padrões de respostas mais consistentes quando avaliadas sobre questões que as afetam mais diretamente, como é o caso das perguntas voltadas para a orientação ao cliente. Por outro lado, observa-se menor consistência nos padrões de resposta quando são questionadas sobre questões mais gerais, tais como as perguntas do fator “respeito pelas pessoas”, que solicitariam ao sujeito interpretações mais subjetivas.

Como uma das limitações do estudo se destaca a variabilidade do N amostral para cada uma dos itens dos questionários. Nem todos os usuários deram respostas a todos os itens, que são direcionadas de acordo com a experiência de cada usuário. Dessa forma, perguntas sobre o tempo de espera entre o agendamento da consulta e o dia da pesquisa, por exemplo, só foram respondidas por quem havia procurado o serviço para o atendimento de consulta agendada. Da mesma forma só avaliou a limpeza dos banheiros quem o havia utilizado no dia da pesquisa. Essa variabilidade da amostra para cada uma das perguntas gerou uma quantidade considerável de *missings* que podem ter dificultado a análise.

As respostas obtidas neste estudo foram provenientes de usuários adultos de UBS, assim sendo, o questionário resultante das referidas análises estão adaptados para serem aplicados a este público.

## **Conclusão**

De acordo com as análises realizadas, apresenta-se através deste trabalho um questionário que visa avaliar a satisfação do usuário e responsividade de UBS da região Leste do DF. O

questionário tem um total de 25 perguntas, sendo 12 referentes à responsividade das UBS, 13 à satisfação dos usuários de UBS.

Apresentam-se evidências de validação e fidedignidade satisfatórias o que aponta que provavelmente o questionário elaborado mede o que se propõe a medir e é confiável. É um questionário curto e de fácil aplicação. Foi desenhado para medir a satisfação e responsividade a partir do atendimento do dia, entendendo-se que UBS são serviços dinâmicos, que mudam constantemente e que o viés de memória pode interferir na avaliação dos usuários. É um questionário pensado para ser aplicado por um pesquisador, dado o nível de escolaridade das populações atendidas, o que pode ser um limitante para sua aplicação rotineira. Contudo, acredita-se que este possa ser um instrumento eficaz para a avaliação constante e permanente das UBS no que concerne à satisfação dos usuários e a responsividade das UBS. Agregar os dois conceitos (satisfação e responsividade) aponta caminhos para que as expectativas dos usuários sejam atendidas, considerando-se a subjetividade do sujeito e a capacidade de resposta do serviço a fim de que o cuidado em saúde seja efetivado.

Outros estudos devem ser realizados para verificar a aplicabilidade deste instrumento em realidades distintas, porém acredita-se que possam ser adequados em UBS com a ESF de outras localidades.

## REFERÊNCIAS

1. Reis EJFB dos, Santos FP dos, Campos FE de, Acúrcio F de A, Leite MTT, Leite MLC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad Saude Publica [Internet]. 1990;6(1):50–61. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=pt&tlng=pt)

2. Araujo C, Figueiredo K, Faria MD de. Qualidade em serviços de saúde. Qual Rev Eletrônica. 2009;9(1):1–13.
3. Mezomo JC. Gestão da Qualidade na saúde: Princípios Básicos. 1ª edição. Barueri, SP: Editora Manoele Ltda; 2001.
4. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília UNESCO, Ministério da Saúde. 2002;726p.
5. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990;114:1115–8.
6. CG O. Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian. Diss mestrado Inst Med Soc Cent Biomédico, Univ do Estado do Rio Janeiro. 1991;
7. Vuori H. A qualidade da Saúde. Divulg em Saúde para Debate. 1991;3:17–25.
8. Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Qual Health Care. 1992;1(3):171–7.
9. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC FP. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: BASES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 196 p.
10. Hernandez Murillo R. Reseña de “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. Salud Publica Mex. 1990;32(2):248–9.
11. Gouveia GC, Souza WV de, Luna CF, Souza-Júnior PRB de, Szwarcwald CL. Health care users’ satisfaction in Brazil, 2003. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2005;21 Suppl:109–18.
12. Silva FJCP Da. Qualidade Do Serviço De Saúde : a Visão Do Cliente Flávia Janólio Costacurta. Tese Doutorado - Esc Enferm Ribeirão Preto/USP. 2014;129.
13. Brasil. Manual Instrutivo PMAQ Para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. 2015. 66 p.

14. Protasio APL, Gomes LB, Machado L dos S, Valença AMG. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(2):1–15.
15. D N. Mudança vai aumentar verba, diz Secretário. *Valor Economia*. Disponível em: [https://valor.globo.com/eu- e/noticia/2019/09/20/mudanca-vai-aumentar-verba-diz-secretario.ghtml](https://valor.globo.com/eu-e/noticia/2019/09/20/mudanca-vai-aumentar-verba-diz-secretario.ghtml);
16. Esperdião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2005;10:303–12.
17. Vaitsman J, Andrade GRB de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet*. 2006;10(3):599–613.
18. Hollanda E, Siqueira SAV de, Andrade GRB de, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2012;17(12):3343–52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200019&lng=pt&tlng=pt)
19. Espiridião MA TL. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1267–76.
20. Comes Y, Trindade JDS, Shimizu H, Hamann E, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(9):2749–59.
21. Almeida RS de, Bourliataux-Lajoine S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for health care service user: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;31(1):11–25.
22. de Paiva MBP, Mendes W, Brandão AL, Campos CEA. Uma contribuição para a

- avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *Physis*. 2015;25(3).
23. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Dos Santos ALP, Del Pilar Serrano Gallardo M. A satisfação do usuário com a atenção primária á saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface Commun Heal Educ*. 2018;22(65):387–98.
  24. Ware J, Snyder M, Wright W, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3):247–63.
  25. Prévost A, Fafard A, Nadeau M. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l’expérience de la Régie Régionale Chadière - Appalaches. *Can J Progr Eval*. 1998;13(1):1–23.
  26. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a Multiple-Item Scale for measuring customer perceptions of service quality. *J Retail Spring*. 1988;12–408.
  27. Trad LAB, Bastos A de S, Santana E de M, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Rev Ciência Saúde Coletiva*. 2002;7(3):581–9.
  28. Bernhart M, IGP W, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med*. 1999;48:989–96.
  29. OMS. Informe de la salud em el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000. p. 253.
  30. OMS. Resumen: Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. *Organ Mund da Saúde*. 2000;53<sup>a</sup> ASAMBL.
  31. de Castilho EA. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2002;48:2000–1.
  32. Darby C, Valentine N, Ji C, Amala De Silva M. World Health Organization (WHO) : Strategy On Measuring Responsiveness. *World Heal Organ*. 2000;GPE Discus.
  33. De Silva A, Murray C, Kawabata K, Wikler D, Valentine N, Darby C, et al. A Framework For Measuring Responsiveness. *GPE Discuss Pap Ser*. 2000;32.

34. Gostin L, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. Health and Human Rights Working Paper Series No 2 The Domains of Health Responsiveness – A Human Rights Analysis. 2003;(2):13.
35. De Silva A, Valentine N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. World Heal Organ [Internet]. 2000 [cited 2018 Apr 6];GPE Discus. Disponível em: <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper21.pdf>
36. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. Health Aff. 2001;20(3):10–20.
37. Campos AC Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Satisfação do usuário na Saúde da Família sob a perspectiva da responsividade. Diss (Mestrado em Enferm em Saúde Pública) Esc Enferm Ribeirão Preto – Univ São Paulo. 2011;Ribeirão P.
38. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
39. Saúde M da. Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017; 2017. p. 1–34.
40. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(5):1499–510. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=pt&tlng=pt)
41. Göttems LBD, Evangelista M do SN, Pires MRGM, da Silva AFM, da Silva PA. Trajetória da política de atenção básica à saúde no distrito federal, brasil (1960 a 2007): Análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad Saude

- Publica. 2009;25(6):1409–19.
42. Federal D. Brasília Saudável: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF. Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2016. p. 1–29.
  43. Portaria no.77 de 14 de fevereiro de 2017 [Internet]. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF. 2017 [cited 2019 Apr 10]. p. 1–14. Disponível em:  
<https://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/>
  44. Corrêa DSRC, De Oliveira Miranda Moura AG, Quito MV, De Souza HM, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Reform movements in the federal district health care system: Conversion of the primary health care assistance model. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(6):2031–42.
  45. PASQUALI L. *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Vozes, editor. Petrópolis; 2003.
  46. Hutz CS, Bandeira DR, Marcelli C. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
  47. Teresa Cristina Ertha. *Manual de Psicometria*. 8ª, 2009. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1955.
  48. Pasquali L. *Instrumentação psicológica. Dados elet*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
  49. Hogan TP. *Introdução à Prática de Testes Psicológicos*. Pontes, Lu. Takasih DM, editor. Rio de Janeiro: LTC; 2006.
  50. Haladyna TM. *Developing and validating multiple-choice test items*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; Inc; 1999. 320 p.
  51. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382–5.
  52. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Vol. 5, *Revista Psiquiátrica Clínica*. 1998. 213 p.
  53. Winter JCF de, Dodou D, Wieringa PA. Exploratory Factor Analysis With Small

- Sample Sizes. *Multivar Bahavioral Res.* 2009;44:147–81.
54. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis*. 2<sup>a</sup>. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1992.
  55. de Paula JJ, Melo LPC, Nicolato R, de Moraes EN, Bicalho MA, Hamdan AC, et al. Fidedignidade e validade de construto do teste de aprendizagem auditivo-verbal de rey em idosos Brasileiros. *Rev Psiquiatr Clin.* 2012;39(1):19–23.
  56. Mota ME da, Gontijo FR, Mansur-lisboa FS, Olive FR, Silva FD, Dias FJ, et al. Avaliação da consciência da morfologia derivacional: fidedignidade e validade. 2008;7(2):151–7.
  57. Laros JA, Puente-Palacios KE. Validação cruzada de uma escala de clima organizacional. *Estud Psicol.* 2004;9(1):113–9.
  58. KLAAS S. ON THE USE, THE MISUSE, AND THE VERY LIMITED USEFULNESS OF OF CRONBACH'S ALPHA. *Psychometrika.* 2009;74(1):107–20.
  59. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull.* 1955;52(1):35–47.
  60. Laros JA. O Uso da Análise Fatorial -Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In: *Avaliação Psicológica.* 2009. p. 163–93.
  61. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis (MVDA)*. 7<sup>a</sup>. *Pharmaceutical Quality by Design: A Practical Approach.* 2014. 201–225 p.
  62. Kaiser HF. The application of electronic computers to factor analysis. *Educ Psychol Meas.* 1960;20:141–51.
  63. Cattell RB. The Scree Plot Test for the Number of Factors. *Multivariate Behav Res.* 1966;1:140–61.
  64. Horn J. Factors in Factor Analysis. *Psychometrika.* 1965;30(2):179–85.
  65. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor Retention Decisions in Exploratory Factor

- Analysis: A Tutorial on Parallel Analysis. *Organ Res Methods*. 2004;7(2):191–205.
66. Lorenzo-Seva, Urbano; Timmerman, Marieke E.; Kiers HAL. The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors. *Multivariate Behav Res*. 2011;46(2):340–64.
67. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of Five Rules for Determining the Number of Components to Retain. *Psychol Bull*. 1986;99(3):432–42.
68. Thompson B. *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
69. Figueiredo Filho DB, da Silva Júnior JA. Visão além do alcance: Uma introdução à análise fatorial. *Opinio Publica*. 2010;16(1):160–85.
70. Floyd FJ. Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychol Assess*. 1995;7(3):286–99.
71. Dombrowski SC, McGill RJ, Canivez GL. Hierarchical exploratory factor analyses of the Woodcock-Johnson IV full test battery: Implications for CHC application in school psychology. Vol. 33, *School Psychology Quarterly*. 2018. 235–250 p.
72. Leech NL, Barrett KC, Morgan GA. *IBM SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. New York: Routledge; 2012.
73. CODEPLAN. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - São Sebastião*. Brasília. 2019;
74. CODEPLAN. *A Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Itapoã*. Brasília. 2019;
75. CODEPLAN C de P do DF. *Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Paranoá*. Brasília. 2019;
76. Andrade GRB De, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):523–34.
77. CODEPLAN. *Pesquisa distrital por amostra de domicílios*. 2016;228.

78. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR 9.2: A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Appl Psychol Meas.* 2013;37(6):497–8.
79. Solano LDC, Bezerra MADC, Medeiros RDS, Carlos EF, De Carvalho FPB, De Miranda FAN. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária Man's access to health services in primary care. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2017;9(2):302.
80. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet.* 2005;10(1):105–9.
81. Gomes R, Do Nascimento EF, De Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica.* 2007;23(3):565–74.
82. Miranda A. ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA : DIFICULDADES EVIDENCIADAS PELOS USUÁRIOS. 2017;
83. Callegaro Borsa J, Tiellet Nunes ML. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicol Argumento.* 2017;29(64):31–9.
84. MP S. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia: Dissertação de Mestrado; 1995.
85. Souza EM de. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal. Brasília : Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília: Dissertação de Mestrado; 1997.
86. Sousa MF de, Franco M da S, Mendonça AVM. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os Reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro. Campinas, SP: Saberes

- Editora; 2014. 952 p.
87. Scholle SH, Weisman CS, Anderson RT, Camacho F. The development and validation of the primary care satisfaction survey for women. *Women's Heal Issues*. 2004;14(2):35–50.
  88. Halfoun VLRC, Aguiar OB, Mattos D da S. Construção de um Instrumento para a Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):424–30.
  89. Ogaji DS, Giles S, Daker-White G, Bower P. Development and validation of the patient evaluation scale (PES) for primary health care in Nigeria. *Prim Heal Care Res Dev*. 2017;18(2):161–82.
  90. Paz EPA, Parreira PMSD, Serra A de J, Palasson RR, De Farias SNP. Adaptação transcultural do questionário de satisfação com os cuidados primários de saúde. *ACTA Paul Enferm*. 2014;27(5):419–26.
  91. Brandão AL da RB da S. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS: ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO EUROPEP PARA GRANDES CENTROS URBANOS BRASILEIROS – UMA APLICAÇÃO NA COMUNIDADE DE MANGUINHOS. Diss Mestrado Esc Nac Saúde Pública. 2011;1–47.
  92. Cimas M, Ayala A, García-Pérez S, Sarria-Santamera A, Forjaz MJ. The patient satisfaction questionnaire of EUprimecare project: Measurement properties. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(3):275–80.
  93. Silberman MS, Moreno-Altamirano L, Hernández-Montoya D, Martínez-González A, Díaz-López HO. Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México GACETA MÉDICA DE MÉXICO ARTÍCULO ORIGINAL. *Gac Med Mex*.

- 2016;152:43–50.
94. Zaghoul A. Validation of a patient satisfaction scale for primary care settings. *J Egypt Public Heal Assoc.* 2001;76(5–6):411–29.
  95. Vuković M, Gvozdrenović BS, Gajić T, Stamatović Gajić B, Jakovljević M, McCormick BP. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public Health.* 2012;126(8):710–8.
  96. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - Development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract.* 2008;9:1–11.
  97. Raposo ML, Alves HM, Duarte PA. Dimensions of service quality and satisfaction in health care: a patient's satisfaction index. *Serv Bus J.* 2009;(3):85 – 100.
  98. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJL. Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: Psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Qual Life Res.* 2007;16(7):1107–25.
  99. Author. Standards for educational and psychological testing. AERA, APA, NCME. 1999;Washington.