

***“Satisfação de Usuários do Programa Nacional de DST/AIDS com a
Dispensação de Medicamentos: aspectos de validade e confiabilidade”***

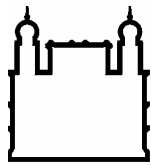
por

Thiago Botelho Azeredo

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora Oliveira
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lucia Luiza*

Rio de Janeiro, março de 2007.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“Satisfação de Usuários do Programa Nacional de DST/AIDS com a
Dispensação de Medicamentos: aspectos de validade e confiabilidade”***

apresentada por

Thiago Botelho Azeredo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Rosane Härter Griep

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos

Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora Oliveira – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 28 de março de 2007.

Catlogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

A993s Azeredo, Thiago Botelho
Satisfação de usuários do Programa Nacional de DST/Aids com a dispensação de medicamentos: aspectos de validade e confiabilidade/ Thiago Botelho Azeredo. Rio de Janeiro: s.n., 2007. 93p., tab.

Orientadoras: Oliveira, Maria Auxiliadora
Luiza, Vera Lucia

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública

1. Satisfação do Paciente. 2. Condutas na Prática dos Médicos. 3. Planos e Programas de Saúde. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. 5. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 6. Prescrição de Medicamentos. 7. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 8. Infecções por HIV. 9. Reprodutibilidade dos Testes. I. Título

CDD - 22.ed. – 614.9553

**A Celma, Natascha e Edméa,
minhas amadas, meu suporte.
A Jayme (em memória).**

Agradecimentos

Às minhas amadas, Celma, Natascha e Edméa, mãe, irmã e avó queridas que me cercaram de seu carinho e apoio nesses anos de concentração e estudo.

Às minhas orientadoras Dra. Maria Auxiliadora Oliveira e Dra. Vera Lucia Luiza, que me deram mais que orientação, deram estímulo, liberdade, segurança e espaço para crescer. Demonstraram grande confiança no desenvolvimento e amadurecimento do trabalho, o que me deu confiança para sair e buscar, estando abertas e disponíveis para estudar e desvendar temas, alguns deles, novos para os três.

À amiga Angela Esher, que tantas tardes de trabalho, satisfações e insatisfações, dividiu comigo. Na verdade, as insatisfações nos faziam caminhar cada vez mais adiante, indagar, duvidar, construir até, aparentemente, estarmos satisfeitos para, no dia seguinte, recomeçar tudo. Agradeço a todas essas tardes, dúvidas, questionamentos, esforços e, mais que isso, à amizade que foi sendo construída nesse caminho, por chegar ao fim desta etapa “muito satisfeito”.

À Isabel Emmerick, por sua amizade já anterior à ENSP, seu companherismo e estímulo. Foi dela o primeiro resumo sobre validade e confiabilidade que li, também as primeiras referências bibliográficas sobre o assunto. Não posso deixar de dizer que foi ela que me apresentou às minhas orientadoras e ao grupo de pesquisa onde pude desenvolver meu trabalho. Agradeço ao carinho e a todas as portas abertas.

Às Dras Cláudia Osorio de Castro e Elizabeth Moreira dos Santos pelas contribuições teórico-metodológicas sem as quais o estudo-mãe onde este meu trabalho se albergou não teria sido o mesmo.

À Dra Monica Rodrigues Campos por seu apoio nas análises estatísticas e pela paciência em dirimir as minhas dúvidas.

A todos os amigos e amigas do Núcleo de Assistência Farmacêutica, inclusive os que já agradecei acima, pelo acolhimento, apoio e agradável espaço de trabalho.

Às pessoas com HIV em tratamento com antiretrovirais que nos emprestaram um momento para responder à pesquisa e nos ajudar a entender sua relação com os serviços farmacêuticos recebidos. Espero que tenhamos contribuído com a melhoria desses serviços.

Ao Programa Nacional de DST/Aids, ao CNPq e à ENSP pelo financiamento que viabilizou o estudo.

Resumo

O presente trabalho pretendeu apreciar aspectos de validade e confiabilidade de uma escala de satisfação de usuários com a dispensação de medicamentos. A escala foi desenvolvida em um estudo nacional cujo objetivo era avaliar a dispensação de medicamentos para pessoas vivendo com HIV (PVH). Foram revisados os principais enfoques teóricos para compreensão da satisfação dos usuários e seu uso na avaliação da qualidade de serviços de saúde. Importantes conceitos e abordagens ligadas à validação de medidas foram também revistos. Os resultados foram apresentados na forma de um artigo que trata da validade de constructo e da consistência interna, como medida de confiabilidade, da escala. A validação de constructo foi realizada por meio de análise fatorial, correlações item-escala corrigida e alguns testes de associação de variáveis, seguindo hipóteses de associação relatadas na literatura, com diferentes medidas de satisfação, e com constructos logicamente relacionados: intenção de continuar recebendo medicamentos no mesmo local e estado de saúde auto-relatado. A consistência interna das sub-escalas foi estimada pelo coeficiente *alpha* de Cronbach. As dimensões relevantes (sub-escalas) que emergiram da escala de satisfação foram: aspectos interpessoais, aspectos ligados à infra-estrutura, aspectos de insatisfação, características dos medicamentos, disponibilidade de medicamentos e acessibilidade geográfica. Encontramos uma relação adequada entre os resultados observados e a construção teórica desenvolvida. Os resultados dos testes de associação concordaram com os achados de outros estudos de satisfação dos usuários descritos na literatura. As sub-escalas exibiram consistência interna moderada, o que sugere adequações. Entretanto, a heterogeneidade dos conteúdos medidos pode ser desejável. Concluimos que o instrumento é apropriado para ser aplicado em populações semelhantes com características psicométricas adequadas, servindo para aferir a avaliação dos usuários sobre os serviços recebidos e assim contribuir para orientar melhorias nos serviços avaliados.

Palavras chave: **validade; confiabilidade; satisfação de usuários; avaliação.**

Abstract

The present work intended to evaluate aspects of validity and reliability of a user satisfaction with pharmacy services scale. The scale was developed within a Brazilian study that aimed to evaluate public pharmacy services attending people with HIV (PWH). We revised the most relevant theoretical approaches for understanding user satisfaction and its use in quality of health services evaluation. We also revised important concepts and approaches concerning to validation and reliability of measures. We show the results as an article about the construct validity and the internal consistency, as a reliability estimate, of the user satisfaction instrument. In order to study the construct validity, we used factor analysis, item-to-total correlations and some tests of association of user satisfaction, defined by our measure, and selected variables. The internal consistency of the instrument's subscales was estimated by Cronbach's *alpha*. The relevant dimensions (subscales) that emerged from the instrument were: interpersonal aspects; infrastructure related aspects; medicine characteristics; medicines availability; and, geographical accessibility. We have found an adequate fit between the observed results and the theoretical construct developed. The association tests results were consistent with other patient satisfaction studies. The subscales showed moderate internal consistency, which means that they can be improved. However, low internal consistency means heterogeneity of contents being measured, what can be desirable. We concluded that the instrument could be used in similar populations with adequate psychometric properties; being useful to determine user satisfaction with the pharmaceutical services they receive and so contribute to guide service improvement.

Key words: validity; reliability; patient satisfaction, user satisfaction; evaluation.

Lista de Figuras, Quadros, Equações e Tabelas

Figura 1. Alguns relacionamentos hipotéticos entre características de estrutura, processo e resultado.	15
Figura 2. Modelo Teórico da satisfação de usuários de serviços de saúde.....	35
Quadro 1. Conceitos de satisfação de usuários: foco, vantagens e desvantagens.....	19
Equação 1. Correção estatística do coeficiente de correlação item-total.....	30
Equação 2. Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach.....	31
Tabela 1. Carga dos fatores [#] relativos aos itens componentes da satisfação dos usuários. Andime-PVH, Brasil, 2005.	52
Tabela 2. Carga dos fatores [#] relativos à matriz simplificada de itens componentes da satisfação dos usuários. Andime-PVH, Brasil, 2005.	54
Tabela 3. Coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e as dimensões da satisfação e coeficiente alpha de Cronbach. Andime-PVH, Brasil, 2005.....	56
Tabela 4. Associação entre variáveis selecionadas e ter satisfação alta (acima da mediana) segundo as dimensões da satisfação e escala global. Andime-PVH, Brasil, 2005.	59

Lista de Siglas e Abreviaturas

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AIP	Aspectos interpessoais (dimensão da satisfação)
AMB	Ambiência (dimensão da satisfação)
ANDIME-PVH	Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para Pessoas Vivendo com HIV e Aids
ARV	Antiretroviral
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CON	Conveniência (dimensão da satisfação)
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IPEC	Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas
MAR	Método de Avaliação Rápida
MIO	Medicamentos para Infecções Oportunistas
MTMM	Multi-Traço-Multi-Método
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
ONG	Organização não Governamental
OR	<i>Odds Ratio</i> (Razão de Chances)
PM	Presença do Medicamento (dimensão da satisfação)
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PSQ	<i>Patient Satisfaction Questionnaire</i> (Questionário de Satisfação de Pacientes)
PVH	Pessoas Vivendo com HIV
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
PWH	<i>People with HIV</i> (Pessoas Vivendo com HIV)
QTD	Qualidade Técnica da Dispensação (dimensão da satisfação)

QTM	Qualidade Técnica do Medicamento (dimensão da satisfação)
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
STD	<i>Sexually Transmitted Diseases</i> (Doenças Sexualmente Transmissíveis)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
UF	Unidade da Federação

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1 – Marco teórico	13
1.1 Satisfação dos Usuários e Qualidade do Cuidado à Saúde	13
1.2 Confiabilidade e validade de uma medida	20
1.3 Abordagens empregadas na demonstração da validade e da confiabilidade de medidas de satisfação.....	26
Capítulo 2 – Métodos do estudo Andime-PVH	33
2.1 Desenvolvimento teórico-operacional da medida de satisfação dos usuários ...	34
2.2 Pré-testes, treinamento dos entrevistadores e piloto	38
2.3 População do estudo e procedimentos de coleta de dados.....	39
2.4 Formatação do banco de dados	40
2.5 Aspectos éticos.....	41
Capítulo 3 – Artigo: Validade e Confiabilidade de uma Escala de Satisfação de Usuários do Programa Nacional de DST/Aids com a Dispensação de Medicamentos	42
3.1 Introdução	44
3.2 Método	46
3.3 Resultados	50
3.4 Discussão	60
Capítulo 4 – Considerações finais.....	65
Referências.....	68
Anexo 1 – Questionário de entrevista aos usuários utilizado no estudo Andime-PVH	71
Anexo 2 – Manual do pesquisador de campo utilizado no estudo Andime-PVH	81
Anexo 3 – Amostra de usuários do estudo Andime-PVH	89
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
Anexo 5 – Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP	92

Introdução

O Ministério da Saúde e o Programa Nacional de DST e Aids brasileiro têm tomado iniciativas no sentido de fomentar a incorporação da avaliação como prática gerencial e do monitoramento da resposta brasileira à epidemia. Dentre a gama de respostas necessárias, a garantia de acesso a um tratamento de qualidade é de extrema importância para o sucesso do programa.

Dentro do campo da avaliação de qualidade de sistemas/serviços de saúde, os estudos de satisfação dos usuários têm ocupado espaço crescente, tanto em número de estudos quanto em importância conceitual dessa categoria como resultado desejado dos processos de cuidado. Entretanto, poucos estudos nessa área se ocupam de buscar e apresentar evidências sobre a validade e a confiabilidade dos instrumentos utilizados. Considerando-se que tais conceitos estão envolvidos na determinação, respectivamente, da extensão em que se mede exatamente o que se supõe e dos erros pertinentes ao processo de aferição, a carência de informações a esse respeito põe em dúvida os achados e a credibilidade das conclusões dos estudos desse tipo.

Tendo sido conduzido no ano de 2005 um estudo nacional cujos objetivos incluíam a proposição de um modelo para avaliar a satisfação dos usuários do Programa Nacional de DST e Aids com a dispensação de medicamentos ¹, pretendeu-se, por meio do presente estudo, buscar evidências empíricas sobre a validade e confiabilidade do instrumento utilizado naquele estudo e, portanto, das afirmativas feitas a partir deste.

As perguntas que nortearam todo o processo de trabalho foram as seguintes:

O instrumento utilizado para determinar a satisfação dos usuários no estudo “Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as Pessoas Vivendo com HIV e AIDS” está adequado para responder à construção teórica que propõe? As dimensões propostas pelo estudo foram discriminadas na população estudada por meio do questionário utilizado? Em que grau a suposta independência entre tais dimensões se confirma? Na possibilidade de várias dimensões terem sido discriminadas adequadamente pela população, as escalas que as representem demonstram consistência interna?

Assim, o objetivo geral dessa dissertação foi avaliar a confiabilidade (consistência interna) e a validade (de construção) do instrumento, para medir satisfação, proposto pelo estudo “Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as pessoas vivendo com HIV e AIDS” (Andime-PVH).

Os resultados do estudo são apresentados no capítulo 3, sob a forma de um artigo científico, no qual buscamos:

1. Identificar a melhor combinação linear dos itens que compõem o questionário de satisfação contra as dimensões definidas no estudo Andime-PVH;
2. Estimar a confiabilidade das escalas de satisfação do usuário apontadas na análise anterior;
3. Com base nas análises anteriores propor ajustes entre os itens que compuseram o questionário e o modelo teórico do estudo.

Dessa forma, buscou-se contribuir para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados obtidos, bem como fornecer subsídios para adequação metodológica do modelo de avaliação proposto, sempre com o objetivo maior de orientar melhorias no acesso e qualidade dos serviços prestados às pessoas vivendo com HIV e Aids em tratamento.

Capítulo 1 – Marco teórico

1.1 Satisfação dos Usuários e Qualidade do Cuidado à Saúde

Segundo Donabedian ², é possível entender a qualidade nos cuidados à saúde como o produto de dois fatores: o *status* da ciência e tecnologia dos cuidados à saúde e sua aplicação na prática. Alguns atributos caracterizam esse produto: eficácia – habilidade da ciência e tecnologia dos cuidados à saúde de trazer melhorias à saúde quando aplicadas sob as circunstâncias mais favoráveis; efetividade – grau no qual as melhorias na saúde alcançáveis num determinado momento são, de fato, alcançados; eficiência – habilidade de reduzir os custos do cuidado à saúde sem diminuir as melhorias alcançáveis; *optimality* – balanço entre as melhorias na saúde e os custos de tais melhorias; aceitabilidade – conformidade com aspirações, desejos e expectativas dos pacientes e seus familiares; legitimidade – conformidade às preferências de uma sociedade, expressas em princípios éticos, valores, normas, moral, leis e regulamentações; e, equidade – conformidade ao princípio que determina o que é justo e correto na distribuição dos cuidados à saúde e seus benefícios entre os membros da população ².

Segundo este autor, a avaliação da qualidade dos cuidados à saúde pode ser feita por três abordagens: estrutura, processos e resultados. Tais abordagens não se referem a atributos da qualidade, mas, sim, a tipos de informação que se pode obter como subsídio para o julgamento ou inferência da qualidade ².

Por estrutura, entendem-se as condições sob as quais o cuidado é oferecido (por exemplo, recursos materiais e humanos); processo se refere às atividades que, propriamente, constituem o cuidado à saúde (práticas de diagnóstico, tratamento, prevenção, fornecimento de informações); e, resultados, significam mudanças (desejáveis ou não) em indivíduos ou populações que possam ser atribuíveis ao processo de cuidado à saúde (mudanças no estado de saúde, no comportamento e atitudes – inclusive a satisfação – dos indivíduos recebedores do cuidado) ².

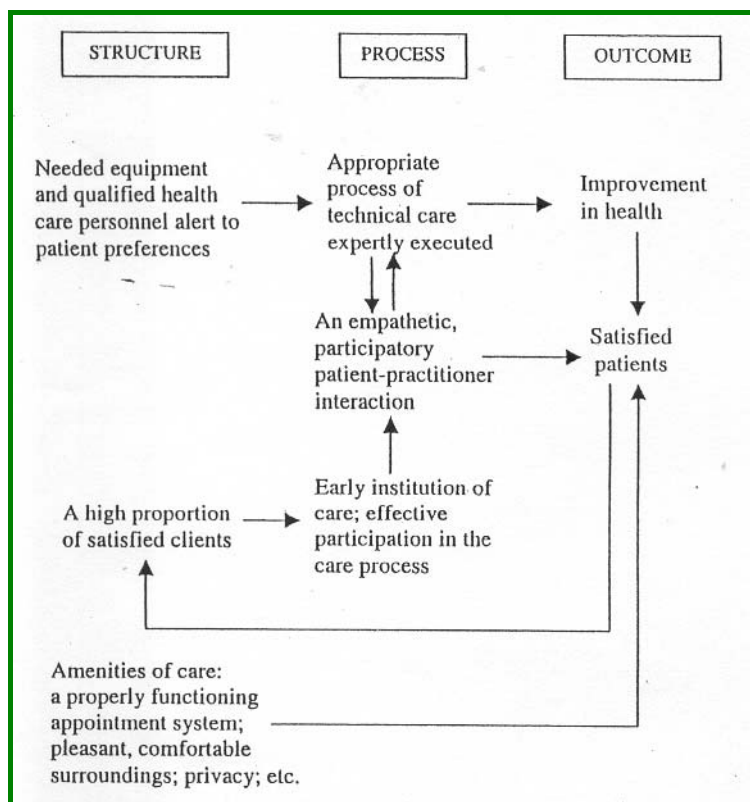
Avaliar significa, fundamentalmente, fazer um julgamento do valor, mérito ou significância acerca do objeto avaliado ³.

Avaliar a qualidade sob esse modelo significa aceitar uma relação entre essas partes, onde a estrutura pode influenciar o processo, que por sua vez poderá influenciar os resultados. É importante ressaltar o caráter probabilístico, e não absoluto, dessas relações. Cabe aos investigadores apoiar as suposições feitas acerca dessas relações em evidências. Quanto melhor demonstradas, e quanto maior a probabilidade das relações demonstradas, maior a credibilidade do julgamento da qualidade baseado nesse modelo ².

Dentre os elementos que podem representar medidas da qualidade sob a abordagem de resultados estão os resultados avaliativos, segundo classificação proposta por Donabedian ², compostos pelas opiniões dos usuários sobre determinados aspectos do cuidado e sua satisfação com estes.

A Figura 1 exemplifica relações entre estrutura, processo e resultado de uma determinada atividade, que podem ser supostas num estudo. Situa conceitualmente a satisfação dos usuários como variável dependente – o resultado de um processo de cuidado que conta, por sua vez, com uma determinada estrutura. Tal exemplo demonstra, ainda, a plasticidade do conceito de satisfação, que pode também ser entendido como variável independente (situando-se como resultado intermediário) preditora de determinados comportamentos dos usuários, neste caso, a participação efetiva no processo de cuidado.

Figura 1. Alguns relacionamentos hipotéticos entre características de estrutura, processo e resultado.



Fonte: Donabedian, 2003 ².

Assim, a medida da satisfação pode ser assumida como uma avaliação de aspectos de estrutura, processo e resultado do cuidado sob ponto de vista dos usuários sendo preditora de comportamentos do mesmo, como utilização do cuidado, continuidade e adesão ⁴⁻⁶.

Ainda, como poderá ser entendido adiante, os conceitos de satisfação dos usuários remetem a alguns dos atributos da qualidade descritos por Donabedian: aceitabilidade, legitimidade (ou aceitabilidade social) e, também, equidade.

A satisfação é, assim, tida como um importante conceito na discussão em saúde. No entanto, a forma de compreender esta importância e, conseqüentemente, apropriar os resultados das medidas varia bastante entre os diferentes autores.

Oliveira ⁷ examina que, subjacente à questão da satisfação dos usuários, está a categoria ou noção da necessidade. A autora discute que necessidades e expectativas dos usuários são construídas historicamente, numa dinâmica influenciada pela relação entre oferta e demanda, socialmente determinadas. A satisfação (ou insatisfação) dos

usuários relacionar-se-ia à capacidade do sistema social de adaptar a produção de necessidades à produção de oferta, acesso e uso da massa de agentes sociais.

Segundo Sitzia e Wood ⁸, a ascensão do conceito de satisfação dos pacientes pode ser entendida no contexto mais geral de surgimento e evolução dos movimentos de defesa do consumidor e sua atuação nas práticas de cuidado à saúde. Isso significa considerar os usuários dos serviços de saúde como consumidores, capazes de avaliar a qualidade dos serviços recebidos e responder com uma atitude, geralmente a mudança de provedor do cuidado, quando a qualidade for considerada insatisfatória. Esta análise pode se aplicar aos contextos gerais dos países onde provedores de serviços de saúde competem por sua clientela, ou seja, há uma relação entre usuários (demanda) e serviços (oferta) mediada pelo mercado.

No caso brasileiro, no que tange ao sistema público, tal competição não existe. É o reconhecimento dos indivíduos como cidadãos detentores de direitos, não como consumidores que devam “premiar” pela escolha o “melhor” serviço no mercado, que deve orientar (quantitativa e qualitativamente) a oferta de serviços às demandas daqueles.

Segundo revisão feita por Esperidião e Trad ⁹, é no contexto do paradigma do consumismo e cultura da qualidade, nos Estados Unidos e Inglaterra, na década de 70, que os estudos de satisfação dos usuários ganham destaque na literatura. A satisfação dos usuários passa a ser considerada uma meta para os serviços de saúde, e deve ser pesquisada no intuito de subsidiar melhorias no sistema de serviços de saúde.

No Brasil, é a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, na década de 1990, que estudos de satisfação dos usuários passam a ser desenvolvidos ^{9, 10}.

Estes contextos estão relacionados não somente à conceituação da satisfação dos usuários e ao uso das pesquisas, mas também à terminologia empregada para designar os sujeitos recebedores do cuidado – *Patient*, *consumer*, *costumer*, *client* e *user*, segundo sistematizam Esperidião e Trad ⁹. *Patient*, a terminologia mais empregada, inclui uma noção de passividade. *Consumer*, *costumer* e *client* são termos oriundos do setor privado, e carregam a idéia de que o papel dos usuários dos serviços de saúde se assemelha àquele exercido ao comprar produtos e serviços no mercado. Já *user* (usuário) é pouco utilizado na literatura internacional, enquanto, no Brasil, é bastante

empregado, servindo as idéias de direito social e a noção de cidadania de pano de fundo para estender a compreensão do indivíduo receptor do cuidado além das terminologias de paciente ou consumidor⁹.

Assim, a incorporação no Brasil de pesquisas de satisfação dos usuários do sistema público de saúde deve ocorrer sob um redimensionamento teórico e político de seus conceitos, “para não se converterem em um novo acréscimo “transferido” dos aparentes “progressos” da metodologia importada dos países centrais”⁷(pág 53-4). A importância de estudos desse tipo no Brasil estaria no seu entendimento e utilização como peças importantes para a participação e co-gestão dos usuários (vistos como um coletivo comunitário) como forma de gerar dados sobre necessidades, desejos, demandas etc.⁷

Nesse sentido, estudos sobre satisfação poderiam se tornar elucidativos de relações entre os usuários e os serviços de saúde, ou seja, informando em que medida o padrão de relações estabelecidas entre prestadores e usuários (oferta e demanda) alcança legitimidade por parte destes últimos.

Uma das principais limitações dos estudos nessa área é a falta de uma construção teórica robusta que embase o conceito de satisfação e que oriente sua aferição⁸⁻¹¹, em favor do desenvolvimento de modelos que simplesmente expliquem achados⁸. Isso resulta de um processo de pressões sobre avaliadores para incluir tal medida (como forma de contemplar as visões dos pacientes) como indicador de qualidade de serviços em processos de monitoramento, auditoria e de melhoria no desempenho⁸. Assim, muitos estudos acabam ocorrendo dentro de abordagens gerenciais, sem uma maior reflexão sobre as dimensões humanas e comportamentais implicadas, e, outros, exploram uma miríade de aspectos sem apontar para suas conseqüências no mundo real.

Em que pese essas considerações, alguns modelos teórico-conceituais são observados na literatura.

Schommer e Kucukarslan¹² revisaram quatro conceitos de satisfação dos usuários quais sejam: (1) avaliação de desempenho; (2) desconfirmação de expectativas; (3) avaliação afetiva (*affect-based assessment*); e, (4) avaliação baseada na equidade. Segundo estes autores, qualquer dos conceitos anteriores pode ser a base para a medição da satisfação, dependendo da forma que se pretende utilizar as informações.

Esperidião e Trad ⁹ sistematizam quatro enfoques teóricos para compreensão da satisfação de usuários de serviços de saúde, ligeiramente distintos dos conceitos anteriores: (1) *teoria da atitude*, segundo a qual a satisfação é entendida como uma atitude, uma avaliação positiva ou negativa sobre um certo aspecto do serviço; (2) *teoria da discrepância*, sob a qual a satisfação é predita por meio da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência; (3) *teoria da realização*, na qual a satisfação é dada pela diferença entre o que é desejado, ou esperado, e o que é obtido, com dois subtipos: (3.a) *teoria da realização da expectativa*, que diz que o usuário se mostra satisfeito quando o serviço recebido está de acordo com o esperado, ou supera a expectativa; e, (3.b) *teoria da realização da necessidade*, que considera que a efetividade do serviço e o nível de saúde do usuário são considerados quando o usuário responde sobre sua satisfação; e, (4) *teoria da equidade*, que “considera que os usuários avaliam os serviços em termos de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com outros usuários”⁹.

O foco, as vantagens e desvantagens de cada conceito descrito por Schommer e Kucukarslan ¹², bem como à que teoria se relacionam respectivamente, dentre as descritas por Esperidião e Trad ⁹, podem ser encontrados no Quadro 1.

Quadro 1. Conceitos de satisfação de usuários: foco, vantagens e desvantagens.

Conceito (<i>teoria</i>)	Foco	Vantagens	Desvantagens
Avaliação de desempenho (<i>teoria da atitude</i>)	Características relevantes dos serviços	Pode avaliar características específicas de um serviço	Características são selecionadas pelos pesquisadores, o que pode limitar os usuários na expressão de suas considerações; o processo de avaliação não é investigado; a medida pode ser inválida se o serviço for ambíguo para os respondentes
Desconfirmação de expectativas (<i>teoria da realização da expectativa</i>)	Avaliação cognitiva sobre uma experiência com o serviço	Fornecer entendimento do processo psicológico envolvido na avaliação do serviço	Padronização de variáveis e processos chave não foi alcançada; resultados são sensíveis ao tipo e nível de expectativa utilizado no estudo
Avaliação afetiva	Resposta emocional a um serviço e ações resultantes dos usuários	Permite a investigação das respostas emocionais ao serviço; particularmente útil quando as expectativas dos usuários não estão formadas ou não estão envolvidas na avaliação do serviço	Fornecer uma visão limitada da avaliação dos usuários sobre o serviço; pode ser aplicado em encontros pontuais com o serviço, mas não em avaliações longitudinais
Avaliação baseada na equidade (<i>teoria da equidade</i>)	Justiça no que é obtido em relação ao que custou para o usuário	Permite a investigação da relação entre <i>inputs</i> e <i>outputs</i> de usuários e provedores	Assume que a equidade é o principal determinante da satisfação; medidas são cognitivamente difíceis para os respondentes

Fonte: Adaptado de Schommer e Kucukarslan¹².

Segundo Sitzia e Wood⁸, muitos modelos valorizam características dos pacientes, por exemplo, suas expectativas, idade, escolaridade, gênero e etnia, como influentes sobre as respostas fornecidas, demonstrando que tais características devam ser descritas e controladas na análise dos resultados para apoiar a validade das conclusões alcançadas.

Outros modelos se baseiam na crença de que certos aspectos do cuidado são discerníveis pelos usuários, e que, com certo grau de independência, afetam sua satisfação geral com o cuidado recebido. Segundo Sitzia e Wood⁸ e Esperidião e Trad¹⁰ a maior parte dos esquemas de classificação de quais aspectos do cuidado são determinantes da satisfação dos usuários são baseados na taxonomia desenvolvida por Ware *et al.*¹³.

Os trabalhos de Ware concluem que, embora a satisfação com serviços de saúde seja influenciada por uma mistura de características próprias do usuário e outras do serviço de saúde, são essas últimas as principais responsáveis pela determinação daquela variável ¹³. Assim, a aferição da satisfação dos usuários de um serviço/sistema de saúde reflete antes uma medida do cuidado prestado que uma medida circunscrita unicamente às subjetividades dos usuários.

Além disso, fator de extrema importância que leva à escolha desse tipo de conceito de satisfação (relacionado principalmente à experiência vivida com certos aspectos do cuidado) em pesquisas que visem não simplesmente julgar a qualidade de determinado sistema/serviço de saúde, mas indicar caminhos para sua melhoria, é a consideração de que variáveis que remetam às características dos serviços prestados são pontos preferenciais de incidência de políticas públicas e da ingerência de gestores e profissionais de saúde, antes de qualquer tentativa de mudar padrões de valores ou preferências dos usuários.

No campo da avaliação da satisfação são escassos os trabalhos que demonstrem evidências sobre a validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados ¹⁴. Alguns autores na área parecem não estar sensibilizados ou atentos à importância dessas propriedades numa avaliação, e que tal falta põe em dúvida a credibilidade de seus achados ¹⁴.

1.2 Confiabilidade e validade de uma medida

Muitos fenômenos de interesse para pesquisadores na área da saúde, como a satisfação de usuários, a solidão, a dor e a intenção de seguir as recomendações médicas, não apresentam manifestações diretas e não ambíguas, não sendo diretamente observáveis ¹⁵. Pesquisadores buscam indicadores como *proxis* para obter informações sobre as variáveis não observáveis que tenham interesse.

Fazer inferências sobre variáveis não observáveis diretamente é um processo imperfeito e, portanto, os indicadores tendem a apresentar algum grau de erro. A Teoria Clássica dos Testes (TCT) apresenta uma série de princípios que permitem determinar quanto os indicadores selecionados foram bem sucedidos na estimativa das variáveis de interesse ¹⁵.

DeVellis ¹⁵ sistematiza os conceitos de *Valor verdadeiro (True Score)*, *Erro aleatório*, *Confiabilidade de itens*, *Paralelismo estrito de itens*, *Discriminação*, *Dificuldade* (ou endossamento), *Confiabilidade de escalas* e *Validade de escalas* como um conjunto fundamental de princípios, subjacentes à TCT e, portanto, concernentes à utilização de informações observáveis (como os escores obtidos a partir de itens de um questionário) para estimar o comportamento de certas variáveis (como a satisfação dos usuários) que não podem ser observadas diretamente. Sistematizamos abaixo as considerações deste autor sobre estes princípios:

- Um ponto central da TCT é o conceito de *valor verdadeiro*. Hipoteticamente, ele corresponde ao estado real da variável de interesse. Segundo a Teoria, um escore observado a partir de uma medida é determinado pelo estado real da variável de interesse mais (ou menos) um erro vindo de todas as demais fontes de influência sobre a medição. A variável que é observada (ou seja, obtida de uma medida) é, portanto, uma mistura de informação relevante, o “valor verdadeiro” da variável de interesse, e erro.
- *Erro aleatório* é o resultado da ação de todas as fontes de influência sobre uma medida, que sejam distintas da variável de interesse, aumentando ou reduzindo com igual probabilidade o valor observado. Sua média ao longo de medições sucessivas é zero.
- A *confiabilidade de um item* num instrumento de medida é sua capacidade de representar com precisão o valor verdadeiro da variável de interesse. É expresso como a proporção de variação compartilhada pelo o item e o valor verdadeiro, residindo aí a dificuldade de sua determinação, já que o valor verdadeiro não pode ser determinado diretamente.
- *Paralelismo estrito de itens* se refere à propriedade de um conjunto de itens de um instrumento (um questionário) estarem igualmente correlacionados ao valor verdadeiro. Os itens devem representar uma única dimensão. O erro associado a cada item deve ser independente do valor verdadeiro e dos erros associados aos demais itens do mesmo conjunto. Além disso, todos os itens devem apresentar igual confiabilidade, ou seja, cada item deve ser tão bom quanto os demais em estimar o valor verdadeiro (a quantidade de erro em cada item deve ser equivalente). Apesar de estas serem condições bastante

restritivas e difíceis de serem assumidas como reais na prática, essas considerações servem como base para o desenvolvimento de outras teorias com pressupostos menos restritivos.

- *Discriminação* é o poder de associação de um item com outros itens de um mesmo conjunto e, portanto, ao valor verdadeiro. Quanto mais correlacionado a um conjunto de itens desenhados para captar uma determinada variável, melhor será o poder de discriminação de um item, ou seja, seu poder para discriminar os indivíduos que apresentam um alto escore na variável de interesse daqueles com baixo escore.
- O conceito de *dificuldade* de um item (ou seu endossamento) emerge do desenvolvimento da TCT no contexto da educação. Era relativo à dificuldade, propriamente dita, de uma dada questão. Quanto mais difícil a questão, menor a probabilidade de ser corretamente respondida e, portanto, maior o poder da questão de selecionar os indivíduos com alto escore no teste. Esse conceito é transposto para a TCT em geral referindo-se à probabilidade de um item, ou de determinada opção de resposta, ser escolhida (ou endossada) numa dada população.
- *A confiabilidade de uma escala* é conceitualmente semelhante à confiabilidade de um item: a proporção do escore obtido por meio da escala que é determinada pelo valor verdadeiro da variável de interesse. Se a variabilidade das respostas obtidas para cada item de um conjunto é em parte determinada pelo valor verdadeiro e, o que resta, por erro, sendo o erro associado a cada item independente do erro dos demais, os itens terão uma parte de sua variabilidade que lhes é única (o erro de cada item) e outra compartilhada. Quanto maior a proporção de variação compartilhada por um conjunto de itens (covariância), mais esse conjunto tem em comum e mais fortemente refletem um valor verdadeiro.
- *A validade de uma escala*, ou de um instrumento, é propriedade de o valor real medido por essa escala, num contexto específico, ser atribuível à variável de interesse.

Como visto, a intenção de um determinado teste desenvolvido sob essa teoria é captar o valor verdadeiro de uma variável (não observável diretamente) por meio de aferições de condições diretamente observáveis: as respostas fornecidas às questões do teste. Vimos que a confiabilidade de um item refere-se à correlação, ou covariância, entre a resposta ou escore obtido para esse item e o valor verdadeiro da variável pretendida. Devido à dificuldade, se não impossibilidade, de estabelecer essa estimativa, a confiabilidade de uma medida é geralmente investigada para um conjunto de itens.

Assumindo que o escore obtido para cada item gerado para captar uma certa variável é determinado pelo valor real da variável mais erro, e assumindo esse erro como aleatório (de média zero), é possível concluir que pela agregação (soma ou média) dos escores obtidos para um conjunto de itens se consiga reduzir a importância do erro (aleatório) sobre o resultado obtido^{15, 16}. Assim, esse resultado torna-se um melhor indicador da variável de interesse que o resultado obtido a partir de um único item. Daí vem uma das principais justificativas para a construção de escalas com múltiplos itens.

Mais simplesmente, a confiabilidade de um instrumento, ou, mais propriamente, dos resultados derivados de uma medida, se relaciona com sua capacidade de captar (representar) variações reais nas características medidas na população e diferentes de erro constante ou aleatório, e representa a quantidade de erro inerente a qualquer processo de medição¹⁶.

Duas características respondem pela confiabilidade de um instrumento: a estabilidade – ligada à reprodutibilidade dos resultados obtidos – e a consistência interna – baseada em uma correlação média entre os itens do instrumento¹⁴.

Se aplicarmos o mesmo raciocínio descrito anteriormente para falar da confiabilidade como função do que emerge de comum de um conjunto de itens (ou seja, sua consistência interna) a aplicações do indicador em diferentes momentos (o que emerge em comum das várias aplicações) ou por diferentes observadores (o que emerge em comum das diferentes observações), compreenderemos que o conceito de confiabilidade em relação à estabilidade, quer temporal (conhecida também como teste-reteste), quer inter-observador, é o mesmo.

O conceito de confiabilidade e os métodos para sua apreciação dão conta de uma parte importante num processo de medição – a consistência ou reprodutibilidade dos resultados obtidos em diferentes momentos, por distintos observadores, ou por diferentes itens de um questionário ¹⁶. Mas reconhecer que uma característica comum (um valor verdadeiro) é a principal responsável pela determinação do resultado de um teste não é suficiente para afirmar que a característica sendo medida seja a variável de interesse ^{15, 16}. Demonstrar que a característica sendo medida corresponde à variável de interesse é demonstrar a validade da medida.

Segundo Sitzia ¹⁴ a validade de uma medida é composta de duas características básicas: (1) contemplar todos os aspectos relativos ao conceito estudado e (2) produzir resultados que reflitam valores verdadeiros. A primeira é chamada de validade de conteúdo; a segunda é, tradicionalmente, definida por duas abordagens conceituais – validade de critério e validade de constructo.

De forma semelhante, DeVellis ¹⁵ afirma que os dois objetivos da validação são:

“(1) fornecer evidências convincentes de que o escopo dos itens da escala corresponde ao escopo da variável de interesse e (2) demonstrar que os escores obtidos por aquela escala assumem valores que são consistentes com o nosso entendimento sobre como o fenômeno de interesse varia no mundo real.”

¹⁵

Podemos observar que as características básicas da validade, descritas por Sitzia ¹⁴, e os objetivos da validação, descritos por DeVellis ¹⁵, se correspondem. Correspondem também aos dois conjuntos de abordagens de validação descritos por Streiner e Norman ¹⁶: formas de validação por suposição – validade de face e validade de conteúdo (chamadas de “*validity by assumption*” por Guilford (1954 *apud* Streiner e Norman¹⁷)); e, formas empíricas de validação – validade de critério e validade de constructo.

A validação a partir dessa perspectiva essencialmente ternária, os três C's, conteúdo, critério e constructo, foi adotada por quase todos os livros texto até os anos 70 ¹⁷. Essas abordagens eram consideradas atributos do instrumento de medida que deveriam ser apreciados independentemente. A partir de então, uma série de novos tipos de validade foi proposta. Ao mesmo tempo, o próprio processo de testar a validade era repensado. Enquanto anteriormente entendia-se a validação como um

processo concernente às *escalas* sob investigação, novas proposições referiam-se ao processo de validação como referentes às inferências que se pode fazer sobre as *pessoas* a partir das respostas obtidas por meio das escalas.

Assim, qualquer processo de validação pode ser entendido como um processo de testar hipóteses, o que pode ser realizado por diferentes vias, limitadas somente pela criatividade dos investigadores ¹⁷. Isso não significa que os três C's devam ser abandonados, mas que não devem servir de amarras às possibilidades para demonstração da validade. Tampouco devem ser assumidos como independentes. São apenas diferentes abordagens com uma finalidade em comum: o grau de confiança que podemos depositar nas inferências feitas a partir dos escores obtidos por meio de escalas.

Validade de conteúdo pode ser melhor entendida como a capacidade de os itens escolhidos para medir uma construção teórica representarem *todas* as principais facetas do conceito de interesse ³. Isto é, se a escala contém um número de itens suficiente que cubra adequadamente o domínio sob investigação ¹⁷.

Segundo Contandriopoulos ³, a coerência aparente entre o instrumento escolhido e o que se pretende medir, que pode ser avaliada por especialistas ou membros da população alvo, bem como a forma como as questões são formuladas e o tipo de jargão escolhido estão envolvidos com esse tipo de validade. Já Streiner e Norman ¹⁷ chamam *validade de face* essa aparente coerência entre os itens do instrumento e as qualidades que se deseja contemplar.

Entende-se *validade de critério* como a correlação entre os resultados obtidos pela nova medida e alguma outra medida disponível do mesmo conceito (o critério para comparação), preferencialmente uma medida validada, amplamente aceita, um “padrão-ouro” ^{14, 17}. Se ambas medidas são realizadas ao mesmo tempo temos uma validade concomitante. Caso o critério se situe no futuro, dizemos que a nova medida apresenta validade preditora ^{3, 14, 17}.

Validade de constructo refere-se à extensão na qual os resultados obtidos por uma medida estão em consonância com a construção teórica subjacente ¹⁴.

Para muitas variáveis que se deseja investigar na área de saúde, além de não existirem formas diretamente observáveis, não se dispõe de uma definição operacional simples,

como a pressão arterial, por exemplo, que pode ser definida como “a quantidade de pressão, medida em milímetros de mercúrio, no momento da sístole ventricular”¹⁷(pág 178). Em muitos casos, a definição que se dispõe sobre a variável de interesse é dependente da teoria sob a qual é descrita, ou o conjunto de fatores envolvidos na sua determinação. Esses fatores podem ser chamados de constructos hipotéticos¹⁷. Um constructo, portanto, pode ser definido como uma pequena teoria que explica as relações entre diversos comportamentos ou atitudes.

Assim, a validação de constructo consistirá em testar as hipóteses desenvolvidas sobre o comportamento da variável de interesse, que se supõe ter sido expressa pelos resultados das medidas realizadas.

Duas considerações adicionais devem ser feitas sobre a validade de constructo. Primeiramente, nenhum teste individual se presta a provar um constructo, já que este envolve uma série de relações hipotéticas. Em segundo, o que se procede é ao mesmo tempo um teste dos resultados obtidos e, portanto, da medida, e um teste da teoria envolvida¹⁷. Pode-se perceber que este é um processo contínuo de formular hipóteses sobre a variável de interesse, operacionalizar sua medição, e aprender continuamente sobre as relações estabelecidas.

1.3 Abordagens empregadas na demonstração da validade e da confiabilidade de medidas de satisfação

Como será visto no capítulo três, onde apresentamos o artigo que sintetiza os resultados alcançados no presente trabalho, algumas técnicas foram utilizadas para apreciar a validade de constructo e a consistência interna dos resultados obtidos para satisfação dos usuários a partir do instrumento e métodos empregados no estudo Andime-PVH. Nesta seção, trataremos das abordagens mais comumente empregadas na demonstração da validade e da confiabilidade de medidas de satisfação de usuários de serviços de saúde e, em seguida, detalharemos algumas das análises que utilizamos no presente trabalho.

Sitzia¹⁴ elaborou uma revisão sistemática sobre a validade e a confiabilidade dos dados sobre satisfação de usuários de serviços de saúde encontrados na literatura (amostra representativa de estudos publicados). Nesse processo, fez um levantamento

de quais as principais estratégias e técnicas utilizadas para determinar a validade e confiabilidade nos estudos revisados, que resumimos abaixo.

Em relação à validade de conteúdo, frisa a explicitação das estratégias e fontes utilizadas para geração de itens na composição dos instrumentos e explicitação das escalas de avaliação, uso de perguntas abertas e número de itens envolvidos na avaliação da satisfação como formas de apoiar a discussão da validade dos achados. Testes do poder discriminatório dos instrumentos e da distribuição dos escores resultantes, a comparação entre as médias dos diferentes itens e até mesmo o cálculo dos coeficientes de variação dos itens, bem como análise fatorial e classificação dos itens por profissionais de saúde (para verificar se formavam componentes reconhecíveis da satisfação) foram estratégias usadas para testar o conteúdo dos instrumentos. Entretanto, essas duas últimas técnicas podem ser consideradas como estratégias para validação de constructo, mas não para validação de conteúdo.

Para validação de critério, a forma mais comum foi a correlação do índice de satisfação resultante do instrumento avaliado com um referencial externo, essencialmente formado por uma única pergunta. Na maior parte das vezes essa pergunta era sobre a intenção de retornar ao mesmo serviço, mas também outros referenciais como a avaliação da satisfação dos usuários feita por profissionais de saúde, se os usuários recomendavam os serviços a outros e também a sua satisfação medida por um instrumento diferente. Considerando-se que, por definição, validade de critério é a resultante de uma comparação entre os resultados obtidos pelo instrumento testado e aqueles oriundos de uma medida validada do mesmo constructo podemos entender que somente o último desses referenciais é útil para validação de critério, os demais indicadores se podem julgar serem relacionados à satisfação, mas de modo algum referentes ao mesmo constructo.

A análise fatorial foi a técnica mais empregada na validação de constructo.

Para aferir confiabilidade, a principal abordagem foi a estimação do α de Cronbach na determinação da consistência interna, sendo seu valor maior ou igual a 0,80 em 84% dos estudos. A estabilidade, avaliada em teste-reteste dos instrumentos, foi estimada por meio de correlações (coeficiente de correlação de Pearson, r) e do uso da estatística κ . Relativamente à consistência interna, há que se considerar que abordagens multi-dimensionais do conceito da satisfação requerem que os testes de

confiabilidade (estimação do α) sejam conduzidos para cada dimensão (correlações intra-dimensões) e não para a generalidade do instrumento (correlações inter-dimensões), já que se presume relativa independência entre elas.

- **Validade de constructo**

A demonstração da tal validade pode ser realizada por algumas vias como, por exemplo: geração de hipóteses de relação entre o constructo e características observáveis (apoiando-se em evidências empíricas); testes estatísticos de correlação entre os itens do instrumento de medida; determinação da extensão na qual as supostas medidas do conceito se comportam como previsto ¹⁴.

Essa última determinação pode ser realizada pela identificação de grupos que deveriam, segundo a teoria, comportar-se de forma distinta, sendo confirmada a validade quando os resultados obtidos para os grupos diferirem nas direções preditas – método da discriminação ou de “grupos extremos”^{14, 17}.

Ainda, pode ser realizada pelo método de convergência/dissonância no qual a validade é determinada pelo grau em que variáveis do instrumento em teste se correlacionem com outras que deveriam – logicamente – estar relacionadas (convergência) e não se correlacionem com variáveis distintas em conteúdo lógico (dissonância) ^{14, 17}.

Uma técnica que permite visualizar a validade convergente e dissonante ao mesmo tempo é a chamada matriz Multi Traço Multi Método (MTMM) ¹⁷. Nessa técnica pelo menos dois traços diferentes (geralmente não relacionados) são determinados por pelo menos dois diferentes métodos ao mesmo tempo. São estimadas as confiabilidades das medidas e as correlações entre os resultados obtidos. Espera-se que o maior valor obtido seja o da confiabilidade das medidas (que é determinado para cada medida individual – cada traço medido por cada método – homotraço-homométodo) e o menor valor obtido a correlação entre os resultados obtidos por meio de métodos diferentes para traços diferentes (heterotraço-heterométodo). A validade convergente é apreciada pela correlação entre os resultados obtidos para um dado traço por diferentes métodos (homotraço-heterométodo) e a validade dissonante pode ser observada pela correlação entre os diferentes traços medidos por um mesmo método (heterotraço-homométodo). A correlação homotraço-heterométodo deve ser superior à correlação heterotraço-homométodo, demonstrando que a correlação se deva

principalmente ao traço comum medido (o constructo pretendido) e não ao método utilizado (viés).

- Análise fatorial

A análise fatorial é uma técnica destinada a testar a dimensionalidade de um conjunto de variáveis, ou seja, que características comuns ao conjunto de variáveis podem ser identificadas ¹⁵. Além disso, essa técnica auxilia a determinar pontos de corte para a “extração” das características comuns (os fatores ou dimensões) que sejam relevantes.

Anteriormente, deve-se testar a adequação das variáveis (itens de um questionário, por exemplo) à análise. Essa operação consiste em testar a hipótese nula de a matriz de correlação entre as variáveis ser a matriz identidade, ou seja, que as variáveis só estão correlacionadas a elas mesmas e nenhuma outra ¹⁸. É condição para o procedimento de análise fatorial que tal hipótese seja rejeitada porque, nesse caso, havendo correlação entre diferentes variáveis, é possível descrever o comportamento (a variância) de um conjunto de variáveis (identificadas pela análise fatorial) por meio de uma outra variável sintética.

Um dos métodos de análise fatorial, que foi utilizado no presente estudo, é a análise de componentes principais que, por definição, consiste em procedimento estatístico que reduz o espaço multivariado, enfatizando a compreensão da estrutura de interdependência entre “**x**” variáveis originais que podem ser adequadamente representadas por “**y**” fatores – sendo “**y**” menor que “**x**” ¹⁹.

No caso do emprego desta técnica como validação de constructo, o que se busca é responder se, por meio do instrumento utilizado, as dimensões supostas num estudo foram diferenciadas pela população estudada ou se é possível sugerir uma estrutura dimensional diferente da original.

- Correlação item-Total

É um dos métodos mais antigos e ainda em uso para determinar a homogeneidade de uma escala ¹⁷. É estimada por meio da correlação entre cada item componente de uma escala e o total da escala calculado sem o item respectivamente analisado. Esse procedimento é importante para remover o efeito do item analisado sobre o total da escala, pois o coeficiente de correlação estaria aumentado artificialmente pela correlação do item com ele mesmo no total. O processo de exclusão do item sob

análise do total da escala pode ser realizado “fisicamente” – pelo cálculo do escore sem incluir o item, ou estatisticamente – por meio da equação da Equação 1.

Equação 1. Correção estatística do coeficiente de correlação item-total.

$$r_{i(t-1)} = \frac{r_{it} \sigma_t - \sigma_i}{\sqrt{\sigma_i^2 + \sigma_t^2 - 2 \sigma_i \sigma_t r_{it}}}$$

Fonte: Nunally 1978 *apud* Streiner e Norman, 2003.¹⁷

Onde $r_{i(t-1)}$ é a correlação do item i com o total, sem o efeito do item i sobre o total; r_{it} é a correlação do item i com o total; σ_t é o desvio padrão do total e σ_i é o desvio padrão do item i .

Esse procedimento de verificação da homogeneidade da escala também serve para confirmar se o item está alocado na escala adequada, no caso de constructos multidimensionais onde um conjunto maior de itens é utilizado para medir diferentes aspectos (unidimensionais) de uma variável multifacetada.

- Testes de hipótese

Neste trabalho optou-se por trabalhar com medidas de significância da associação entre variáveis qualitativas, qui-quadrado²⁰, no lugar de medidas de correlação para avaliar a validade de constructo.

Segundo Barbeta²⁰, a estatística do teste de qui-quadrado, χ^2 , pode ser entendida como uma medida da distância entre as freqüências das variáveis de interesse observadas e as freqüências esperadas na suposição das variáveis serem independentes.

Ao observar a freqüência de indivíduos com alto escore em nossas escalas (os “satisfeitos”), nos diferentes grupos definidos por variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, classe social), ou seja, a associação entre estas variáveis, e confrontando os achados com o encontrado na literatura, pretendemos ter realizado uma validação por “grupos extremos”.

Ao comparar as freqüências de indivíduos com alto escore segundo diferentes medidas de um mesmo constructo (a satisfação), ou um constructo logicamente

relacionado (desejo de continuar com o mesmo provedor), pretendemos ter realizado uma validação por “convergência”.

- **Confiabilidade: consistência interna**

Como presente no referencial teórico, entende-se confiabilidade como estabilidade (reprodutibilidade no tempo – intra-observador e inter-observador) e consistência interna (paralelismo ou correlação existente entre uma série de medidas imperfeitas, se tomadas isoladamente, mas confiáveis quando agregadas)³.

No caso do estudo avaliado, a estabilidade do instrumento não foi aferida, uma vez que os procedimentos de teste – reteste e de confiabilidade inter-observador não foram realizados.

Portanto a avaliação da confiabilidade do instrumento somente foi possível pela estimação da consistência interna das escalas, o que foi realizado por meio da estatística α (coeficiente *alpha*) de Cronbach.

Segundo DeVellis¹⁵, o coeficiente α (Equação 2) é a proporção da variância de um conjunto de escores que pode ser atribuída a uma influência comum sobre os escores individuais dos itens. Essa influência comum é o valor verdadeiro descrito anteriormente.

Equação 2. Coeficiente *alpha* de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_y^2} \right)$$

Fonte: DeVellis, 2006.¹⁵

Onde y é uma escala com múltiplos itens, k é o número de itens numa escala, $\sum \sigma_i^2$ é o somatório das variâncias dos itens individuais e σ_y^2 é a variância da escala como um todo¹⁵.

Como se pode observar, esse coeficiente é tanto função da proporção de variância dos itens que emergem de uma fonte comum quanto do número de itens na escala. Aumentando qualquer desses fatores, aumentará o *alpha* (salvo se os novos itens

acrescidos à escala sejam tão díspares que o efeito negativo sobre o segundo fator seja superior o efeito positivo no primeiro).

Pode-se calcular o *alpha* par as escalas com a exclusão de cada item que a compõe e, assim, determinar a contribuição de cada item individual à consistência interna da escala. Se o *alpha* aumentar significativamente com a exclusão de um determinado item, isso significa que esse item não compartilha um mesmo valor verdadeiro com os outros, sendo recomendável sua exclusão para aumentar a homogeneidade da escala.

Capítulo 2 – Métodos do estudo Andime-PVH

Como pressupostos norteadores de todo o trabalho estão as suposições de que os resultados observáveis no nível local para efetivação do acesso (atividades desenvolvidas pelas unidades dispensadoras) são dependentes da adequação na estrutura e processos do cuidado, por sua vez condicionados pelo contexto organizacional onde se inserem, e que a organização da Assistência Farmacêutica no nível local pode indicar a qualidade do acesso ¹.

A metodologia articulava-se sob dois eixos: (1) avaliação da qualidade da dispensação focalizando estrutura e processos (envolvidos na produção dos efeitos esperados), por meio de entrevistas a gestores, profissionais de saúde (médicos, dispensadores e responsáveis pela dispensação de medicamentos) e usuários, observação de locais de trabalho e consulta a documentos; e, (2) avaliação de resultados, focalizando a satisfação dos usuários e sua adesão ao tratamento proposto, por meio de entrevistas aos usuários.

No eixo de avaliação de estrutura e processos foi realizado um estudo de casos múltiplos, com níveis de análise imbricados aplicando-se, principalmente, o método de avaliação rápida (MAR), proposto no “Manual de Indicadores Principais de Situação das Políticas Farmacêuticas nos Países” ²¹, metodologia essa já bem conhecida e utilizada pelo grupo de pesquisa. Já o eixo de avaliação de resultados, especialmente no que se refere à satisfação dos usuários com a assistência farmacêutica, que se trata de um aspecto de aferição complexa e com baixa referência na literatura nacional, exigiu do grupo desenvolvimento teórico e operacional específico.

Havia necessidade de desenvolver uma estratégia de pesquisa para o eixo de avaliação da satisfação que fosse compatível com o outro. Tratava-se de uma pesquisa de abrangência nacional cujas unidades de observação principais, foco da avaliação geral, seriam as unidades dispensadoras de medicamentos. Por outro lado, descrever variáveis ligadas à população atendida por tais unidades exigiria um plano de amostragem que colocasse as próprias PVHA em tratamento com antiretrovirais

(ARV) como unidades de observação, em número e distribuição geográfica tal que permitisse representar aquela população específica.

Questões éticas não permitiriam que os sujeitos da pesquisa fossem escolhidos por sorteio de cadastro, já que não se poderiam identificar as pessoas sem seu consentimento prévio. A estratégia adotada foi de abordar as pessoas logo após o próprio ato de busca dos medicamentos de seu tratamento, situação na qual a pessoa abordada só se permitiria identificar como soropositiva para o HIV caso desejasse.

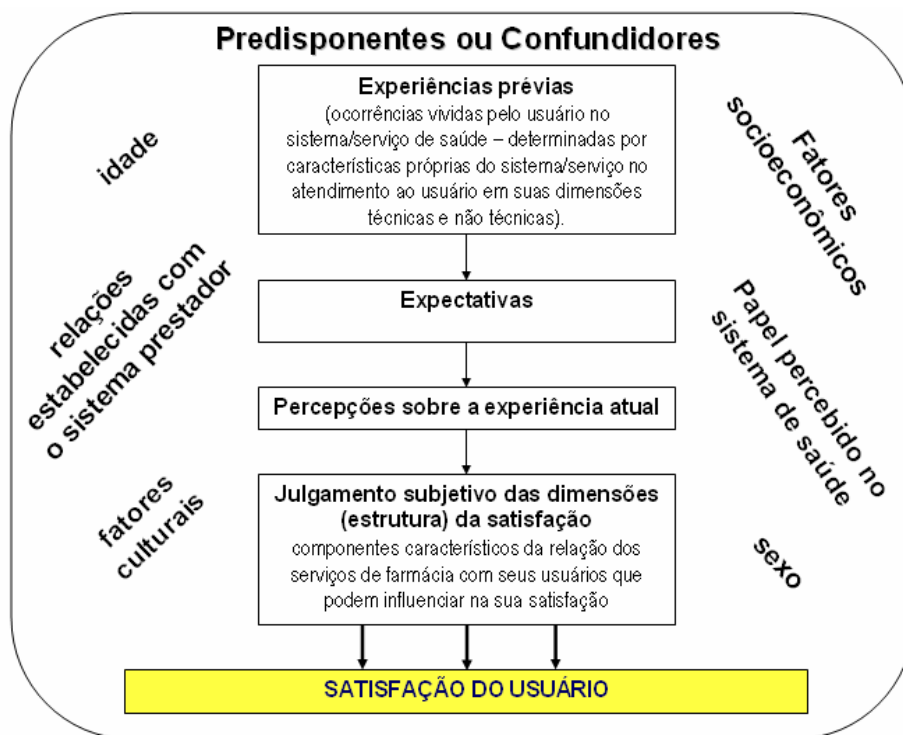
Essas limitações exigiram que o desenvolvimento teórico e operacional se voltasse para a construção de um inquérito sistemático que: pudesse ser aplicado a um grande número de pessoas, com os recursos (tempo e dinheiro) disponíveis para a pesquisa; só provocasse o mínimo de perdas em seu preenchimento, sendo compreensível para pessoas de todas as faixas de escolaridade e contexto cultural; e, tivesse um tempo de aplicação individual aceitável, para evitar recusas à participação, o que poderia afetar a representatividade da amostra.

Esse processo foi realizado por meio de exploração e adaptação de conceitos e instrumentos encontrados na literatura, o que foi acompanhado por discussões e considerações de especialistas nas áreas de avaliação de serviços de saúde e de assistência farmacêutica, assim como com informantes-chave (pessoas vivendo com HIV e Aids que recebem medicamentos na rede pública de saúde), o que será detalhado adiante.

2.1 Desenvolvimento teórico-operacional da medida de satisfação dos usuários

O primeiro passo para entender quais variáveis estão envolvidas na definição da satisfação dos usuários foi a construção de um modelo teórico (Figura 2), uma representação gráfica que resumisse e articulasse os aspectos que, embasados na literatura, fossem entendidos como fundamentais na determinação ou modificação (condicionamento) da resultante “satisfação do usuário”.

Figura 2. Modelo Teórico da satisfação de usuários de serviços de saúde.



Fonte: Esher *et al.*²².

Assim, experiências anteriores com serviços de saúde contribuiriam para a formação ou modificação das expectativas dos usuários quanto a novas experiências. Tais expectativas influenciariam a percepção dos usuários sobre uma experiência nova, e, por conseqüência, a formação de sua opinião e a avaliação (julgamento) do cuidado recebido.

Ainda segundo tal modelo, entende-se que outras características dos usuários, além de suas expectativas e percepções, como suas preferências, cultura e valores, paralelamente às do sistema (serviço) provedor de cuidado, estariam envolvidos na construção das opiniões e atitudes dos primeiros, inclusive seus graus de satisfação. Isso significa que, frente a uma mesma experiência, indivíduos diferentes poderão expressar opiniões distintas quanto à sua satisfação. Essa compreensão levou à inclusão de perguntas que aferissem características sociais, econômicas, experiências prévias e algumas preferências ou pré-disposições, na forma final do questionário, para possibilitar o controle da contribuição dessas variáveis na determinação do grau de satisfação, quando da análise¹.

Um ponto central no conceito de satisfação adotado pelo estudo ²² é de que a satisfação geral dos usuários frente aos serviços de saúde recebidos relacionar-se-ia intimamente às experiências vividas. Diferentes aspectos do cuidado influenciariam sua satisfação geral de forma relativamente independente e que essa poderia tanto ser determinada indiretamente, por meio de avaliações sobre esses aspectos, quanto diretamente, referindo-se à generalidade da experiência vivida.

Tais aspectos, ou dimensões, do cuidado foram selecionados pela equipe de pesquisa com base na literatura de satisfação do paciente (ou usuário) e de assistência farmacêutica e em discussões com pessoas vivendo com HIV/Aids, além da experiência de serviço de membros da equipe de pesquisa, sendo definidos seus conteúdos como a seguir ²²:

- Conveniência (Distância/ Facilidade de acesso geográfico; Organização do serviço; Tempo despendido pelo usuário; Escolha de provedores);
- Presença do medicamento (Existência do medicamento);
- Qualidade técnica da dispensação (Acurácia);
- Qualidade técnica do medicamento (Qualidade geral dos medicamentos; Reações adversas; Resolução de sintoma e aspecto);
- Ambiência (Limpeza; Conforto; Sinalização);
- Aspectos interpessoais (Autonomia; Dignidade; Confidencialidade).
- Satisfação geral com a farmácia.

Tal conjunto de dimensões relevantes à satisfação, ou, simplesmente, dimensões da satisfação formaram o conteúdo principal desse conceito que se supõe ter sido traduzido no questionário utilizado na pesquisa.

O questionário aplicado aos usuários (Anexo 1) continha uma parte inicial de 35 questões contemplando perfil sócio demográfico (sexo, idade, estado civil, etnia, ocupação), variáveis de contexto (número de ocupantes da mesma residência, meio de transporte utilizado para chegar à unidade dispensadora, vínculo do médico prescritor, validade da prescrição, frequência com que vai buscar medicamentos), experiência prévia (tempo de sorologia, tempo de tratamento, experiência com outros programas públicos de tratamento, utilização da justiça para acesso a medicamentos) e variáveis

relativas aos processos (declaração de ter sido orientado na dispensação; usuários que já se perceberam tratados pior; e, tempo médio de trajeto da residência até a unidade dispensadora).

A segunda parte do questionário era destinada à captação das opiniões dos usuários: uma questão destinava-se ao ordenamento de certos aspectos do serviço segundo sua importância relativa, outra, apresentava 37 afirmativas de opinião frente às quais os usuários se manifestavam.

Cada um desses 37 itens consistia numa afirmativa que expressava opinião ou julgamento de valor sobre as dimensões da satisfação indicadas anteriormente. Essas afirmativas foram formuladas tanto como opiniões positivas quanto negativas a respeito de uma dimensão específica, para controlar a tendência à anuência relatada por alguns autores^{5, 13, 17, 23}.

Para evitar os efeitos de cansaço (responder com menos atenção às últimas questões) ou de aprendizado (responder pior às primeiras questões porque ainda não compreendeu bem o funcionamento do questionário) uma variável “rodízio” foi introduzida antes dos 37 itens de opinião e indicava o ponto onde se deveria começar o questionário (vide “Manual dos entrevistadores”, Anexo 2).

Como repostas possíveis, foi oferecida uma escala de concordância bipartida, onde o entrevistado respondia, primeiramente, se concordava ou não com a opinião expressa pela afirmativa para, em seguida, graduar sua concordância (ou discordância) entre total ou em partes. Havia ainda uma questão adicional que se destinava à medida de satisfação geral por uma medida simples.

A terceira parte continha perguntas relativas a aspectos do processo de dispensação de medicamentos a serem apreendidas pela informação dos usuários.

A última parte continha uma lista padrão de bens e serviços que se destinavam à categorização do status econômico dos usuários segundo o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil). Nessa seção perguntava-se também a escolaridade dos entrevistados.

2.2 Pré-testes, treinamento dos entrevistadores e piloto

A primeira versão do questionário, muito semelhante aos questionários de Ware et al¹³, o PSQ III²⁴ e o de Mackeigan e Larson⁵, utilizando a mesma escala *Likert*, foi oferecida a um grupo de pessoas vivendo com HIV (Grupo de Mulheres da ONG Pela Vidda), tendo parte do grupo sido estimulado a responder o questionário e outra a tecer comentários sobre suas impressões gerais. As dificuldades do grupo quanto a itens específicos foram anotadas, e percebeu-se que a escala *Likert* da forma como foi apresentada (concordo plenamente, concordo parcialmente, estou incerto, discordo parcialmente, discordo plenamente) não foi compreendida. Após essa primeira rodada de pré-teste, muitos itens foram reescritos e alguns aspectos relevantes que não haviam sido contemplados foram introduzidos.

Nesse momento dois profissionais com experiência prévia em estudos de satisfação dos usuários foram contatados. A primeira, estudante de doutorado que havia participado de uma grande pesquisa sobre satisfação no Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas (IPEC-Fiocruz) e, o segundo, estatístico com experiência em pesquisas de opinião e de satisfação na área do marketing. Os aportes desses profissionais foram de grande importância na seleção de opções de: abordagem dos usuários, escala a ser utilizada, tempo de duração da entrevistas entre outros aspectos.

Como resultado desse processo, resultaram duas versões do questionário (escala de concordância bipartida e *visual analogue scale*) e duas estratégias de abordagem (aleatoriamente depois da saída da farmácia ou no próprio balcão da farmácia). Essas opções foram submetidas a novos pré-testes, sendo escolhidas a escala de concordância bipartida (explicada na seção anterior) e a abordagem aleatória após saída da farmácia. Uma nova formatação do questionário foi assim realizada contemplando os aportes vindos dos pesquisadores que realizaram os pré-testes.

Cabe lembrar que a cada etapa de pré-teste, o questionário era discutido pelo grupo de pesquisa, que além de observar o formato e o jargão utilizado nos itens, confrontava o conteúdo do questionário à matriz de dimensões da satisfação para garantir cobertura de todos os aspectos considerados relevantes.

Ainda antes da realização da contratação de pesquisadores de campo, seu treinamento e piloto, uma última rodada de pré-teste foi realizada em duas unidades de saúde no

município de Nilópolis (no estado do Rio de Janeiro). Nessa rodada foi estimado o tempo de aplicação do questionário completo, além de servir para ajustar a forma de aplicação do questionário e preparar, assim, o treinamento dos pesquisadores que seriam contratados e o manual de aplicação. Nessa fase a matriz de itens foi também refinada, havendo exclusão de itens repetitivos (que aumentariam o tempo de aplicação) ou aqueles pouco endossados (cujas respostas não variavam).

O treinamento para o trabalho de campo foi realizado por um período de três dias. Foram abordadas questões conceituais do projeto, condução da pesquisa de campo, garantia de qualidade da pesquisa, uso do manual do entrevistador (Anexo 2). Todos os pesquisadores treinados realizaram prova piloto em unidades dispensadoras de municípios não incluídos no estudo. Foram realizados pré-teste e piloto de todos os instrumentos (questionários) utilizados.

2.3 População do estudo e procedimentos de coleta de dados

A seleção dos entrevistados foi submetida à escolha prévia das Unidades da Federação (UF) onde se realizaria a pesquisa, por critério do número acumulado dos casos de aids no período de 1980 a 2002 ¹. Os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro foram incluídos por apresentarem os maiores valores. Os demais estados foram distribuídos em quintis sendo selecionado, por sorteio, um estado em cada quintil. Além desses, foram incluídos mais dois estados por pedido do PN-DST/Aids. Os 10 estados assim selecionados foram: Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Rondônia, Amazonas, Tocantins e Alagoas.

A seleção dos municípios dentro de cada UF e a seleção das unidades dispensadoras dentro de cada município da amostra foram feitas através da técnica de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao total de pacientes em tratamento, informação obtida com base nos dados provenientes do SICLOM ¹.

O tamanho da amostra (n) de pacientes em cada UF foi determinado considerando um erro máximo absoluto (ϵ) de 7,5% e um nível de confiança de 95%. Um panorama geral do número de pacientes na amostra calculada, por local, pode ser encontrado no Anexo 3.

Para a seleção de usuários foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, estar utilizando ARV, estar buscando os medicamentos para seu próprio uso, concordar com a participação.

Os pesquisadores de campo foram orientados a posicionar-se à saída da farmácia, procurando um ponto fora do alcance visual dos dispensadores, de forma a minimizar constrangimentos e vieses. Ao abordar o usuário, deveriam cumprimentá-lo e apresentar-se como pesquisador em serviço para o Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e convidá-lo à participar de uma pesquisa sobre Medicamentos. Frente à anuência, perguntar se veio buscar medicamentos para si mesmo e se era maior de 18 anos. Caso quaisquer dos critérios de inclusão não fossem atendidos, o pesquisador de campo deveria anotar a informação pertinente na ficha de controle, agradecer a colaboração e encerrar a abordagem.

Atendidos os critérios de inclusão, a pessoa era convidada a local mais reservado e confortável, previamente identificado, sendo também informada do tempo estimado de entrevista (20 minutos). Era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4) e solicitada assinatura de uma das vias, sendo a outra via assinada pelo pesquisador de campo e entregue para o voluntário. Passava-se então a aplicação do questionário.

Assim, responderam às entrevistas 1412 PVHA em tratamento com medicamentos ARV que tenham sido atendidas nas unidades dispensadoras de medicamentos nos dias em que as equipes de pesquisa estivessem presentes.

Cabe ressaltar, portanto, que o último estágio da seleção dos usuários não foi aleatório, tendo em vista foram abordados os usuários presentes na unidade no dia da entrevista e não a partir de um sorteio baseado em lista prévia.

2.4 Formatação do banco de dados

Os questionários foram revisados e padronizados (codificação das respostas em campos pré-determinados no próprio questionário) por duas profissionais de nível superior, com formação na área de saúde, que receberam treinamento sobre o preenchimento dos questionários juntamente com os pesquisadores de campo, e

treinamento específico para o trabalho de revisão e padronização. A máscara para entrada de dados em meio magnético foi construída utilizando-se o programa Microsoft Access, utilizando recursos de recusa de valores inválidos e “pulos” automáticos de questões que não se aplicavam. Os dados foram digitados independentemente por dois profissionais contratados especificamente para esse fim. A consistência dos dados foi averiguada em programa Microsoft Excell®, as entradas inconsistentes foram verificadas nos questionários e corrigidas. O Banco de Dados assim gerado foi exportado para o programa SPSS® 10.0, onde foram realizadas as análises.

2.5 Aspectos éticos

Os projetos do estudo original, “Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as Pessoas Vivendo com HIV e Aids” (fonte primária dos dados analisados no presente trabalho), bem como da presente dissertação (com a previsão da utilização dos dados, metodologia e procedimentos de análise de dados) foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca pelos pareceres 11/04 e 136/06 (Anexo 5).

Todos os usuários entrevistados, cujos dados compõem o banco em questão, manifestaram sua anuência com a pesquisa por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), o qual explicitava que as informações fornecidas poderiam ser utilizadas em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, sendo assegurado o sigilo quanto à identificação dos indivíduos participantes.

O banco de dados utilizado para o presente estudo não continha informações para identificação dos entrevistados.

Capítulo 3 – Artigo: Validade e Confiabilidade de uma Escala de Satisfação de Usuários do Programa Nacional de DST/Aids com a Dispensação de Medicamentos

Resumo

O objetivo do presente artigo é avaliar algumas propriedades psicométricas (validade de constructo e consistência interna) de uma escala de satisfação de usuários do Programa Nacional de DST/Aids com a dispensação de medicamentos. A escala foi desenvolvida e aplicada num estudo abrangendo 10 estados da federação que pretendia avaliar a qualidade da dispensação de medicamentos para pessoas vivendo com HIV (PVH). O questionário, aplicado em entrevista presencial, foi respondido por 1412 PVH em tratamento com antiretrovirais. Para validação de constructo foram realizadas duas etapas de análise fatorial. A matriz correlação item-escala corrigida foi analisada e testes de associação entre a variável de interesse, variáveis sociodemográficas e constructos relacionados foram realizados. A confiabilidade foi estudada por meio da consistência interna das sub-escalas, estimada pelo *alpha* de Cronbach. Cinco dimensões da satisfação relevantes foram identificadas: aspectos interpessoais, aspectos ligados à infra-estrutura, características dos medicamentos, disponibilidade de medicamentos e acessibilidade geográfica. Uma consistência interna moderada (0,49 a 0,72) foi encontrada para essas dimensões, sugerindo adequações. Entretanto, a heterogeneidade dos conteúdos medidos pode ser desejável. Houve concordância entre os resultados dos testes de associação realizados e os achados de outros estudos descritos na literatura. Concluímos que o instrumento é apropriado para ser aplicado em populações semelhantes com características psicométricas adequadas, servindo para aferir a avaliação dos usuários sobre os serviços recebidos e assim contribuir para orientar melhorias nos serviços avaliados.

Palavras chave: **Validade; Confiabilidade; Satisfação de usuários; Avaliação.**

Abstract

This article aims to evaluate some psychometric properties (construct validity and internal consistency) of a patient satisfaction with pharmacy services scale, within users of the Brazilian STD/Aids Program. The scale was developed and applied in a study in 10 Brazilian states, which aimed to evaluate the quality of pharmacy services attending people with HIV (PWH). The questionnaire, applied in face-to-face interviews, was answered by 1412 PWH under antiretroviral treatment. For construct validation we performed a two phase factor analysis. We also analyzed the item-to-total correlation matrix and performed association tests between the variable of interest and, socio-demographic variables and related constructs. The reliability was studied by means of the sub-scales internal consistency that was calculated as the Cronbach's *alpha*. Five relevant satisfaction dimensions were identified: interpersonal aspects; infrastructure related aspects; medicine characteristics; medicines availability; and, geographical accessibility. We found moderate internal consistency (ranging from 0.49 a 0.72) within subscales, which means that they can be improved. However, low internal consistency means heterogeneity of contents being measured, what can be desirable. The association tests results were consistent with other patient satisfaction studies. We concluded that the instrument could be used in similar populations with adequate psychometric properties; being useful to determine user satisfaction with the pharmaceutical services they receive and so contribute to guide service improvement.

Key words: Validity; Reliability; Patient satisfaction; Evaluation.

3.1 Introdução

Dentre as abordagens existentes para avaliação da qualidade de serviços de saúde estão as medidas de resultado que podem ser realizadas pela aferição das opiniões dos usuários sobre determinados aspectos do cuidado e seus graus de satisfação com estes ².

A satisfação dos usuários tanto pode ser tomada como variável dependente, entendida como o resultado de um processo de cuidado que conta com determinada estrutura, quanto como variável independente, podendo ser útil para prever determinados comportamentos dos usuários ², como a utilização do cuidado, a continuidade e a adesão ⁴⁻⁶.

Esperidião e Trad ⁹ sistematizam que os quatro principais enfoques teóricos para compreensão da satisfação de usuários são: *teoria da atitude*, que entende a satisfação como uma avaliação feita pelo indivíduo sobre certos aspectos do serviço recebido; *teoria da discrepância*, que prediz o nível de satisfação por meio da diferença entre a expectativa e a percepção da experiência; *teoria da realização*, diferença entre o que é desejado e o que é obtido; e, *teoria da equidade*, na qual os indivíduos baseiam sua avaliação dos serviços em termos de perdas e ganhos individuais e numa comparação com o que é obtido pelos demais, o que introduz elementos de comparação social. As autoras analisam que os modelos derivados destes enfoques teóricos “*refletem a introdução de paradigmas do marketing no campo da saúde*” ⁹(pág 1271) como a busca da fidelidade de consumidores e o estudo da satisfação em associação ao conhecimento das intenções de comportamento dos usuários. Entretanto, ressaltam que estas questões interessam ao campo da saúde na medida em que a continuidade do tratamento e a maior adesão aos procedimentos recomendados, que podem interferir na efetividade terapêutica, são ganhos importantes.

Segundo Sitzia e Wood ⁸, muitos modelos valorizam características dos pacientes, por exemplo, suas expectativas, idade, escolaridade, gênero e etnia, como influentes sobre as respostas fornecidas em pesquisas de satisfação, demonstrando que tais características devam ser descritas e controladas na análise dos resultados para apoiar a validade das conclusões alcançadas. Outros modelos se baseiam na crença de que certos aspectos do cuidado são discerníveis pelos usuários e que, com certo grau de

independência, afetam a satisfação com o cuidado recebido ⁸. A maior parte das classificações destes aspectos são baseados no esquema de oito dimensões (*Interpersonal manner, Technical quality, Accessibility/ convenience, Finances, Efficacy/ outcomes, Continuity, Physical environment, Availability*) proposto por Ware *et al.* ¹³. Nesse artigo, os autores afirmam que embora a satisfação com serviços de saúde seja influenciada por uma mistura de características próprias do usuário e outras do serviço, são essas últimas as principais responsáveis pela determinação daquela variável ¹³.

Não obstante as teorias citadas, há um certo consenso entre revisores da literatura sobre satisfação de usuários (pacientes, consumidores ou clientes) que uma das principais limitações dos estudos nessa área é a falta de uma construção teórica robusta que embase o conceito de satisfação e que oriente sua aferição ^{8,9,11}, em favor do desenvolvimento de modelos que simplesmente expliquem achados, como resultado de um processo de pressões sobre avaliadores para incluir tal medida como indicador de qualidade de serviços ⁸.

A satisfação é, assim, considerada um importante conceito na discussão da avaliação da qualidade em saúde. No entanto, a forma de compreender a sua importância e, conseqüentemente, de apreender os resultados das medidas varia bastante entre os diferentes autores.

No campo da avaliação da satisfação são escassos os trabalhos que demonstrem evidências sobre a validade e confiabilidade dos instrumentos utilizados ¹⁴. Estes conceitos estão envolvidos na determinação da extensão na qual um instrumento realmente mede o que se supõe ^{12, 14}, estando relacionados, portanto, à qualidade desse instrumento ³. Segundo Sitzia ¹⁴, alguns autores na área parecem não estar sensibilizados ou atentos à importância dessas propriedades numa avaliação, e que tal falta põe em dúvida a credibilidade de seus achados.

No ano de 2005, juntamente com alguns colaboradores, conduzimos no Brasil o estudo “*Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as Pessoas Vivendo com HIV e AIDS*” (Andime-PVH) ¹. Nossos objetivos gerais previam uma avaliação da qualidade dos serviços de dispensação de medicamentos antiretrovirais (ARV) e medicamentos para infecções oportunistas (MIO), por meio de uma abordagem de estrutura, processos e, no que tange aos resultados, a satisfação dos

usuários e a adesão à terapêutica recomendada. O componente de avaliação da satisfação com a dispensação de medicamentos exigiu desenvolvimento teórico e operacional específico devido à inexistência de instrumento e metodologia validados no Brasil.

O presente trabalho pretende avaliar a confiabilidade (consistência interna) e aspectos de validade de constructo do instrumento, para medir satisfação, que propusemos no estudo Andime-PVH.

3.2 Método

População e fonte de dados

O presente artigo tem como fonte de dados as informações oriundas da pesquisa Andime-PVH ¹. Tratou-se de um estudo transversal e descritivo e o instrumento de medida de satisfação consistiu em um questionário estruturado aplicado por meio de entrevista presencial a 1412 pessoas vivendo com HIV (PVH) em tratamento com medicamentos ARV, atendidas em 29 unidades dispensadoras de medicamentos distribuídas em 10 estados do país (Alagoas, Amazonas, Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Rio de Janeiro, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins). A coleta de dados foi realizada em 10 dias úteis consecutivos, no período de 15 a 26 de agosto de 2005 ¹.

Escala de satisfação

Segundo o modelo teórico proposto para aquele estudo ²², a satisfação dos usuários é definida como uma reação positiva frente aos serviços recebidos, sendo influenciada por uma série de determinantes. Diferentes aspectos do cuidado influenciariam a satisfação geral de forma relativamente independente e esta poderia ser determinada por meio de avaliações sobre esses aspectos – as dimensões da satisfação.

O questionário desenvolvido contém 37 questões/ itens, quatro relativos à satisfação geral com os serviços recebidos (*Escala de satisfação geral*) e 33 abrangendo seis dimensões da satisfação: (A) *Conveniência* – CON (Distância/ Facilidade de acesso geográfico, Organização do serviço, Tempo despendido pelo usuário e Possibilidade de escolha de provedores) – oito itens; (B) *Presença do medicamento* – PM – dois itens; (C) *Qualidade técnica da dispensação* – QTD – três itens; (D) *Qualidade técnica do medicamento* – QTM (Qualidade geral dos medicamentos; Reações

adversas; Resolução de sintomas e Aspecto) – sete itens; (E) *Ambiência* – *AMB* (Limpeza; Conforto; Sinalização) – cinco itens; e, (F) *Aspectos interpessoais* – *AIP* (Autonomia; Dignidade; Confidencialidade) – oito itens. Cada item consiste numa afirmativa que expressa uma opinião, positiva ou negativa, ou um julgamento de valor sobre as dimensões da satisfação indicadas anteriormente. As opções de resposta oferecidas foram: 1 (não concordo totalmente); 2 (não concordo em partes); 3 (concordo em partes); e, 4 (concordo totalmente). As respostas fornecidas aos itens que expressavam opiniões desfavoráveis foram recodificadas – 4 (não concordo totalmente); 3 (não concordo em partes); 2 (concordo em partes); e, 1 (concordo totalmente) – para que houvesse um sentido único nas respostas, com valores mais altos correspondendo a opiniões favoráveis.

A equação para ajuste do escore de cada escala foi:

$$Escore\ escala\ X = \frac{\sum\ pontos\ escala\ x}{pontuação\ possível\ para\ escala\ x} \times 10$$

Pontuação possível = maior nota possível – menor nota possível

Assim, o escore zero corresponde à pior opinião (ou avaliação) possível para aquela escala e 10 a melhor opinião possível.

Um escore global de satisfação foi calculado por meio da média dos escores das dimensões, não incluindo a escala de satisfação geral. Consideramos o escore global de satisfação como uma medida indireta da satisfação dos usuários, enquanto a escala de satisfação geral representa uma medida direta.

Análise de dados

Os procedimentos de análise de dados descritos abaixo foram inspirados nos passos executados por Griep *et al.*²⁵ para validação de constructo e estimação da consistência interna de uma Escala de apoio social.

Validade de constructo

Segundo Sitzia¹⁴ a validade de um instrumento é composta de duas características básicas: (1) contemplar todos os aspectos relativos ao conceito estudado – validade de conteúdo – e (2) produzir resultados que reflitam valores verdadeiros – validade de critério e de constructo. O foco do presente artigo é a apreciação de aspectos de

validade de constructo, que se refere à extensão na qual os resultados obtidos por uma medida estão em consonância com a construção teórica subjacente ¹⁴.

a) Análise fatorial

Primeiramente foi testada a adequação das variáveis (itens do questionário) à análise fatorial, por meio dos testes de esfericidade de *Barlett* e de adequação de *Kaiser Meyer-Olkin* ¹⁸.

A análise fatorial foi realizada pelo método de componentes principais, em duas etapas. A primeira, de caráter mais exploratório das relações entre as variáveis inicialmente propostas, serviu para um refinamento inicial da matriz de variáveis, apontando quais itens poderiam ser excluídos, com o intuito de simplificar a interpretação da matriz. Os critérios de permanência na matriz foram: apresentar carga fatorial de módulo igual ou superior a 0,45 em qualquer fator após rotação (*varimax* com normalização de *Kaiser Meyer Olkin*) e sugerir significado teórico razoável ao fator. Na segunda etapa, após exclusão dos itens, nova análise fatorial foi realizada, servindo, então, para orientar a definição do significado teórico de cada fator, bem como servindo de confirmação de quais itens deveriam ser agregados na construção de escalas.

b) Correlação item-escala

Considerando-se a estrutura dimensional sugerida pela análise fatorial, foi estimada a correlação (*r* de Pearson) entre cada item e cada uma das dimensões, cujos escores foram calculados segundo procedimentos descritos anteriormente. Entretanto, para evitar o aumento artificial do valor do coeficiente, cada item analisado foi excluído do cálculo do escore de sua dimensão (correlação item-escala corrigida). Para apreciar a homogeneidade das escalas foi calculada a média dos coeficientes de correlação item-escala corrigida para cada dimensão. O grau de sobreposição entre as dimensões foi estimado por meio da correlação entre as escalas.

c) Teste de hipóteses

Uma revisão da literatura indica que variáveis como gênero, idade, estado de saúde e escolaridade estão geralmente associadas à satisfação relatada pelos usuários de serviços de saúde; sendo homens, pessoas de idade maior, de menor escolaridade e aquelas com melhor estado de saúde geralmente mais satisfeitos que os demais ⁸.

Além dessas relações foram testadas associações com a classe econômica – como *proxis* do status socioeconômico: classes de “A”, de maior renda média, a “E”, de menor renda média ²⁶ –, com o desejo de receber medicamentos num outro local determinado por uma pergunta adicional no questionário (assumindo que os usuários insatisfeitos ou com menor satisfação teriam maiores chances de manifestar esse desejo), com a *Escala de satisfação geral* e com uma outra medida de satisfação presente no questionário (uma pergunta direta sobre a satisfação geral com o serviço recebido com quatro categorias de resposta: nada satisfeito; pouco satisfeito; satisfeito; muito satisfeito). Estas associações foram estimadas por meio de testes de qui-quadrado (χ^2 de Pearson e tendência linear) e razões de chances (*odds ratio* – *OR*), com intervalos de confiança de 95%, utilizando como variável desfecho *ter satisfação alta* (acima da mediana) com cada dimensão.

Confiabilidade: consistência interna

A confiabilidade de um instrumento se relaciona com sua capacidade de captar variações reais nas características medidas na população e diferentes de erro sistemático ou aleatório, e representa a quantidade de erro inerente a qualquer processo de medição ¹⁶. Duas características respondem pela confiabilidade de um instrumento: a estabilidade – ligada à reprodutibilidade dos resultados obtidos – e a consistência interna – baseada em uma correlação média entre os itens do instrumento ^{3, 14}.

No caso do estudo avaliado, a estabilidade do instrumento não será aferida, uma vez que não foi realizado teste - reteste do instrumento. A estimação da consistência interna das escalas relativas às dimensões sugeridas pelas análises anteriores foram realizadas por meio da estatística α (coeficiente *alpha*) de Cronbach.

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. O banco de dados utilizado não continha informações para identificação dos sujeitos, que participaram voluntariamente da pesquisa.

3.3 Resultados

Características da população de estudo

A população de estudo era composta por uma maioria de respondentes do sexo masculino (62%), solteiros (54,8%), que se identificavam como da cor branca (44,9%) ou parda (37,9%), tinham como ocupação o trabalho fora de casa (38,9%) ou estavam aposentados ou pensionistas (28,2%) e eram pertencentes às classes econômicas de menor renda média (71,3%). Quanto à escolaridade, 25,8% tinham entre quatro e sete anos de estudo e 29,3% entre oito e 10 anos de estudo. Em média, a idade dos entrevistados, tempo de sorologia positiva para o HIV e o tempo de tratamento foram de 39,4, 5,8 e 4,7 anos, respectivamente. O número médio de pessoas que viviam nos domicílios dos entrevistados foi de 3,6. A maioria dos entrevistados avaliou seu estado de saúde como bom (53,7%) ou muito bom (41,4%) e apenas 4,9% como mal e muito mal.

Validade de construto

Análise fatorial

A hipótese de que as variáveis (itens do questionário) fossem ortogonais, ou seja, correlacionadas apenas a elas mesmas foi rejeitada pelo teste de esfericidade de *Barlett* ($p = 0,00$) e o teste de adequação de *Kaiser Meyer-Olkin* foi igual a 0,855, indicando que a matriz de dados era adequada à análise fatorial.

Seguindo os procedimentos da primeira análise fatorial, nove fatores foram obtidos. Esses fatores, em conjunto, explicaram 49,8% da variância dos dados (Tabela 1).

Pode-se observar que a maior parte dos itens com carga fatorial mais elevada no primeiro fator fazia parte da dimensão *Aspectos Interpessoais*. No segundo fator, dois dos quatro itens que ali tiveram suas cargas fatoriais mais altas pertenciam à dimensão *Ambiência*. No terceiro fator, encontramos somente itens referentes à dimensão *Qualidade Técnica dos Medicamentos*. O quarto fator agregou itens oriundos de diferentes dimensões, mas todos parecem apontar para aspectos indesejáveis dos serviços como, por exemplo, “o lugar onde recebo meus medicamentos poderia ser mais limpo”, “não gosto da qualidade dos medicamentos” e a impossibilidade de escolher o local onde receber os medicamentos (indicada pela alta carga fatorial

negativa, -0,56, do item “se eu quiser, posso escolher a farmácia onde receberei meus medicamentos”). No quinto fator, apresentaram altas cargas os itens relativos à dimensão *Presença do Medicamento*. O sexto reuniu dois itens da dimensão *Conveniência* e um item da dimensão *Ambiência* relativo à sinalização do local da farmácia dentro da unidade de saúde. No sétimo fator, dois itens da dimensão *Qualidade Técnica dos Medicamentos*, que referiam crenças e percepções sobre os medicamentos quanto à resolução de sintomas, tiveram altas cargas fatoriais. No oitavo fator, somente um item, “No lugar onde sou atendido na farmácia, qualquer pessoa pode saber sobre meu atendimento”, da dimensão *Aspectos interpessoais*, que buscava apreender a confidencialidade do atendimento, apresentou carga fatorial elevada. No último fator mantido, dois itens mostraram carga fatorial elevada, um relativo à *Conveniência* e outro à *Ambiência* (Tabela 1).

Tabela 1. Carga dos fatores[#] relativos aos itens componentes da satisfação dos usuários. Andime-PVH, Brasil, 2005.

Dimensão original *	Itens (idéia central)	Fatores								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
AIP	Pessoal atencioso e amigável	0,74	0,17							
AIP	Pessoal trata com respeito	0,69			0,12	0,10			-0,11	
CON	Dedicar tempo necessário no atendimento [duração]	0,63						0,16		
QTD	Verificar a receita com cuidado	0,54				0,21				0,16
AIP	Sentir-se à vontade para dizer o que acha importante	0,51	0,41							0,15
AIP	Opinião levada em consideração	0,48	0,26	0,21	-0,14					0,19
AIP	Pessoal ignora o que é dito	0,46			0,42		0,14			0,28
CON	Horário de funcionamento bom	0,37				0,19		0,22	-0,15	
AMB	Ter cadeiras [na espera]		0,68							0,23
AMB	Beber água é fácil		0,62		0,10	0,23			-0,12	
AIP	Outras pessoas não vêm os medicamentos	0,24	0,62					0,10	0,28	
QTD	Explicar bem as razões para tomar medicamentos	0,38	0,51		-0,11	0,10			0,25	
QTM	Dificuldade para engolir o medicamento			0,78	0,16					
QTM	Tamanho do medicamento é ideal	0,16		0,77	-0,11					
QTM	Medicamentos fazem sentir mal			0,53	0,26	0,13		0,25	0,19	
QTM	Não gostar da qualidade dos medicamentos			0,26	0,57				-0,22	0,14
CON	Poder escolher a farmácia		0,24		-0,56					
AIP	Outras pessoas ouvem informações	0,22	0,15		0,52			0,19	0,17	-0,14
AMB	Lugar pode ser mais limpo	0,12	0,26		0,50		0,17		0,14	0,11
PM	Faltar medicamentos importantes	0,10		0,12	0,12	0,80		0,10	0,14	0,10
PM	Ter todos os medicamentos	0,20	0,13			0,75		0,18		
CON	Muito tempo na fila	0,29	0,17		0,21	0,44	0,24	-0,12		
CON	É fácil para chegar	0,19			-0,12		0,75	0,12		
CON	Muito tempo para chegar		0,17		0,14	0,17	0,71			-0,14
AMB	Ter problemas para encontrar	0,11	-0,18	0,16	0,24		0,53		0,17	0,27
QTM	Medicamentos aliviam todos os problemas de saúde	0,15	0,15	0,28				0,67		
QTM	Medicamentos não aliviam todos os problemas de saúde			0,15	0,22		0,11	0,66	0,26	
CON	Início do tratamento [recebeu quando precisou]	0,11				0,18	-0,15	0,44		0,27
QTM	Ler com facilidade os rótulos	0,21						0,32	-0,18	0,14
AIP	Qualquer pessoa pode saber sobre o atendimento [lugar]		0,19						0,71	
QTD	Entregar medicamento errado	0,26		0,13			0,16		0,43	0,25
CON	Troca do tratamento [recebeu quando precisou]			-0,10				0,20		0,73
AMB	Pessoal com roupas limpas	0,29	0,12	0,13					0,12	0,52
Autovalores antes da rotação		5,54	2,18	1,57	1,40	1,34	1,30	1,09	1,02	1,01
Percentual da variância explicada		16,80	6,60	4,76	4,23	4,05	3,92	3,30	3,10	3,06

Método de extração dos fatores: análise de componentes principais; método de rotação: *varimax* com normalização de *Kaiser-Meyer-Olkin*.

*Dimensões originais: (CON) Conveniência; (PM) Presença do Medicamento; (QTD) Qualidade Técnica da Dispensação; (QTM) Qualidade Técnica do Medicamento; (AMB) Ambiência; (AIP) Aspectos Interpessoais. # Cargas fatoriais de módulo inferior a 0,10 foram omitidos na tabela.

Com a realização da segunda análise fatorial, a partir da matriz de itens simplificada, seis fatores, que conjuntamente explicaram 49,9% da variância dos dados, foram mantidos (Tabela 2).

O primeiro fator mantido, em concordância com a primeira análise fatorial, reuniu itens que concernem à qualidade da interação entre profissionais dispensadores e usuários, como a cordialidade dos profissionais, o respeito aos usuários e à sua opinião sobre o tratamento e o cuidado e tempo dedicados ao atendimento. As idéias de conforto (haver assentos e possibilidade de beber água no local da dispensação) e confidencialidade (outras pessoas não verem os medicamentos) dos usuários estiveram presentes nos itens com cargas fatoriais elevadas no segundo fator, sugerindo que as respostas fornecidas a esses itens referiam-se às amenidades proporcionadas pela infra-estrutura das áreas de dispensação de medicamentos. Todos os itens do fator três referiam-se a características dos medicamentos, como seu tamanho, facilidade (ou dificuldade) na deglutição, efeitos adversos (sentir-se mal ao usar os medicamentos) e a percepção sobre alívio dos sintomas pela ação dos medicamentos. Os quarto e quinto fatores agregaram os mesmos itens que a análise anterior, referindo-se, respectivamente, a itens que despertaram experiências negativas com os serviços e itens ligados à disponibilidade dos medicamentos. As idéias de facilidade e tempo despendido para chegar às unidades dispensadoras e de problemas para encontrá-las estão presentes nos itens reunidos no último fator, cujo significado, portanto, refere-se à acessibilidade geográfica. Os nomes escolhidos para descrever as dimensões que representam os itens com altas cargas nos fatores extraídos na segunda análise podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2. Carga dos fatores[#] relativos à matriz simplificada de itens componentes da satisfação dos usuários. Andime-PVH, Brasil, 2005.

Itens (idéia central)	Fatores ou Dimensões					
	Relação profissional – usuário (RPU)	Aspectos ligados à infra-estrutura (IE)	Características dos medicamentos (CM)	Aspectos de insatisfação (AI)	Disponibilidade de medicamentos (DM)	Acessibilidade Geográfica (AG)
Pessoal atencioso e amigável	0,73					
Pessoal trata com respeito	0,69					
Dedicar tempo necessário no atendimento [duração]	0,63					
Verificar a receita com cuidado	0,56					
Pessoal ignora o que é dito	0,50			0,48		
Opinião levada em consideração	0,50					
Sentir-se à vontade para dizer o que acha importante	0,50	0,45				
Ter cadeiras [na espera]		0,67				
Outras pessoas não vêem os medicamentos		0,67				
Beber água é fácil		0,61				
Explicar bem as razões para tomar medicamentos		0,57				
Tamanho do medicamento é ideal			0,77			
Dificuldade para engolir o medicamento			0,77			
Medicamentos fazem sentir mal			0,57			
Medicamentos aliviam todos os problemas de saúde			0,45			
Outras pessoas ouvem informações				0,56		
Lugar pode ser mais limpo				0,56		
Poder escolher a farmácia				-0,54		
Não gostar da qualidade dos medicamentos				0,50		
Ter todos os medicamentos					0,81	
Faltar medicamentos importantes					0,80	
É fácil para chegar						0,78
Muito tempo para chegar						0,74
Ter problemas para encontrar						0,48
Autovalores antes da rotação	4,66	2,06	1,50	1,35	1,23	1,17
Percentual da variância explicada	12,10	9,44	8,00	7,35	6,72	6,26

Método de extração dos fatores: análise de componentes principais; método de rotação: *varimax* com normalização de *Kaiser Meyer Olkin*.

Cargas fatoriais de módulo inferior a 0,45 foram omitidos na tabela.

Correlação entre itens e escalas de satisfação

O valor dos coeficientes de correlação entre os itens e as escalas das dimensões podem ser observados na Tabela 3.

O item “explicar bem as razões para tomar medicamentos” apresentou correlação com a dimensão *Relação profissional-usuário* semelhante à que apresentou com a dimensão da qual fazia parte – *Aspectos ligados à infra-estrutura*. Já o item “sentir-se à vontade para dizer o que acha importante”, pertencente à primeira dimensão, teve correlação com esta comparável à correlação que apresentou com a segunda.

Os itens da quarta dimensão (*Aspectos de insatisfação*) apresentaram correlações com diversas outras dimensões mais elevadas que aquelas que exibiram em relação à sua própria dimensão.

As médias dos coeficientes de correlação item-escala corrigida para as dimensões *Relação profissional-usuário*, *Aspectos ligados à infra-estrutura*, *Características dos medicamentos*, *Aspectos de insatisfação*, *Disponibilidade de medicamentos* e *Acessibilidade geográfica* foram, respectivamente, 0,46; 0,42; 0,40; 0,09; 0,54 e 0,31.

O coeficiente de correlação (r) entre as dimensões aqui propostas variou de 0,14, entre as dimensões *Acessibilidade geográfica* e *Aspectos ligados à infra-estrutura*, a 0,47, entre as dimensões *Relação profissional-usuário* e *Aspectos ligados à infra-estrutura*, sendo a média 0,26. Em relação às dimensões propostas no estudo Andime-PVH, este coeficiente variou de 0,18, entre as dimensões *Qualidade técnica do medicamento* e *Conveniência*, a 0,55, entre as dimensões *Qualidade técnica da dispensação* e *Aspectos interpessoais*, com média 0,31. A correlação entre os escores globais de ambos estudos foi de 0,905. Todas as correlações foram significativas ($p < 0,01$).

Tabela 3. Coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e as dimensões da satisfação e coeficiente alpha de Cronbach. Andime-PVH, Brasil, 2005.

Itens (idéia central)	Relação profissional – usuário	Aspectos ligados à infra-estrutura	Características dos medicamentos	Aspectos de insatisfação	Disponibilidade de medicamentos	Acessibilidade geográfica	Alpha de Cronbach		
							Dimensão se item excluído	Dimensão	Dimensão original**
Pessoal atencioso e amigável	0,59*	0,38	0,18	0,21	0,24	0,17	0,65	0,72	0,65 (AIP)
Pessoal trata com respeito	0,49*	0,26	0,17	0,21	0,22	0,14	0,69		
Dedicar tempo necessário no atendimento [duração]	0,46*	0,25	0,18	0,22	0,21	0,15	0,68		
Verificar a receita com cuidado	0,43*	0,27	0,15	0,19	0,27	0,16	0,69		
Pessoal ignora o que é dito	0,39*	0,16	0,16	0,26	0,23	0,23	0,70		
Opinião levada em consideração	0,39*	0,32	0,16	0,18	0,13	0,05	0,70		
Sentir-se à vontade para dizer o que acha importante	0,45*	0,43	0,13	0,23	0,15	0,13	0,69		
Ter cadeiras [na espera]	0,26	0,42*	0,08	0,16	0,12	0,10	0,57	0,64	0,42 (AMB)
Outras pessoas não vêm os medicamentos	0,37	0,46*	0,09	0,22	0,21	0,06	0,54		
Beber água é fácil	0,25	0,36*	0,16	0,23	0,22	0,14	0,61		
Explicar bem as razões para tomar medicamentos	0,45	0,44*	0,14	0,16	0,21	0,08	0,56		
Tamanho do medicamento é ideal	0,19	0,13	0,46*	0,11	0,16	0,11	0,51	0,62	0,63 (QTM)
Dificuldade para engolir o medicamento	0,14	0,04	0,49*	0,18	0,17	0,14	0,48		
Medicamentos fazem sentir mal	0,13	0,08	0,37*	0,24	0,20	0,14	0,57		
Medicamentos aliviam todos os problemas de saúde	0,23	0,23	0,29*	0,17	0,26	0,15	0,62		
Outras pessoas ouvem informações	0,27	0,18	0,16	0,13*	0,12	0,14	0,02	0,15	-
Lugar pode ser mais limpo	0,28	0,22	0,16	0,22*	0,18	0,21	-0,13		
Poder escolher a farmácia	0,05	0,14	-0,01	-0,14*	0,02	-0,04	0,42		
Não gostar da qualidade dos medicamentos	0,12	0,03	0,25	0,13*	0,12	0,15	0,05		
Ter todos os medicamentos	0,30	0,29	0,25	0,15	0,54*	0,17	-	0,70	0,70 (PM)
Faltar medicamentos importantes	0,25	0,20	0,25	0,21	0,54*	0,22	-		
É fácil para chegar	0,22	0,14	0,19	0,14	0,15	0,37*	0,28	0,49	0,39 (CON)
Muito tempo para chegar	0,11	0,13	0,09	0,16	0,17	0,33*	0,37		
Ter problemas para encontrar	0,18	0,02	0,17	0,16	0,15	0,24*	0,49		

*Coeficiente de correlação item-escala corrigido (coeficiente de correlação entre o item e o escore da dimensão calculado somente com os outros itens da mesma dimensão).

** Dimensões propostas no estudo Andime-PVH¹ com significado teórico comparável às sugeridas neste: (AIP) Aspectos Interpessoais; (AMB) Ambiência; (QTM) Qualidade Técnica do Medicamento; (PM) Presença do Medicamento; (CON) Conveniência.

Testes de hipóteses

Todas as variáveis testadas demonstraram associação significativa com pelo menos duas das dimensões da satisfação e com a escala global de satisfação (Tabela 4).

Encontrou-se associação entre o sexo dos entrevistados e as dimensões *Características dos medicamentos*, *Acessibilidade geográfica* e com a *Escala global de satisfação*, tendo os homens chances 2,0, 2,1 e 1,7 vezes maiores de demonstrar satisfação alta nessas escalas, respectivamente.

Houve associação entre as escalas das dimensões *Características dos medicamentos*, *Aspectos de insatisfação*, *Disponibilidade de medicamentos*, *Acessibilidade geográfica* e *Escala global de satisfação* e as variáveis: idade, estado de saúde e classe econômica.

Aqueles que apresentaram idade acima da mediana (39 anos) tiveram maiores chances (de 1,4 a 1,7 vezes) de apresentar satisfação alta. Dentre os que relataram estado de saúde bom ou muito bom no momento da entrevista, as chances foram significativamente maiores (2 a 3,5 vezes) de ter alta satisfação. Cabe destacar, chances três vezes maiores (com intervalo de confiança indo de em torno de duas a cinco vezes) de ter satisfação alta com os medicamentos entre aqueles com melhor estado de saúde.

Observa-se que a proporção de usuários satisfeitos tende a diminuir das classes econômicas de maior renda média para as classes de menor renda média. A maior diferença se dá em relação à *Acessibilidade geográfica*, enquanto 67,4% dos usuários da classe econômica A se mostra satisfeito em relação a esse aspecto, somente 14,6% dos usuários da classe E faz parte do grupo de indivíduos com satisfação alta nessa dimensão. Os indivíduos da classe A apresentaram chances 12 vezes maiores de apresentar satisfação alta em relação aos indivíduos da classe E (e o intervalo de confiança mostra que as chances podem chegar a ser 28 vezes maiores!).

As associações entre a escolaridade dos entrevistados e as dimensões da satisfação mostram tendências variadas. Em relação aos *aspectos de infra-estrutura*, quanto maior a escolaridade menor a proporção de usuários com satisfação alta. Já em relação aos *Aspectos de insatisfação*, *Acessibilidade geográfica* e *Escala global de satisfação*, quanto maior a escolaridade, maior a proporção de usuários satisfeitos. Também neste caso, cabe destaque para a diferença de proporções de usuários satisfeitos em relação à *Acessibilidade*

geográfica – 26,8% entre os que possuíam menos de quatro anos de estudo contra 61% entre aqueles com mais de 15 anos de estudo, tendo estes chances mais de quatro vezes maiores que aqueles de ter satisfação alta.

A variável desejar receber medicamentos em outro lugar apresentou associação significativa com todas as dimensões. As chances de ter satisfação alta foram maiores (de 1,4 a 2,7 vezes) entre os que responderam que não desejavam receber medicamentos em outro lugar.

Comparando-se as abordagens para aferir satisfação presentes no questionário, observamos que os indivíduos satisfeitos ou muito satisfeitos (segundo uma pergunta direta) ou com satisfação alta (segundo a escala de satisfação geral) tiveram chances de 2,1 a 7,2 vezes maiores de terem satisfação alta com todas as dimensões. Essa chance se eleva para 18 vezes (com intervalo de confiança indo até 36!) quando observamos a chance de ter satisfação alta na escala global de satisfação entre aqueles que responderam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços de farmácia recebidos.

Confiabilidade: consistência interna

Os escores médios (DP) calculados foram 8,6 (1,6) para a dimensão *Relação profissional - usuário*, 6,1 (2,9) para a dimensão *Aspectos ligados à infra-estrutura*, 7,2 (2,5) para *Características dos medicamentos*, 5,1 (2,1) para *Aspectos de insatisfação*, 7,4 (3,0) para *Disponibilidade de medicamentos*, 7,0 (2,5) para *Acessibilidade geográfica* e 7,0 (1,5) para a *escala global de satisfação*. A consistência interna das escalas, estimada pelo alpha de Cronbach, variou de 0,15 a 0,72 (Tabela 3). Em apenas uma das dimensões, *aspectos de insatisfação*, o coeficiente alpha aumentaria de forma importante com a exclusão de um dos itens – *poder escolher a farmácia* –, em todas as outras dimensões, a exclusão de qualquer item acarretaria uma redução do alpha (Tabela 3).

Tabela 4. Associação entre variáveis selecionadas e ter satisfação alta (acima da mediana) segundo as dimensões da satisfação e escala global. Andime-PVH, Brasil, 2005.

Variáveis	Percentual de usuários com satisfação alta (acima da mediana) [OR (IC 95%)]						
	Relação profissional – usuário	Aspectos ligados à infra-estrutura	Características dos medicamentos	Aspectos de insatisfação	Disponibilidade de medicamentos	Acessibilidade geográfica	Escala global de satisfação
Sexo[#]							
Feminino	47,2 [1,0]	46,5 [1,0]	46,5 [1,0] *	59,1 [1,0]	49,4 [1,0]	32,6 [1,0] *	42,2 [1,0] *
Masculino	48,3 [1,0 (0,8-1,3)]	45,2 [1,0 (0,8-1,2)]	63,2 [2,0 (1,6-2,5)]	60,4 [1,1 (0,8-1,3)]	54,9 [1,2 (1,0-1,5)]	50,0 [2,1 (1,6-2,6)]	55,0 [1,7 (1,3-2,1)]
Idade[#]							
≤ 39 anos	42,8 [1,0]	43,7 [1,0]	51,4 [1,0] *	55,5 [1,0] *	48,7 [1,0] *	39,1 [1,0] *	44,0 [1,0] *
> 39 anos	53,4 [1,5 (1,2-2,0)]	47,9 [1,2 (1,0-1,5)]	62,7 [1,6 (1,3-2,0)]	64,7 [1,5 (1,2-1,8)]	57,3 [1,4 (1,2-1,7)]	48,1 [1,4 (1,2-1,8)]	57,0 [1,7 (1,4-2,1)]
Escolaridade^{##}							
< 4 anos	41,5 [1,0]	52,7 [1,0] *	55,4 [1,0]	53,1 [1,0] *	52,7 [1,0] *	26,8 [1,0] *	46,4 [1,0] **
entre 4 e 7 anos	49,9 [1,4 (1,0-2,0)]	49,9 [0,9 (0,6-1,2)]	53,5 [0,9 (0,7-1,3)]	57,7 [1,2 (0,9-1,7)]	50,7 [0,9 (0,7-1,3)]	30,8 [1,2 (0,8-1,8)]	49,0 [1,1 (0,8-1,6)]
entre 8 e 10 anos	46,6 [1,2 (0,8-1,8)]	43,7 [0,7 (0,5-1,0)]	53,8 [0,9 (0,7-1,4)]	56,7 [1,2 (0,8-1,7)]	48,6 [0,8 (0,6-1,2)]	42,5 [2,0 (1,4-3,0)]	45,3 [1,0 (0,7-1,4)]
entre 11 e 14 anos	50,7 [1,5 (1,0-2,0)]	40,1 [0,6 (0,4-0,8)]	59,9 [1,2 (0,9-1,7)]	66,5 [1,8 (1,3-2,4)]	55,9 [1,1 (0,8-1,6)]	57,6 [3,7 (2,6-5,3)]	54,9 [1,4 (1,0-1,9)]
> 15 anos	45,7 [1,2 (0,8-1,8)]	43,0 [0,7 (0,5-1,0)]	61,6 [1,3 (0,8-2,0)]	62,3 [1,5 (1,0-2,2)]	57,0 [1,2 (0,8-1,8)]	61,6 [4,4 (2,8-6,8)]	53,0 [1,3 (0,9-2,0)]
Classe econômica^{##}							
A	44,2 [1,1 (0,5-2,3)]	46,5 [0,9 (0,4-1,9)]	55,8 [1,5 (0,7-3,1)]	60,5 [2,0 (0,9-4,1)]	60,5 [2,4 (1,2-5,1)]	67,4 [12,1 (5,2-28,5)]	62,8 [3,4 (1,6-7,1)]
B	45,1 [1,2 (0,7-1,9)]	39,7 [0,7 (0,4-1,1)]	61,5 [1,9 (1,2-3,0)]	62,3 [2,1 (1,3-3,4)]	56,0 [2,0 (1,3-3,3)]	60,7 [9,0 (4,9-16,8)]	54,5 [2,4 (1,5-3,9)]
C	50,0 [1,4 (0,9-2,2)]	45,3 [0,9 (0,6-1,3)]	59,7 [1,8 (1,1-2,7)]	65,8 [2,4 (1,6-3,9)]	55,3 [2,0 (1,3-3,1)]	51,0 [6,1 (3,4-11,0)]	53,6 [2,3 (1,5-3,7)]
D	48,0 [1,3 (0,8-2,0)]	47,6 [0,9 (0,6-1,5)]	53,7 [1,4 (0,9-2,1)]	55,7 [1,6 (1,0-2,5)]	50,8 [1,6 (1,1-2,6)]	29,6 [2,5 (1,4-4,5)]	46,5 [1,7 (1,1-2,8)]
E	41,7 [1,0]	49,0 [1,0]	45,8 [1,0] *	43,8 [1,0] *	38,5 [1,0] *	14,6 [1,0] *	33,3 [1,0] *
Estado de saúde (auto-avaliado)[#]							
Muito mal / Mal	42,6 [1,0]	36,8 [1,0]	32,4 [1,0] *	45,6 [1,0] **	36,8 [1,0] *	27,9 [1,0] *	23,5 [1,0] *
Bem / Muito bem	48,2 [1,3 (0,8-2,0)]	45,6 [1,4 (0,9-2,4)]	58,6 [3,0 (1,8-5,0)]	60,8 [1,9 (1,1-3,0)]	53,9 [2,0 (1,2-3,3)]	44,5 [2,1 (1,2-3,6)]	51,8 [3,5 (2,0-6,2)]
Desejar receber medicamentos em outro lugar[#]							
Sim	37,9 [1,0] *	35,7 [1,0] *	50,0 [1,0] *	53,6 [1,0] *	43,2 [1,0] *	27,1 [1,0] *	34,5 [1,0] *
Não	51,7 [1,7 (1,4-2,2)]	49,6 [1,8 (1,4-2,2)]	59,5 [1,5 (1,2-1,9)]	52,4 [1,4 (1,1-1,8)]	56,8 [1,7 (1,4-2,2)]	50,1 [2,7 (2,1-3,5)]	56,5 [2,5 (2,0-3,1)]
Satisfação alta (acima da mediana) segundo Escala de satisfação geral[#]							
Não	33 [1,0] *	36,3 [1,0] *	48,3 [1,0] *	47,2 [1,0] *	40,7 [1,0] *	35,6 [1,0] *	32,6 [1,0] *
Sim	68 [4,3 (3,4-5,4)]	58,6 [2,5 (2,0-3,1)]	68,4 [2,3 (1,9-2,9)]	77,3 [3,8 (3,0-4,8)]	69,5 [3,3 (2,7-4,2)]	54,0 [2,1 (1,7-2,6)]	74,2 [5,9 (4,7-7,5)]
Satisfação segundo pergunta direta[#]							
Nada/ Pouco Satisfeito	17,5 [1,0] *	11,9 [1,0] *	36,4 [1,0] *	31,5 [1,0] *	21,7 [1,0] *	17,5 [1,0] *	6,3 [1,0] *
Satisfeito/ Muito satisfeito	51,0 [4,9 (3,1-7,7)]	49,2 [7,2 (4,3-12,1)]	59,1 [2,5 (1,8-3,6)]	63,1 [3,7 (2,6-5,4)]	56,4 [4,7 (3,1-7,1)]	46,3 [4,1 (2,6-6,4)]	55,1 [18,2 (9,2-36,2)]

– Teste de associação: χ^2 (Pearson); ## – Teste de associação: χ^2 (associação de tendência linear).

*Associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$); **Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

3.4 Discussão

Embora os resultados da análise fatorial apontem para uma reorganização dos itens em relação às dimensões previstas no modelo testado, das seis novas dimensões sugeridas por esta análise, quatro apresentaram significados semelhantes às que havíamos proposto no estudo Andime-PVH¹. *Aspectos interpessoais*, *Ambiência*, *Qualidade técnica do medicamento*, *Presença do medicamento*¹ têm significados, se não iguais, bastante semelhantes a *Relação profissional-usuário*, *Aspectos ligados à infra-estrutura*, *Características dos medicamentos* e *Disponibilidade dos medicamentos* aqui propostos.

Uma quinta dimensão aqui proposta, *Acessibilidade geográfica*, se relaciona ao significado da dimensão *Conveniência*. Entretanto, esta dimensão pretendia captar um conteúdo mais amplo e heterogêneo¹ do que a análise fatorial apontou. Os itens relativos aos demais conteúdos pretendidos pela dimensão *Conveniência*, como por exemplo, tempo de espera na fila e horário de funcionamento da unidade dispensadora, não foram agregados em um único fator e não exibiram carga fatorial elevada em nenhum deles, tendo sido excluídos da matriz. Isso não significa que esses conteúdos sejam irrelevantes, mas é preciso que sejam revistos e, talvez, acompanhados de outros itens com significados teóricos semelhantes para que passem a traduzir, dentro da matriz de itens, um aspecto distinto na avaliação que os usuários fazem dos serviços de farmácia.

Itens relativos à privacidade do atendimento e explicação sobre o tratamento aparecem na dimensão *Aspectos ligados à infra-estrutura*. Pode-se questionar a pertinência desses itens à dimensão. Entretanto, Luiza *et al*¹ encontraram que, nas unidades de saúde onde se realizou a pesquisa, a baixa privacidade oferecida pelo ambiente onde ocorria a dispensação de medicamentos pode ter influenciado na possibilidade dos profissionais das farmácias oferecerem orientação aos usuários. Foi observado que nas farmácias cujo ambiente oferecia privacidade no atendimento era maior o tempo disponível para a dispensação e o percentual de usuários que haviam recebido orientação sobre o tratamento foi também maior.¹

Esses achados explicam porque as opiniões dos entrevistados sobre o ambiente da farmácia, a privacidade e a explicação estavam correlacionadas, e apóiam a decisão de manter itens que aparentemente se referem a domínios distintos numa mesma dimensão para melhor compreender a satisfação da população estudada. Entretanto, tais correlações

podem não ser verdadeiras em outros contextos, o que deve ser levado em consideração ao utilizar o modelo em novas pesquisas.

Na dimensão *Aspectos de insatisfação*, itens cujos conteúdos remetem às demais dimensões foram agregados pela análise fatorial provavelmente porque tais itens exibiram os escores mais baixos. Sendo assim, essa dimensão não se refere a um aspecto específico dos serviços recebidos e sim a uma agregação dos itens mais sensíveis para captar experiências negativas nas outras dimensões. Tendo em vista essa consideração, deve-se refletir sobre a manutenção desses itens no questionário e em qual das dimensões utilizá-los. Isso porque a entrada de um item com menor coeficiente de correlação em qualquer das dimensões pode acarretar em redução da consistência interna. No entanto, sendo verdadeira a hipótese que esses sejam itens sensíveis para pontos fracos dos serviços, sua presença aumenta a validade de conteúdo do questionário.

Os escores calculados para as dimensões propostas em nosso estudo anterior variaram de 6,7 (*Conveniência*) a 7,7 (*Presença do medicamento e Qualidade técnica da dispensação*), sendo a escala global de satisfação 7,3¹. Os escores das novas dimensões aqui propostas variaram de 5,1 a 8,6, sendo 7,0 para a nova escala global. A semelhança entre os escores globais e, mais propriamente, a correlação entre estes mostram que não houve perdas significativas na variância captada pelo conjunto de itens após a exclusão de alguns. A maior diferença e menor correlação existente entre os escores das novas dimensões indicam que elas se sobrepõem menos. Isso significa que a organização de itens aqui proposta discrimina melhor as distintas facetas (dimensões) do conceito medido.

Os dois principais questionários utilizados como referência na construção do instrumento aqui avaliado foram o *Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ) desenvolvido por Ware *et al*¹³, mais especificamente o PSQ-III^{23, 24}, e o PSQ adaptado para avaliação de serviços farmacêuticos por Mackeigan e Larson⁵.

O PSQ-III contemplava sete dimensões (**a.** Aspectos Interpessoais, **b.** Comunicação, **c.** Tempo de Atendimento, **d.** Acesso/ Disponibilidade/ Conveniência, **e.** Aspectos Financeiros, **f.** Qualidade Técnica e **g.** Satisfação geral)²³ e o instrumento adaptado por Mackeigan e Larson oito (**i.** Explicação, **ii.** Consideração, **iii.** Acessibilidade, **iv.** Aspectos Financeiros, **v.** Competência Técnica, **vi.** Eficácia dos Medicamentos, **vii.** Qualidade dos Medicamentos e **viii.** Disponibilidade de Produtos)⁵. Dimensões que foram consideradas distintas nesses estudos compuseram uma única dimensão em nosso instrumento, como no

caso das dimensões **a.**, **b.**, **c.**, **i.** e **ii.**, cujos conteúdos foram agregados na dimensão relação profissional usuário. A dimensão *Acessibilidade geográfica* em nosso instrumento reflete o que foi reconhecido em nossa população das dimensões **d.** e **iii.**. A dimensão Aspectos Financeiros (**e.** e **iv.**) não fazia parte do nosso instrumento, pois os usuários de antiretrovirais no Brasil recebem seus medicamentos gratuitamente. Havíamos previsto uma dimensão equivalente as dimensões **f.** e **v.**, mas essa não foi mantida pela análise fatorial. As dimensões **vi.** e **vii.** compuseram uma única dimensão em nossos estudos. As dimensões **g** e **viii** encontram versões equivalentes em nosso estudo.

Os testes de hipóteses mostraram que a medida de satisfação dos usuários aqui proposta se comporta de forma semelhante a medidas de satisfação realizadas em outros trabalhos. De forma consistente ao encontrado na literatura ^{8, 27, 28}, o grupo de indivíduos com idade maior se mostrou mais satisfeito com os serviços recebidos. Indivíduos com melhor estado de saúde (auto-relatado) apresentaram melhor satisfação, concordando com a hipótese proposta por Weiss ²⁹. Ainda, em concordância com as observações feitas pela revisão de Sitzia e Wood ⁸ e o trabalho de Atkinson e Haran ²⁸, nossos dados mostram que indivíduos de classe econômica mais baixa estavam menos satisfeitos com os serviços.

A comparação entre as diferentes medidas do conceito pretendido mostrou consistência nas classificações dos indivíduos como satisfeitos ou insatisfeitos, feitas a partir delas. Isto reforça a hipótese de que um mesmo conceito (a satisfação dos usuários) está sendo medido por todas. Além disso, os resultados obtidos por meio de nossa medida mostraram uma associação bastante forte aos resultados obtidos pela medida de um outro constructo ao qual, logicamente, deveria estar relacionada – o desejo de receber medicamentos numa outra localidade mostrou-se fortemente associado à insatisfação com os serviços recebidos.

Pode-se considerar que os valores do coeficiente *alpha* das escalas não sejam elevados. Mas, ao comparar as novas escalas com aquelas propostas em nosso estudo anterior, percebe-se aumento do *alpha* de todas as escalas com o novo arranjo de itens proposto, à exceção para a escala *Aspectos de insatisfação*, que não encontra correspondência em nenhuma das dimensões originalmente propostas e apresentou a mais baixa consistência interna.

Quanto maior o número de itens (inter-correlacionados) numa escala (unidimensional), maior será a sua confiabilidade ¹⁵. Conforme explicam Streiner e Norman ¹⁶, assumindo que toda resposta está associada a algum erro de medição, pode-se reduzir a importância

desse erro agregando as respostas de uma série de perguntas. Uma forma simples de aumentar a confiabilidade das escalas aqui propostas seria aumentar o número de itens, embora isso vá aumentar o questionário e, conseqüentemente, seu tempo de aplicação. Uma forma de fazê-lo preservando a brevidade do questionário, embora mais difícil, é aumentar a similaridade no conteúdo dos itens existentes, aproximando o significado de cada item individual ao sentido elucidado pelas dimensões que emergiram da análise fatorial.

Um fator limitante das interpretações aqui realizadas é a representatividade da amostra de usuários incluídos no estudo. O processo de amostragem foi submetido à escolha prévia dos estados selecionados como casos a partir de critérios de prevalência de casos de aids no Brasil, conforme descrito por Luiza *et al*¹. Segundo o plano amostral, o nível de estimação seria cada uma das 10 unidades da federação de interesse e o conjunto das dez unidades. No entanto a seleção de pacientes não foi aleatória por deficiência de cadastro atualizado e por questões éticas, sendo a participação voluntária. A perda por recusa representou, em média, 41% dos incluídos no estudo, variando de 8% no estado de Rondônia a 124% em Santa Catarina. Assim, os resultados obtidos não suportam falar do todo da população de pessoas com HIV em tratamento antiretroviral no Brasil, sendo válidos para descrever a amostra estudada.

Em que pesem essas considerações, podemos afirmar que o perfil sócio-demográfico do universo de pessoas com aids notificadas ao Programa Nacional de DST e Aids é bastante semelhante ao perfil da amostra utilizada neste estudo, segundo os dados disponíveis no Boletim Epidemiológico do programa³⁰. A maioria dos casos de aids notificados envolve pessoas do sexo masculino, cor branca ou parda e nível escolaridade fundamental (oito anos de estudo).

As diversas hipóteses de associação relatadas na literatura e confirmadas neste estudo, a manutenção da estrutura de multidimensionalidade e a concordância entre medidas alternativas de satisfação demonstram um grau adequado de concordância entre a construção teórica proposta e os resultados obtidos a partir do instrumento utilizado. Algumas mudanças na organização dos itens em escalas foram propostas e alguns itens excluídos, resultando num refinamento do instrumento original.

São necessários estudos futuros no sentido de aumentar a consistência interna das escalas, já que essa é a única informação disponível até o momento sobre a confiabilidade do instrumento. Ressaltamos que para conhecer melhor esta propriedade, estudos de

estabilidade devem ser conduzidos, uma vez que a consistência interna de um instrumento pode ser considerada de menor importância quando o conceito estudado inclui um conteúdo amplo de significados. Baixa consistência interna indica heterogeneidade dos aspectos sendo medidos, o que pode ser desejável. Mas, quando se deseja reduzir os dados por meio da construção de escalas, um nível mínimo de consistência interna deve ser obtido, embora esse valor dependa da utilização que se pretende dar aos dados.

Capítulo 4 – Considerações finais

Alguns aspectos do processo de realização do presente trabalho podem ser destacados à guisa de considerações finais.

O desenvolvimento da escala de satisfação aqui avaliada, ou melhor, a forma com que tal processo foi conduzido, desde a busca bibliográfica inicial até a redação final do relatório de pesquisa que apresenta a escala, é um deles. Mais que simplesmente atribuir algum grau de satisfação à população estudada, foi preocupação constante buscar compreender os significados dessa categoria empírica: satisfação dos usuários. É possível afirmar, já que fiz parte do grupo de trabalho responsável pelo desenvolvimento da medida, que diversas compreensões se sucederam nas calorosas discussões que se formaram no seio do grupo, talvez seguindo a polissemia existente na literatura onde essa mesma categoria serve como descritor para significados bastante distintos, mas cujo sentido foi sempre o do esclarecimento cada vez maior do papel daquela medida na avaliação em curso.

Ainda, questão bastante relevante foi o fato de haver poucas pesquisas de satisfação dos usuários com serviços de saúde no Brasil, e nenhuma de que tivéssemos conhecimento sobre dispensação de medicamentos ou sobre assistência farmacêutica. Estávamos atentos às considerações de Oliveira ⁷ sobre a necessidade de redimensionar teórica e operacionalmente a satisfação dos usuários para refletir resultados úteis ao contexto brasileiro. Estávamos cientes do papel da avaliação, para além de construir modelos explicativos, de desvendar oportunidades de melhoria nos serviços avaliados e apontar caminhos para a sua promoção.

Assim, dentre os vários enfoques teóricos disponíveis na literatura, optamos pela teoria da atitude, construindo um modelo que nos permitiu identificar características relevantes nos serviços avaliados sob a perspectiva dos usuários e apontar o desempenho diferencial dessas características, a partir do modelo de avaliação de desempenho de Ware *et al.* ¹³, um dos modelos mais replicados e cujas propriedades de validade e confiabilidade das escalas desenvolvidas já haviam sido investigadas em diversos contextos.

O foco do presente trabalho foi a apreciação de aspectos de validade de constructo da escala de satisfação utilizada no estudo Andime-PVH, mas, como qualquer validação de constructo, não se reduz à descrição de propriedades psicométricas do instrumento. A teoria de satisfação dos usuários subjacente à escala foi também posta em prova. Pudemos testar a articulação dos diferentes elementos determinantes da satisfação presentes no modelo teórico. Cientes de que o processo de validação, especialmente de validação de constructo, é contínuo, não esperamos ter esgotado o aprendizado sobre o constructo ou sobre a medida, novas hipóteses deverão de ser testadas complementando o trabalho aqui realizado.

Não pretendendo ir além dos objetivos dessa dissertação, mas com a liberdade de não nos atermos aos três C's da validade como atributos excludentes, podemos falar sobre a validade de conteúdo do instrumento, mesmo não sendo esse o foco. Isso porque a descrição realizada sobre o desenvolvimento da teoria e da escala, as seguidas rodadas de pré-testes, o envolvimento de profissionais e pessoas vivendo com HIV no processo, demonstram o cuidado do grupo de pesquisa em contemplar todas as facetas mais relevantes do conceito de satisfação, não somente suas dimensões, mas também os possíveis determinantes sócio-demográficos, culturais e de contexto, permitindo a análise de seus efeitos. Essa sistemática de desenvolvimento da medida apóia a suposição de um conteúdo com cobertura e relevância adequadas.

Se o propósito último da avaliação fora a indicação de caminhos e oportunidades de melhoria nos serviços ao Programa Nacional de DST/Aids, passemos pois à leitura dos caminhos.

Vimos que um ponto forte dos serviços sob a perspectiva dos usuários foi a relação com os profissionais dispensadores (a dimensão com maior escore médio). No entanto, os usuários com escore mais baixo nessa dimensão estavam mais inclinados a desejar receber medicamentos em outro lugar. Mesmo sendo esse um ponto bem avaliado nos serviços, deve-se sempre ressaltar o respeito, a atenção e a dedicação aos usuários como forma de buscar sua fidelidade aos serviços. A promoção da adesão às recomendações terapêuticas há de passar pela promoção da confiança dos usuários nos profissionais que os atendem. A cordialidade nas relações e a satisfação podem inclinar os usuários a dar continuidade ao tratamento e seguir as recomendações, como bem destacam Esperidião e Trad⁹.

À exceção da dimensão que reuniu aspectos de baixo desempenho de diversas dimensões – aspectos de insatisfação -, o aspecto mais sensível dos serviços, uma importante oportunidade de melhoria, foi a infra-estrutura dos ambientes de dispensação. Isso aponta carência de elementos de conforto e privacidade no atendimento. Mais que unicamente preocupar-se com a “hotelaria”, vimos que os elementos de infra-estrutura estiveram relacionados com a probabilidade de perceber-se informado. É importante melhorar as condições de acolhimento nas unidades dispensadoras, oferecendo ambientes mais confortáveis para pessoas que, muitas vezes, encontram-se em estado de sofrimento físico. Ademais, oferecer condições de atendimento com privacidade aumenta a probabilidade e mesmo a qualidade da comunicação entre usuários e profissionais, propiciando a orientação, elemento fundamental na promoção do uso racional de medicamentos e da adesão.

As demais dimensões da satisfação (*características dos medicamentos, aspectos de insatisfação, disponibilidade de medicamentos e acessibilidade geográfica*) tiveram desempenho intermediário entre as características discutidas acima, entretanto, as mesmas considerações feitas para a relação profissional-usuário, que indivíduos com baixo escore estão menos inclinados à fidelidade aos serviços, podem ser feitas para essas. Isso mostra que investir em todos os aspectos relevantes citados para promover a satisfação dos usuários pode influir sobre a adesão. Além disso, essas dimensões foram aquelas que mais diferenciaram indivíduos com estado de saúde bom daqueles com estado de saúde ruim. Ou seja, são pontos sensíveis do serviço para aqueles indivíduos que se percebem mais fragilizados, com estado de saúde pior. Os desempenhos dessas dimensões também evidenciaram um claro gradiente social. Se mostraram mais satisfeitos os usuários de classe econômica mais elevada. Cabe destaque para a dimensão acessibilidade geográfica que exibe o maior gradiente. Desta forma, vemos que a medida reflete iniquidades no acesso aos medicamentos, demonstrando maiores dificuldades, e assim, menor satisfação, dentre os usuários de menor classe econômica.

Assim, demonstramos a utilidade da medida e de seus refinamentos aqui sugeridos. E, especialmente, a satisfação dos usuários, vistos como cidadãos detentores de direitos e não simplesmente consumidores, como resultado desejável dos serviços de saúde, devendo ser promovida.



Referências

1. Luiza VL, Esher A, Santos EMd, Avelar FG, Emmerick ICM, Oliveira MA, Campos MR, Azeredo TB. Avaliação nacional da dispensação de medicamentos para as PVHA. Relatório Final de Pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Núcleo de Assistência Farmacêutica.; 2006.
2. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
3. Contandriopoulos AP. Saber preparar uma pesquisa. Definição. Estrutura. Financiamento. 2ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 1997.
4. Pascoe GYC. Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6:185-210.
5. MacKeigan LD, Larson LN. Development and validation of an instrument to measure patient satisfaction with pharmacy services. *Medical Care*. 1989;27(5):522-36.
6. Bernhart MH, Wiadnyana IGP, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine*. 1999;48:989-96.
7. Oliveira CG. Breve análise da categoria de satisfação na obra de Donabedian [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1991.
8. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Sciences and Medicine*. 1997;45(12):1829-43.
9. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 jun;22(6):1267-76.
10. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(Sup):303-12.
11. Turris SA. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(3):293-8.

12. Schommer JC, Kucukarslan SN. Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services. *American Journal of Health System Pharmacy*. 1997;54(23):2721-32.
13. Ware JEJ, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6(3-4):247-63.
14. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*. 1999;11(4):319-28.
15. DeVellis RF. Classical test theory. *Medical Care*. 2006 November;44(11 Suppl 3):S50-S9.
16. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales - A practical guide to their development and use*. Oxford New York Tokyo: Oxford University Press; 1989.
17. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales - a practical guide to their development and use*. Third ed. Oxford New York: Oxford University Press; 2003.
18. Stewart DW. The application and misapplication of factor analysis in marketing research. *Journal of Marketing Research*. 1981 February;18(1):51-62.
19. Campos MR. *Percepção do desgaste médico: um estudo multivariado [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999.
20. Barbeta PA. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 5ª ed ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
21. WHO, (World Health Organization). *Manual for Core Indicators on Country Pharmaceutical Situations*. Working Draft. Geneva: WHO; 2003.
22. Esher AF, Azeredo TB, Luiza VL, Oliveira MA, Santos EM. Satisfação do usuário e responsividade do programa nacional de dispensação de medicamentos para o tratamento da aids no Brasil: discutindo importantes dimensões. . III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; 2005; Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis: Abrasco; 2005.

23. Hays RD, Davies AR, Ware JE. Scoring the medical outcomes study patient satisfaction questionnaire: PSQ-III. MOS Memorandum No 866 1987 [cited 2005 January 15]; Available from: http://www.rand.org/health/surveys_tools/psq/psq3_scoring.pdf
24. Long form patient satisfaction questionnaire (PSQ-III). [cited 2005 January 15]; Available from: http://www.rand.org/health/surveys_tools/psq/psq3_survey.pdf
25. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2005 maio-junho;21(3):703-14.
26. ABEP, (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB. 2003 [cited 2006 11 de dezembro]; Available from: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
27. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Social Science & Medicine. 2001;52:609-20.
28. Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. Social Science & Medicine. 2005;60(501-513).
29. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of socialdemographic and predispositional factor. Medical Care. 1988;26(4):383 - 92.
30. PN DST/AIDS - Brasil, (Programa Nacional de DST e Aids). Boletim Epidemiológico Ano I (nº 01) - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2004. . Brasília: PN DST/AIDS - Ministério da Saúde; 2004.

Anexo 1 – Questionário de entrevista aos usuários utilizado no estudo Andime-PVH

	Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Núcleo de Assistência Farmacêutica Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas	
<p>Questionário nº <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>UF <input style="width: 40px;" type="text"/> Cidade <input style="width: 150px;" type="text"/> Data: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>Farmácia [Unidade fornecedora] <input style="width: 200px;" type="text"/></p> <p>Pesquisador de campo <input style="width: 100px;" type="text"/></p>		
<p>1. Sexo (RU): 1 () Masculino <input style="width: 30px;" type="text"/> 2 () Feminino</p> <p>2. Idade (RU): <input style="width: 60px;" type="text"/></p> <p>3. Estado civil (RU): (ler as opções) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>1 () Solteiro (a) 2 () Casado (a) 3 () Viúvo (a) 4 () Separado (a)</p> <p>4. Quantas pessoas moram com o(a) senhor(a)? (RU) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>5. Como o(a) senhor(a) identifica a sua cor ou etnia? (RU) (ler as opções) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>1 () Branca 2 () Preta 3 () Amarela 4 () Parda 5 () Indígena 99 () <i>Outra ou não quis responder (não ler)</i></p> <p>6. Qual a sua ocupação/ atividade atualmente? (RU) (as alternativas podem ser lidas, se necessário) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>1 () Trabalha em casa para fora 2 () Trabalha fora 3 () Está desempregado 4 () É aposentado/ pensionista 5 () Só estuda 6 () Trabalha em casa/ dono(a) de casa</p> <p>7. Quanto tempo você levou para chegar aqui na unidade hoje (RU): (1.1) <input style="width: 40px;" type="text"/> horas <input style="width: 40px;" type="text"/> minutos <input style="width: 30px;" type="text"/>: <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p>8. Qual meio você utilizou para chegar à farmácia hoje (RM)? (as alternativas podem ser lidas, se necessário)</p> <p>1 () À pé <input style="width: 30px;" type="text"/> 2 () De ônibus <input style="width: 30px;" type="text"/> 3 () De carro <input style="width: 30px;" type="text"/> 4 () De táxi <input style="width: 30px;" type="text"/> 5 () De metrô/trem <input style="width: 30px;" type="text"/> Outros <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>9. Há quanto tempo você sabe que é portador do HIV (RU)? <input style="width: 40px;" type="text"/> anos <input style="width: 40px;" type="text"/> meses <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>10. Há quanto tempo você faz tratamento com medicamentos anti-retrovirais ou medicamentos para infecções oportunistas (RU)? <input style="width: 40px;" type="text"/> anos <input style="width: 40px;" type="text"/> meses <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>11. Já recebeu medicamentos de outro programa de tratamento (RU)? (as alternativas da P.12 podem ser lidas como exemplo, se necessário) <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>0 () Não → <i>Pule para P.13</i> 1 () Sim</p> <p>12. Qual programa de tratamento (RM): (ler as opções)</p> <p>1 () Diabetes <input style="width: 30px;" type="text"/> 2 () Hipertensão <input style="width: 30px;" type="text"/> 3 () Tuberculose <input style="width: 30px;" type="text"/> Outros <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>13. Já teve que ir a Justiça para conseguir medicamentos (RU)? <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>0 () Não 1 () Sim</p>	
1		

14. Onde você é atendido pelo médico que receita seus anti-retrovirais e medicamentos para infecções oportunistas (RM): (ler as opções)

- 1 () Unidade Pública
 2 () Unidade Privada

15. Com que frequência você costuma vir à farmácia buscar seus medicamentos (RU): (ler as opções)

- 1 () A cada 15 dias
 2 () A cada 30 dias (1 mês)
 3 () A cada 60 dias (2 meses)
 4 () A cada 90 dias (3 meses)
 Outros _____

16. Sua receita é válida para quantos meses (RU) ? (relato do usuário)

_____ meses.

17. Quanto tempo você esperou na fila e no balcão para receber os seus medicamentos **hoje** (RU)?

_____ horas _____ minutos :

18. Você recebe todos os medicamentos nessa farmácia (RU)?

- 0 () Não
 1 () Sim → *Pule para a P.20*

19. Em que outros lugares você costuma ir para conseguir os medicamentos que você não consegue aqui (RM)? (não leia as opções)

- 1 () Outra Unidade Pública
 2 () Consultório do médico
 3 () Farmácia Privada
 Outros _____

20. Você tem alguma dúvida sobre os medicamentos da sua receita (RU)?

- 0 () Não
 1 () Sim

21. Você recebeu informação ou orientação sobre os remédios receitados, **hoje** (RU)?

- 0 () Não → *Pule para a P.24*
 1 () Sim

22. Quem deu a informação ou orientação, **hoje** (RM)? (não leia as opções)

- 1 () Amigos
 2 () Médico(a)
 3 () Pessoa da Farmácia
 4 () Grupo de apoio
 5 () Assistente social
 6 () Enfermeiro(a)

23. Que tipo de orientações você recebeu **hoje**? (RM) (leia as opções)

- 1 () As doses e horários de tomada dos medicamentos
 2 () Como tomar os medicamentos (com água, mastigando, dissolvendo, etc...)
 3 () Influência dos alimentos
 4 () Influência de outros medicamentos
 5 () Efeitos colaterais/ reações adversas
 6 () Como e onde guardar os medicamentos
 Outros _____

24. No atendimento na farmácia, você já se sentiu tratado pior que outras pessoas por algum motivo (RU)?

- 0 () Não → *Pule para a P.26*
 1 () Sim

25. Qual o motivo (RM)? (não leia as opções)

- 1 () Gênero
 2 () Idade
 3 () Falta de dinheiro
 4 () Classe Social
 5 () Tipo de doença
 6 () Nacionalidade
 7 () Orientação sexual
 8 () Etnia
 Outros _____

26. O que você acha que falta na infra-estrutura da farmácia onde recebe seus medicamentos (RM): (leia as opções)

- 1 () Mais limpeza
 2 () Bebedouro
 3 () Rampas
 4 () Cadeiras
 5 () Banheiros
 Outros _____
 88 () *Nada (não ler)*

27. Você já interrompeu alguma vez o seu tratamento (RU)?

- 0 () Não → *Pule para a P.31*
1 () Sim

--	--

28. Por que (RM)? (não leia as opções)

- 1 () Esquecimento
2 () Reações adversas/ efeitos colaterais
3 () Falta de medicamentos na farmácia
4 () Dificuldade de cumprir os horários
5 () Viagem
Outros _____

29. E alguém soube que você interrompeu o tratamento (RU)?

- 0 () Não → *Pule para a P.31*
1 () Sim

--	--

30. Quem soube (RM)?

(inicialmente não leia as opções, anote a primeira resposta)

Mais alguém?

(leia as opções que não tenham sido escolhidas e confirmando se outra pessoa soube da interrupção do tratamento)

- 1 () Amigos
2 () Familiares
3 () Médico(a)
4 () Pessoas da farmácia
5 () Enfermeiro(a)
6 () Assistente social
Outros _____

31. E nos últimos 3 dias, você deixou de tomar algum medicamento em algum horário? (RU)

- 0 () Não → *Pule para a P.33*
1 () Sim

--	--

32. Por que (RM)? (não leia as opções)

- 1 () Esquecimento
2 () Reações adversas/ efeitos colaterais
3 () Falta de medicamentos na farmácia
4 () Dificuldade de cumprir os horários
5 () Viagem
Outros _____

33. Você gostaria de receber seus medicamentos em outra farmácia ou em outro lugar (RU)?

- 0 () Não
1 () Sim

--	--

34. Quando você tem alguma dúvida sobre seu tratamento a quem você pede orientação (RM)? (leia as opções)

- 1 () Amigos
2 () Médico(a)
3 () Pessoa da Farmácia
4 () Grupo de apoio
5 () Assistente social
6 () Enfermeiro(a)
7 () Tem dúvidas mas não pede orientação
Outros _____

88 () Não tenho dúvidas (não leia)

35. Como você avalia seu estado de saúde atual (RU): (leia as opções)

- 1 () Muito mal
2 () Mal
3 () Bem
4 () Muito bem
99 () Não sei explicar (não ler)

--	--

36. Agora, gostaria que você me dissesse qual dessas frases é a primeira mais importante para você... e a segunda... e a terceira até a sexta? Ou seja, gostaria que você colocasse uma ordem de importância nessas frases que vou ler para você. *(leia somente as frases, não leia a letra)*

Rodízio

		Ranking	
a.	O pessoal da farmácia me passar informações sobre os medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.	Facilidade para chegar na farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c.	O conforto e limpeza da farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d.	Ter todos os medicamentos na quantidade que eu preciso na farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e.	Ser tratado com respeito, atenção e confidencialidade pelo pessoal da farmácia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f.	A qualidade dos medicamentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

37. Gostaríamos também de saber sua opinião sobre várias situações relacionadas ao ambiente, atendimento, tempo despendido quando vai pegar os seus medicamentos, qualidade dos medicamentos, etc...

Eu vou falar algumas coisas sobre o serviço e o atendimento nessa farmácia e gostaríamos de saber se você concorda ou não concorda com as seguintes afirmativas:

Rodízio

1) A pessoa da farmácia verifica a minha receita com cuidado para me atender bem. (3.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

2) Meus medicamentos fazem que eu me sinta mal. (3.2.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

3) Existe a possibilidade de que a pessoa da farmácia me entregue algum medicamento errado. (3.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

4) No lugar onde sou atendido na farmácia qualquer pessoa pode saber sobre meu atendimento. (3.4.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

5) Durante meus atendimentos na farmácia eu me sinto à vontade para dizer o que eu acho importante. (3.4.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

6) Quando o médico recomendou a troca do meu tratamento antiretroviral, eu recebi os novos medicamentos assim que precisei. (1.1.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

7) Sinto dificuldade para engolir o medicamento. (3.2.4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

8) Se eu quiser, eu posso escolher a farmácia onde vou receber meus medicamentos. (1.1.4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

9) O tamanho do medicamento é ideal pra mim. (3.2.4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

10) As pessoas da farmácia deveriam ter mais cuidado para que outras pessoas não ouvissem informações a meu respeito. (3.4.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

11) As pessoas da farmácia ignoram o que eu digo. (3.4.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

12) Minha opinião sobre meu tratamento é levada em consideração pelo pessoal da farmácia. (3.4.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

13) As pessoas da farmácia estão sempre com roupas limpas. (3.3.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

14) O horário de funcionamento da farmácia onde eu recebo os meus medicamentos é bom para mim. (1.1.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA	

15) A farmácia tem todos os medicamentos da minha receita. (2.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

16) A pessoa da farmácia explica bem as razões para eu tomar os medicamentos. (3.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

17) Existem problemas de saúde que os medicamentos prescritos não conseguem aliviar. (3.2.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

18) Os serviços de farmácia que recebi são perfeitos. (4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

19) Os medicamentos prescritos para mim conseguem aliviar todos os meus problemas de saúde. (3.2.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

20) Se eu preciso beber água no ambiente da farmácia é fácil para conseguir. (3.3.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

21) Algumas coisas dos serviços que eu recebo na farmácia poderiam ser melhores. (4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

22) O pessoal da farmácia é atencioso e amigável. (3.4.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

23) Eu tenho queixas sobre os serviços da farmácia. (4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

24) Estou muito satisfeito com os serviços que eu recebo na farmácia. (4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

25) Eu gasto muito tempo esperando na fila para receber os meus medicamentos. (1.1.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

26) A pessoa que entrega os meus medicamentos dedica o tempo que for necessário no meu atendimento. (1.1.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

27) Nesta farmácia, faltam medicamentos importantes para meu tratamento. (2.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

28) Na farmácia onde eu recebo meus medicamentos tem cadeiras para eu sentar enquanto espero. (3.3.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

29) Eu levo muito tempo da minha casa/ trabalho até a farmácia onde eu recebo os meus medicamentos. (1.1.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

30) As pessoas da farmácia tomam cuidado para que outras pessoas não vejam que medicamentos estou recebendo. (3.4.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

31) É fácil chegar à farmácia onde eu recebo os medicamentos da minha receita. (1.1.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

32) Eu tive problemas para encontrar a farmácia onde recebo meus medicamentos. (3.3.3)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		88-NSA
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	

33) Quando o médico recomendou o início do meu tratamento antiretroviral, eu recebi os medicamentos assim que precisei. (1.1.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

34) O pessoal que me atende na farmácia me trata com respeito. (3.4.2)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

35) Não gosto da qualidade dos medicamentos que tenho recebido na farmácia. (3.2.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

36) O lugar onde eu recebo meus medicamentos pode ser mais limpo. (3.3.1)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

37) Eu consigo ler com facilidade os rótulos dos meus medicamentos. (3.2.4)

<i>Não concordo</i>		<i>Concordo</i>		
1-Não concordo totalmente	2-Não concordo em partes	3-Concordo em partes	4-Concordo totalmente	88-NSA

38) Agora pensando em todos os aspectos que foram abordados aqui na pesquisa, nós gostaríamos de saber o quanto você está satisfeito/ insatisfeito com esta farmácia.

1 () Nada satisfeito 2 () Pouco satisfeito 3 () Satisfeito 4 () Muito Satisfeito

99 () Não se explicar (não ler)

(Entrevistador, peça para ver a receita e os medicamentos recebidos.

(As questões abaixo só serão aplicadas se a pessoa estiver de posse da receita, caso contrário, só anote o número de medicamentos dispensados(C) e o número de medicamentos adequadamente rotulados (E))

39. Sobre os medicamentos receitados ou buscados no momento verificar(2 1):

Tipo de Medicamento	Nº Medicamentos prescritos (A) * 88 = sem prescrição	Nº Medicamentos dispensados (B)	Se Prescrito for diferente de Dispensado, indicar motivo (C) 1 = Não tinha na Farmácia 2 = Paciente não quis 3 = Outro motivo 88 = não há diferença	Prescrição completa? (D) 0 = Não 1 = Sim	Nº medicamentos adequadamente rotulados? (E) 88 = nenhum med. dispensado	Sabe tomar os medicamentos 0 = Não 1 = Sim (F) 88 = nenhum med. dispensado
1. ARV						
2. Outros Medicamentos*				**		

*Quando não houver prescrição de "Outros Medicamentos" preencha "88" nos espaços correspondentes.

- (A) Anote o número de medicamentos (DCI, entidade química, genérico) prescritos. Combinação de fármacos numa mesma unidade farmacêutica conta como um medicamento.
- (B) Anote o número de medicamentos dispensados.
- (C) Caso o número de medicamentos dispensados (B) seja inferior ao número de medicamentos prescritos (A), anote o motivo. Anote "1" se o motivo for a falta de medicamento na farmácia, "2" se o paciente não quis pegar o medicamento e "3" se o motivo for outro. Preencha "88" se não houver diferença.
- (D) Anote "1" se a prescrição contém pelo menos dose/ intervalo de tomada, (posologia) e via de administração para cada medicamento e "0" caso a prescrição não esteja completa. Considere "1" somente se todos os medicamentos atenderem todos os critérios. ****Obs. No caso de "Outros Medicamentos", além dos critérios anteriores, a prescrição deve apresentar também a duração do tratamento para que seja considerada completa.**
- (E) Anote o número de medicamentos adequadamente rotulados. Considere adequadamente rotulados aqueles cuja embalagem contém denominação genérica, concentração, validade, nº registro MS e bula do paciente ou equivalente. Preencha "88" se nenhum medicamento tiver sido dispensado.
- (F) Determine se o paciente sabe como usar todos os medicamentos dispensados. Escreva "1" somente se o paciente puder dizer corretamente (de acordo com a prescrição) como todos os medicamentos daquele grupo (ARV e Outros) devem ser usados e "0" caso contrário. Preencha "88" se nenhum medicamento tiver sido dispensado.

(A próxima pergunta só é aplicável para aqueles usuários que não tenham trocado de esquema terapêutico na última semana)

40. Esquema ARV. (Para a quantidade prescrita, verificar na receita)

Medicamento (A) (circule a apresentação verificada) DCB abreviatura apresentação (nome comercial)	Número de Comp. ou Doses Prescritos por dia (B)	Total comp usado dia (C)		
		Dia 1	Dia 2	Dia 3
1. Abacavir ABC Comprimido 300mg (Ziagenavir)				
2. Amprenavir APV Cápsula 150 mg (Agenerase)				
3. Atazanavir ATV Cápsulas de 150 e 200mg (Reyataz)				
4. Delavirdina DLV Comprimido 100mg (Rescriptor)				
6. Didanosina ddl Comprimidos tamponados 25 e 100mg Comprimidos revestidos para liberação entérica de 250 e 400 mg (Videx)				
6. Efavirenz EFV Cápsulas de 600mg (Stocrin)				
7. Estavudina d4T Cápsula 30 e 40mg (Zerit)				
8. Indinavir IDV Cápsula 400mg (Crixivan)				
9. Lamivudina 3TC Comprimido 150mg (Epivir)				
10. Lopinavir / Ritonavir LPV/r cápsula 133,33/33,3 mg (Kaletra)				
11. Nelfinavir NFV comprimido 250mg (Viracept)				
12. Nevirapina NVP Comprimido 200mg (Viramune)				
13. Ritonavir RTV cápsula 100mg (Norvir)				
14. Saquinavir SQV cápsula 200mg(dura ou mole)(Invirase ou Fortovase)				
15. Tenofovir TDF Comprimido 300mg (Viread)				
16. Zalcitabina ddC Comprimido 0,75mg (Hivid)				
17. Zidovudina AZT ou ZDV Cápsula 100mg (Retrovir)				
18. Zidovudina+Lamivudina AZT+3TC comp 300+150mg (Biogr ou Combivir)				

(Entrevistador aqui você deve perguntar sobre os bens do domicílio do(a) entrevistado(a) e seu grau de instrução, bem o do(a) chefe da família.

As alternativas respondidas devem ser **circuladas** no local respectivo, não rasure o código presente no espaço)

41. Você tem em casa? Quantos [as]?

	Não tem	TEM				_ _
		1	2	3	4 ou +	
1. Televisão em cores	0	2	3	4	5	_ _
2. Rádio	0	1	2	3	4	_ _
3. Banheiro	0	2	3	4	4	_ _
4. Automóvel	0	2	4	5	5	_ _
5. Empregada mensalista	0	2	4	4	4	_ _
6. Aspirador de pó	0	1	1	1	1	_ _
7. Máquina de lavar	0	1	1	1	1	_ _
8. Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	_ _
9. Geladeira	0	2	2	2	2	_ _
10. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1	_ _

42. Grau de instrução (OBS. se a própria pessoa entrevistada for o(a) chefe de sua família, marcar a mesma resposta nos dois espaços)


	Entrevistado (a)	Chefe da Família	Pontos	_ _
Analfabeto/Primário Incompleto	1	1	0	
Primário Completo/Ginásio Incompleto	2	2	1	
Ginásio Completo/Colegial Incompleto	3	3	2	
Colegial Completo/Superior Incompleto	4	4	3	
Superior Completo	5	5	5	

(REVISOR: Para contagem de pontos pegar grau de instrução do(a) CHEFE)


Oferecer o brinde

MUITO OBRIGADO POR SUA COLABORAÇÃO

Anexo 2 – Manual do pesquisador de campo utilizado no estudo Andime-PVH



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
 Núcleo de Assistência Farmacêutica
 Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas



AVALIAÇÃO NACIONAL DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Manual do Pesquisador de campo

Conteúdo

Recomendações Gerais	1
Abordagem da Unidade de Saúde	1
Formulários de pesquisa para os serviços e profissionais.....	3
Satisfação do Usuário.....	3
Recomendações gerais sobre o componente da satisfação do usuário	3
Abordagem dos usuários	4
Leitura geral do questionário	4

Recomendações Gerais

Abordagem da Unidade de Saúde

No primeiro contato com a unidade de saúde os pesquisadores de campo devem chegar cedo e procurar a pessoa indicada como referência para se apresentar.

Verificar se o “Termo de Autorização”, com a anuência do Diretor da Unidade ou do Gerente do Programa já está no kit de material. Se estiver, apresentá-lo à pessoa de referência. Se não estiver, solicitar o “de acordo” (por escrito, no Termo de Autorização) do diretor da unidade ou do gerente do programa na unidade. Em caso de dúvida, contatar o NAF ou o supervisor de campo.

Confirmar os dias de atendimento de PVHA e combinar o melhor esquema da pesquisa (divisão de trabalho, quem deve ser abordado primeiro, qual o melhor dia para falar com cada profissional a ser entrevistado). Cabe lembrar que o ponto crítico do trabalho é a abordagem aos usuários, cujo número indicado é o número mínimo. Assim, priorizar esta abordagem.

Os pesquisadores devem estar articulados entre si para realizar uma divisão eficiente do trabalho de campo.

Devem procurar identificar em cada unidade o melhor horário para realizar a entrevista com cada profissional e, se preciso, combinar com cada um desses o horário mais conveniente.

Deve-se sempre procurar os horários de menor fluxo de usuários nas unidades para realizar as entrevistas com os demais sujeitos e a pesquisa nas áreas da unidade.

Verificar com a pessoa de referência se a equipe de pesquisadores pode, nos dias subsequentes de visita à unidade, ir diretamente ao local da atividade do dia. Deve-se, assim, buscar rapidamente uma liberação para locomover-se livremente dentro da unidade e dar início à pesquisa.

1

Nos dias subseqüentes, os pesquisadores de campo devem chegar na unidade de saúde logo no começo do dia, sempre antes do início do atendimento aos usuários. Se as pessoas não estiverem se deslocando juntas, combinar um ponto de encontro dentro da unidade. Seguir o plano de trabalho previamente acordado. Ao final de cada dia, avaliar o trabalho. Sugere-se seguir o seguinte roteiro (basta conversar, não é necessário escrever):

- o que deveria ter acontecido,
- o que realmente aconteceu (positivo e negativo),
- o que pode ser feito para corrigir os problemas para o dia seguinte)

A camiseta e o crachá de identificação da pesquisa devem ser usados durante todo o tempo de permanência na unidade de saúde. Além disso, portar:

- um documento oficial de identificação pessoal (para o caso de ser solicitado em alguma unidade de saúde);
- Termo de Autorização com o “de acordo” para a realização da pesquisa naquela unidade de saúde
- formulários e folhas auxiliares necessários à realização da coleta de dados em cada localidade;
- manuais para consulta, em caso de dúvida;
- material fornecido pelo NAF/ ENSP/ Fiocruz para a realização da pesquisa (caneta, lapiseira, borracha, régua, marcador, prancheta, calculadora);

Qualquer intercorrência que prejudique o preenchimento dos questionários e manuais conforme previsto devem ser anotadas no diário de campo. Durante a dinâmica do trabalho a anotação pode ser feita no verso dos formulários, caso seja mais fácil. **Nunca** deve ser feita na face principal, para não prejudicar a digitação. No entanto, ao fim do dia passar todas as informações para o diário de campo (bloco fornecido para esta finalidade), 1 por pesquisador de campo. Anotar: Estado, Município, Formulário de Pesquisa, Problema. Sempre fazer um *asterisco* ao lado do número que identifica a pergunta no seu formulário de origem (de outra forma, não saberemos que há algo sobre ela a ser buscado no diário de campo).

A equipe de supervisores deve ser contatada em caso de dúvidas e intercorrências. Os números de telefone lhe estão sendo fornecidos juntamente ao material da pesquisa.

Agradecemos, a quem possua máquina fotográfica e possa registrar as etapas da pesquisa (**NUNCA TIRAR FOTOS ONDE OS USUÁRIOS POSSAM SER IDENTIFICADOS**). Neste caso, reembolsaremos as películas.

Formulários de pesquisa para os serviços e profissionais

As instruções de preenchimento dos formulários de pesquisa a serem aplicados aos serviços de saúde e profissionais encontram-se no rodapé ou no verso dos formulários.

Recomendações gerais: não fazer anotações nos campos em **cinza** e fazer um *asterisco* ao lado de cada pergunta que tiver anotação no diário de campo.

Satisfação do Usuário

Recomendações gerais sobre o componente da satisfação do usuário

Este componente do Projeto foi elaborado com o objetivo de medir a satisfação dos portadores do vírus do HIV que utilizam farmácias/ unidades fornecedoras para obtenção de seus medicamentos.

Este questionário possui dez páginas e está dividido em duas partes. Na primeira parte, são explorados os hábitos da nossa amostra com relação ao tema abordado e seu perfil demográfico. Na segunda parte, indagamos a satisfação de diversos aspectos relacionados ao tema e aplicamos a Folha de Classificação Social.

Da mesma forma que nos formulários de abordagem de Serviços de Saúde, não escrever nos campos **cinza**.

Os questionários sairão a campo já previamente numerados, com UF e cidade preenchidos. O Entrevistador nunca preenche estes campos. As variáveis de rodízio são previamente preenchidas também.

A primeira parte contém perguntas fechadas. Observar as recomendações específicas de RU – onde somente uma alternativa deverá ser marcada (se o respondente ficar em dúvida, estimulá-lo a indicar a alternativa que mais se aplica a sua opinião), ou RM onde todas alternativas informadas pelo usuário devem ser marcadas. Nos casos onde se recomenda ler as alternativas **nunca** ler a opção “Não se aplica”.

A escala utilizada na segunda parte (satisfação) é uma escala Bi-Partida de 4 pontos crescentes. Essa escala é aplicada da seguinte forma: É lido um atributo para o entrevistado e, num primeiro momento, é perguntado se ele concorda ou não com a afirmativa. Em seguida, é perguntado se ele Concorda ou não concorda totalmente ou em partes. Caso o entrevistado não esteja apto a concordar ou não concordar com determinado atributo, deve ser adotado o código 88 = não se aplica.

A folha de Classificação Social que se encontra no final do questionário deve ser aplicada somente no final da entrevista. Não é por acaso que ela se encontra no final do questionário. Este é o Critério de Classificação Econômica Brasil, onde se classifica o entrevistado numa determinada classe econômica de acordo com seu grau de instrução, de sua posse de bens domésticos e possibilidade de contar com uma empregada mensalista.

Abordagem dos usuários

Para a realização da entrevista deve-se procurar um local, dentro das possibilidades da unidade de saúde, que ofereça privacidade para a conversa, tanto em relação aos demais usuários quanto em relação aos funcionários da farmácia.

Os critérios de inclusão são: ter mais de 18 anos, estar utilizando ARV, estar buscando os medicamentos para seu próprio uso, concordar com a participação.

A abordagem dos Usuários (voluntários) deve ser feita da seguinte maneira:

1. aguardar que o usuário saia da área de dispensação onde foi buscar atendimento e abordá-lo;
2. cumprimentar e se apresentar como pesquisador em serviço para o Núcleo de Assistência Farmacêutica da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz;
3. perguntar se aceita participar de uma Pesquisa sobre Medicamentos;
4. caso aceite, perguntar se veio buscar medicamentos para si mesmo e se é maior de 18 anos;
5. caso não aceite, não tenha vindo buscar medicamentos para si, ou seja menor de 18 anos, anotar a informação pertinente na ficha de controle, agradecer a colaboração e encerrar a abordagem;
6. se veio buscar medicamentos para si, e é maior de 18 anos, pedir para ver sua receita (ou, se não houver receita, pedir para ver os medicamentos que veio buscar) e verificar se há anti-retrovirais prescritos (ou dispensados, se não houver receita);
7. se não houver, anotar a informação, agradecer a colaboração e encerrar a abordagem;
8. se houver anti-retrovirais prescritos, convide a pessoa para um local mais reservado e informe o tempo estimado de entrevista (20 minutos);
9. faça a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicite a assinatura de uma das vias, assine a outra via e a entregue para o voluntário;
10. se o voluntário concordar em participar da pesquisa após a leitura do TCLE, passe ao questionário e proceda a entrevista conforme previsto no manual e no treinamento.

Ao término da entrevista, agradecer a colaboração, oferecer o brinde e despedir-se. Atenção, o brinde **não deve** ser usado como forma de atrair as pessoas para a pesquisa. Deve ser usado como uma forma de expressar o agradecimento pela participação do voluntário. **Garantir de devolver a prescrição final da entrevista.**

Leitura geral do questionário de satisfação

Muito cuidado com a sinalização RU e RM que pode ser notado em cada pergunta do questionário. Toda pergunta de RU só pode aceitar UMA ÚNICA

RESPOSTA DO ENTREVISTADO. E as perguntas RM podem aceitar mais de uma resposta dos entrevistados.

Sobre as perguntas:

- P1. O sexo do entrevistado deverá ser perguntado.
- P2. A idade exata deve ser perguntada. Caso o entrevistado sinta-se constrangido em dizer a idade, pule essa questão e insista de novo na parte de classificação social. Se ainda assim ele não quiser falar, peça uma idade aproximada.
- P4. Deve-se perguntar quantas pessoas moram com o(a) entrevistado(a), sem contar o(a) próprio(a) entrevistado(a).
- P5. A questão de cor/etnia também deve ser feita: "Como você identifica sua cor/etnia?". As categorias devem ser lidas e esperar que a pessoa se enquadre em uma das categorias. Se a pessoa realmente não quiser se enquadrar em nenhuma categoria, anote no diário de campo.
- P6. Todas as alternativas de ocupação devem ser lidas. Só marque a resposta que o entrevistado der depois que você ler todos os atributos. O que acontece é que muitas vezes o entrevistado costuma dar uma resposta antes de saber todas as opções possíveis que estão sendo lidas. Então, cabe ao entrevistador, anotar somente a resposta que o entrevistado der **após a leitura de todos os estímulos**.
- Caso a pessoa relate que está afastada ou sob licença, procure saber a quanto tempo. Se estiver afastada a menos de 15 dias, deve ser considerada empregada ("trabalha fora"), se estiver afastada a mais de 15 dias, deve ser considerada "pensionista".
- P.7 e P.17 Muito cuidado !!! Se o entrevistado declarar um valor acima de 60 minutos, o campo de HORA deve ser preenchido. Por ex: 62 minutos. Então deve ser preenchido 1 hora e 2 minutos.
- P.9 e P.10 São válidas a mesma instrução dada para a P.5, só que adaptada. Por exemplo, se o entrevistado disse, 13 meses, isso equivale a 1 ano e 1 mês.
- * Prestar muita atenção nas orientações para saltos de perguntas de SIM e NÃO, caso haja necessidade. São elas: P.11 / P.18 / P.21 / P.24 / P.27 / P.29 / P.31. Se a instrução for para pular para determinada pergunta, a questão pulada não deve nem ser lida. Deve ficar em branco.
- P.15 Se o entrevistado não entender a pergunta, leia os itens para facilitar a resposta.
- P.16 e P.17 Deve-se anotar a resposta dada pelo(a) entrevistado(a), mesmo que pareça estranha ao entrevistador. Pode-se procurar repetir a pergunta em caso de dúvida. Se a resposta parecer demasiadamente inconsistente, deve-se anotar no questionário o que for relatado e fazer as ressalvas cabíveis no diário de campo.
- P.26 Não ler o item "Nada", para não influenciar a resposta de um entrevistado que não queira perder muito tempo pensando no assunto.

P.30 Inicialmente, não leia as opções. Após a primeira escolha, utilize os estímulos. Por exemplo: Quem soube ? Médico. Alguém mais ? (leia as opções)

P.35 Só anote a resposta do entrevistado depois de ler todos os estímulos. Não ler o estímulo “não sei explicar” (código 99).

P.36 O entrevistador deve ler os atributos, um a um, **começando do atributo indicado na variável rodízio, seguindo a ordem até o fim**, retornando ao início da lista e novamente seguir a ordem, até que todos os atributos tenham sido lidos. Após a leitura de **todos** os atributos, pergunte o primeiro mais importante. Depois leia os faltantes, respeitando sempre a ordem dada pela variável rodízio, e pergunte o segundo mais importante. E assim sucessivamente.

Cuidado com a repetição de números nessa pergunta !! Após terminar a aplicação dessa pergunta, o entrevistado deve verificar rapidamente se aparecem os numerais de 1 a 6 na matriz de ranking.

Respeitar a variável Rodízio! Ela é importante para que não haja reforço de um atributo em detrimento dos outros, na amostra!

P.37 Leia sempre os atributos de forma clara e em bom som para que o entrevistado possa entender bem. Leia sempre em tom afirmativo. **É FUNDAMENTAL QUE HAJA A PARTIÇÃO NA COLETA DA RESPOSTA.** Primeiro se pergunta se o entrevistado CONCORDA ou NÃO CONCORDA. E em seguida, pergunta-se se ele concorda ou não concorda em partes ou totalmente. Há a possibilidade do código 88-Não se aplica, caso o entrevistado não esteja apto a avaliar determinado atributo.

ATENÇÃO COM O NÚMERO QUE APARECE NA VARIÁVEL RODÍZIO!!! Na P.37 temos 37 atributos a serem avaliados. E nessa variável de rodízio estará um número entre 1 e 37, correspondente ao primeiro atributo que deve ser avaliado. Então, por exemplo, se na variável Rodízio estiver o número 10, é porque o primeiro atributo a ser lido da bateria é o atributo 10. Depois, continua-se lendo o 11, 12, ... até o atributo 37. E depois volta-se para o atributo 1, 2, ..., até o atributo 9. Adotamos esse procedimento para que haja uma aleatorização dos atributos a serem avaliados.

P.38 e P.39 Essas questões só poderão ser aplicadas na íntegra se a pessoa estiver de posse da receita, caso contrário, anote somente o número de medicamentos dispensados [P36 coluna(C)] e o número de medicamentos adequadamente rotulados [P36 coluna(E)].

P.38 As instruções específicas dessa pergunta estão no próprio questionário, esteja atento (a)!

P.39 Só será aplicável para aqueles usuários que **não** tenham trocado de esquema terapêutico na última semana.

Nesse item deve-se verificar na receita cada medicamento prescrito e circular dentre as opções impressas na coluna (A). Na coluna (B) anotar o número total de comprimidos ou doses prescritos por dia, nas linhas correspondentes a cada medicamento constante na prescrição.

Deve-se então procurar saber se o entrevistado tomou toda a quantidade prescrita nos três dias que antecederam a entrevista, utilizando para isso a prescrição. Para cada medicamento, deve-se perguntar se cada momento de tomada, em cada um dos três últimos dias, foi seguido.

O número total de comprimidos ou doses de cada medicamento que o entrevistado realmente tomou em cada um desses três dias deve ser anotado nos espaços apropriados na coluna (C).

P.40 Somente anotar a resposta do entrevistado depois de ler todos os estímulos.

P.41 e P.42 Folha de classificação social. É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas (que alugam vaga no domicílio)

Sobre os bens

- **Televisores** – Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.
- **Rádio** – Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou micro-systems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

- **Banheiro** – O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.
- **Automóvel** - Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.
- **Empregada doméstica** – Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.
- **Aspirador de Pó** – Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto ou equivalente).
- **Máquina de Lavar** – Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.
- **Videocassete e/ou DVD** – Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.
- **Geladeira e Freezer** – No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

P.42 – Se a própria pessoa entrevistada for o(a) chefe de sua família, marcar a mesma resposta nos dois espaços.

DICAS IMPORTANTES

- É muito importante que o entrevistador esteja vestido de forma adequada (usar a camiseta fornecida para o projeto e não usar jóias ostensivas) e seja educado.
- Usar sapatos confortáveis
- Não usar perfumes fortes
- Usar procedimentos para manter bom hálito (vamos precisar falar próximo ao rosto da outra pessoa)

Anexo 3 – Amostra de usuários do estudo Andime-PVH

Tamanho da amostra de pacientes e frações globais de amostragem por UF (considerando uma margem de erro máxima de 7,5%). Estudo Avaliação da Dispensação para PVHA, 2005.

UF	População de pacientes	Nº pacientes na amostra	Fração de amostragem	Peso amostral
Alagoas (AL)	649	135	0,2080	4,8074
Amazonas (AM)	626	134	0,2141	4,6716
Goiás (GO)	2.467	160	0,0649	15,4188
Mato Grosso (MT)	683	137	0,2006	4,9854
Paraíba (PB)	896	143	0,1596	6,2657
Rio de Janeiro (RJ)	18.180	169	0,0093	107,5740
Rondônia (RO)	228	98	0,4298	2,3265
Santa Catarina (SC)	6.031	166	0,0275	36,3313
São Paulo (SP)	45.234	170	0,0038	266,0824
Tocantins (TO)	337	113	0,3353	2,9823
Total	75.331	1425	-	-

Fonte: ¹

Distribuição da amostra de pacientes por UF, município e unidade dispensadora da amostra. Estudo Avaliação da Dispensação para PVHA, 2005.

Unidades dispensadoras da amostra	Município da amostra	UF	População de pacientes	Amostra de pacientes
Hospital Escola Hélvio Auto	Maceió	AL	408	85
PAM Salgadinho	Maceió	AL	139	50
Total			547	135
Instituto de Medicina Tropical do Amazonas	Manaus	AM	626	134
Total			626	134
Hospital Dr. Anuar Auad - HAA/HDT	Goiânia	GO	2.280	148
Núcleo de Ações Básicas de Saúde de Itumbiara	Itumbiara	GO	146	12
Total			2.426	160
Serviço de Assistência Especializada de Cuiabá	Cuiabá	MT	613	123
Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis	Rondonópolis	MT	64	14
Total			677	137
Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga	João Pessoa	PB	658	105
SAE – Centro de Saúde do Catolé/ Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande	Catolé/ Campina Grande	PB	238	38
Total			896	143

Unidades dispensadoras da amostra	Município da amostra	UF	População de pacientes	Amostra de pacientes
Hospital Universitário Antônio Pedro	Niterói	RJ	424	35
Centro Previdenciário de Niterói	Niterói	RJ	804	26
Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão - VIII Ra	Rio de Janeiro	RJ	359	18
Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão - XIII RA	Rio de Janeiro	RJ	127	18
Hospital Servidores do Estado	Rio de Janeiro	RJ	479	18
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Rio de Janeiro	RJ	1.715	18
Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ	Rio de Janeiro	RJ	864	18
PAM Antônio Ribeiro Neto	Rio de Janeiro	RJ	1.163	18
Total			5.935	169
SAE Ji Paraná	Ji-Paraná	RO	62	26
Policlínica de Rafael Vaz e Silva/ Centro de Medicina Tropical de Rondônia	Porto Velho	RO	74	36
Policlínica Osvaldo Cruz	Porto Velho	RO	81	36
Total			217	98
Policlínica de Referência Regional de Florianópolis GEPAM	Florianópolis	SC	1.558	68
Unidade Sanitária de Joinville/ Centro de Saúde de Joinville	Joinville	SC	865	83
Total			2.662	166
Núcleo de Gestão Assistencial – 59	Ribeirão Preto	SP	76	16
Hospital das Clínicas da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	SP	829	61
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids de São Paulo	São Paulo	SP	5.895	31
Fundação E J Zerbini - Casa da Aids	São Paulo	SP	3.711	31
Instituto de Infectologia Emilio Ribas	São Paulo	SP	5.475	31
Total			15.986	170
Núcleo de Assistência HENFIL	Palmas	TO	161	54
Hosp. Doenças Tropicais	Araguaína	TO	176	59
Total			337	113
Total Geral			30.309	1425

Fonte: ¹

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
 Núcleo de Assistência Farmacêutica
 Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas



Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO NACIONAL DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS, patrocinada pela Coordenação Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde e executada pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica/Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ.

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do fornecimento de medicamentos para o tratamento de HIV/Aids no Brasil, focalizando aspectos referentes à satisfação dos usuários.

Você foi selecionado(a) por usar medicamentos antiretrovirais e sua participação não é obrigatória. Sua participação não trará nenhum risco para você. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, ou seja, você continuará recebendo seus medicamentos normalmente mesmo que se recuse a participar.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento do atendimento ao portador do HIV na farmácia e serão úteis para o planejamento e execução de melhorias no atendimento das pessoas que vivem com HIV e aids.

As informações obtidas nessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

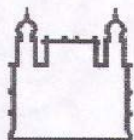
<p>_____</p> <p>Vera Lucia Luiza Av Brasil, 4036/916, Manguinhos CEP.: 21040 361 - Rio de Janeiro RJ Tel. (21)2260-1824 / (21) 3882-9072/ Fax: (21) 2260-1652</p>	<p>Comitê de Ética/ENSP Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 914 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 Tel e Fax - (21) 2598-2570 / 2723 Mail : cep@ensp.fiocruz.br</p>
---	--

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

<p>_____</p> <p>Voluntário da pesquisa</p>	<p>_____</p> <p>Pesquisador de campo</p>
--	--

Satisfação do Usuário

Anexo 5 – Pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



Fundação Oswaldo Cruz
Comitê de Ética em Pesquisa
Escola Nacional de Saúde Pública



Rio de Janeiro, 03 de março de 2004.

Parecer Nº: 11/04

Título do Projeto: “Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Vera Lúcia Luiza

Instituição onde se realizará: Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Data de recebimento no CEP-ENSP: 17 / 02 / 2004

Data de apreciação: 03 / 03 / 2004

O projeto “Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS”, da pesquisadora Vera Lúcia Luiza foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP: Aprovado



PROF. FERMIN ROBERTO SCHEP
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
ENSP/FIOCRUZ



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 2006.

Parecer N° 136/06
CAAE: 0134.0.031.000-06

Título do Projeto: “Validade e Confiabilidade de um Instrumento para Medir Satisfação dos Usuários do Programa Nacional de Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil”

Classificação no Fluxograma: Grupo III;

Pesquisador Responsável: Thiago Botelho Azeredo

Orientadoras: Maria Auxiliadora Oliveira e Vera Lúcia Luiza

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - ENSP


Data de qualificação: 25 / 04 / 2006

Data de recebimento no CEP-ENSP: 08 / 11 / 2006

Data de apreciação: 06 / 12 / 2006

O projeto “Validade e Confiabilidade de um Instrumento para Medir Satisfação dos Usuários do Programa Nacional de Dispensação de Medicamentos para o Tratamento da Aids no Brasil”, do pesquisador Thiago Botelho Azeredo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP: Aprovado


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPI/ENSP