



Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação

Neir Antunes Paes,¹ Christiana Souto Silva,²
Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo,³
Maria Aparecida Alves Cardoso³ e Joab de Oliveira Lima¹

Como citar

Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(2):87-93.

RESUMO

Objetivo. Validar um instrumento para avaliar o grau de satisfação de hipertensos adultos com o controle da hipertensão no contexto da atenção primária à saúde no Brasil.

Métodos. O estudo foi realizado em 2009 em dois municípios do Nordeste do Brasil. Realizou-se uma seleção probabilística 725 de indivíduos adultos cadastrados no programa de controle de hipertensos do Ministério da Saúde (Hiperdia). Inicialmente, foram formuladas 65 perguntas com respostas em escala tipo Likert, norteadas pela Primary Care Assessment Tool (PCATool), reunidas em oito dimensões da atenção primária à saúde (saúde do caso confirmado de hipertensão, acesso ao diagnóstico, acesso ao tratamento, adesão/vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque na família e orientação para a comunidade). O processo de validação do instrumento envolveu: consulta a especialistas, validação da escala tipo Likert, análise fatorial exploratória, análise de consistência interna e análise fatorial confirmatória.

Resultados. Quarenta e cinco perguntas que satisfizeram todos os critérios foram confirmadas e utilizadas para compor os fatores definitivos. O estudo de validação do instrumento mostrou uma elevada consistência interna em seu conjunto (α de Cronbach = 91,5%) e em cada uma das oito dimensões (> 70%). Todos os indicadores de confiabilidade e de validade diagnosticados neste estudo mostram que a avaliação do nível de satisfação dos usuários hipertensos medida pelo instrumento é válida e confiável.

Conclusões. O instrumento pode ser reproduzido e utilizado com usuários hipertensos adultos da rede de atenção primária em outras partes do Brasil.

Palavras-chave

Estudos de validação; satisfação do paciente; hipertensão; questionários; Brasil.

A prática de avaliar a qualidade dos serviços de saúde por meio de inquérito com os usuários difundiu-se a partir dos

anos 1960 na Europa e Estados Unidos, inicialmente com foco na adesão ao tratamento (1). No Brasil, os estudos que incorporavam a satisfação do usuário na avaliação dos serviços como parte dos processos de planejamento e avaliação passaram a se destacar na segunda metade da década de 1990 (2). A partir daí, a satisfação do usuário passou a ser valorizada como um indicador sensível

não apenas da qualidade do serviço prestado, mas também da adesão ao tratamento, da relação médico-paciente e da adequação ao uso dos serviços.

A organização do sistema de saúde a partir da atenção primária à saúde (APS) é uma formulação típica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, refinada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir de criação da

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística, João Pessoa (PB), Brasil. Correspondência: Neir Antunes Paes, antunes@de.ufpb.br

² Faculdades ASPER, João Pessoa (PB), Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Departamento de Enfermagem, Campina Grande (PB), Brasil.

ESF, materializou-se uma forma de pensar e agir que embasa a construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (3–5).

Todavia, a padronização dos serviços e da qualidade assistencial da APS exige monitoramento e avaliação. Desse modo, é fundamental pesquisar a percepção do usuário. Nessa perspectiva, foi desenvolvido o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (6), um instrumento que mede a qualidade de atributos específicos e a qualidade global do processo de atenção na APS. A capacidade dessa ferramenta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde em diferentes lugares já foi demonstrada (6–9).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo, desde 1998, estratégias para avaliação e monitoramento da APS em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com instituições de ensino e pesquisa. Realizaram-se pesquisas com metodologias distintas, e o desenvolvimento do instrumento PCATool–Brasil nas versões para usuários e profissionais resultou em vários trabalhos (10–13) com o objetivo de avaliar a satisfação ou a percepção do desempenho de serviço de saúde. No entanto, nenhum desses trabalhos teve como alvo de interesse a atenção à hipertensão arterial sistêmica (HAS), um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares no Brasil (14). Uma vez que, no Brasil, os hipertensos são monitorados através de um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), destinado ao acompanhamento dos pacientes atendidos na rede ambulatorial, é possível e desejável a avaliação da satisfação do usuário hipertenso com relação ao desempenho dos serviços de saúde da APS.

Portanto, este estudo teve como objetivo validar um instrumento desenvolvido para avaliar o grau de satisfação de usuários adultos, cadastrados como hipertensos no Hiperdia, com o controle da HAS pela APS no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

A pesquisa para validação do Questionário de HAS da APS foi realizada por meio de um estudo seccional, em 2009. Foram estudados os dois principais municípios do estado da Paraíba, no

Nordeste do Brasil: João Pessoa (capital do estado) e Campina Grande.

O município de João Pessoa tem cinco Distritos Sanitários. Possuía, em 2009, 180 equipes da ESF e 43 953 hipertensos adultos cadastrados. Nesse ano, o município alcançou uma cobertura da ESF correspondente a 89% da população total de 623 787 habitantes. Campina Grande é a segunda cidade mais populosa do estado da Paraíba e tem uma considerável tradição histórica na organização de serviços de APS. Em 2009, possuía 70 equipes de saúde na área urbana, distribuídas em seis Distritos Sanitários, com um total de 17 658 hipertensos adultos cadastrados. A cobertura da ESF no município correspondia a 71% do total populacional de 376 060 habitantes (15, 16).

A partir das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) sobre os hipertensos cadastrados em 2006/2007 (16), e considerando o cálculo da prevalência de hipertensos, foi selecionada uma amostra representativa para cada município (17). O tamanho de amostra total, para seleção dos usuários, foi calculado com base em um processo de amostragem casual simples utilizando um intervalo de confiança de 95% (IC95%), 3% de erro amostral e uma prevalência de hipertensos de 11% para João Pessoa e 16% para Campina Grande. A prevalência foi obtida a partir do número total de hipertensos cadastrados dividido pelo número total de indivíduos cadastrados no SIAB de cada município.

O processo de seleção dos indivíduos (hipertensos cadastrados) envolveu duas etapas: na primeira, realizou-se uma seleção auto-ponderada e sistemática das unidades de saúde, resultando em 36 conglomerados (equipes) para João Pessoa e 30 conglomerados (equipes) para Campina Grande. Na segunda etapa, realizou-se uma seleção probabilística dos indivíduos cadastrados no Hiperdia de forma aleatória e ponderada, selecionando-se 10 indivíduos por equipe. Foram selecionados 725 indivíduos, sendo 343 de João Pessoa e 382 de Campina Grande.

Foram selecionados os hipertensos adultos, maiores de 19 anos de idade. Os prontuários e fichas do Hiperdia desses indivíduos foram revisados, com transcrição das informações de interesse para o instrumento a ser validado. Os agentes de saúde responsáveis pela área na qual o hipertenso estava cadastrado

foram previamente contatados para o agendamento da realização domiciliar das entrevistas.

Instrumento

O instrumento contém, em sua primeira parte, um espaço destinado às informações secundárias, com blocos de perguntas ordenados de A até E. Na sua segunda parte, 65 itens/indicadores foram formulados para a hipertensão, os quais foram classificados em oito dimensões, de F até N. Esses itens/indicadores foram norteados a partir do instrumento PCATool (6), reunidos em oito dimensões essenciais da APS, para a avaliação dos aspectos críticos da atenção básica referentes ao acompanhamento do usuário pela unidade e ao estilo de vida do hipertenso. As oito dimensões são assim descritas: saúde do caso confirmado de HAS; acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; orientação para a comunidade.

Cada dimensão foi composta de perguntas com respostas correspondentes a uma escala de possibilidades pré-estabelecidas (escala tipo Likert), atribuindo-se valores entre 1 e 5 para as respostas “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”, além das opções “não se aplica” e “não sabe/não respondeu”, para captar todas as possibilidades.

Para a abordagem ou tratamento das respostas do tipo “não sabe/não respondeu” (NS/NR), foi adotado o procedimento de substituição das respostas (imputação). O critério de imputação consistiu na substituição das respostas NS/NR pela média das respostas observadas (medida de tendência central) dos outros indicadores da mesma dimensão, desde que houvesse, no mínimo, 50% de respostas registradas. A escolha do método de imputação é justificada pela elevação da consistência interna, pois, segundo critérios descritos na literatura (18, 19), a imputação é desnecessária quando a ausência de dados é menor do que 5%. Quando a proporção da ausência de dados fica entre 5% e 15%, recomenda-se utilizar a imputação única. Quando for maior do que 15%, a imputação múltipla é indicada na maior parte dos casos, embora a fidedignidade dos dados imputados seja duvidosa a partir de 30% de dados faltantes.

Estratégias analíticas para a validação do instrumento

O processo de validação do questionário envolveu a construção de cinco etapas: 1) consulta aos especialistas, 2) validação da escala tipo Likert, 3) análise fatorial exploratória, 4) análise de consistência interna e 5) análise fatorial confirmatória (10, 20).

Para a primeira etapa, cinco especialistas foram consultados para avaliar a pertinência e a representatividade dos itens que compuseram cada dimensão após as adaptações realizadas ao instrumento original (6). As análises estatísticas foram utilizadas para avaliar a congruência entre as medidas teóricas e os resultados empíricos encontrados e, com isso, compreender a estrutura correlacional das dimensões do instrumento.

Na segunda etapa foi necessário testar as suposições da escala tipo Likert. Tais suposições remetem, basicamente, às validades convergente e discriminante da escala. A validade convergente foi testada a partir da amplitude das correlações item-total; essa medida dá uma boa ideia das inter-relações entre os itens dentro de uma mesma escala. Já a validade discriminante foi medida através da proporção de correlações entre itens dentro da dimensão — as correlações entre itens dentro de uma mesma dimensão são maiores que as correlações cruzadas, isto é, entre os itens de dimensões diferentes. A essa proporção chamou-se “razão de êxito da escala”. Quanto mais próxima de 1 (ou 100%) for essa proporção, maiores os indícios de validade discriminante e, por outro lado, quanto maiores forem as correlações item-total, maiores as evidências sobre a validade convergente.

Na terceira etapa, a análise fatorial exploratória foi conduzida para examinar a estrutura dos itens/indicadores que compuseram o instrumento de pesquisa, bem como avaliar a validade dos oito construtos (dimensões), no sentido de determinar se os itens/indicadores estavam dentro das escalas hipotetizadas. O padrão das cargas fatoriais foi utilizado para selecionar os itens que iriam compor cada dimensão.

Quatro critérios foram usados para selecionar os itens da análise e determinar a composição final dos fatores: uma carga fatorial igual ou maior que 0,35 seria considerada significativa e utilizada como critério para reter a

variável na análise; cada fator retido deveria ter, no mínimo, dois itens com carga fatorial maior que 0,35; todos os itens retidos deveriam compartilhar o mesmo significado conceitual para a interpretação do construto (dimensão); os itens retidos não deveriam ter cargas fatoriais secundárias maiores que 0,35 dentro de outras dimensões.

Na quarta etapa, a avaliação da consistência interna do instrumento foi realizada através do coeficiente α de Cronbach e pelas correlações item-total para os itens de cada dimensão. Esse coeficiente é baseado nas covariâncias entre os itens individuais de uma escala e o número de itens. Seus valores estão entre 0, indicando falta de consistência total, e 1, indicando uma consistência interna completa. Já a correlação item-total mede o grau de relacionamento entre um determinado item (rotulado aqui de indicador) do questionário e a soma total dos pontos (das respostas) obtidos pelos demais itens que compõem a dimensão a que esse item pertence. Assim, se uma correlação item-total é pequena, pode-se concluir que o item não é considerado significativo (não é importante), do ponto de vista conceitual, na composição do construto, da mesma forma e com a mesma intensidade que fazem os outros itens de uma determinada dimensão. Nesse documento, todos os itens retidos apresentaram uma correlação item-total superior a 0,30.

Finalmente, foi aplicada a análise fatorial confirmatória aos itens finais retidos na fase anterior, aliada aos testes de verificação das suposições da escala tipo Likert. Este método de classificação das escalas sumarizadas (somadas) é baseado na suposição de que as respostas dos itens em cada escala (dimensão) podem ser somadas sem qualquer padronização ou ponderação. Os três pressupostos que devem ser atendidos são validade item-convergente, testada pelas correlações item-escala; validade item-discriminante, testada através da taxa de sucesso da escala, isto é, as correlações de cada item com outros itens dentro da mesma dimensão deverão ser maiores que as correlações com itens de dimensões diferentes; e confiabilidade da dimensão, analisada pelo α de Cronbach.

Análise estatística

Com a validação do questionário, para fins ilustrativos, foi realizada

uma análise estatística descritiva das principais características (variáveis) sociodemográficas dos hipertensos selecionados na amostra. Essas variáveis são as mesmas que constam do formulário do Hiperdia do Ministério da Saúde (16). Apenas algumas categorias foram condensadas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (protocolo 0101 de 29/04/2009).

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos dos indivíduos que participaram da pesquisa aparecem na tabela 1. Do total de 65 itens originais que compuseram as dimensões do instrumento, em 15 deles foi encontrado um percentual de respostas do tipo NS/NR. Como três desses itens foram descartados nas análises subsequentes, restaram 12 itens com respostas do tipo NS/NR. No entanto, em nenhum deles o percentual de dados faltantes ultrapassou 12%. Simulações sobre métodos de imputação para esses mesmos dados (17) mostraram que o método de imputação adotado, a medida de tendência central, esteve entre os métodos que apresentaram melhores resultados, considerando o menor erro (maior proximidade de “0”) e a mediana da distribuição, além de minimizar a dispersão dos dados. Ressalta-se que os dados faltantes não ultrapassaram 30%, magnitude que seria considerada preocupante (18, 19).

Na análise fatorial exploratória, os 65 itens/indicadores propostos para o questionário foram utilizados para medir as oito dimensões. Com base nos resultados dessa análise, quatro critérios foram utilizados para a solução final, conforme descrito no item metodológico.

Oito fatores foram extraídos, correspondendo às oito dimensões idealizadas para o estudo, às comunalidades (proporção da variância de cada variável que é compartilhada com as outras variáveis estudadas), às correlações item-total e às consistências internas dos fatores (α de Cronbach), considerando a retirada individual de cada um dos itens que compõem a dimensão. Análises prévias foram realizadas e, apesar de as dimensões teóricas terem sido totalmente reproduzidas pela análise fatorial exploratória, alguns itens foram excluídos para garantir melhor desempenho

TABELA 1. Características sociodemográficas dos adultos hipertensos usuários de atenção primária à saúde nos municípios de João Pessoa e Campina Grande (PB), Brasil, 2009

Variáveis	No.	%
Município		
João Pessoa	343	47,31
Campina Grande	382	52,69
Sexo		
Feminino	544	75,45
Masculino	177	24,55
Situação conjugal		
Convive com companheiro e filho	268	37,85
Convive com companheiro com laços conjugais e sem filho	104	14,69
Convive com familiares, sem companheiro	115	16,24
Convive com companheiro, com filho e outros	165	23,31
Convive com outras pessoas com ou sem laços consanguíneos ou vive só	56	8,90
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	138	19,06
Alfabetizado	93	12,85
Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)	280	38,67
Ensino fundamental completo (1º grau completo)	85	11,74
Ensino médio completo (2º grau incompleto)	29	4,01
Ensino médio completo (2º grau completo)	69	9,53
Ensino superior (completo ou incompleto)	30	4,14
Raça		
Branca	255	36,64
Preta	120	17,24
Amarela ou indígena	30	4,14
Parda	291	41,81

estatístico. Ou seja, do total de 65 itens inicialmente propostos, 20 foram excluídos da análise fatorial inicial justamente porque não contribuíram de forma significativa para a composição e compreensão teórica das dimensões para as quais eles foram propostos.

Uma vez definidos os itens que iriam compor cada uma das dimensões, reaplicou-se a análise fatorial para confirmar as estruturas de correlações selecionadas. A tabela 2 revela que todos os itens retidos na análise anterior se mostraram significativos, para a contextualização das dimensões hipotetizadas, incluindo a manutenção da consistência interna geral (alfa de Cronbach = 0,915), a melhoria (aumento) da consistência interna de alguns fatores e o percentual de explicação da variabilidade total (58,14%).

As últimas linhas da tabela 2, além de mostrar esses resultados, também mostram as estatísticas de adequação do modelo fatorial (estatística KMO = 0,821) e do teste de esfericidade de Bartlett (valor $P < 0,001$). Satisfazendo, assim, os critérios, todos os 45 itens remanescentes da análise fatorial exploratória foram confirmados na análise fatorial confirmatória e utilizados para compor os fatores definitivos.

A tabela 3 apresenta os resultados para as suposições da escala tipo Likert. Para esses resultados, a validade convergente é facilmente aceita, já que as amplitudes das correlações item-total excederam o valor mínimo de 0,30 e a maioria ultrapassou o limite de 0,50. Observa-se, ainda, que todas as dimensões atingiram 100% de "razão de êxito", indicando que todos os itens pertencentes a uma mesma dimensão apresentaram correlações mais elevadas do que com itens presentes em outras dimensões. Esse fato traz motivos suficientes para confirmar a validade discriminante da escala tipo Likert. Os coeficientes α de Cronbach dos construtos mostraram um grau de confiabilidade moderado para a maioria dessas medidas latentes, o que reforça a validade do instrumento.

O [material suplementar](#) apresenta os 45 itens incluídos no questionário final validado, com suas respectivas dimensões, para os hipertensos adultos que utilizam a APS no Brasil.

DISCUSSÃO

A amostra empregada neste estudo contemplou pessoas adultas hipertensas cadastradas no sistema de atenção primária do SIAB em dois importantes municípios de porte médio da região

Nordeste brasileira. As características mais destacadas da amostra mostram uma população com perfil social diversificado, manifestado pela distribuição dos percentuais das variáveis situação conjugal, nível de instrução e raça. Nos dois municípios, predominaram as mulheres, correspondendo a cerca de 75% do total da amostra, caracterizando um perfil dominante de usuários hipertensos femininos, comum nos serviços de atenção à saúde.

No que concerne ao objetivo central deste estudo, o questionário proposto permitiu avaliar um conjunto de aspectos relativos à satisfação do usuário com a qualidade dos serviços oferecidos pela atenção básica ao hipertenso. Oito dimensões foram validadas: saúde do caso confirmado de HAS; acesso ao diagnóstico; acesso ao tratamento; adesão/vínculo; elenco de serviços; coordenação; enfoque na família; e orientação para a comunidade. Os resultados mostraram uma elevada consistência interna para o conjunto do instrumento (α de Cronbach = 91,5%) e para cada uma das oito dimensões (> 70%). Os valores de α de Cronbach foram superiores ao nível recomendado pela literatura, que é de 0,60, o que indica que o instrumento tem boa consistência interna.

Para a validação dos construtos ou dimensões, todos os indicativos de confiabilidade e de validade utilizados neste estudo mostraram que a avaliação do nível de satisfação dos usuários adultos de hipertensos é válida e confiável. Esses resultados sugerem que o instrumento pode ser reproduzido e utilizado em contextos de saúde de hipertensos brasileiros para avaliação do grau de satisfação de adultos hipertensos.

Pela magnitude da HAS no Brasil, sugere-se que o presente instrumento de avaliação da satisfação dos usuários com o serviço de APS no controle da HAS seja utilizado pelos profissionais da saúde que desenvolvem ações de controle da HAS e por pesquisadores da área. Além de medir a satisfação do usuário, o instrumento pode contribuir para a elaboração de estratégias que melhorem a qualidade dos serviços, o controle da doença e a qualidade de vida dos hipertensos. Entretanto, vale lembrar que a validação de instrumentos é um processo complexo e que, portanto, o questionário não pode ser generalizado para todas as populações, estando limitada a aplicação a popu-

TABELA 2. Análise fatorial confirmatória e de consistência interna para composição final dos fatores do questionário de avaliação da satisfação do adulto hipertenso que utiliza a atenção primária à saúde no Brasil

Dimensão/item	Fatores								Comunalidade	Correlação item-total	α Cronbach se o item for excluído	
	1	2	3	4	5	6	7	8				
A. Saúde do caso confirmado de HAS												
A1									0,846	0,548	0,358	0,110
A2									0,846	0,415	0,368	0,103
B. Acesso ao diagnóstico												
B1					0,544					0,454	0,371	0,798
B2					0,751					0,611	0,573	0,733
B3					0,874					0,751	0,733	0,672
B4					0,862					0,764	0,715	0,682
B5					0,588					0,340	0,406	0,784
C. Acesso ao tratamento												
C1						0,478				0,497	0,362	0,674
C2						0,559				0,534	0,410	0,659
C3						0,469				0,552	0,371	0,670
C4						0,516				0,543	0,379	0,673
C5						0,718				0,623	0,457	0,659
C6						0,694				0,661	0,411	0,661
C7						0,764				0,604	0,510	0,633
D. Adesão/vínculo												
D1				0,617						0,479	0,479	0,797
D2				0,677						0,531	0,542	0,792
D3				0,696						0,572	0,556	0,793
D4				0,778						0,564	0,669	0,774
D5				0,534						0,418	0,442	0,811
D6				0,632						0,749	0,540	0,790
D7				0,598						0,544	0,513	0,794
D8				0,594						0,392	0,468	0,799
D9				0,551						0,626	0,417	0,803
D10				0,605						0,594	0,496	0,798
E. Elenco de serviços												
E1		0,665								0,639	0,625	0,732
E2		0,612								0,526	0,587	0,736
E3		0,590								0,586	0,564	0,740
E4		0,382								0,671	0,317	0,771
E5		0,405								0,474	0,363	0,767
E6		0,519								0,573	0,423	0,761
E7		0,413								0,472	0,371	0,770
E8		0,450								0,533	0,364	0,767
E9		0,365								0,618	0,302	0,772
E10		0,585								0,587	0,465	0,754
E11		0,466								0,442	0,406	0,762
F. Coordenação												
F1	0,707									0,636	0,352	0,583
F2	0,699									0,690	0,354	0,587
F3	0,656									0,677	0,453	0,509
F4	0,711									0,595	0,510	0,446
G. Enfoque na família												
G1							0,469			0,545	0,662	0,918
G2							0,766			0,718	0,839	0,762
G3							0,801			0,765	0,805	0,793
H. Orientação para a comunidade												
H1			0,767							0,683	0,665	0,582
H2			0,659							0,620	0,603	0,669
H3			0,824							0,746	0,514	0,771
Estadísticas do modelo^a												
% explicação da variabilidade	24,647	7,616	6,549	5,385	3,846	3,778	3,254	3,065			58,14	
α Cronbach	0,614	0,775	0,757	0,812	0,780	0,695	0,879	0,600			0,915	

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

^a Estatística KMO = 0,821; teste de esfericidade: estatística de Bartlett = 4159,299. Valor $P = 0,0000$.

lações com características similares à do presente estudo, ou seja: pessoas adultas hipertensas unicamente e com perfil sociodemográfico semelhante ao dos usuários da APS dos municípios estudados.

O instrumento descrito neste artigo foi utilizado na mesma amostra, em estudos longitudinais realizados nos mesmos municípios nos anos de 2010 e 2011, com objetivo de obter informações que possam ajudar a identificar e priorizar os

problemas que requeiram maior atenção e estabelecer estratégias sanitárias bem fundamentadas. Entretanto, os dados relativos ao seguimento da coorte que foi criada em 2009 está sendo ainda motivo de análise e crítica dos seus resultados.

TABELA 3. Teste para as suposições da escala tipo Likert para composição final dos fatores do questionário de avaliação da satisfação do adulto hipertenso que utiliza a atenção primária à saúde no Brasil

Dimensão	No. de itens	Amplitude das correlações item-total	Taxa de êxito da dimensão		α Cronbach
			%	No.	
A. Saúde do caso confirmado de HAS	2	0,358 – 0,368	100	(10/10)	0,600
B. Acesso ao diagnóstico	5	0,371 – 0,733	100	(25/25)	0,780
C. Acesso ao tratamento	7	0,362 – 0,510	100	(35/35)	0,695
D. Adesão/vínculo	10	0,417 – 0,669	100	(50/50)	0,812
E. Elenco de serviços	11	0,302 – 0,625	100	(55/55)	0,775
F. Coordenação	4	0,352 – 0,510	100	(20/20)	0,614
G. Enfoque na família	3	0,662 – 0,839	100	(15/15)	0,879
H. Orientação para a comunidade	3	0,514 – 0,665	100	(15/15)	0,757

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Em conclusão, a metodologia usada apresentou potencial para avaliação do controle da hipertensão arterial pela APS nos municípios do estudo. O instrumento apresentou viabilidade de aplicação e uso fácil. Sugere-se que este instrumento seja utilizado como ferramenta preferencial para medir o grau de satisfação

dos hipertensos adultos na avaliação da qualidade dos serviços prestados pela APS.

Agradecimentos. Este trabalho contou com o apoio financeiro da parceria entre o Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil, Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Ministério da Saúde do Brasil. Edital: MCT/CNPq/MS — SCTIE — DECIT/MS No. 37/2008 (processo 576671/2008-8).

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- Espiridião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6): 1267–76.
- Zilhs AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam Com*. 2009;4(16):270–6.
- Harzheim E, Duncan B, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:156.
- Bernades EH, Pereira MJB, Souza NR. Atenção primária à saúde diferente de prevenção e promoção. *Cienc Praxis*. 2008;1(1):47–52.
- Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc Saude Colet*. 2009;14 Suppl 1:1325–35.
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(02):161.
- Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009;18(6):44–8.
- Figueiredo AMF. Avaliação da atenção primária à saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/31886> Acessado em junho de 2014.
- Starfield B, Shi L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009. Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html Acessado em 26 de janeiro de 2012.
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil) for child health services. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1649–59.
- Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):167–77.
- van Stralen CJ, Belisário AS, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24 suppl 1:S148–58.
- Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(6):610–2.
- Brasil, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, no. 37).
- Silva CS. Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2011. Disponível em: pode substituir por: <http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php> Acessado em 24 de março de 2010.
- Ministério da Saúde (Brasil), DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); 2010. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php> Acessado em 24 de março de 2010.
- Arango HG. Bioestatística: teórica e computacional. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Fraser G. Guided multiple imputation of missing data: using a subsample to strengthen the missing-at-random assumption. *Epidemiology*. 2007;18(2):246–52.
- Moreira RN. Qualificação e imputação de dados sobre satisfação de hipertensos cadastrados na estratégia saúde da família [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012. Disponível em: http://www.de.ufpb.br/~mds/banco_dissert.html Acessado em junho de 2014.
- Hair J, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

Manuscrito recebido em 10 de dezembro de 2012. Aceito em versão revisada em 10 de abril de 2014.

Satisfaction of hypertensive users with primary health care services in Brazil: a validation study**ABSTRACT**

Objective. To validate an instrument to evaluate the level of satisfaction of hypertensive adults with hypertension control services in the context of primary health care in Brazil.

Methods. The study was carried out in 2009, in two municipalities located in North-east Brazil. A probabilistic sample of 725 adults was selected among participants of the Ministry of Health hypertension control program (Hiperdia). Sixty-five Likert-like items were initially developed guided by the Primary Care Assessment Tool (PCATool), distributed in eight primary care dimensions (health status of confirmed hypertension case, access to diagnosis, access to treatment, adherence, services provided, coordination, focus on family, and community guidance). The process of validation covered consultation with specialists, validation of the Likert-like choices, exploratory factorial analysis, analysis of internal consistency, and confirmatory factorial analysis.

Results. Forty-five items that satisfied all criteria were confirmed and used in the final scale. The instrument's validation study revealed high overall internal consistency (Cronbach $\alpha = 91.5\%$) and high internal consistency in each of the eight dimensions ($> 70\%$). All reliability and validity indicators show that the evaluation of user satisfaction level with the proposed instrument is valid and reliable.

Conclusions. The proposed instrument can be reproduced and used with adult hypertensive individuals receiving primary health care in other regions of Brazil.

Key words

Validation studies; patient satisfaction; hypertension; questionnaires; Brazil.

Material suplementario / Supplementary material / Material supplementar

Material suplementar do artigo:

Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, Cardoso MAA, Lima JO. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(2):87–93.

Este material é parte integrante da submissão original e foi submetido à revisão por pareceristas. Está publicado exatamente como fornecido pelos autores.

Questionário

A. SAÚDE DO CASO CONFIRMADO DE HAS	
Para as questões A.1 e A.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
A.1	Alguma vez o(a) Sr(a) foi orientado(a) a fazer atividade física, por algum profissional de saúde da sua unidade?
A.2	Com que frequência, o(a) Sr(a) faz dieta orientada por algum profissional de saúde da sua unidade?
B. ACESSO AO DIAGNÓSTICO	
Para a questão B.1 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
B.1	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura), procurou o serviço de saúde mais próximo da sua casa?
Para as questões B.2 a B.5 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR	
B.2	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) teve dificuldade para se deslocar até o serviço de saúde?
B.3	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) precisou utilizar algum tipo de transporte motorizado para ir até o serviço de saúde?
B.4	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?
B.5	Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da HAS (dor de cabeça; tontura) perdeu o turno de trabalho ou compromisso para consultar no serviço de saúde?
C. ACESSO AO TRATAMENTO	
Para a questão C.1 a C.2 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
C.1	Se o(a) Sr(a) passar mal por causa da medicação ou da HAS, consegue uma consulta no prazo de 24hs na unidade de saúde que faz tratamento?
C.2	Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de HAS costumam visitá-lo em sua moradia?
Para as questões C.3 responda: 1-Sempre; 2- Quase Sempre; 3-Às vezes; 4-Quase Nunca; 5 – Nunca; 0-Não se aplica; 99-NS/NR	
C.3	Quando o(a) Sr.(a) vai a unidade de saúde para consultar, demora mais de 60 minutos para ser atendido?
Para as questões C.4 a C.7 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
C.4	O(A) Sr(a). foi questionado pelos profissionais da unidade se aceitava fazer o tratamento medicamentoso?
C.5	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se está tomando a medicação?
C.6	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade se esta fazendo a dieta diariamente?
C.7	Em algum momento durante a consulta o Sr(a). é questionado pelos profissionais da unidade quanto ao horário que esta tomando a medicação?
D. ADESAO/ÍNCULO	
Para as questões D.1 a D.8 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
D.1	Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com o mesmo profissional da unidade de saúde que o atende?
D.2	Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta ao profissional da unidade de saúde sente que é compreendido?
D.3	O profissional da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento responde às suas perguntas de maneira clara?
D.4	O profissional da unidade de saúde dá tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) fale suas dúvidas ou preocupações?
D.5	Quando o(a) Sr.(a) consulta na unidade de saúde, o profissional conversa sobre outros problemas de saúde?
D.6	O profissional da unidade de saúde explica sobre a importância de seguir o tratamento indicado para o controle da HAS?
D.7	O profissional da unidade de saúde pergunta sobre todos os medicamentos que o(a) Sr.(a) está utilizando?

D.8	Os profissionais da unidade de saúde relacionam-se bem com as pessoas da comunidade?
Para a questão D.9 responda: 1 – Sempre; 2 – Quase Sempre; 3 – Às vezes; 4 – Quase Nunca; 5 – Nunca; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
D.9	O(A) Sr.(a) já pensou em mudar da unidade de saúde por causa dos profissionais?
D.10	Numa escala de 1 a 5, considerando 1 (pior situação) e 5 (melhor situação), qual seria o seu grau de satisfação em relação aos profissionais que o atende?
E. ELENCO DE SERVIÇOS	
Para as questões E.1 a E.11 responda seguindo a escala de 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
Com que frequência as ações a seguir são oferecidas pela equipe que acompanha o seu problema da HAS.	
E.1	Informação sobre a HAS e seu controle?
E.2	Informação sobre os medicamentos e seus efeitos?
E.3	Educação em saúde (informação sobre outros temas de saúde)?
E.4	Verificação de PA todas as vezes que vai para consulta?
E.5	Visitas domiciliares?
E.6	O(A) Sr.(a) encontra um profissional na unidade de saúde para atendê-lo em todos os dias úteis da semana?
E.7	Participação em grupos de doentes de HAS na unidade de saúde?
E.8	Os Horários de funcionamento do serviço de saúde para atendimento são sempre respeitados?
E.9	O serviço oferece/garante exames solicitados pelo profissional da saúde?
E.10	O profissional da unidade de saúde explica os resultados dos exames?
E.11	É agendada a sua consulta de retorno?
F. COORDENAÇÃO	
Para as questões F.1 a F.4 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
F.1	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde, recebe encaminhamento por escrito para o outro serviço de saúde pelo profissional que acompanha seu tratamento?
F.2	Quando o(a) Sr(a) tem algum problema de saúde e é encaminhado para outro serviço de saúde tem o atendimento garantido no serviço referendado?
F.3	O(A) Sr(a) retorna à unidade de saúde com informações escritas sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
F.4	Os profissionais da unidade de saúde discutem com o(a) Sr(a) sobre os resultados da consulta realizada no outro serviço?
G. ENFOQUE NA FAMÍLIA	
Para as questões G.1 a G.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
G.1	Os profissionais da unidade de saúde procuram conhecer as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?
G.2	Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) sobre a HAS, estilo de vida, o seu tratamento e outros problemas de saúde?
G.3	Os profissionais de saúde conversam sobre a importância do envolvimento da sua família no seu tratamento?
H. ORIENTAÇÃO PARA A COMUNIDADE	
Para as questões H.1 a H.3 responda: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Às vezes; 4 – Quase sempre; 5 – Sempre; 0 – Não se aplica; 99-NS/NR	
H.1	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a importância da sua participação e da sua família em instituições da comunidade (igrejas, associação de bairro, etc.) como apoio para resolver seus problemas de saúde?
H.2	Com que frequência os serviços de saúde desenvolvem ações sobre HAS com as Igrejas, Associações de Bairro, escolas, etc.?
H.3	Os profissionais da unidade de saúde conversam sobre a influência da família/amigos/colegas no seu tratamento?