



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS



Priscilla Durães de Carvalho

Qualidade de um instrumento para avaliação da satisfação de usuários de salas
de vacina: propriedades psicométricas

Montes Claros
2020

Priscilla Durães de Carvalho

Qualidade de um instrumento para avaliação da satisfação de usuários de salas de vacina:
propriedades psicométricas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia populacional e molecular
Linha de pesquisa: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª. Dra. Andréa Maria. E. B. L. Martins

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Leila das Graças Siqueira

Montes Claros
2020

C331q Carvalho, Priscilla Durães de.
Qualidade de um instrumento para avaliação da satisfação de usuários de salas de vacina [manuscrito] : propriedades psicométricas / Priscilla Durães de Carvalho. – Montes Claros, 2020.
67 f. : il.

Bibliografia: f. 51-55.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins.
Coorientadora: Profa. Dra. Leila das Graças Siqueira.

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Satisfação do paciente. 3. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 4. Estudos de validação. I. Martins, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. II. Siqueira, Leila das Graças. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Propriedades psicométricas.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Prof. Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Prof.^a Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Prof.^a Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Prof.^a Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Prof.^a Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de pós-graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de pós-graduação Lato sensu: Prof. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de pós-graduação Stricto sensu: Marcos Flávio Dângelo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenadora: Prof.^a Marise Fagundes Silveira



DA
SOC

MESTRANDO(A): PRISCILLA DURÃES DE CARVALHO

TÍTULO DO TRABALHO: "Qualidade de um instrumento para avaliação da satisfação de usuários de salas de vacina: propriedades psicométricas"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia Populacional e Molecular

BANCA (TITULARES)

PROF.^a DR.^a ANDRÉA MARIA ELEUTÉRIO BARROS LIMA MARTINS/ ORIENTADORA
PROF.^a DR.^a LEILA DAS GRAÇAS SIQUEIRA/COORIENTADORA
PROF.^a DR.^a ALINE SOARES FIGUEIREDO SANTOS
PROF.^a DR.^a MARISE FAGUNDES SILVEIRA

ASSINATURAS

Andréa Maria Eleutério Barros Lima Martins
Leila das Graças Siqueira
Aline Soares Figueiredo Santos
Marise Fagundes Silveira

BANCA (SUPLENTES)

PROF.^a DR.^a MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO
PROF. DR. MARCELO PERIM BALDO
PROF. DR. JOÃO GABRIEL SILVA SOUZA

ASSINATURAS

APROVADA

REPROVADA

*Dedico este trabalho a todos que contribuíram com este estudo desde a sua concepção até os usuários das salas de vacina que dele participaram, tornando possível a materialização dos nossos objetivos.
A vocês, meu reconhecimento e estima!*

AGRADECIMENTOS

Gratidão: essa é a palavra que enche meu coração neste momento!

Grata a Deus pelo dom da vida, saúde, perseverança e disposição. Grata por me oportunizar percorrer caminhos tão lindos e encontrar pessoas que engrandeceram sobremaneira minha trajetória acadêmica.

Agradeço à minha família: meus pais, Silas e Roselinda, e irmãos, Thiago e Déborah, pela vibração, torcida e orgulho que sempre demonstram nas minhas conquistas.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins, pelo carinho, paciência, pelos momentos de aprendizado ímpares que jamais serão esquecidos; por sua dedicação admirável e apontamentos sempre fundamentais, indicando o melhor caminho a ser percorrido. Acredite, nossa caminhada foi leve e preciosa!

Aos professores do PPGCS, obrigada por todos os ensinamentos e quebras de paradigmas. Foi muito construtivo! Em especial, às professoras Dra. Desirée Sant'Ana Haikal e Dra. Marise Fagundes Silveira que muito contribuíram com as análises deste estudo sempre pacientes e disponíveis. Aprendi muito com vocês!

Aos colegas do mestrado, por dividirem tantos momentos de aprendizado e de descontração durante as aulas; em especial, aos que se tornaram amigos do coração: Nayra, Bruna, Walter e Vitória! Que alegria tê-los em minha vida!

Às servidoras da secretaria do PPGCS, muito grata pela disponibilidade e pela presteza em nos auxiliar em todas as demandas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, obrigada por autorizar este estudo, bem como por me possibilitar realizar o mestrado. Aos meus colegas de trabalho, grata por todo apoio e torcida!

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para materialização deste projeto, o meu mais sincero agradecimento.

Disse a flor ao pequeno príncipe: “É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

A avaliação da satisfação, na perspectiva do usuário, com serviços de assistência à saúde visa conhecer a realidade dessas atividades e compreende um processo dinâmico influenciado por fatores, tais como percepção do estado de saúde e da doença, crenças, condição sociodemográfica, e envolve outros aspectos da atenção ofertada ao usuário. A avaliação de serviços de saúde exige instrumentos metodologicamente aceitos pela comunidade científica, porém, foi encontrado somente um instrumento validado para avaliar o nível de satisfação do usuário, especificamente, nas salas de vacina. Esta dissertação teve como objetivo avaliar a qualidade desse instrumento, denominado “Escala de Avaliação da Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário - EASV-U”, o qual já foi validado quanto ao seu conteúdo e apresentou confiabilidade satisfatória. Foi conduzido um estudo metodológico, que utilizou dados de uma pesquisa transversal para avaliação da validade de construto, da consistência interna e da interpretabilidade da EASV-U. Participou do estudo uma amostra constituída por 1.300 usuários, pais ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade, que buscaram assistência para elas nos últimos meses de forma consecutiva. No dia da entrevista, o usuário deveria estar buscando essa assistência, no mínimo, pela terceira vez naquela mesma sala de vacina. Foram entrevistados usuários de todas as 18 salas de vacina do município de Montes Claros - MG, no período de julho de 2015 a maio de 2016. Os procedimentos estatísticos utilizados no processo de validação de construto foram: análise fatorial exploratória seguida de análise fatorial confirmatória para determinar o quanto os resultados encontrados realmente representavam o construto a ser medido. A AFE apresentou $KMO=0,94$ e *Bartlett* $p=0,000$, com agrupamento dos 11 itens em 3 fatores: Fator I - Satisfação com a estrutura física/organizacional (Estrutura) da sala de vacina; Fator II - Satisfação com o profissional/relação interpessoal (Processo) da sala de vacina; e o Fator III - Satisfação com a estrutura logística (Insumos) da sala de vacina. Esses valores explicam que 78,88% da

satisfação dos usuários com a sala de vacina estão relacionados aos itens agrupados aos três fatores. A EASV-U apresentou consistência interna satisfatória para a escala com alfa de *Cronbach* global igual a 0,949 e, para cada fator, os valores de alfa foram: Fator I igual a 0,876; Fator II, 0,920 e Fator III, 0,867. A AFC legitimou o modelo trifatorial da escala com os índices de ajustes: $\chi^2/\text{gl} = 4,33$; RMSEA = 0,051 (IC 90% = 0,042-0,60); CFI = 0,991; TLI = 0,984; GFI = 0,981. A interpretabilidade foi apresentada após estimativa da média e dos valores mínimo e máximo da EASV-U, seguida pela categorização dos distintos fatores identificados, considerando o limite inferior do intervalo de confiança como ponto de corte. Os usuários que apresentaram escores, para cada fator, abaixo desse valor, foram considerados insatisfeitos. Já os que apresentaram valores acima desse ponto de corte, foram considerados satisfeitos com o construto aferido no fator. A EASV-U apresentou qualidades psicométricas adequadas para um instrumento de medida no que se refere à metodologia adotada para sua validade de construto e confiabilidade, além de apresentar facilidade para sua aplicação e interpretabilidade, evidenciando que a EASV-U poderá ter um papel fundamental na avaliação da satisfação do usuário dos serviços das salas de vacina. Ademais, poderá ser utilizada como fonte para construir e monitorar indicadores de saúde, para nortear ações prioritárias de tomadas de decisão pela gestão pública dos serviços assistenciais, a partir da avaliação do usuário e, também, poderá ser utilizada em pesquisas futuras com a temática abordada.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Satisfação do Paciente. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Escalas. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The assessment of satisfaction from the perspective of the user with health care services aims to know the reality of these services and comprises a dynamic process influenced by factors such as the perception of the state of health and disease, beliefs, sociodemographic condition and involves other aspects of care offered to the user. The evaluation of health services requires instruments methodologically accepted by the scientific community, however, only one validated instrument was found to assess the level of user satisfaction, specifically, in the vaccine rooms. This dissertation aimed to assess the quality of this instrument, called the "Vaccine Room Evaluation Scale from the User's Perspective - EASV-U". This instrument has already been validated for its content and has shown satisfactory reliability. A methodological study was conducted, which used data from a cross-sectional survey to assess the construct validity, internal consistency and interpretability of the EASV-U. A sample comprised of 1,300 users, parents or guardians of children under one year of age, who consecutively sought assistance in the last months participated in the study. On the day of the interview, the user should be seeking this assistance at least for the third time in that same vaccine room. Users of all 18 vaccine rooms in the municipality of Montes Claros - MG, from July 2015 to May 2016 were interviewed. Statistical procedures used in the construct validation process were: exploratory factor analysis followed by confirmatory factor analysis to determine how much the results found really represent the construct to be measured. The AFE presented $KMO = 0.94$ and Bartlett $p = 0.000$, with the grouping of 11 items in 3 factors: Factor I - Satisfaction with the physical / organizational structure (Structure) of the vaccine room; Factor II - Satisfaction with the professional / interpersonal relationship (Process) of the vaccine room; and Factor III - Satisfaction with the logistical structure (Inputs) of the vaccine room. These values explain that 78.88% of users' satisfaction with the vaccine room is related to the items grouped by the three factors. The EASV-U showed satisfactory internal

consistency for the scale with global Cronbach's alpha equal to 0.949 and for each factor, the alpha values were: Factor I equal to 0.876; Factor II, 0.920 and Factor III, 0.867. The AFC legitimized the three-factor model of the scale with the adjustment indices: $\chi^2 / gl = 4.33$; RMSEA = 0.051 (90% CI = 0.042-0.60); CFI = 0.991; TLI = 0.984; GFI = 0.981. The interpretability was presented after estimating the average and the minimum and maximum values of the EASV-U, followed by the categorization of the different factors identified considering the lower limit of the confidence interval as the cutoff point. Those with scores for each factor below this value were considered dissatisfied. Those who presented values above this cutoff point were considered satisfied with the construct measured in the factor. EASV-U showed adequate psychometric qualities for a measurement instrument with regard to the methodology adopted for its construct validity and reliability, in addition to presenting ease for its application and interpretability. EASV-U may play a key role in assessing user satisfaction with vaccine room services. In addition, it can be used as a source to build and monitor health indicators and to guide priority decision-making actions by the public management of health care services, based on the user's evaluation, and it can also be used in future research with the theme addressed.

Keywords: Health Services Research, Patient Satisfaction, Quality Indicators - Health Care, Weights and Measures, Validation Studies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AMOS	<i>Analysis of a Moment Structures</i>
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
COSMIN	Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments
EASV – U	Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário
GFI	<i>Googness-of-fit</i>
GI	Graus de Liberdade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MS	Ministério da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
RMSEA	<i>Root-Mean-Square Error of Aproximation</i>
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SPSS	<i>Statistical Package Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TLI	<i>Tucker Lewis Index</i>
χ^2	Qui-quadrado

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de mestrado com a finalidade de identificar os componentes ou fatores que determinam a satisfação do usuário (pais ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade) com os serviços ofertados nas salas de vacina da cidade de Montes Claros-MG.

Nascida em Salinas, vim para Montes Claros no início do ano de 2005 após conclusão do ensino médio. Ainda com 18 anos, em uma cidade “grande”, sem a presença da família e com conflitos decisórios sobre qual carreira profissional escolher, optei pela Enfermagem. Contrariando minha origem, vinda de uma família de excelentes professores, inclusive minha mãe de quem pude ter o prazer de ser aluna por 3 anos consecutivos, parti para a área da saúde.

Minha trajetória acadêmica se iniciou quando ingressei no curso de Bacharel em Enfermagem, primeiramente nas Faculdades Unidas do Norte de Minas, porém, concluí a graduação na Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Durante a faculdade, tive a oportunidade de conhecer os melhores professores da área, o que despertou em mim a vontade de ser como eles. Então, concluí que não neguei minha origem do magistério e que poderia ser tão boa como as professoras da minha família e meus mestres da graduação.

Durante a graduação, pude participar de vários eventos científicos na cidade e também congressos de abrangência nacional com submissão de resumos e apresentações orais. Estar envolvida nesses cenários propiciou conhecer muita gente da área da pesquisa e o despertar do interesse por essa vertente.

Durante o trabalho de conclusão de curso (TCC), senti-me realmente uma pesquisadora. Trabalhei com um tema voltado para a sexualidade feminina que culminou com a publicação de um artigo científico. Ao apresentar o TCC, fiquei muito contente e emocionada ao ver e sentir que a banca aprovou com louvor o trabalho realizado, juntamente com minha orientadora.

Após conclusão da graduação, ingressei no mercado de trabalho e, desde então, desenvolvo atividades na área de gestão de saúde pública voltadas para Atenção Básica à Saúde no

município de Montes Claros. Amo e acredito no que faço! A partir de então, a continuidade dos estudos foi ao encontro da minha área de atuação, com especializações em saúde pública, gestão de redes de atenção à saúde e apoio matricial na atenção básica.

O tempo foi passando e, após 8 anos de formada, decidi que queria mais. Precisava de estímulo para voltar a estudar. Foi neste momento que conheci Tatiana Magalhães, egressa do mestrado do PPGCS e minha nova colega de trabalho. Ela me ajudou muito com todas as informações do programa, da documentação necessária para a inscrição até estudar comigo para a prova do processo seletivo. Era o que eu precisava para abrir esse novo horizonte e fui aprovada para o mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Unimontes, que estou finalizando com esta dissertação.

Ingressei no mestrado no início de 2018. Tive como orientadora a professora Andréa Maria Eleutério de Barros de Lima Martins e, mesmo sem conhecê-la pessoalmente, a escolhi. Essa foi a indagação inicial em nosso primeiro contato. Respondi prontamente que ela era famosa na pesquisa epidemiológica, que era importante e conhecida, sendo referência na área. Tivemos um *feeling* instantâneo, o que proporcionou uma relação de amizade, parceria, respeito e afinidade, que perduraram em toda a nossa trajetória até aqui. Acredito que para vida inteira.

Durante as aulas das disciplinas, tive a oportunidade de conhecer muitas pessoas, colegas e professores. Como em todas as relações, afinidade não se explica. Essa trajetória difícil e cansativa foi, muitas vezes, aliviada com a presença de Bruna, Nayra, Vitória e Walter. Ultrapassamos os muros da Pós-Graduação e agora temos uma amizade para a vida. Escolhas das disciplinas e contagem de créditos no início dos semestres era sempre um dilema, mas necessário. Das disciplinas cursadas, sempre há as que mais gostamos e utilizamos. A disciplina de Bioestatística, ministrada pelas professoras Marise e Desirée, e Epidemiologia, pela professora Andréa, foram as com que mais me identifiquei no sentido de aplicabilidade para meu estudo e para leitura e entendimento de artigos científicos.

Finalizar o mestrado e ser brindada com a oportunidade de conhecer professores tão competentes na sua área de atuação me instiga, mais uma vez, a trilhar e me espelhar em seus caminhos da pesquisa e magistério. Assim, prossigo almejando o doutorado, galgando mais alguns passos para concretização desse objetivo.

Esta dissertação segue a formatação preconizada pelo PPGCS – Unimontes, que recomenda a apresentação de três seções. Na primeira seção, apresento a introdução do trabalho, abordando a avaliação de serviços de saúde, a avaliação dos serviços de saúde na perspectiva do usuário, instrumentos para avaliação de serviços de saúde e o Programa Nacional de Imunização e sua importância, bem como os objetivos e metodologia.

A seguir, na segunda seção, apresento um produto que estima a validade de construto, consistência interna e interpretabilidade da Escala de Avaliação da Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário – EASV-U, no município de Montes Claros – MG. Os dados produzidos nesta pesquisa evidenciam que o instrumento apresentou estimativas adequadas em relação à validade de construto e confiabilidade, podendo ser usado para mensurar a satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados nas salas de vacina, com simplicidade, objetividade e fácil interpretabilidade.

A terceira seção é composta pelas limitações da pesquisa, indicações para estudos posteriores, considerações finais e conclusão, bem como pelas referências das citações utilizadas na introdução, metodologia e considerações finais. Também se encontram na terceira seção os anexos, contendo a documentação complementar e/ou comprobatória utilizada nesta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Avaliação de serviços de saúde	16
1.2 Avaliação dos serviços de saúde na perspectiva do usuário.....	17
1.3 Programa Nacional de Imunização e sua importância	20
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral	22
2.2 Objetivos Específicos	22
3 METODOLOGIA	23
3.1 População e amostra	23
3.2 Coleta de dados	24
3.3 Análise de dados	24
3.4 Aspectos éticos	28
4 PRODUTO	29
4.1 Produto 1: Validade e confiabilidade da escala de avaliação de salas de vacina do serviço público brasileiro na perspectiva dos usuários.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS.....	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 Avaliação de Serviços de Saúde

A qualidade da assistência à saúde prestada às pessoas tem sido objeto de interesse e de preocupação de pesquisadores e gestores.¹ A discussão sobre a qualidade de programas, serviços e tecnologias em geral e na saúde apresenta diversificação conceitual e metodológica. Sabe-se, entretanto, que a avaliação dessa qualidade é necessária para a tomada de decisão quanto à implantação das políticas de saúde.² A valorização da gestão da qualidade nas organizações prestadoras de serviços de saúde é um fator essencial para sua sobrevivência e evidencia a necessidade de os profissionais de saúde reverem seus valores e as questões teóricas que asseguram as boas práticas no processo de trabalho.³ Ressalta-se também que a concepção de qualidade da assistência à saúde pode ser definida como um conjunto de elementos que inclui: alto grau de competência profissional, eficiência na utilização dos recursos, mínimo de riscos e alto grau de satisfação dos usuários além de um efeito favorável na saúde, ou seja, inicialmente o foco era a relação custo-efetividade das ações de saúde, mas, com a evolução dos debates, a qualidade passou a ter papel central.^{1,4} Já a palavra avaliação diz respeito à determinação de valor, quantificação, que tem uma escala de referência como base e, de modo mais específico, o objetivo da avaliação de um programa é produzir efeitos e resultados concretos, fundamentando as decisões a serem tomadas por gestores, executores e sociedade civil em geral.^{1,5}

A avaliação da qualidade dos serviços de assistência à saúde tem sido fundamentada na proposta de Donabedian, que pressupõe três dimensões: estrutura, processo e resultados.^{6,7} A primeira diz respeito aos recursos físicos, materiais, financeiros e humanos, à organização e ao apoio político. O processo refere-se à relação entre os profissionais e usuários dos serviços, assim como à dinâmica dessa inter-relação. Já o resultado compreende os efeitos ou os produtos das ações dos serviços de saúde, visando à melhoria do nível de saúde e o grau de satisfação dos usuários com esses serviços.⁶⁻⁸

Essa proposta^{6,7} tem sido considerada na identificação de fatores associados aos resultados em termos de saúde.⁹⁻¹¹ Nessa perspectiva, as dimensões estrutura e processo da satisfação com a assistência à saúde têm sido evidenciadas.⁹⁻¹¹ Entretanto, a avaliação da satisfação dos usuários, que diz respeito a uma avaliação subjetiva por parte das pessoas assistidas, tem sido

conduzida por meio de uma ou duas perguntas,^{12,13} sendo que esse tipo de avaliação deveria ser feita por um instrumento ou questionário capaz de aferir as distintas dimensões da avaliação de serviços de saúde. Foram encontrados poucos trabalhos na literatura que utilizaram instrumentos de avaliação da qualidade da assistência, que consideraram distintas dimensões da avaliação de serviços.¹⁴ Ressalta-se, ainda, que os instrumentos em questão não tinham como propósito avaliar a assistência à saúde ofertada, especificamente, nas salas de vacina.

A avaliação dos serviços de assistência à saúde foi prioridade na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1988, pois há necessidade de monitorar a qualidade dos serviços de assistência à saúde ofertada aos usuários, assim como de identificar o alcance das metas e dos objetivos institucionais, visando subsidiar o redimensionamento das atividades dos serviços de saúde.^{15,16}

O propósito dessas avaliações é a identificação de efeitos e resultados que poderão subsidiar a gestão dos serviços de saúde, com vistas a aprimorar a assistência à saúde e satisfazer as expectativas dos usuários.^{1,4,5,17,18}

1.2 Avaliação dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários

Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS), a busca pela qualidade do cuidado prestado pelos serviços de saúde incorpora um cuidado que seja efetivo, seguro e, o mais importante, centrado no paciente. Ao tratar-se, especificamente, da satisfação do usuário, é evidente a relação deste construto com o conceito de cuidado centrado no paciente, embora satisfação não englobe todas as dimensões do cuidado centrado no usuário – aspecto chave para qualidade do cuidado.¹⁹

Nesse cenário, considerando o cuidado centrado no usuário, torna-se relevante também o foco nas experiências dos usuários e de suas famílias. Assim, um conceito que ganhou espaço nas discussões referentes a essa temática é a satisfação do paciente, e, conseqüentemente, o estudo do grau de satisfação se apresenta como uma maneira de medir a percepção e a experiência do paciente com determinado serviço ou terapêutica.^{20,21}

A satisfação dos pacientes é uma importante vertente dentro do campo da qualidade do cuidado, que se inclina sobre a dimensão do cuidado centrado no paciente.^{19,22} A avaliação da satisfação na perspectiva do usuário com serviços de assistência à saúde visa conhecer a realidade desses serviços, sob o ponto de vista deles e compreende um processo dinâmico influenciado por fatores, tais como a percepção do estado de saúde e da doença, crenças, baseadas nas expectativas, experiências prévias, condição sociodemográfica, e envolve outros aspectos da atenção/serviço ofertado ao usuário.^{23,24}

Sendo assim, quando se busca avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é necessário assegurar que o serviço e não outros fatores determinaram tal avaliação, pois a satisfação do usuário deve ser considerada uma meta a ser alcançada e, portanto, ser pesquisada visando à melhoria desses serviços.^{11,25}

1.2.1 Instrumentos para avaliação de serviços de saúde

No Brasil, estudos sobre a satisfação do usuário de serviços de saúde tiveram início nos anos de 1990, mas são ainda escassos quando comparados ao cenário internacional. As produções e as publicações são ainda mais limitadas no que se refere ao desenvolvimento ou à validação de instrumentos de mensuração específicos para satisfação de serviços de saúde. A aplicação de instrumentos genéricos, oriundos de outras áreas do conhecimento ou até mesmo utilizado em diferentes especialidades clínicas, nem sempre garante que o conteúdo destes esteja teoricamente embasado no conceito de satisfação dos pacientes.²⁶ No cenário internacional, há diversos instrumentos para mensuração de satisfação do usuário, disponíveis na literatura.^{27,28} Em relação ao conteúdo, varia, principalmente, com o tipo e a complexidade do serviço onde são aplicados e também para qual população. Assim, ainda não há um padrão único em relação aos itens e dimensões constituintes de um instrumento de mensuração desse construto.²⁹⁻³¹ Todavia, a busca por instrumentos robustos e validados, para contextos específicos, estimula o processo de desenvolvimento e de validação desses instrumentos.³²

Nessa perspectiva, há necessidade de instrumentos que permitam uma avaliação da assistência quanto à vacinação de forma abrangente e continuada, com vistas a subsidiar a melhoria da qualidade desses serviços.³³ Sendo assim, são necessários instrumentos que considerem a perspectiva dos usuários desses serviços. Porém, foi encontrado somente um instrumento

validado em relação ao seu conteúdo para avaliar o nível de satisfação do usuário quanto aos serviços ofertados, especificamente, nas salas de vacina.

A avaliação de serviço de saúde exige instrumentos metodologicamente aceitos pela comunidade científica.^{5,34-37} Recomenda-se o *check list* COSMIN (*Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments*), produto de um estudo *Delphi*, internacional, consensual e multidisciplinar conduzido por 43 *experts* para orientar o julgamento de instrumentos de avaliação quantitativa de eventos relacionados à saúde. Esse *check list* COSMIN considera quatro domínios: confiabilidade, validade, responsividade e interpretabilidade no julgamento da qualidade de instrumentos que propõem a avaliação de eventos relacionados à saúde.³⁸

O instrumento encontrado, que seguiu o *check list* CSMIN, foi criado e denominado Escala de Avaliação da Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário (EASV-U), teve sua validade de conteúdo verificada por um grupo de especialistas e sua confiabilidade avaliada por meio da estimativa da consistência interna e da reprodutibilidade.³⁹ No entanto, ainda é necessário verificar a sua validade de construto, reavaliar a consistência interna deste (confiabilidade), bem como apresentar sua interpretabilidade.

1.2.2 Avaliação da satisfação da assistência nas salas de vacina na perspectiva dos usuários

Observa-se um crescente interesse e valorização da avaliação dos serviços de saúde sob o olhar dos usuários.^{19,22} Em relação à satisfação destes sobre os diversos serviços de imunização, um estudo conduzido na Guatemala avaliou a satisfação do usuário dos serviços de imunização, sob o ponto de vista dos pais de crianças menores de cinco anos, incluiu variáveis como atitudes, preferências e práticas de imunização dos pais; o impacto da imunização, campanhas e estratégias de *marketing* e fatores que inibem a imunização. Porém, o propósito do estudo era identificar os motivos pelos quais o país não atinge a meta de imunização, comparando os locais com baixa e alta cobertura populacional. Mesmo que os usuários tenham, muitas vezes, aprovado o serviço de imunização, foram identificados alguns problemas na qualidade do serviço.⁴⁰

Outra pesquisa com usuários foi conduzida na Austrália para determinar a satisfação destes com a vacinação contra influenza administrada por farmacêuticos e identificar fatores

associados às opiniões para estender o serviço e para incluir outras vacinas. Como resultado, verificou-se alta satisfação do usuário com as vacinações administradas por farmacêuticos. Os participantes acharam o serviço conveniente, confortável e profissional e a maioria apoiou a expansão da vacinação administrada por farmacêuticos nas farmácias.⁴¹ Estudo semelhante também abordou a satisfação dos pacientes em receber a vacina contra influenza administrada por estudantes do curso de farmácia, em clínicas de imunização móvel, que mencionou satisfação, conforto, comparação com outras experiências e as opiniões de farmacêuticos como imunizadores. O resultado evidenciou que os participantes ficaram muito satisfeitos e a experiência pareceu afetar positivamente as opiniões em relação aos farmacêuticos como aplicadores de vacinas.⁴²

Estudo prévio avaliou a estrutura física, a organização e o funcionamento das salas de vacina, assim como a aproximação ou distanciamento das normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).^{33,39} Todavia, a avaliação da satisfação da assistência, especificamente, quanto aos serviços prestados nas salas de vacina na perspectiva dos usuários desses serviços, considerando um questionário que viabilize a identificação do(s) construto(s), não foi encontrada na literatura. Os estudos até abordam a temática ‘satisfação do usuário’ e ‘imunização’, mas, também, não deixam clara a utilização de instrumentos validados.⁴⁰⁻⁴²

1.3 Programa Nacional de Imunização e sua importância

O serviço de imunização, uma das ações de saúde prioritárias no SUS, é tido como uma estratégia essencial, desde a década de 70, quando foi implantado no Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI).³⁶ Seu principal objetivo é a coordenação de ações de imunização por meio da normatização, da supervisão e da elaboração de políticas e estratégias que viabilizem o acesso da população ao serviço de imunização.^{43,44}

O PNI destaca-se dentre as ações ofertadas pelo SUS, gerando respeito internacional, principalmente pelo fato de o Brasil, país de grande dimensão territorial e populacional, ter eliminado, ou mantido sob controle, várias doenças infectocontagiosas. Essa posição faz emergir a necessidade de revisão de seus valores e das questões teóricas que asseguram as boas práticas do processo de trabalho, que visa à qualidade da assistência ofertada aos

usuários do serviço de imunização por parte dos profissionais e dos gestores públicos de saúde.⁴⁵

Nesse sentido, a abrangência e o desempenho do PNI do Brasil são comparáveis ao de países mais desenvolvidos.⁴⁶ Observa-se que a adoção de estratégias diferenciadas de vacinação, a capacidade do programa em mobilizar a população para adesão à vacinação nas grandes campanhas realizadas nos últimos 40 anos, o crescente aumento do número das salas de vacinação, além dos avanços no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) sobre vacinados no país, entre outras ações, tornam o PNI um exemplo de política pública bem sucedida.⁴⁷ Dessa forma, diante de tamanha complexidade e importância, o PNI exige avaliação, acompanhamento e monitoramento sistematizados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade da Escala de Avaliação da Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário – EASV-U, no município de Montes Claros – MG.

2.2 Objetivos específicos

- Estimar a validade de construto da EASV-U;
- Avaliar a consistência interna da EASV-U;
- Estimar os níveis de avaliação da EASV-U;
- Apresentar a interpretabilidade da EASV-U.

3 METODOLOGIA

Este trabalho é constituído de um artigo proveniente de uma pesquisa transversal que avaliou a estrutura e o funcionamento das salas de vacina dentro da rede de assistência à saúde. Trata-se de um recorte do projeto intitulado: “Avaliação da efetividade da vacina contra hepatite B, da estrutura e do funcionamento das salas de vacina dentro da rede assistencial de Montes Claros - MG”.

O presente estudo foi realizado entre os anos de 2015 e 2016, no município de Montes Claros, que se localiza no Norte do Estado de Minas Gerais. Segundo o último censo de 2010, esse município contava com uma população de 361.915 habitantes.⁴⁸ Informações referentes à assistência à saúde do município foram coletadas na Secretaria Municipal de Saúde.

3.1 População e amostra

O cálculo da amostra considerou como usuários do serviço de vacinação os pais ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade, que buscaram assistência para elas nos últimos meses de forma consecutiva. No dia da entrevista, o usuário deveria estar buscando essa assistência, no mínimo, pela terceira vez naquela mesma sala de vacina, sendo este o critério de inclusão no estudo. Optou-se por essa população de estudo (pais ou responsáveis por nascidos vivos), visto que é no primeiro ano de vida da criança que essa população apresenta uma maior frequência nas salas de vacina para cumprimento do calendário vacinal, questão prioritária da saúde pública no país.⁴⁵

A estimativa da amostra para população finita considerou os seguintes parâmetros: um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), margem de erro de 3%, prevalência do fenômeno (satisfação) de 50% e acréscimo de 20% à amostra a fim de amenizar as perdas. A população finita foi identificada a partir dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e considerou o número de crianças menores de um ano, nascidas no município em 2013, que correspondeu: $N=5770$.⁴⁹

Consideraram-se todas as 18 salas de vacina do município, distribuindo a amostra de forma proporcional ao número de doses de vacinas aplicadas no ano anterior, em crianças menores de um ano, em cada sala pesquisada, conforme dados do Sistema de Informação do Programa

Nacional de Imunização SI-PNI (2013), solicitados aos gestores de saúde do município. A proporcionalidade de participantes por sala de vacina pesquisada foi, assim, distribuída: Sala de Vacina (SV): SV1(4,46%), SV2(6,07%), SV3(7,98%), SV4(4,86%), SV5(4,36%), SV6(6,34%), SV7(6,12%), SV8(12,8%), SV9 (7,62%), SV10 (1,29%), SV11 (6,48%), SV12(5,10%), SV13(10,46), SV14(6,74%), SV15(2,17%), SV16(2,70%), SV17(2,20%) e SV18(2,46%).

Utilizou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

O “n” estimado foi de 901 e foram acrescidos 20% à amostra a fim de amenizar as possíveis perdas. Foi estimada uma amostra de 1081 pais ou responsáveis que foram convidados a participar do estudo de forma voluntária.

O tamanho da amostra, estabelecido para o estudo transversal, também atendeu ao requisito mínimo necessário para a validação de construto: razão de 10:1 entre o número de participantes da amostra e o de variáveis a serem analisadas. Alguns autores chegam a propor uma proporção mínima de 20 casos para cada variável.⁵⁰ Em todo caso, nas duas proposições, foram satisfeitas as exigências para o tamanho adequado da amostra.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2015 a maio de 2016. Os usuários presentes nas salas de vacinas do município, que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, foram convidados a participar de forma voluntária. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores previamente treinados, após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais ou responsáveis (participantes) pelas crianças vacinadas, autorizando a sua participação na pesquisa (Anexo B). Os participantes responderam ao questionário estruturado referente à EASV-U (Anexo A).

3.3 Análise de dados

Os dados do estudo foram processados através do software *Statistical Package Social Science (SPSS®)*, versão 20.0. Para a análise fatorial confirmatória, foi utilizado o programa estatístico *AMOS (Analysis of a Moment Structures)*, contido no *SPSS*, pelo estimador de máxima verossimilhança.

Os valores omissos (*missing*) foram imputados por meio das médias, uma vez que a análise estatística, indicada para esse tipo de estudo, não aceita dados faltantes no banco de dados. Essa estimação ou imputação de dados brutos é essencial para que as covariâncias ou correlações da matriz sejam calculadas com um número homogêneo de informações. Portanto, a questão de dados omissos é crucial nessas análises e várias estratégias de resolução dessas questões estão disponíveis na literatura especializada.⁵¹ Sendo assim, optou-se por essa forma de imputação para complementar o banco, e os dados faltantes representaram menos de 1% dos casos observados (0,92%).

A análise descritiva dos itens da escala foi evidenciada por meio de suas medidas de tendência central, dispersão, assimetria e curtose.

A validade de conteúdo, a consistência interna e a confiabilidade/reprodutibilidade da EASV-U foram testadas em estudo prévio (n=60), em que ficou constatada elevada confiabilidade verificada pela consistência interna com *Alfa de Cronbach*= 0,93 e reprodutibilidade com valores de *Kappa*=0,79 a 0,97, valores que foram considerados satisfatórios.⁵² No presente estudo, a consistência interna foi testada novamente (n=1300), após realização da análise fatorial exploratória.

As respostas da escala foram registradas em escalas *Likert* com cinco possibilidades de respostas, variando de (1) “totalmente insatisfeito” a (5) “totalmente satisfeito”.

A validade de construto foi avaliada por meio de Análise Fatorial Exploratória (AFE), seguida por Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Essas análises tiveram como propósito identificar os componentes da EASV-U, permitindo, assim, determinar o quanto essa escala estaria relacionada aos conceitos teóricos que a fundamentam, ou seja, se realmente é capaz de representar o construto a ser mensurado.

Nesse sentido, as variáveis foram submetidas à AFE, conforme os passos abaixo:

- 1º - Análise da matriz de correlação. A presença de correlação entre as variáveis foi medida considerando o valor de $p \leq 0,05$.⁵³
- 2º - Realização do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para verificar a adequação ao método, ou seja, verificar se existe a medida de adequação da amostragem (*Measure of Sampling adequacy* KMO > 0,50). Os valores do critério KMO variam de 0 a 1 ($\geq 0,80$) admirável; (0,70 a 0,79) aceitável; (0,60 a 0,69) medíocre; (0,50 a 0,59) ruim e ($< 0,50$) indicam a inadequação do método. Valores de KMO < 0,50 indicam que essa variável não se ajustou à estrutura definida pelas outras variáveis e a variável é eliminada da AFE.^{50,53}
- 3º - Concomitantemente realizou-se o teste de esfericidade de *Bartlett*, que é utilizado para avaliar a adequação dos dados e a indicação da AFE. Valores com nível de significância < 0,05 indicam que a matriz é fatorável.^{50,54}
- 4º - Após confirmação da adequabilidade da base de dados, procedeu-se à identificação das comunalidades do processo da AFE, que consistiu em verificar a porção da variância que uma variável compartilha com todas as outras variáveis consideradas, sendo avaliada para cada variável, observando se ela atendia a níveis de explicação aceitáveis ($>0,5$) e a sua contribuição para a pesquisa.⁵³
- 5º - Análise das cargas fatoriais de cada variável em relação aos componentes extraídos. Adota-se 0,40 como limite aceitável da contribuição da variável na criação do fator com o objetivo de evitar o problema da indeterminação da relação entre variáveis e fatores.⁵⁰
- 6º - A definição do número de fatores que consiste na junção de variáveis que avaliem itens semelhantes baseou-se primeiramente na avaliação gráfica do *ScreePlote* e na observação da percentagem de variância total acumulada. Posteriormente os fatores foram definidos por meio da análise segundo o método dos componentes principais e as variáveis foram rotacionadas por meio da rotação ortogonal *Varimax*. Essa rotação procura minimizar o número de variáveis que apresenta altas cargas em cada fator em relação aos componentes extraídos com o objetivo de facilitar a visualização da relação entre as variáveis observadas e os componentes extraídos. Isso torna mais fácil determinar quais variáveis são carregadas e em quais fatores.^{53,55}
- 7º - Denominação dos fatores a partir da identificação do conteúdo das variáveis agrupadas no mesmo fator. A identificação de um tema comum agregado em determinado fator atesta se o fator matemático, produzido pela análise, representa o construto real.⁵³

Dessa forma, após a identificação e denominação dos fatores, estes passaram a ser analisados como componentes da EASV-U.

A consistência interna da EASV-U foi estimada por meio do Coeficiente de *Alpha de Crobach*, tanto para a escala como um todo, quanto para cada fator separadamente. Esse coeficiente pode variar de 0 a 1 e foi considerado o valor mínimo de 0,70 para uma consistência interna satisfatória. Quanto maior o coeficiente Alfa de *Cronbach*, maior a consistência interna da escala.⁵⁶

A fim de legitimar a estrutura dimensional extraída na AFE, procedeu-se à efetivação da análise fatorial confirmatória da EASV-U. No que se refere aos índices indicativos de qualidade do modelo ajustado, foram considerados a razão entre o qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl), *Googness-of-fit* (GFI), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker Lewis Index* (TLI) e *Root-Mean-Square Error of Aproximation* (RMSEA). Para a razão entre o qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl), valores entre 1 e 2 podem ser considerados excelentes, entre 2 e 3 bons, e valores entre 3 e 5 são aceitáveis quando a análise é realizada com amostras grandes. Valores acima de 5 rejeitam o modelo.⁵⁷⁻⁵⁹ Foi utilizado o GFI, que mede a variância e a covariância na matriz observada, predita pela matriz reproduzida. Nesse caso, são adequados valores superiores a 0,90. Os índices CFI e TLI calculam o ajuste relativo do modelo observado ao compará-lo com um modelo base, cujos valores acima de 0,95 indicam ótimo ajuste e os superiores a 0,90 indicam ajuste adequado.^{58,60} Por sua vez, o RMSEA é uma medida de discrepância, sendo esperados resultados menores que 0,05, mas aceitáveis até 0,08 para amostras grandes.⁵⁰

A interpretabilidade refere-se ao grau em que os valores obtidos por meio da aplicação do instrumento produzem informações relevantes aos participantes da pesquisa, aos pesquisadores, assim como, aos profissionais em relação ao construto a ser medido.^{61,62} Dessa forma, para estimar os níveis de avaliação da EASV-U, optou-se pelo método aditivo ponderado para as distintas escalas (fatores) do construto. Essas estimativas foram feitas por meio da razão entre a soma dos distintos itens que constituem os fatores, multiplicados pelos seus respectivos pesos fatoriais (carga fatorial) e a soma dos pesos fatoriais atribuídos. Uma vez feito o cálculo dos níveis de avaliação dos três fatores, procedeu-se à estimativa da média, dos valores mínimo e máximo, bem como o intervalo de confiança (IC 95%). Ao se considerar o uso da escala *Likert* nas opções de respostas dos itens, quanto maior o valor

observado, maior o nível de satisfação do usuário com aquele fator ou dimensão se a variável for considerada quantitativa. Ainda foram estimados os pontos de corte de cada fator da escala considerando o limite inferior do intervalo de confiança.⁶³ Nessa perspectiva, ao se considerar a variável como categórica, deve-se considerar o ponto de corte apresentado. Os usuários que apresentaram valores, iguais ou inferiores ao limite inferior do intervalo de confiança, devem ser classificados como insatisfeitos. Por outro lado, os usuários que se enquadraram acima desse limite devem ser classificados como satisfeitos com o construto aferido no fator em questão.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa deste estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - CEP/Unimontes, sob Parecer nº 313.870/2013 (Anexo C). Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 PRODUTO

4.1 Produto 1: *Título do artigo*, **Validade e confiabilidade da escala de avaliação de salas de vacina do serviço público brasileiro na perspectiva dos usuários**, formatado segundo as normas para publicação do periódico, Saúde em Debate (Anexo D).

VALIDADE E CONFIABILIDADE DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SALAS DE VACINA DO SERVIÇO PÚBLICO BRASILEIRO NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SALAS DE VACINA

INTRODUÇÃO

Desde 1988 a avaliação dos serviços de assistência à saúde é prioridade na implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, pois há necessidade de se monitorar a qualidade dessa assistência, assim como de identificar o alcance das metas e dos objetivos institucionais, visando subsidiar o redimensionamento das atividades desses serviços.¹

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem sido fundamentada na proposta de Donabedian, que pressupõe três dimensões: estrutura, processo e resultados. A primeira refere-se aos recursos físicos, materiais, financeiros e humanos; à organização e ao apoio político. A segunda refere-se à relação entre os profissionais e usuários desses serviços; assim como à dinâmica dessa inter-relação. Já a terceira compreende os efeitos ou os produtos das ações dos serviços de saúde, visando à melhoria do nível de saúde e o grau de satisfação dos usuários quanto à assistência ofertada nesses serviços.²

As dimensões estrutura e processo da “satisfação com a assistência à saúde” vêm sendo estudadas e evidenciadas.^{3,4} Quanto a avaliação dos serviços de saúde na perspectiva de seus usuários existem diferentes métodos, técnicas e instrumentos com vantagens e desvantagens, não havendo ainda consenso para a avaliação dessa satisfação que considere metodologia válida e confiável. Há que se considerar ainda a distinção entre serviços de saúde de natureza pública e privada, e as suas características particulares. Nos públicos, o poder de pressão dos usuários é baixo, pois não há necessidade de captação de clientela, como no setor privado. As avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem contornar esta questão, uma vez que essas avaliações podem dar voz aos usuários. Os usuários tem oportunidade de se expressar propiciando assim o monitoramento e controle das atividades dos serviços públicos de saúde, viabilizando o controle social na área da saúde. Por fim, há necessidade de aperfeiçoamento de instrumentos e métodos de pesquisa no âmbito da satisfação de usuários, tendo em vista o aperfeiçoamento dos serviços de saúde, assim como avanços na gestão desses serviços.⁵

A avaliação da satisfação na perspectiva dos usuários diz respeito a uma avaliação subjetiva. Foram elencadas razões para não considerar tal avaliação na gestão dos serviços de saúde: os usuários não tem conhecimento científico e técnico suficiente para avaliar serviços de saúde, podem ter comprometimento físico ou mental incapacitantes para alcançar o objetivo de avaliações ou julgamentos; as velocidades das ações de enfermagem compromete o amplo olhar dos pacientes; os olhares dos profissionais de saúde e dos pacientes podem ser diferentes para o atendimento; é difícil classificar o que significa a “qualidade” do atendimento para o paciente, dificultando a classificação da satisfação.⁶

Por outro lado, há um crescente interesse e valorização dessa temática.^{4,7} Alguns estudos nas diversas áreas da saúde têm considerado apenas uma ou duas perguntas para avaliar a assistência à saúde.^{8,9} De uma forma mais abrangente, outros têm considerado questionários que possibilitam a estimativa do construto “avaliação de serviços de saúde” sob a ótica dos usuários, assim como a identificação de suas dimensões.¹⁰⁻¹² Um instrumento denominado Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário EASV-U foi desenvolvido para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva dos usuários das salas de vacina. E, portanto, foi necessário compreender o construto teórico que sustenta a assistência à saúde ofertada nas salas de vacina. O EASV-U foi aprovado quanto aos itens pesquisados no que se refere ao processo de validação de conteúdo. Suas medidas de confiabilidade com relação à consistência interna e à reprodutibilidade foram satisfatórias. Ressalta-se que o mesmo pode ser utilizado na construção de indicadores de saúde e no monitoramento da qualidade da assistência ofertada nas salas de vacina do serviço governamental brasileiro.¹³

A avaliação da satisfação na perspectiva dos usuários de serviços saúde visa conhecer a realidade desses serviços e compreender um processo dinâmico influenciado por fatores, tais como a percepção do estado de saúde e da doença, crenças, condições sociodemográficas, e envolve, também, outros aspectos da atenção ofertada ao usuário.¹⁴

Em relação à satisfação de usuários sobre os diversos serviços de imunização, um estudo conduzido na Guatemala avaliou a satisfação do usuário dos serviços de imunização, sob o ponto de vista dos pais de crianças menores de cinco anos, incluiu variáveis como atitudes, preferências e práticas de imunização dos pais; o impacto da imunização, campanhas e estratégias de *marketing* e fatores que inibem a imunização. Porém, o propósito do estudo era identificar os motivos pelos quais a Guatemala não atinge a meta de imunização, comparando os locais com baixa e alta cobertura populacional. Mesmo que os usuários

tenham, muitas vezes, aprovado o serviço de imunização, foram identificados alguns problemas na qualidade do serviço.¹⁵

Outra pesquisa com usuários foi conduzida na Austrália para determinar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde com a vacinação contra influenza, administrada por farmacêuticos, e identificar fatores associados às opiniões para estender o serviço e para incluir outras vacinas. Verificou-se alta satisfação entre os usuários, eles acharam o serviço conveniente, confortável e profissional e a maioria apoiou a expansão da vacinação administrada por farmacêuticos nas farmácias.¹⁶ Estudo semelhante também abordou a satisfação de usuários que foram vacinados contra influenza por estudantes do curso de farmácia, em clínicas de imunização móvel. Foi mencionado satisfação, conforto, comparação com outras experiências e as opiniões de farmacêuticos como imunizadores. Os usuários relataram estar muito satisfeitos e a experiência pareceu afetar positivamente as opiniões em relação aos farmacêuticos como aplicadores de vacinas.¹²

Estudo prévio,¹⁷ avaliou a estrutura física, a organização e o funcionamento das salas de vacina, assim como a aproximação ou distanciamento das normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS).¹⁸ Todavia, a avaliação da satisfação da assistência, especificamente, quanto aos serviços prestados nas salas de vacina na perspectiva dos usuários desses serviços, considerando um questionário que viabilize a identificação do(s) construto(s), não foi encontrada na literatura. Os estudos encontrados abordam a temática ‘satisfação do usuário’ e ‘imunização’, mas, também, não deixam clara a utilização de instrumentos validados.^{12,15,16}

Para a avaliação de serviços de saúde, exigem-se instrumentos metodologicamente aceitos pela comunidade científica,¹⁹⁻²¹ que considerem o controle social na gestão de serviços públicos conforme diretrizes curriculares de ensino.²² Nesse cenário o EASV-U,¹³ e objeto deste estudo, que tem como propósito estimar a validade de construto a sua consistência interna, e apresentar como deve ser feita a sua interpretabilidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico que utilizou dados de uma pesquisa transversal, realizada no ano de 2015, no município de Montes Claros, que se localiza no Norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. Segundo o censo de 2010, esse município contava com uma

população de 361.915 habitantes.²³ Informações referentes à assistência à saúde do município foram coletadas na Secretaria Municipal de Saúde.

Para o planejamento amostral, consideraram-se como usuários do serviço de vacinação os pais ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade, que buscaram assistência para elas nos últimos meses de forma consecutiva. No dia da entrevista, o usuário deveria estar buscando essa assistência, no mínimo, pela terceira vez naquela mesma sala de vacina, sendo este o critério de inclusão para participação da pesquisa. Optou-se por essa população de estudo, pois é, no primeiro ano de vida, que observa-se uma maior frequência de nascidos vivos acompanhados por seus pais ou responsáveis nas salas de vacina para cumprimento do calendário vacinal, que é uma questão prioritária da saúde pública no país.¹⁸

A estimativa da amostra para população finita considerou os seguintes parâmetros: um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), margem de erro de 3%, prevalência do fenômeno (Satisfação) de 50% e acréscimo de 20% para a amostra a fim de amenizar as perdas. A população finita foi identificada a partir dos dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e considerou o número de crianças menores de um ano nascidas no município em 2013, que correspondeu: $N=5770$.²⁴

As 18 salas de vacina do município foram consideradas e a amostra foi distribuída de forma proporcional ao número de doses de vacinas aplicadas nas crianças menores de um ano em cada uma das salas no ano anterior, conforme dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização SI-PNI obtidos com os gestores de saúde do município.

A amostra estimada foi de 901 crianças, foram acrescidos 20% a fim de amenizar as perdas provenientes de taxas não resposta. Sendo assim foi estimada uma amostra de 1081 pais ou responsáveis que foram convidados a participar do estudo de forma voluntária. O tamanho da amostra, estabelecido para o estudo transversal, atendeu ao requisito mínimo necessário para a validação de construto: que varia de razão de 10:1 entre o número de participantes da amostra e o de variáveis a serem analisadas. Alguns autores chegam a propor uma proporção mínima de 20 casos para cada item do instrumento.²⁵

Foi estimado o tempo aproximado de uma ano para atingir o “n” amostral e a coleta de dados ocorreu de julho de 2015 a maio de 2016. Os usuários que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, foram convidados a participar de forma voluntária. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores previamente treinados, após assinatura dos Termos de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a sua participação na pesquisa. Os pais ou responsáveis pelas crianças vacinadas responderam ao questionário estruturado referente à EASV-U.

Os dados foram processados por meio do software *Statistical Package Social Science (SPSS®)*, versão 24.0. Para a análise fatorial confirmatória, foi utilizado o programa estatístico *AMOS (Analysis of a Moment Structures)*, contido no *SPSS*, pelo estimador de máxima verossimilhança. Os valores omissos (*missing*) foram imputados por meio das médias, uma vez que a análise estatística, indicada para este tipo de estudo, não aceita dados faltantes no banco de dados. Essa estimação ou imputação de dados brutos é necessária para que as covariâncias ou correlações da matriz sejam calculadas com um número homogêneo de informações.²⁶ Sendo assim, optou-se por essa forma de imputação, para complementar o banco e os dados faltantes representaram menos de 1% dos casos observados (0,92%).

A análise descritiva dos itens da escala foi estimada por meio de medidas de tendência central, dispersão, assimetria e curtose. A validade de conteúdo, a consistência interna e a confiabilidade/reprodutibilidade da EASV-U foram testadas em estudo prévio (n=60), e constatou-se elevada confiabilidade: consistência interna ou *Alfa de Cronbach*=0,93 e reprodutibilidade com valores de *Kappa* satisfatórios que variaram de 0,79 a 0,97.¹⁷

As respostas da EASV-U foram registradas em escalas *Likert* com cinco possibilidades de respostas, variando de (1) “totalmente insatisfeito” a (5) “totalmente satisfeito”. A validade de construto foi estimada por meio de Análise Fatorial Exploratória – AFE, seguida por Análise Fatorial Confirmatória – AFC com o propósito de identificar os componentes da EASV-U, permitindo, assim, determinar o quanto essa escala estaria relacionada aos conceitos teóricos que a fundamentam, ou seja, se realmente é capaz de representar o construto a ser mensurado.

Os itens da EASV-U foram submetidas à AFE para avaliar sua estrutura fatorial. Inicialmente realizou-se a análise da matriz de correlação. A presença desta entre as variáveis foi medida considerando o valor de $p \leq 0,05$.²⁷ Para verificar a medida de adequação ao método, compatibilidade dos dados para indicar a AFE, foram realizados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e esfericidade de *Bartlett*. Os valores do critério KMO variam de 0 a 1, sendo acima $\geq 0,80$, admirável e $< 0,50$, indicam a inadequação do método.^{25,27} Para *Bartlett*, valores com nível de significância $< 0,05$ indicam que a matriz é fatorável.^{25,28} Em seguida, procedeu-se à identificação das comunalidades para cada item, observando se ela atendia aos

níveis de explicação aceitáveis (>0,5) e a sua contribuição para a pesquisa. Valores abaixo desse nível indicam que o item deve ser excluída.²⁷ Realizou-se a análise das cargas fatoriais de cada item em relação aos componentes extraídos. Adotou-se 0,40 como limite aceitável da contribuição do item na criação do fator com o objetivo de evitar o problema da indeterminação da relação entre itens e fatores.²⁵ A definição do número de fatores, que consiste na junção de variáveis que avaliam temas semelhantes, baseou-se primeiramente na avaliação gráfica do *ScreePlot* e na observação da percentagem de variância total acumulada. Após, através da análise segundo o método dos componentes principais, as variáveis foram rotacionadas por meio da rotação ortogonal *Varimax*.^{27,29} A denominação dos fatores ocorreu a partir da identificação do conteúdo comum das variáveis agrupadas no mesmo fator.²⁷

No presente estudo, a consistência interna da EASV-U foi testada novamente (n=1300), após realização da análise fatorial exploratória. Essa consistência interna foi estimada por meio do Coeficiente de *Alpha de Crobach* para escala global e para cada fator definido. Esse coeficiente pode variar de 0 a 1 e foi considerado o valor mínimo de 0,70 para uma consistência interna satisfatória.³⁰

A fim de legitimar a estrutura dimensional extraída na AFE, procedeu-se à efetivação da AFC da EASV-U. No que se refere aos índices indicativos de qualidade do modelo ajustado, foram considerados a razão entre o qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl), *Googness-of-fit* (GFI), *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker Lewis Index* (TLI) e *Root-Mean-Square Error of Aproximation* (RMSEA).^{25,31}

Este estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - CEP/Unimontes, sob Parecer nº 313.870/2013. Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Conforme informações coletadas na coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2015, a Atenção Primária à Saúde do município era constituída por 125 equipes da Estratégia Saúde da Família e 18 salas de vacina, onde foi aplicada uma média mensal de

seis doses de vacinas, ou seja a cada mês eram aplicadas aproximadamente em media 108 vacinas nas 18 salas e, portanto em 12 meses aproximadamente 1296 vacinas. Para a coleta dos dados, a população de estudo definida no cálculo amostral foi previamente distribuída considerando-se as proporções de vacinas aplicadas nessas 18 salas de vacina do município, de acordo o último ano de vacinação. A proporcionalidade de participantes por sala de vacina pesquisada foi, assim, distribuída: Sala de Vacina (SV): SV1(58 participantes), SV2(79 participantes), SV3(103 participantes), SV4(64 participantes), SV5(59 participantes), SV6(85 participantes), SV7(79 participantes), SV8(165 participantes), SV9(98 participantes), SV10(17 participantes), SV11(86 participantes), SV12(67 participantes), SV13(139 participantes), SV14(87 participantes), SV15(31 participantes), SV16(35 participantes), SV17(16 participantes) e SV18(32 participantes), totalizando 1300 usuários que participaram da pesquisa. O número de participantes superou a amostra estimada para o estudo, uma vez que se optou por aplicar a EASV-U entre todos os usuários que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo durante o período de tempo previamente estimado para condução da coleta dos dados.

Na tabela 1, está apresentado o número de respondentes, a média, os desvios-padrões, coeficiente de assimetria e curtose referentes a cada item da Escala de Avaliação da Satisfação com a Sala de Vacina na Perspectiva do usuário – EASV-U. Os itens da EASV-U apresentaram valores de assimetria e curtose que indicam uma aproximação da distribuição normal (Tabela 1).

Os critérios para a seleção dos itens e composição de cada fator consideraram a análise da curva descendente, em que o ponto em que a inclinação da curva está claramente nivelada indica o número de fatores que devem ser gerados pela análise, bem como a variância total explicada. Quanto à inspeção das cargas fatoriais por item de cada fator na AFE da EASV-U, considerou-se a predefinição de três fatores, seguindo, assim, o método dos componentes principais e rotação pelo método *Varimax* para extração dos fatores do construto. Assim, os 11 itens foram agrupados em três fatores, com variância total explicada de 78,88%. Obteve-se (KMO) de 0,94 e teste de esfericidade de *Barlett* com o valor $p < 0,000$, evidenciando a fatorabilidade da matriz dos dados. A análise das comunalidades mostrou valores entre 0,713 e 0,854.

Nessa análise, os itens que se correlacionam foram agrupados nos devidos fatores e considerou-se que a satisfação do usuário estaria relacionada a: Fator I - Satisfação com a estrutura física/organizacional (Estrutura) da sala de vacina: (itens 1, 2, 3,4); Fator II -

Satisfação com o profissional/relação interpessoal (Processo) da sala de vacina: (itens 5, 6, 7, 8, 11) e o Fator III - Satisfação com a estrutura logística (Insumos) da sala de vacina (itens 9 e 10).

Em relação à consistência interna da escala global o alfa de *Cronbach* foi igual a 0,949. Para cada fator, os valores de alfa foram: Fator I igual a 0,876; Fator II, 0,920 e Fator III, 0,867. Na Tabela 2, são apresentados os valores das comunalidades, das cargas fatoriais de cada item por fator extraído, a variância total explicada, bem como o alfa de *Cronbach* (Tabela 2).

Os resultados encontrados na AFC atestam a estrutura de três fatores gerados na AFE, evidenciando qualidade de ajuste do modelo por meio dos índices indicativos: $\chi^2/gl= 4,33$; RMSEA = 0,05 (IC 90% = 0,042-0,60); CFI = 0,991; TLI = 0,984; GFI = 0,981. Pode-se observar que a razão χ^2/gl revelou ajuste aceitável do modelo. O valor do RMSEA também indicou ajustamento aceitável da estrutura. Por fim, em outras medidas comparativas, verificou-se que os índices CFI, TLI e GFI atingiram o parâmetro de ótimo ajuste (Figura 1).

Em relação à interpretabilidade, os níveis de avaliação da EASV-U foram estimados pelo método aditivo ponderado para as distintos fatores do construto. Essas estimativas foram feitas por meio da razão entre a soma dos distintos itens que constituem os fatores, multiplicados pelos seus respectivos pesos fatoriais (carga fatorial) e a soma dos pesos fatoriais atribuídos. Em seguida, foi realizada a estimativa da média e dos valores mínimo e máximo da EASV-U. No que se refere à definição do ponto de corte para interpretar os dados resultantes da aplicação do instrumento, foi adotado o limite inferior do intervalo de confiança (IC 95%), ou seja, o ponto de corte da dimensão estrutura física/organizacional para os valores abaixo de 1,64 representa os insatisfeitos e os valores acima de 1,71 os satisfeitos. Para a dimensão processo, o limite inferior foi de 1,59 e o superior de 1,66. Na dimensão estrutura logística/insumos, o limite inferior foi de 1,63 e o superior de 1,70 (Tabela 3).

Após aplicar o ponto de corte estabelecido, foram observadas as proporções, por categoria, em relação à satisfação com o construto mensurado em cada um dos três fatores. Os participantes foram categorizados em satisfeitos e insatisfeitos. Os que apresentaram escores iguais ou abaixo desse valor foram considerados insatisfeitos com os serviços ofertados nas salas de vacina. Já os que apresentaram valores acima desse ponto de corte foram considerados satisfeitos com o construto aferido em cada um dos três fatores (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as evidências de validade de construto e confiabilidade da EASV-U, bem como sua interpretabilidade, em uma população de pais ou responsáveis por crianças menores de um ano atendidas nas salas de vacina em Montes Claros – MG. A EASV-U apresentou validade de construto e confiabilidade adequadas, atestando, dessa forma, a aplicabilidade desse instrumento para avaliar a satisfação dos usuários com o serviço ofertado nas salas de vacina. Além disso, ficou evidente que o instrumento é de fácil interpretação, razão pela qual pode ser utilizado tanto em análises nas quais os fatores podem ser avaliados como variáveis quantitativas, assim como variáveis categóricas, ao adotar o ponto de corte proposto.

Diante do ineditismo deste trabalho, até o ponto de que se tem conhecimento, não há parâmetro de comparação dos dados apresentados. Dessa forma, os dados serão discutidos com outros estudos que contemplaram os construtos teorizados para a escala, bem como com os que construíram e validaram instrumentos. Assim, recorre-se à literatura para fundamentar que “quanto melhor e mais completa for a especificação do construto, melhor será a garantia de que o instrumento será útil e válido”, pois todo teste de validação é uma oportunidade de checar se os instrumentos utilizados são realmente capazes de medir com precisão o que propõem.¹⁹⁻²¹

Destaca-se a importância da elaboração desses instrumentos, visto que, até o momento, a literatura apresenta escassez de estudos aprofundados em relação à temática e, quando encontrados, são restritos e não consideram a perspectiva dos usuários em relação à assistência recebida, especificamente, nas salas de vacina. Assim, ressalta-se a necessidade de existirem ferramentas que permitam uma avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário de forma mais abrangente e continuada, objetivando subsidiar a melhoria da qualidade desses serviços para a população.³²

A análise fatorial exploratória do instrumento submetido ao processo de validação foi considerada adequada a partir dos resultados encontrados pelos testes de KMO e pelo teste de esfericidade de *Bartlett*, com alta variância total explicada. Dessa forma, os 11 itens da escala foram agrupados em três fatores, que explicaram 78,88% da satisfação dos usuários com a sala de vacina. Com isso, o procedimento de validação do construto resultou na manutenção da versão inicial da EASV-U, não havendo exclusão de nenhum item do instrumento.

Neste estudo, não foram considerados somente os parâmetros estatísticos, mas o princípio de que os fatores devem ser compreensíveis, teoricamente justificáveis e coerentes com a realidade do cotidiano. Observou-se, ainda, que a escala apresentou aplicabilidade prática com curto tempo despendido para a sua aplicação, se considerado o tamanho da população do estudo, sendo fatores que devem ser considerados ao se desenvolver um instrumento voltado para os usuários do serviço de saúde.²⁵

Assim, por meio da AFE da EASV-U, a partir do arranjo dos itens que combinaram importantes resultados estatísticos, identificou-se seu agrupamento em três fatores considerados determinantes para satisfação do usuário em relação à assistência oferecida pela sala de vacina e estão associados: à estrutura física e organizacional, ao processo de trabalho (relação usuário/profissional) e à estrutura logística/insumos das salas de vacina.

Na análise do fator I, estudos descrevem que o acesso aos serviços de saúde abrange dificuldades e resistências que podem estar associadas a fatores, como distância, barreiras geográficas, transporte, tempo de espera, horários disponíveis. Tais fatores representam a acessibilidade geográfica, econômica, cultural e funcional. Dessa forma, as estratégias adotadas para avaliação dos serviços de saúde e de vacinação devem valorizar a forma de organização da demanda, oferta, acesso, uso e equidade, pois a avaliação do serviço de vacinação é uma atividade complexa, que requer o entendimento de todos os fatores que interferem no resultado final e impedem a efetividade dessa ação.³³

Ressalta-se, ainda, que as condições da área física da sala de vacina devem atender e cumprir as normas previstas pelo PNI, a fim de garantir a qualidade dos imunobiológicos desde sua fabricação, conservação adequada e aplicação. Além disso, é importante advertir, ainda, que o ambiente destinado à manipulação e à administração dos imunobiológicos deve seguir rigorosamente as normas de conservação e de limpeza, para garantir a máxima segurança de seus usuários.³²

A literatura pesquisada confirma que a estrutura e a organização do funcionamento da sala de vacina são consideradas fatores primordiais para o êxito do serviço de imunização, pois, para se ter êxito, é necessário atingir a meta preconizada do PNI que é promover vacinação segura a 100% das crianças menores de um ano, com garantia de vacinação para todas as crianças menores de cinco anos, visando 100%, também, para aquelas que não foram vacinadas ou que não tenham completado o esquema básico no primeiro ano de vida. Dessa forma, o objetivo de garantir imunização com consequente melhoria na qualidade da saúde,

bem como, a diminuição de custos relacionados ao tratamento das doenças imunopreveníveis, será alcançado. Fato este que somente será possível se os gestores dos serviços e das salas de vacina adotarem ações de normatização, supervisão e elaboração de políticas e estratégias que viabilizem melhor acesso e estrutura para a população ao serviço de saúde dentre ele o de imunização.³⁴

O Fator II chama atenção, já que os itens dessa dimensão são aqueles que abrangem a conduta do profissional que envolve a competência/qualidade técnica, capacidade de comunicação/interação usuário-profissional, relação profissional-usuário, características dos profissionais que prestam o serviço, personalidade e pode-se afirmar que esses itens estão relacionados entre si e são extremamente importantes para avaliarem a satisfação do usuário em relação ao profissional da sala de vacinação. Ressalta-se que nesse momento, ocorre a interação usuário/vacinador, o que exige e envolve outros atributos como: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe. Dessa forma, esses achados sugerem que a satisfação dos usuários da sala de vacina está diretamente associada ao atendimento ofertado pelos profissionais desse serviço. Estudos descrevem que é comum, nas salas de vacina, haver padronizações que guiam o trabalho, em que o profissional deve manter um olhar crítico e reflexivo sobre o gesto vacinal e os fatores que interferem para a eficiência e para a eficácia desta ação, além de assegurar que, no cotidiano da sala de vacinação, o fazer da equipe abrange ações antes, durante e depois da aplicação das vacinas. Ainda destaca-se o fato de o profissional estar sempre em busca de capacitação / atualização para atingir a qualidade e a satisfação do usuário.^{14,18,32}

Isso é comum nos serviços de imunização, pois, geralmente a escolha da sala para vacinar o filho acontece bem antes de a criança nascer, quando a mulher, ainda na gestação, busca aquela sala para imunizar-se e, a partir daí, cria-se um vínculo de confiança para que ela possa levar o seu filho para vacinar também naquela mesma sala. Fica evidente que a estrutura, o funcionamento e o vínculo criado fazem com que o serviço ali recebido seja seguro e de confiança e, por isso, ela o procura ou o indica para parentes ou amigos, alegando que a estrutura e funcionamento do serviço de vacinação e o atendimento, proporcionados pela equipe, têm impactado na decisão da população de usar aquela sala de vacina.^{35,36}

Ao buscar outros estudos que também utilizaram a análise fatorial, a força com que a satisfação se correlaciona com as variáveis relacionadas aos usuários e ao serviço, constatou-se que 90% a 95% das variações da satisfação resultam de variáveis relacionadas aos pacientes e apenas 5% a 10% aos serviços e seus provedores. Diante disso, ao construir um

instrumento de medida para avaliar satisfação, faz-se necessária a presença de itens/variáveis que relacionam a relação usuário/profissional, mesmo que tenha uma menor representatividade.^{35,36}

O terceiro e último fator demonstra a satisfação do usuário com a sala de vacina, relacionada à estrutura logística, principalmente em relação à disponibilização/existência dos insumos necessários (imunobiológicos e materiais). Estudo recente menciona que uma das barreiras para atingir as coberturas vacinais está relacionada a problemas no acesso e na obtenção de serviços de imunização de alta qualidade, que se dá principalmente pela falta do imunobiológico, sendo este um fator que impacta negativamente na avaliação do usuário. Ademais, o estudo recomendou incluir como aprimoramento a previsão adequada do fornecimento de vacinas para evitar falhas na prestação da assistência.¹⁵

Avaliou-se a confiabilidade dos fatores gerados de acordo com o critério da homogeneidade, como realizado em alguns estudos de análise fatorial.³⁷ A análise apontou elevada consistência interna da escala global, com alfa de *Cronbach* igual a 0,949. Para cada fator, obteve-se, no Fator I, 0,876; Fator II, 0,920 e Fator III, 0,867, o que explicita homogeneidade dos itens que compõem a escala e sua capacidade de mensurar sem erros. Ao constatar a confiabilidade dos resultados obtidos, é possível dar maior relevância e robustez às pesquisas³⁸ que venham a utilizar a EASV-U.

Em relação à interpretabilidade, alguns estudos, que tiveram a mesma finalidade de testar as qualidades psicométricas de instrumentos de pesquisa, não apresentaram formas de interpretação dos resultados obtidos com a aplicação deles.^{28,39} Dessa forma, além de válida e consistente, a EASV-U mostrou-se interpretável e de fácil aplicação, o que permitiu coletar respostas de um grande número de pessoas entrevistadas.

Sobre as limitações do estudo, pode-se considerar a definição da população que ficou restrita a pais ou responsáveis por crianças menores de um ano de idade. Por outro lado, essas pessoas são usuárias frequentes das salas de vacina, o que permite respostas condizentes com a realidade experienciada por eles, além de abranger os diversos perfis sociodemográficos. Além disso, o planejamento amostral superou as recomendações da literatura, garantindo mais robustez e validade ao estudo, ao proporcionar maior variabilidade dos dados analisados.

Outra consideração importante diz respeito ao tempo decorrido entre a coleta e a análise dos dados da pesquisa. Nesse sentido, é válido mencionar que a coleta ocorreu em todas as 18

salas de vacina do município, de acordo à proporcionalidade do número de vacinas aplicadas em cada uma, o que permitiu abranger a população de estudo de forma representativa, conforme utilização/frequência do serviço. Nessa perspectiva, pode-se observar, ainda, que o número de salas de vacina no município se manteve inalterado até o último semestre, quando foi implantada somente mais uma sala de vacina. Diante disso, o cenário dos serviços ofertados nas salas de vacina, provavelmente, tenha sofrido pouca alteração.

As análises dos construtos demonstraram boas propriedades psicométricas em termos de confiabilidade e validade. É importante ressaltar que a validação de um instrumento não pode ser esgotada em um único estudo.²⁵

CONCLUSÕES

A escala apresentou um bom desempenho e evidencia sua qualidade psicométrica, uma vez que apresenta características satisfatórias quanto à validade de construto e consistência interna. Além disso, a interpretação dos resultados obtidos por meio da EASV-U é fácil. Ela incluiu em seus itens questões que consideraram a própria percepção do usuário em relação à satisfação com os serviços oferecidos pela sala de vacina. Ao ser submetido à AFE, evidenciou que a satisfação do usuário está relacionada à estrutura física e organizacional, ao processo de trabalho da equipe e à estrutura logística/disponibilidade dos insumos necessários. A AFC legitimou o modelo trifatorial estimado por meio da AFE, que demonstrou qualidade do ajuste local.

A EASV-U apresentou qualidades adequadas para um instrumento de medida no que se refere à metodologia adotada para avaliação de suas propriedades psicométricas. Os resultados obtidos indicam que ela poderá ser utilizada na avaliação da satisfação do usuário dos serviços da sala de vacina. Ademais, por tratar-se de instrumento novo, poderá ser utilizado como fonte para construir e monitorar indicadores de saúde e para nortear ações prioritárias nas tomadas de decisão pela gestão pública dos serviços assistenciais, a partir da avaliação do usuário, bem como em pesquisas futuras com a temática abordada.

REFERÊNCIAS

1. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 1337-1349.
2. Donabedian, A. Quality assessment and monitoring: retrospect and prospect. *Eval*

- Health Prof. 1983; 6(3): 363-375.
3. Brandão ALDRB, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saúde Colet*. 2013; 18: 103-114.
 4. Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22(3): 285-96.
 5. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saúde Colet*. 2005; 10: 303-312.
 6. Vuori, H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care?. *QRB. Quali rev bulletin*. 1987; 13(3): 106-108.
 7. Institute of Medicine (IOM). Committee on quality of health care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy press. Washington. 2001.
 8. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013; 46(6): 1039-1050.
 9. Souza JGS, Oliveira BEC, Lima CV, Sampaio AA, Noronha MDS, Oliveira RF, *et al*. Insatisfação com os serviços odontológicos entre idosos brasileiros dentados e edentados: análise multinível. *Cienc Saúde Colet*. 2019; 24(1): 147-158.
 10. Martins AMEDBL, Ferreira RC, Santos Neto PED, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF. Insatisfação dos usuários com a assistência odontológica: estudo domiciliar populacional. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49: 51.
 11. Martins AMEBL, Muniz AB, Silveira MF, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF. Avaliação da assistência oftalmológica na perspectiva dos usuários. *Rev bras epidemiol*. 2016; 19(2): 390-402.
 12. Hannings AN. Percepções do paciente sobre o farmacêutico estudantil e executar celular em fl clínicas de vacinação contra a gripe. *J Ass Amer Farmac*. 2019; 59: 228-231.
 13. Siqueira LDG, Versiani CMC, Carvalho PD, Ferreira RC, Martins AMEBL. Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário. *Saúde Debate*. 2018; 42(119): 916-926.
 14. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998; 101(supl 2): 518-525.
 15. Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcántara P, Velandia-González M, Danovaro-

- Holliday MC. From the parents' perspective: a user-satisfaction survey of immunization services in Guatemala. *BMC public health*. 2014; 14(1): 231.
16. Burt S, Hattingh L, Czarniak P. Avaliação da satisfação e experiência do paciente para serviços de vacinação administrados por farmacêuticos na Austrália Ocidental. *J Int Farm Clinic*. 2018.
 17. Siqueira LG, Martins AMEBL, Versiani CMC, Almeida LAV, Oliveira CDS, Nascimento JE, *et al*. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(3): 557-568.
 18. Domingues CMAS, Teixeira AMDS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(1): 9-27.
 19. Alexandre NMC, Guirardello EDB. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(2): 109-111.
 20. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saúde Colet*. 2011; 16: 3061-3068.
 21. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saúde Colet*. 2015; 20(3): 925-936.
 22. Pires VA, Silva SDAM, Fonseca SA, Vendramini P, Coelho FDS. Dossiê campo de públicas no Brasil: definição, movimento constitutivo e desafios atuais. *Adm Públic Gest Social*. 2014; 6(3): 110-126.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Montes Claros – IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>
 24. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Nascidos Vivos – Minas Gerais. Nascimento p/resid.mãe segundo município de Montes Claros. 2013.
 25. Polidoro DA, Alves DFS, Oliveira HC, Guirardello EB. Validade e confiabilidade de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(4): 598-603.
 26. Pilati R, Laros JA. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psic Teor Pesq*. 2007; 23(2): 205-216.
 27. Maroco J. Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações. Pêro Pinheiro: Report Number. 2010.
 28. Figueiredo-Filho DB, Silva-Junior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin Pública*. 2010; 16(1): 160-85.

29. Field A. Descobrendo a estatística usando o SPSS. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
30. Revelle W, Zinbarg RE. Coefficients alpha, beta, ômega, and the GLB: comments on Sijtsma. *Psychometrika*. 2009; 74: 145-54.
31. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*. 1980; 88(3): 588.
32. Ministério da Saúde. Manual de rede de frio do Programa Nacional de Imunizações. 5 ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2017.
33. Matos E, Pires DEPD, Sousa GWD. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev bras enferm*. 2010; 63(5): 775-781.
34. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(4): 1-9.
35. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário. *R bras Enferm*. 1995; 48(2): 109-119.
36. Weiss GL. Patient Satisfaction with primary medical care. *Medical care*. 1988; 26(4): 383-392.
37. Selnes F, Gønhaug K. Effects of supplier reliability and benevolence in business marketing. *J Busn Res*. 2000; 49(3): 259-271.
38. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010; 68(4): 319-23.
39. Reichenheim M, Moraes C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 665-73.

Tabela 1 – Número de respondentes e medidas descritivas dos itens da Escala da Avaliação da Satisfação com a Sala de Vacina na perspectiva do usuário – EASV-U entre pais ou responsáveis por usuários menores de um ano das salas de vacina de Montes Claros - MG, 2015-2016.

Item	n	Média	Desvio-padrão	Assimetria	Curtose
1	1292	4,31	0,79	-1,32	2,04
2	1287	4,32	0,76	-1,19	1,66
3	1293	4,33	0,77	-1,34	2,30
4	1290	4,29	0,79	-1,20	1,56
5	1291	4,39	0,66	-1,08	1,80
6	1290	4,39	0,69	-1,29	2,76
7	1292	4,33	0,75	-1,23	1,97
8	1291	4,33	0,74	-1,37	2,16
9	1291	4,39	0,68	-1,27	2,86
10	1292	4,28	0,80	-1,23	1,68
11	1293	4,37	0,71	-1,29	2,37

Tabela 2 – Análise fatorial exploratória da Escala da Avaliação da Satisfação com a Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário – EASV-U entre pais ou responsáveis por usuários menores de um ano das salas de vacina de Montes Claros - MG, 2015-2016. n=1300

Item	Conteúdo	Fator I	Fator II	Fator III	Comunalidades	Alpha de Cronbach		
						Por fator	Escala global	
Satisfação com a estrutura física/organizacional (Fator I) Estrutura								
1	Satisfação com o tempo de espera para conseguir a vacinação	0,699	0,315	0,364	0,720	0,876		
2	Satisfação em relação à acessibilidade (qualidade das rampas; portas e ou escadas)	0,797	0,172	0,362	0,796			
3	Satisfação em relação ao horário de funcionamento	0,761	0,288	0,291	0,747			
4	Satisfação em relação à estrutura física e ou ao conforto da sala de vacina	0,700	0,499	0,150	0,713			
Satisfação com Profissional/Relação interpessoal (Fator II) Processo								
5	Satisfação em relação à cortesia/gentileza do profissional que aplicou a vacina	0,561	0,679	0,188	0,810	0,949		
6	Satisfação em relação à percepção do nível de preparo do profissional para aplicar a vacina	0,436	0,728	0,282	0,800			
7	Satisfação em relação ao recebimento de todas as informações necessárias sobre a vacina	0,239	0,747	0,462	0,829			0,920
8	Satisfação em relação à oportunidade de esclarecer as dúvidas sobre a vacina aplicada	0,223	0,649	0,576	0,803			
9	Nível de confiança em relação aos serviços prestados	0,361	0,596	0,532	0,768			
Satisfação com estrutura logística (Fator III) Insumos								
10	Satisfação com avaliação da disponibilidade de vacinas	0,338	0,302	0,805	0,854	0,867		
11	Satisfação com a disponibilidade dos materiais para aplicar a vacina	0,383	0,331	0,762	0,838			
Variância Explicada (%)		66,72	7,30	4,86	78,88			

Tabela 3 – Análise descritiva dos 3 fatores da Escala da Avaliação da Satisfação com a Sala de Vacina na perspectiva do usuário – EASV-U entre pais ou responsáveis por usuários menores de um ano das salas de vacina de Montes Claros - MG, 2015-2016.

FATOR	Média	DP	Mínimo	Máximo	IC (95%)
1 – Estrutura física/organizacional	1,68	0,66	1	4	1,64 – 1,71
2 – Processo	1,62	0,61	1	5	1,59 – 1,66
3 – Estrutura logística/insumos	1,67	0,71	1	5	1,63 – 1,70

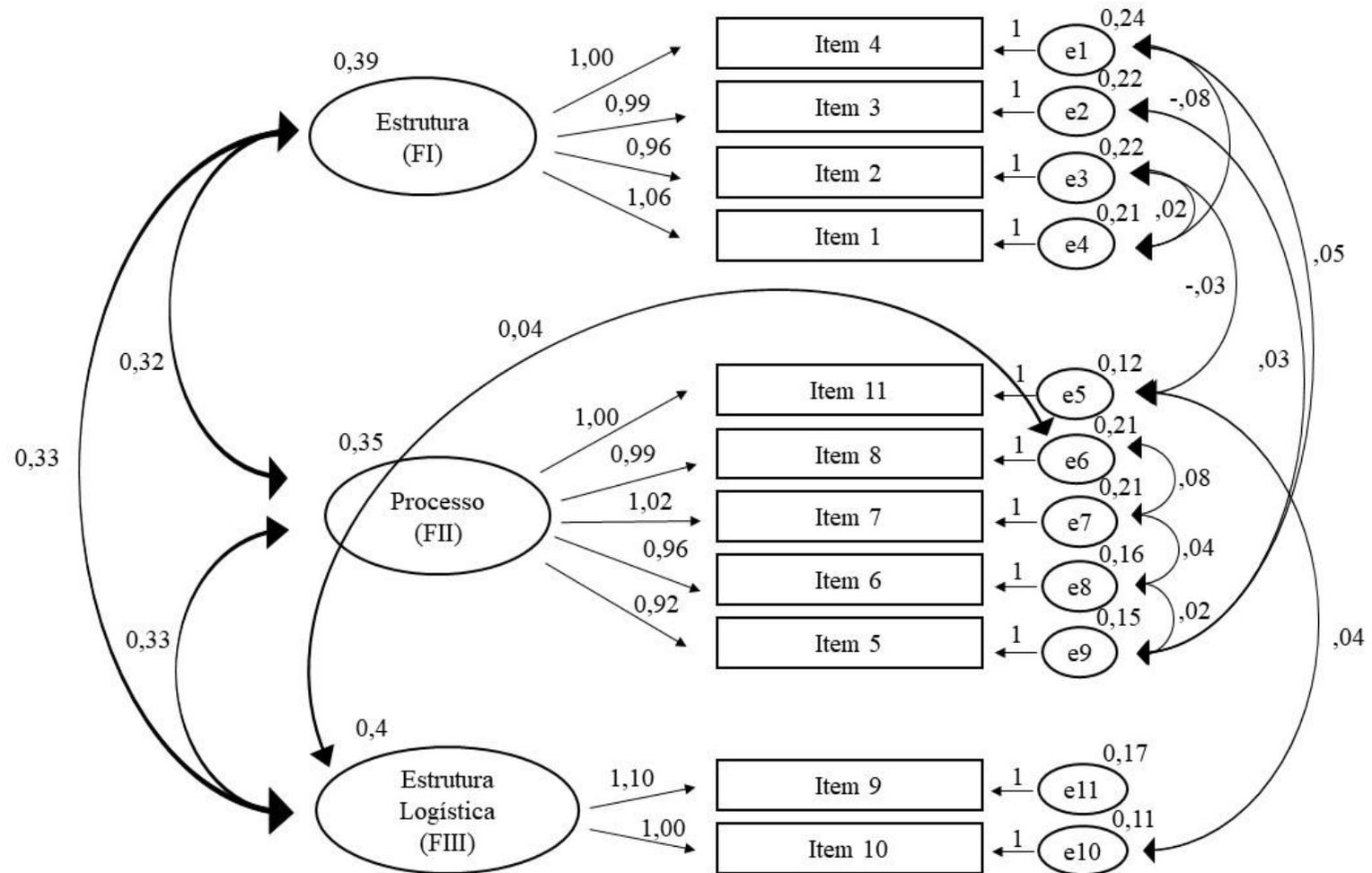


Figura 1 – Estrutura fatorial da Escala de Avaliação da Sala de Vacina na Perspectiva do Usuário EASV-U obtida da análise fatorial confirmatória. Montes Claros, MG, Brasil, 2015/2016.

Tabela 4 – Análise descritiva, quanto à proporção de insatisfação considerando os 3 fatores da Escala da Avaliação da Satisfação com a Sala de Vacina na perspectiva do usuário – EASV-U entre pais ou responsáveis por usuários menores de um ano das salas de vacina de Montes Claros - MG, 2015-2016.

FATOR	Satisfação	
	Satisfeitos n(%)	Insatisfeitos n(%)
1 – Estrutura física/organizacional	710(54,8)	586(45,2)
2 – Processo	689(53,2)	607(46,8)
3 – Estrutura logística/insumos	685(52,9)	611(47,1)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização deste trabalho traz muitas reflexões sobre os resultados encontrados nesta pesquisa, uma vez que evidenciaram a qualidade psicométrica de um instrumento para avaliação da satisfação do usuário em relação aos serviços ofertados nas salas de vacina do município de Montes Claros – MG, bem como apresentou sua interpretabilidade. Atuo na gestão da Atenção Primária à Saúde deste município e almejo utilizar a EASV-U como fonte de informação e de monitoramento do serviço, considerando a perspectiva dos nossos usuários.

A escala demonstrou um bom desempenho, já que apresentou características satisfatórias para validade de construto, consistência interna adequada e interpretação clara e acessível. É importante mencionar que o planejamento amostral atendeu aos pressupostos para validação do construto.

A escala incluiu em seus itens questões que consideraram a própria percepção do usuário em relação à satisfação com os serviços oferecidos pela sala de vacina. Ao ser submetido à AFE, evidenciou que a satisfação do usuário está relacionada, principalmente, à estrutura física e organizacional, ao processo de trabalho da equipe e à estrutura logística/disponibilidade dos insumos necessários. A AFC legitimou o modelo trifatorial estimado por meio da AFE, que demonstrou qualidade do ajuste local.

É importante mencionar o rigor metodológico utilizado, como o planejamento amostral, o treinamento dos entrevistadores, a utilização do instrumento validado em relação ao seu conteúdo e a condução das coletas de dados, em todas as 18 salas de vacinação do município de Montes Claros. Tais pontos mantiveram o controle de qualidade e garantiram validade e confiabilidade ao estudo quanto às análises e às estratégias apresentadas.

Nesse sentido, este estudo consistiu na avaliação da qualidade da EASV-U, passo importante para elucidar as diversas questões levantadas sobre a satisfação do usuário das salas de vacina. A satisfação dos usuários é um conceito extremamente difícil de descrever e de conceituar, apesar de ser um tema já discutido por estudiosos da área.

A EASV-U apresentou qualidades adequadas para um instrumento de medida no que se refere à metodologia adotada para suas propriedades psicométrica. Os resultados obtidos indicam que ela poderá ter um papel fundamental na avaliação da satisfação do usuário dos serviços da sala de vacina.

Ademais, por tratar-se de instrumento novo, poderá ser utilizado como fonte para construir e monitorar indicadores de saúde e para nortear ações prioritárias nas tomadas de decisão pela gestão pública dos serviços assistenciais, a partir da avaliação do usuário. Além disso, acreditando-se no potencial da EASV-U, esta poderá ser utilizada em pesquisas futuras que abordam a temática deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. D'innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev bras enferm.* 2006; 59(1): 84-8.
2. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(5): 412-32.
3. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul Enf.* 2004; 17(1): 55-62.
4. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enf.* 2006; 19(1): 88-91.
5. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Netto AR, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49(7): 1-11.
6. Donabedian A. Quality, cost, and cost containment. *Nursing Outlook.* 1984; 32(3): 142-145.
7. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990; 114(11):1115-1118.
8. Vuori H. Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *QRB. Quality review bulletin.* 1987; 13(3): 106-108.
9. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saúde Colet.* 2005; 10: 303-312.
10. Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Rev Port Clin Geral.* 2006; 22(3): 285-96.
11. Brandão ALDRB, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saúde Colet.* 2013; 18, 103-114.
12. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Ver Saúde Pública.* 2013; 46: 1039-1050.
13. Martins AMEBL, Jardim LA, Souza JGS, Rodrigues CAQ, Ferreira RC, Pordeus IA. Is the negative evaluation of dental services among the Brazilian elderly population associated with the type of service? *Rev Bras Epidemiol.* 2014; 17: 71-90.

14. Martins AMEBL, Ferreira RC, Santos Neto PED, Carreiro DL, Souza JGS, Ferreira EF. Users' dissatisfaction with dental care: a population-based household study. *Rev Saude Publica*. 2015; 49: 51.
15. Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. *Obesity research*. 2001; 9(S11): 239-243.
16. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 1337-1349.
17. Gilmore CM, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade. Washington: PS/Kellogg. 1997.
18. Serapioni M, Silva MGCD. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Cien Saúde Colet*. 2001; 16: 4315-4326.
19. Institute of Medicine (IOM). Committee on quality of health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academy press. Washington. 2001.
20. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26: 513-559.
21. Vinagre MH, Neves J. The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International journal of health care quality assurance*. 2008.
22. Bleich SN, Özaltin E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bull World Health Organ*. 2009; 87: 271-278.
23. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *J retailing*. 1988; 64(1): 12.
24. Holm K, Li S, Spector N, Hicks F, Carlson E, Lanuza D. Obesity in adults and children: a call for action. *Journal of advanced nursing*. 2001; 36(2): 266-269.
25. Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J adv nursing*. 2003; 42(4): 324-339.
26. Rocha LRM, Veiga DF, Oliveira PR, Song EH, Ferreira LM. Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13: 24.

27. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical therapy*. 2011; 91(1): 25-36.
28. Almeida RS, Bourliataux-Lajoinie S, Martins M. Instrumentos para mensuração da satisfação dos usuários de serviços de saúde: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(1): 11-25.
29. Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N, Zendjidjian X, Belzeaux R, Limousin S, et al. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: a systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry*. 2009; 24(8): 540-549.
30. Sjetne IS, Bjertnaes OA, Olsen RV, Iversen HH, Bukholm G. The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ): identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 88.
31. Manaf NHA, Mohd D, Abdullah K. Development and validation of patient satisfaction instrument. *Lead Health Services*. 2012; 25(1): 27-38.
32. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(4): 665-673.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão Sala de Vacinação - PAISSV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
34. Alexandre NMC, Guirardello EDB. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11: 109-111.
35. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saúde Colet*. 2011; 16: 3061-3068.
36. Pires VA, Silva SDAM, Fonseca SA, Vendramini P, Coelho FDS. Dossiê campo de públicas no Brasil: definição, movimento constitutivo e desafios atuais. *Administração Pública e Gestão Social*. 2014; 109-167.
37. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2015; 20: 925-936.
38. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010; 19: 539-549.
39. Siqueira LG, Martins AMEBL, Versiani CMC, Almeida LAV, Oliveira CDS, Nascimento JE, et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina

- na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2017; 26(3): 557-568.
40. Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcántara P. Do ponto de vista dos pais: uma pesquisa de satisfação do usuário dos serviços de imunização na Guatemala. *BMC Public Health*. 2014; 14: 231.
41. Burt S, Hattingh L, Czarniak P. Evaluation of patient satisfaction and experience towards pharmacist-administered vaccination services in Western Australia. *Int J Clin Pharm*. 2018; 40: 1519–1527.
42. Hannings AN, Luke LJ, Logan LD, Upchurch BL, Kearney JC, Darley A, et al. Patient perceptions of student pharmacist–run mobile influenza vaccination clinics. *J Am Pharm Assoc*. 2019; 59: 228-231.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4ª ed. Brasília: Funasa; 2001.
44. Temporão JG. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19: 1323-1339.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunização 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
46. Homma A, Martins RDM, Leal MDLF, Freire MDS, Couto AR. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Cien Saúde Colet*. 2011; 16: 445-458.
47. Domingues CMAS, Teixeira AMDS, Carvalho SMD. National immunization program: vaccination, compliance and pharmacovigilance. *Rev Inst Med trop S Paulo*. 2012; 54: 22-27.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Montes Claros – IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>
49. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Nascidos Vivos – Minas Gerais. Nascimento p/resid.mãe segundo município de Montes Claros. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>
50. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. 6ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688p.
51. Pilati R, Laros JA. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psic Teor Pesq*. 2007; 23(2); 205-216.

52. Siqueira LDG, Versiani CMC, Carvalho PD, Ferreira RC, Martins AMEBL. Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário. *Saúde Debate*. 2018; 42: 916-926.
53. Maroco J. *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number. 2010.
54. Figueiredo-Filho DB, Silva-Junior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin Pública*. 2010; 16(1): 160-85.
55. Field A. *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
56. Nunnally JC. *Psychometric theory 3E*. Tata McGraw-Hill Education. 1994.
57. Arbuckle JL, Worthke W. *AMOS 18 User's Guides*. SPSS. Chicago: 2009.
58. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*. 1980; 88(3): 588.
59. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 2001.
60. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 1999; 6(1): 1-55.
61. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. COSMIN checklist manual. COSMIN manual [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 01]. Available from: http://www.cosmin.nl/cosmin_checklist.html.
62. Pasquali L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: Pasquali L, editor. *Técnicas de exame psicológico-TEP*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.
63. Utha. Office of Public Health Assessment. Health status in Utah: the medical outcomes study SF-12 (2001 Utah health status survey report). Salt Lake City: Utah Department of Health; 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento da Pesquisa

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SALA DE VACINA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO – EASV-U	
<p>1) Qual a satisfação do(a) senhor(a) com o tempo que teve que esperar para conseguir a vacinação após o atendimento inicial na recepção e quanto a isso se sente:</p> <p>01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe</p>	472
<p>2) Qual a satisfação do(a) senhor(a) em relação ao seu acesso (qualidade das rampas, portas e ou escadas) para chegar a sala de vacina na unidade de saúde e quanto a isso se sente:</p> <p>01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe</p>	473
<p>3) Qual a satisfação do(a) senhor(a) em relação ao horário de funcionamento da Sala de Vacina e quanto a isso se sente:</p> <p>01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe</p>	474
<p>4) Qual a satisfação do(a) senhor(a) em relação as instalações ou seja em relação a estrutura física e/ou ao conforto da sala de vacinas (cadeiras, macas, espaço, iluminação, arejamento) do local onde a vacina foi aplicada e quanto a isso se sente:</p> <p>01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe</p>	475
<p>5) Qual a satisfação do(a) senhor(a) em relação a cortesia, gentileza e/ou a educação do profissional que aplicou a vacina e quanto a isso se sente</p>	476

01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	
6) O (a) Sr(a) acha que o(a) profissional que aplicou a vacina no seu filho está preparado para trabalhar nesse serviço? SIM ou NÃO. E, quanto a isso como o(a) Sr(a) se sente: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	478
7) O(A) senhor(a) recebeu todas as informações necessárias sobre a vacina que foi aplicada no seu filho e quanto a isso se sente: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	479
8) O (A) senhor(a) teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre a vacina que foi aplicada no seu filho e quanto a isso sente-se: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	480
9) Qual o nível de confiança em relação aos serviços prestados na sala de vacina e quanto a isso sente-se: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não Respondeu 99 Não Sabe	482
10) Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade das vacinas, ou seja sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o(a)sr. (a) as encontrou nesta unidade de saúde e quanto a isso se sente: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a)	481

04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	
11) Como o(a) senhor(a) avalia a disponibilidade dos materiais para aplicar a vacina ou seja sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o (a) Sr(a) encontrou todos matérias disponíveis para realização da vacina nesta unidade de saúde e quanto a isso se sente: 01 Totalmente insatisfeito (a) 02 Muito insatisfeito(a) 03 Nem satisfeito(a) / Nem insatisfeito(a) 04 Muito satisfeito(a) 05 Totalmente satisfeito(a) 98 Não respondeu 99 Não sabe	482

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da efetividade da vacina contra hepatite B, da estrutura e funcionamento das salas de vacina dentro da rede assistencial de Montes Claros - MG

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES.

Pesquisadora responsável: Andréa Maria Eleutério Barros de Lima Martins – Tel: - Fone: (38)3229-8284

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis à criança sob sua responsabilidade e o seu direito de tirá-la do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

Objetivo: esta pesquisa propõe avaliar a efetividade da vacina contra hepatite B, da estrutura e funcionamento das salas de vacina dentro da rede assistencial de Montes Claros - MG.

Metodologia/procedimentos: você será entrevistado por meio de questionário com dados relativos à criança sob sua responsabilidade e a mesma será submetida a coleta de sangue após a terceira dose da vacina pentavalente a fim de verificar se ela desenvolveu anticorpos contra a doença hepatite B, ou seja, se está protegida. A coleta de sangue deverá ser realizada no domicílio da criança em datas e horários previamente definido por você, responsável pela criança. Caso a criança não esteja protegida contra hepatite B será encaminhada para avaliação médica.

Justificativa: o estudo fornecerá dados importantes sobre a imunidade contra hepatite B das vacinas usadas pelo SUS entre crianças menores de um ano. Além disso, o estudo fundamenta-se na necessidade de se estudar a efetividade da vacina da hepatite B, incorporada as vacinas na composição pentavalente.

Benefícios: as crianças serão monitoradas durante a vacinação e seus pais receberão informações sobre o estado imunológico das mesmas, caso não estejam imunes serão encaminhado a assistência médica.

Desconfortos e riscos: o desconforto será decorrente das coletas de sangue e tempo necessário para responder ao questionário. Entretanto todas as normas de biossegurança, preconizadas pelo Ministério da Saúde, serão tomadas.

Danos: não se aplica.

Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: não se aplica.

Confidencialidade das informações: os dados serão utilizados especificamente para os propósitos descritos no projeto de pesquisa e serão tomadas as medidas necessárias para garantir proteção e confidencialidade das informações obtidas. As pessoas que participarem da pesquisa não serão identificadas pelo nome.

Compensação/indenização: não se aplica.

Consentimento: li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento em permitir que a criança que está sob minha responsabilidade participe desta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento

_____	_____
Nome do responsável	Assinatura do responsável
Data	
_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha
Data	
_____	_____
Coordenadora da Pesquisa	Assinatura da Coordenadora da
Pesquisa	Data

Endereço do Pesquisador: Departamento de Odontologia / Unimontes / Campus
Universitário Professor Darcy Ribeiro - Vila Mauricéia - Montes Claros - CEP 39401-089 -
Fone: (38)3229-8284

ANEXO C– Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da efetividade da vacina contra hepatite B, da estrutura e funcionamento das salas de vacina dentro da rede assistencial de Montes Claros

Pesquisador: Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15813013.9.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.870

Data da Relatoria: 21/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto destinado a analisar a efetividade da vacina contra hepatite B entre crianças menores de um ano e estudantes da área da saúde. Pretende-se também avaliar a estrutura e funcionamento das salas de vacina na rede de assistência à saúde. Serão conduzidas observações, entrevistas e coleta de sangue para análises laboratoriais de soroconversão entre os participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade da vacina contra hepatite B, da estrutura e funcionamento das salas de vacina dentro da rede assistencial de Montes Claros, MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O desconforto será decorrente das coletas de sangue e da aplicação da vacina e também pelo tempo dispensado pelos profissionais das salas de vacinas durante a participação da pesquisa. Entretanto, todas as normas de biossegurança serão tomadas e as vacinas utilizadas serão as fornecidas pelo Ministério da Saúde. O tempo dispensado para responder ao questionário será negociado com os participantes, com possibilidade de entrevistas em mais de um momento.

Benefícios:

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéa **CEP:** 39.401-089

UF: MG **Município:** MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** maisa.leite@unimontes.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 313.870

As crianças serão monitoradas durante a vacinação e seus pais receberão informações sobre o estado imunológico das mesmas. Os casos de não imunização serão encaminhados à assistência médica. Os acadêmicos serão estimulados a receber as três doses da vacina contra HB e os casos de não imunização serão orientados a procurar um médico e/ou a repetir, se indicado, o esquema vacinal. A equipe de pesquisadores promoverá ações educativas de orientação sobre medidas de biossegurança na comunidade acadêmica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na avaliação da efetividade da vacina contra hepatite B.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequadamente apresentados.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rul Braga s/n-Camp Unvers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéla CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: maisa.leite@unimontes.br

ANEXO D – Normas – Saúde em Debate



ISSN 0103-1104 versão impressa ISSN 2358-2898 versão online

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para a debates no campo da saúde coletiva, especialmente os relacionados às questões de política, planejamento, gestão e avaliação em saúde. Os editores encorajam contribuições de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas e de várias disciplinas científicas.

A revista é publicada trimestralmente; os Editores podem decidir pela publicação de números especiais, que seguirão o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

'Saúde em Debate' aceita trabalhos inéditos e originais que tragam contribuições relevantes para o conhecimento científico na área da saúde.

Os autores são total e exclusivamente responsáveis pelos manuscritos submetidos, os quais não devem ser submetidos simultaneamente a outra revista, seja integral ou parcialmente. É política do Cebes deter os direitos autorais de todos os artigos publicados na revista.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho na revista, os direitos autorais a que se refere passarão a ser propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, para que os textos fiquem à disposição de todos para leitura, download, cópia, impressão, compartilhamento, reutilização e distribuição, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária dos autores ou editores.

Não são cobradas taxas dos autores pela submissão e avaliação dos artigos; no entanto, uma vez que o artigo tenha sido aprovado para publicação, os autores são responsáveis pela revisão do idioma (obrigatório) e pela tradução para o inglês, com base em uma lista de revisores e tradutores disponibilizada pela revista.

A revista possui um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros fazem parte do Comitê Editorial e / ou base de dados de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação por pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam pelos softwares de detecção de plágio Plagiarisma e Copyspider. Dessa forma, é possível que os autores sejam questionados sobre as informações identificadas pela ferramenta para garantir a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é uma conduta editorial inaceitável, portanto, se sua existência for comprovada, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos à revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é fruto de um trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A contribuição dos autores para a continuidade da revista 'Saúde em Debate' como espaço democrático de difusão do conhecimento crítico na área da saúde se dará por meio de convênio ao Cebes. Para se tornar associado, acesse <http://www.cebes.org.br>.

Diretrizes para a preparação e submissão de artigos

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após o cadastro, o autor responsável pela submissão receberá um login e uma senha.

Ao enviar o artigo, todas as informações solicitadas devem ser fornecidas com conteúdo idêntico ao do arquivo enviado.

Tipos de textos aceitos para submissão

1. **Artigo original:** resultado de pesquisa científica que pode ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.
2. **Ensaio:** análise crítica sobre um tema específico relevante e de interesse para as políticas atuais de saúde brasileiras e internacionais. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
3. **Revisão sistemática ou revisão integrativa:** **revisão** crítica da literatura sobre o tema da atualidade em saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente a pesquisa relacionada a um problema. A revisão integrativa fornece informações mais abrangentes sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.
4. **Artigo de opinião:** exclusivamente para autores convidados pelo Conselho Editorial. Nenhum resumo ou resumo é necessário. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.
5. **Estudo de caso:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão que tragam contribuições significativas para a área. O texto deve conter no máximo 5.000 palavras.
6. **Revisão crítica:** revisão de livros sobre temas de interesse do campo das políticas públicas de saúde, por decisão do Conselho Editorial. Os textos devem apresentar uma visão geral da obra, seu referencial teórico e o público-alvo. O texto deve conter no máximo 1.200 palavras. Uma capa em alta resolução deve ser enviada através do sistema da revista.
7. **Documento e testemunho:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou atual, por decisão do Conselho Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, tabelas, figuras e gráficos.

Preparação e envio de texto

O texto pode ser redigido em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado em Microsoft® Word ou software compatível, em formato doc ou docx, a ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter nenhuma informação que permita a identificação dos autores ou instituições aos quais está vinculado.

Digite no tamanho padrão A4 (210X297mm); todas as quatro margens com 2,5 cm de largura; fonte Times New Roman em tamanho 12pt; espaçamento entre linhas 1.5.

O texto deve conter:

Título: expressar de forma clara e sucinta o conteúdo do texto, em no máximo 15 palavras. O título deve estar em negrito, usando letras maiúsculas apenas para nomes próprios. Textos redigidos em português e espanhol devem ter o título no idioma original e em inglês. O texto em inglês deve ter o título em inglês e em português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês, contendo no máximo 200 palavras, indicando claramente os objetivos, o método utilizado e as principais conclusões do trabalho. Não deve ser estruturado, sem tópicos (introdução, métodos, resultados etc.); citações ou abreviações não devem ser utilizadas, exceto para abreviações internacionalmente reconhecidas.

Palavras-chave: no final do resumo, de três a cinco palavras-chave devem ser incluídos, separados por período (apenas a primeira letra do capital), o uso de termos do vocabulário estruturado (DeCS), disponível em www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a revista 'Saúde em Debate' apóia as políticas de registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo assim sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaio clínico. Assim, pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em <http://www.icmje.org>. Sempre que um número de registro do ensaio estiver disponível, os autores devem listá-lo no final do resumo.

Ética em pesquisa envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisa envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país em que a pesquisa foi realizada, quando existentes. Artigos com pesquisa envolvendo seres humanos devem deixar claro, na seção de materiais e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e enviar declaração de responsabilidade no ato da submissão.

A revista respeita o estilo e a criatividade dos autores quanto à composição do texto; entretanto, o texto deve contemplar elementos convencionais, tais como:

Introdução: com definição clara do problema investigado e sua justificativa;

Material e métodos: descritos objetivamente de forma clara e objetiva, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. No caso de envolver seres humanos, deve ser registrado o número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados em conjunto ou separadamente;

Conclusões ou considerações finais: dependendo do tipo de pesquisa realizada;

Referências: apenas os autores citados devem ser incluídos no texto e seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação das referências (conhecido como 'Estilo Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pelo editorial do Cebes.

NOTAS:

A revista não usa sublinhados e negrito como ênfase. Use aspas simples para chamar a atenção para expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outras línguas devem ser escritas em itálico, exceto para nomes próprios.

Evite usar letras maiúsculas no texto, exceto as absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos devem ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menos de três linhas). Se tiverem mais de três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados no texto, com retrocesso de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Notas de rodapé não devem ser usadas no texto. Se for absolutamente necessário, as notas de rodapé devem ser indicadas com números sobrescritos sequenciais.

Deve-se evitar a repetição de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser fornecidos em alta resolução, em preto e branco ou em escala de cinza, e em folhas separadas, uma em cada folha, seguindo a ordem em que aparecem na obra (devem ser numeradas e incluir título e fonte). Sua posição deve ser claramente indicada na página onde são inseridos. A quantidade de figuras, gráficos, quadros e tabelas não deve ultrapassar cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, no caso de imagens (fotografias, desenhos, etc.), deve estar em alta resolução com pelo menos 300 DPI.

No caso de existirem fotografias, os sujeitos não devem ser identificados, a menos que o autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita no máximo sete autores por artigo. As informações devem constar apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições vinculadas com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail.

Processo de avaliação

Todo manuscrito recebido pela 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Trabalhos que não estejam de acordo com as normas de publicação da revista deverão ser devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez que os padrões da revista tenham sido integralmente atendidos, os manuscritos serão avaliados pelo Conselho Editorial, composto pelo editor-chefe e editores associados, quanto à originalidade, abrangência, atualidade e conformidade com a política editorial da revista. Os artigos recomendados pela Diretoria deverão ser encaminhados para avaliação de, no mínimo, dois revisores, que serão indicados de acordo com o tema do trabalho e de sua especialidade, e que darão sua aprovação, recusa e / ou farão recomendações aos autores.

O 'Saúde em Debate' utiliza o método de revisão duplo-cego, o que significa que os nomes dos autores e dos revisores são ocultados durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência entre os revisores, o artigo será encaminhado a um terceiro revisor. Da mesma forma, o Conselho Editorial também pode produzir uma terceira revisão. A responsabilidade dos revisores é recomendar a aceitação, a recusa ou a reformulação dos trabalhos. Caso haja pedido de reformulação, os autores deverão devolver o trabalho revisado até a data estipulada. Caso isso não ocorra, a obra será excluída do sistema.

O Conselho Editorial tem plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações realizadas.

Não serão aceitos acréscimos ou alterações após a aprovação final do trabalho. Caso o Conselho Editorial da revista tenha sugestões de alterações na estrutura ou no conteúdo do trabalho, estas deverão ser previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A prova do artigo fotográfico será enviada por e-mail ao autor para correspondência; deve ser

verificado cuidadosamente e devolvido até a data estipulada.

Informações complementares (devem ser enviadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos submetidos para publicação devem conter informações sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. O conflito de interesse financeiro, por exemplo, está relacionado não apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao vínculo empregatício. Caso não haja conflito, bastará colocar na folha de rosto a frase "Declaro que não houve conflito de interesses quanto à concepção desta obra".

b) Colaboradores. Contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas ao final do texto. De acordo com os critérios de autoria desenvolvidos pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), a autoria deve se basear nas seguintes condições: a) contribuição substancial para a concepção e desenho do trabalho, ou para a análise e interpretação dos dados o trabalho; b) contribuição substancial para a redação do trabalho ou revisão crítica de seu conteúdo; ec) participação na aprovação final da versão a ser publicada.

c) Agradecimentos. (Opcional).

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER DIGITALIZADA E ENVIADA PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO REGISTRO DE ARTIGOS

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e co-autores devem preencher e assinar as declarações seguindo os modelos disponíveis em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Declaração de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, realizadas no Brasil, em atendimento à Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a declaração de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho possui realizado deve ser encaminhado. Caso a instituição não possua CEP, deverá ser encaminhado o documento expedido pelo CEP onde a pesquisa foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países: anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1) Declaração de revisão ortográfica e gramatical No ato da aceitação, os artigos devem ser revisados por profissional habilitado a ser escolhido em lista fornecida pela revista. Após a revisão, o artigo será devolvido juntamente com a declaração do revisor.

2) Declaração de tradução
Os artigos aceitos podem ser traduzidos para o inglês sob responsabilidade dos autores. Neste caso, a tradução deverá ser realizada por profissional habilitado, escolhido em lista disponibilizada pela revista. O artigo traduzido será devolvido juntamente com uma declaração do tradutor.