



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

PAULA BRITO LEAL

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO MÉDICO DE
EMERGÊNCIA SOB PERSPECTIVA DO USUÁRIO: PROPOSTA E VALIDAÇÃO
DE CONTEÚDO**

Salvador, BA

2022

PAULA BRITO LEAL

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA SOB PERSPECTIVA DO USUÁRIO: PROPOSTA E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina
Orientadora: Carolina Villa Nova Aguiar

Salvador, BA

2022

RESUMO

Introdução: O setor da emergência configura-se como uma das esferas mais utilizadas no país, sendo porta de entrada para quase nove milhões de brasileiros ao ano. Diante da ausência de ferramentas previamente validadas que valorizem a visão do usuário acerca do atendimento médico de emergência, a proposta de um instrumento criado dentro do contexto social brasileiro é de grande importância, auxiliando no monitoramento e identificação de oportunidades de melhoria dos serviços. **Objetivo:** Desenvolver uma medida psicométrica que seja capaz de mensurar a qualidade da assistência recebida, sob a perspectiva do usuário. **Metodologia:** Estudo de caráter metodológico, de proposta de validação de conteúdo de um instrumento psicométrico, realizado entre os anos de 2021 e 2022. A construção e avaliação preliminar da qualidade do instrumento foi composta de três etapas: criação do instrumento, validação de conteúdo e pré-teste. Na primeira etapa, tomou-se como base para a criação dos itens a teoria de sistemas, desenvolvida por Avedis Donabedian; na segunda, os itens foram avaliados por um comitê de experts e foram calculados os seus índices de validade de conteúdo (IVC). Itens com resultados insatisfatórios, foram modificados e reavaliados; por fim, no pré-teste, o instrumento foi avaliado por representantes da população-alvo e calculados os coeficientes de validade de conteúdo (CVC). **Resultados:** Dos 10 itens inicialmente propostos, três apresentaram IVC satisfatórios (acima de 0,78) na primeira rodada de avaliação pelo comitê de experts, composto por 15 especialistas. Dos demais itens, um foi excluído e os outros seis foram modificados e reavaliados pelo comitê. Três itens alcançaram IVC satisfatório na segunda rodada de avaliação. 68 indivíduos da população geral compuseram a amostra do pré-teste. A partir da análise do público-alvo, todos os itens apresentaram valores satisfatórios de CVC (acima de 0,80). **Conclusão:** Através do presente estudo foi possível validar o instrumento de avaliação da qualidade do serviço médico de emergência (AQ-SME) composto por nove indicadores, divididos em dois domínios (estrutura e processo), com opções de respostas variando entre 1 e 5.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; Instrumento psicométrico; Indicadores de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The emergency sector configured as one of the most used spheres in the country, being the gateway for almost nine million Brazilians a year. Given the absence of previously validated tools that value the user's view of emergency medical care, the proposal of an instrument within the Brazilian social context is of great importance, to assist in the monitoring and identification of service opportunities.

Objective: To develop a metric measure that can receive measured care, from the perspective of the user. **Methodology:** A methodological study of a proposal for content validation of a psychometric instrument, carried out between 2021 and 2022. The construction and preliminary assessment of the quality of the instrument consisted of three steps: creation of the instrument, content validation and pre-test. In the first stage, the systems theory, developed by Avedis Donabedian, was used as a basis for creating the items; in the second, the items were evaluated by a committee of experts and their content validity indices (CVI) were calculated. Items with unsatisfactory results were modified and reevaluated; finally, in the pre-test, the instrument was evaluated by representatives of the target population and the content validity coefficients (CVC) were calculated. **Results:** Of the 10 items initially proposed, three presented satisfactory CVI (above 0.78) in the first round of evaluation by the expert committee, composed of 15 experts. Of the remaining items, one was excluded and the other six were modified and reassessed by the committee. Three items achieved satisfactory CVI in the second evaluation round. 68 individuals from the general population made up the pre-test sample. Based on the analysis of the target audience, all items showed satisfactory CVC values (above 0.80). **Conclusion:** Through the present study, it was possible to validate the instrument for assessing the quality of the emergency medical service (AQ-SME) composed of nine indicators, divided into two domains (structure and process), with response options ranging from 1 to 5.

Keywords: Quality in health; Psychometric instrument; health indicators.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO	8
2.1. Objetivo primário	8
2.2. Objetivos específicos	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1. Qualidade da assistência em saúde	9
3.2. Construção de instrumentos de avaliação em saúde	11
4. MÉTODOS	15
4.1. Desenho do estudo	15
4.2. Local e período do Estudo	15
4.3. Operacionalização da pesquisa	15
4.4. Procedimentos de análise	16
4.5. Aspectos éticos	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSSÃO	22
7. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A – Instrumento para avaliação do serviço médico de emergência (AQ-SME)	30

1. INTRODUÇÃO

Em meados da década de 30, iniciou-se a avaliação da qualidade na saúde com o surgimento do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar (PPH), um conjunto de normas que foram desenvolvidas para garantir a qualidade da assistência aos pacientes¹. Esses padrões, chamados de padrões mínimos, constavam apenas as condições necessárias aos procedimentos médicos, não considerando outras necessidades ou serviços, a exemplo do dimensionamento da equipe de enfermagem, necessidade de assistência 24 horas, bem como a avaliação dos resultados com o paciente ou estrutura física local^{1,2}.

Após 25 anos da criação do PPH, o CAC passou a apresentar dificuldades na gestão do programa^{1,3}. Diante desse cenário, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) foi criada – união do CAC com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais – a qual estabeleceu o programa de *Acreditação “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations”*, uma empresa de ordem privada criada para que a administração fosse feita de forma conjunta e leis mais complexas na área da saúde fossem aprovadas, exigindo padrões ótimos de qualidade, considerando, dessa vez, o processo do cuidado e o resultado da assistência prestada, antes não adotados pelo PPH².

Esse conjunto de normas e leis que foi sendo desenvolvido, ao longo dos anos, iniciou-se timidamente na área administrativa como uma forma dos hospitais se manterem em atividade em um mercado onde a concorrência nunca foi tão intensa. Nesse panorama, devido a uma disputa de mercado entre as instituições hospitalares, pressões vindas do governo, indústria, evolução médica e sobretudo do consumidor mais exigente que faz valer seus direitos, a partir dos anos 2000, observa-se, no Brasil, na região central de São Paulo, uma mudança no padrão de atendimento e prestação de serviço nos hospitais^{1,4}.

No estado de São Paulo, em 1991, foi desenvolvido o Programa de Controle de Qualidade Hospitalar para introduzir no Brasil um Programa Nacional de Acreditação

Hospitalar, que tem como meta principal avaliar o atendimento médico-hospitalar prestado a sua população, possibilitando a implementação de um novo modelo de serviço e instrumentos gerenciais que conduzam a maior eficácia e eficiência. Um estudo desenvolvido em 1998, apontava a dificuldade da avaliação na área hospitalar, justamente pela falta de costume da utilização de indicadores de desempenho institucional de forma estruturada. Em contrapartida, em um outro estudo, realizado em 2001, das 97 instituições hospitalares, do estado de São Paulo, que responderam à pesquisa, 23% afirmaram ter alguma iniciativa visando a qualidade hospitalar. Ou seja, existe na atualidade um interesse crescente dos gestores hospitalares em avaliar e monitorizar a qualidade do seu serviço⁵.

Nos países mais desenvolvidos, a exemplo do Canadá e Reino Unido, o uso de indicadores para subsidiar a gestão dos sistemas e serviços de saúde acontece a alguns anos. Na última década, o sistema de saúde australiano vem explorando técnicas para melhorar a eficiência dos serviços de saúde com destaque na maximização do custo. A partir daí surgiu o “*Australian Council on Healthcare Standards*” desejando simplificar o processo de acreditação - processo voluntário que mede a qualidade de serviços ou produtos - e para habilitar os profissionais de saúde a compararem os cuidados aos seus pacientes com indicadores nacionais de qualidade de atendimento. Da mesma forma, o sistema de saúde do Reino Unido elaborou um sistema de indicadores que fornece parâmetros para comparar a performance entre as várias instituições de saúde com objetivo de aprimorar a qualidade, minimizar erros e, quando da ocorrência desses, reduzir os seus impactos⁶.

O seguinte trabalho foi desenvolvido tendo o serviço de emergência como enfoque, uma vez que, no Brasil, somente no período de janeiro a junho de 2022, foi porta de entrada para mais de cinco milhões de indivíduos, configurando-se como uma das esferas da saúde mais utilizadas no país^{7,8}. A avaliação desse serviço, sob a perspectiva do paciente, pode estar relacionada a valores pessoais e culturais e ainda influenciada por outros aspectos subjetivos, como graus de estresse e de ansiedade que o atendimento causou no indivíduo. Por isso, o estabelecimento de indicadores adequados para a avaliação da qualidade da assistência se revela como um desafio para a área de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de critérios métricos apropriados^{5,9}.

O seguinte estudo tem por finalidade e importância preencher uma lacuna existente na ciência quanto ao uso de indicadores na aferição da qualidade da assistência recebida em atendimentos de emergência no Brasil sob a perspectiva do usuário. Acredita-se que, dentro do contexto social brasileiro, a um custo razoável a utilização do seguinte instrumento, possibilite a identificação das principais falhas do serviço na visão do cliente, possibilitando aos gestores um melhor direcionamento dos seus gastos e otimização do serviço.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo primário

Desenvolver uma medida psicométrica que seja capaz de mensurar a qualidade da assistência recebida, sob a perspectiva do usuário.

2.2. Objetivos específicos

- Reunir evidências da validade de conteúdo do instrumento.
- Reunir evidências da validade semântica do instrumento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Qualidade da assistência em saúde

O movimento pela qualidade incorporado na indústria nos anos 50, como uma forma de aperfeiçoamento do serviço, foi sendo lentamente absorvido pela área da saúde na década seguinte e início dos anos 70. Avedis Donabedian, pediatra armênio, foi o primeiro no setor da saúde a se dedicar de maneira sistemática a estudar sobre qualidade em saúde⁵⁻¹⁰. As atuações em saúde são desenvolvidas a partir de diferentes níveis de complexidade, desde a relação entre o profissional e o usuário até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde¹¹.

Segundo Donabedian, a organização da saúde deve se basear nos “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Eficácia diz respeito a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos dentro das condições mais favoráveis; efetividade corresponde a relação do verdadeiro benefício oferecido pelo sistema de saúde dentro das reais circunstâncias do cotidiano; eficiência, por sua vez, é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde e o seu custo econômico; otimização torna-se relevante quando o efeito do cuidado é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico; aceitabilidade é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias; legitimidade é a possibilidade de adaptação do cuidado à comunidade ou sociedade como um todo; e por fim, equidade é o princípio que determina o que é justo na distribuição de cuidado entre os membros da comunidade^{6,12}.

Esse autor, também, absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagem que se tornou um clássico nos estudos de qualidade em saúde⁵. A partir desse modelo conceitual, é possível compreender que a qualidade da atenção à saúde depende de recursos disponíveis, da gestão administrativa, de competência dos profissionais, do processo de trabalho, e ainda, do vínculo estabelecido entre prestador e usuário⁶. Assim podemos classificar o componente estrutura as características física do local, ou seja, às instalações hospitalares, como a qualidade dos leitos e equipamentos, bem como os recursos humanos disponíveis, em relação a número, distribuição e

qualificação. O processo refere-se à prestação da assistência, segundo padrões técnico-científicos, dependendo diretamente da capacitação e qualificação médica. E o último remete aos desfechos do paciente, isto é, se os procedimentos realizados pelos profissionais da saúde resultaram em consequências benéficas aos pacientes atendidos^{5,13}.

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde e assim, permitir a identificação de fragilidades e a visualização de oportunidades de melhoria de forma contínua^{3,14}.

A utilização dos indicadores para medir o desempenho e a performance hospitalar tornou-se prática padrão nos últimos anos dentro do cenário internacional¹⁵. De acordo com o modelo de qualidade de saúde proposto por Donabedian, um desenvolvimento na estrutura dos centros de saúde levaria a avanços no processo clínico, que por sua vez, melhoraria os resultados para o paciente. Uma coorte retrospectiva, realizado em 2014, na província de Quebec/Canadá, em 57 centros de trauma, mostrou evidências da correlação entre estrutura-processo-resultado e comprovou que esse modelo é válido para o atendimento ao trauma. O resultado do estudo ainda trouxe que esforços para a melhoria da estrutura e processo podem ter efeitos positivos na mortalidade, morbidade e uso de recursos⁸.

A literatura traz uma grande quantidade de estudos sobre a utilização de indicadores – baseados em dados estatísticos, a exemplo taxa de internação, taxa de mortalidade, tempo de internação etc.- para subsidiar a gestão dos sistemas e dos serviços de saúde privados e governamentais com ênfase na maximização do custo. Essa vertente de estudo é de grande importância, para que os gestores possam cumprir com sua responsabilidade de planejamento na gestão do SUS, mas a necessidade de construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação voltada para o usuário e como esse se sente dentro do sistema de saúde é fundamental¹⁶.

No entanto, uma avaliação do serviço prestado, por parte dos usuários, pode estar relacionada a valores pessoais e culturais e ainda, influenciados pela situação de

estresse e de ansiedade que o atendimento na emergência traz ao paciente. Tal situação torna uma grande dificuldade, para o gestor de saúde, aferir a qualidade do serviço prestado, uma vez que essa aferição é muito mais subjetiva do que objetiva. Diante desse panorama de subjetividade e de dificuldade na avaliação de qualidade de sistemas de saúde, é preciso estabelecer critérios métricos adequados para avaliação com indicadores reprodutíveis e comparáveis⁹. A criação de indicadores é extremamente significativo para a avaliação da qualidade pois proporciona uma medida e concede a fiscalização e a identificação de possibilidades de melhoria de serviços e de alterações positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo apropriado⁵.

3.2. Construção de instrumentos de avaliação em saúde

A construção de um novo instrumento precisa seguir alguns passos que, segundo Pasquali podem ser classificados em procedimentos teóricos, procedimentos empíricos e procedimentos analíticos (estatísticos) para assim apresentar resultados significantes, quando desenvolvidos e validadas de maneira apropriada e para isso deve-se seguir algumas etapas: I- estabelecimento da estrutura conceitual; II- definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; III- construção dos itens e das escalas de resposta; IV- seleção e organização dos itens; V- estruturação do instrumento; VI- validade de conteúdo e por fim, VII- o pré-teste^{17,18}.

Primeiro deve-se elaborar a estrutura conceitual, conhecido como a definição operacional do constructo, através da teoria que embasa o fenômeno a ser estudado, com intuito de definir o contexto do instrumento e sustentar o desenvolvimento dos domínios e itens que o compõem. Pesquisadores apontam que para garantir que o instrumento será útil e válido, é preciso que o desenvolvimento do constructo seja bastante completo e detalhado. No momento em que o pesquisador estabelece a definição constitutiva, ele deve, também, identificar a sua dimensionalidade, ou seja, se o fenômeno em questão é unidimensional (composto por uma única unidade semântica) ou multidimensional (composto por diferentes componentes distintos que, quando reunidos, compõem o fenômeno)^{17,19}. A partir disso, deve-se estabelecer os objetivos com a criação desse instrumento, para que estes tenham uma conexão com os conceitos a serem abordados, além da definição da população-alvo do estudo, responsável por justificar a relevância do instrumento em questão. Após esses

primeiros passos, é preciso pensar nos itens formadores do instrumento e nas escalas de resposta¹⁸.

Em seguida, o pesquisador deve partir para a conceituação operacional, que consiste em descrever o construto em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos observáveis através dos quais o construto se expressa. Em geral, essa etapa resulta em uma espécie de lista de características que define o objeto de estudo que possui o atributo em questão. Por exemplo, se o interesse do estudo é definir operacionalmente a dimensão Qualidade do serviço de emergência, deve-se estabelecer quais seriam as características observáveis esperados para um serviço de boa qualidade. Essa lista de características é denominada de descritores. Uma vez levantados os descritores, parte-se para a etapa de construção dos indicadores que consiste em transformar os descritores em itens (que podem ser perguntas ou assertivas) que irão compor o instrumento.

Quanto à construção dos itens da escala, existem vários recursos onde esses podem ser extraídos, à exemplo através de busca na literatura, escalas já existentes, relatos da população-alvo, observação clínica, resultado de pesquisas e opinião de especialistas. Esse último é um recurso bastante utilizado e influencia consideravelmente na geração de itens mais potenciais para a escala. Cada um desses recursos apresenta benefícios e malefícios e sua escolha depende do objetivo da escala a ser desenvolvida^{18,20}.

A construção de itens é uma etapa fundamental, pois a qualidade dos itens certamente irá refletir na qualidade geral do instrumento. Pasquali recomenda que se preste atenção a alguns critérios importantes, entre eles: *Critério da relevância*: não incluir uma pergunta sem saber de que forma ela contribuirá com os objetivos da pesquisa; *Critério da clareza*: a pergunta tem que ser inteligível até para o estrato mais baixo da população alvo; *Critério da simplicidade*: cada pergunta deve fazer referência a apenas uma ideia principal; É preferível usar perguntas/itens curtos; *Critério da variedade*: é importante variar a linguagem nas perguntas, para evitar cansaço e monotonia; *Critério da modalidade*: não usar expressões extremadas nas perguntas. A intensidade deve ser oferecida pela resposta da pessoa; *Critério da credibilidade*: a pergunta tem que ser formulada de modo que não seja considerado despropositado

pelo participante; *Critério da amplitude*: o conjunto de itens/perguntas deve cobrir toda a extensão do que se pretende avaliar^{17,20}.

Todos esses critérios têm objetivo de eliminar qualquer item que esteja ambíguo ou incompreensível, além de estabelecer uma consistência interna entre os itens, devendo existir uma homogeneidade quando todas as suas subpartes mensurarem o mesmo conceito. Com relação a quantidade de itens que compõem o instrumento, a literatura varia, alguns estudos mostram que o instrumento inicial deve conter no mínimo 20 itens, outros estudos demonstram que o início da construção possua pelo menos o triplo de itens do instrumento final, já outros estudos mostram que o instrumento inicial não deve conter mais que 10% do número de itens desejados no instrumento final. Isso se justifica pelo fato de que, ao longo do processo de validação, é provável que alguns desses itens precisem ser excluídos^{18,21}.

A estruturação do questionário é a etapa no qual o formato geral do instrumento é estabelecido, em que os itens são organizados em seus respectivos domínios, além de que o título, as instruções, as escalas de resposta, os escores, entre outros fatores devem ser considerados. Na estruturação do instrumento é importante pensar em fatores que possam reduzir possíveis esforços físicos e mentais nos respondentes, ou seja, métodos de que o interesse do respondente seja mantido até o final do questionário¹⁸.

O próximo estágio diz respeito ao procedimento de validade de conteúdo, uma primeira evidência da qualidade do instrumento, onde o instrumento será testado quanto à hipótese de que os itens escolhidos representam adequadamente a realidade. Consiste na revisão do instrumento por um comitê de especialistas (juízes), composto por pesquisadores com domínio no tema, que avalia se os itens podem ser melhorados em seu conteúdo, a qualidade do rapport, do layout e da escala de respostas, além de analisar aspectos ligados à padronização do teste (ou seja, às orientações de aplicação, correção e interpretação)^{19,22}.

Essa etapa pode envolver procedimentos quantitativos e qualitativos. Qualitativamente, o comitê pode sugerir modificações nas instruções iniciais, no formato do instrumento, além de poder indicar alterações, apontar inadequações ou

até mesmo desenvolver novos itens. As sugestões são, então, analisadas pelos pesquisadores, podendo ser ou não acatadas^{17,23}. Quantitativamente, a validade de conteúdo é avaliada a partir da análise da concordância entre os juízes (membros do comitê) em relação à representatividade e adequação dos itens.

Uma vez cumprida a etapa de validade de conteúdo, parte-se para a realização de um pré-teste, a qual se destina para verificar como o instrumento se comporta diante do “teste de realidade” (ou seja, ao ser aplicado no mundo real).

Portanto, essa etapa consiste em solicitar que algumas pessoas que fazem parte do público-alvo avaliem os itens em relação a: *Responsividade*: Você se sente capaz de responder ao item? Percebe que ele faz sentido para você? *Clareza*: O item está escrito de forma clara? As palavras e expressões escolhidas estão adequadas? *Objetividade*: Você consegue compreender o que o item pretende avaliar? O item apresenta apenas uma ideia principal?

Aqui, também podem ser empregados procedimentos qualitativos e/ou quantitativos para a análise, semelhantes aos aplicados na fase de validade de conteúdo^{19,23}.

Terminada essa etapa, o instrumento estará pronto para ter suas propriedades psicométricas avaliadas.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

Estudo de caráter metodológico, de proposta e validação de conteúdo de um instrumento psicométrico.

4.2. Local e período do Estudo

O presente estudo foi realizado através de questionários virtuais, realizados entre os anos de 2021 e 2022.

4.3. Operacionalização da pesquisa

A construção e avaliação preliminar da qualidade do instrumento será composta por três etapas:

Etapa 1 – Criação do instrumento: esta etapa consistiu na elaboração de itens fundamentados na teoria de sistemas, absorvido por Avedis Donabedian, um dos maiores pesquisadores da esfera “qualidade em saúde”. Essa teoria prevê três dimensões: estrutura, processo e resultado. No entanto, esse último está invariavelmente ligado a gravidade do paciente, não dependendo somente da estrutura física e qualidade profissional dos profissionais e, portanto, não foi incluído no trabalho. Os itens tiveram como base indicadores de qualidade identificados por meio de uma revisão de literatura, norteado pelos descritores “indicadores de qualidade” “instrumento em saúde” “estrutura, processo e resultado”, “qualidade em saúde” “construção de instrumento” nas bases de dados SciELO, LILACS e PubMed. A busca permitiu a identificação de 22 artigos e 1 livro texto que auxiliaram nos desenvolvimentos dos itens formadores da escala.

Etapa 2 – Validação de conteúdo: Os itens construídos na Etapa 1, foram submetidos a um comitê composto por 15 especialistas da área médica (médicos generalistas e cirurgiões – durante e pós formação). A partir da aplicação de um questionário via web, o comitê pode avaliar de forma individual os itens do instrumento quanto a sua relevância por meio de uma escala de 1 a 4, em que 1 = não relevante ou não representativo; e 4=item relevante ou representativo. Adicionalmente, os juízes estarão aptos a oferecer contribuições na redação dos itens.

Etapa 3 – Pré-teste: o instrumento foi criado em um sistema de questionário para ser submetido à avaliação semântica. Para cada item, os participantes deveriam

responder a duas perguntas “A linguagem está clara?” e “Você entendeu a pergunta?” por meio de uma escala Likert de 5 pontos. Além disso, os participantes foram estimulados a fazer propostas de alterações e melhorias na compreensão das assertivas.

4.4. Procedimentos de análise

Para calcular a taxa de concordância do comitê foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância/representatividade dos itens (exemplo de escala: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo)²³. Para o cálculo, deve-se aplicar a fórmula para cada item:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas 3 ou 4}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliação do resultado, devem ser considerados como satisfatórios valores acima de 0,78. Ou seja, itens que não alcançarem esse valor devem ser revisados, podendo ser alterados ou excluídos.

Para a avaliação semântica do instrumento, foi calculado o coeficiente de validade de conteúdo (CVC) de cada item, obtido por meio da fórmula:

$$CVC = \frac{\text{média}}{\text{maior escore possível}}$$

Para avaliação do resultado, devem ser considerados como satisfatórios valores acima de 0,80.

4.5. Aspectos éticos

Para o cumprimento do objetivo principal do estudo, não houve necessidade de submissão ao CEP (estudo de construção de instrumento).

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada a partir da seguinte ordem: itens originais formadores da escala (Figura 1); caracterização pessoal e profissional dos juízes; validação de conteúdo a partir de índices de concordância (IVC) dos juízes durante primeira análise (Tabela 1); atualização ou exclusão dos itens de baixo IVC (Figura 2); nova análise de juízes – cálculo dos índices de concordância - para os itens modificados (Tabela 2) e por fim, a etapa pré-teste do instrumento proposto, seguindo opinião da população alvo (Tabela 3).

Para a criação dos indicadores, realizou-se, inicialmente, uma matriz operacional composta por “fator”, “definição” “descritores” e “indicadores/itens”. Os fatores selecionados, fundamentados em estudos prévios, foram “estrutura” e “processo”. O primeiro tem por definição a configuração física, recursos humanos disponíveis e organização administrativa do local. O segundo fator diz respeito aos componentes do cuidado prestado, estando intimamente ligado a qualificação do profissional de saúde. A partir desses fatores, 10 descritores foram desenvolvidos e aplicados como indicadores, formando a matriz operacional do estudo (Figura 1).

Figura 1 – Matriz operacional do instrumento de avaliação da qualidade do serviço médico de emergência

FATOR	DEFINIÇÃO	DESCRITORES	INDICADORES (ITENS)
Estrutura	Configuração física, recursos humanos disponíveis e organização administrativa do sistema de saúde	Qualidade física da sala de espera	Qual seu nível de satisfação em relação a qualidade física da sala de espera?
		Qualidade dos leitos	Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade dos leitos?
		Conforto dos materiais utilizados (curativos, imobilizações)	Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos materiais utilizados?
		Quantidade suficiente de profissionais	Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de profissionais disponíveis para o seu atendimento?
		Disponibilidade de materiais e medicamentos	Qual o seu nível de satisfação com a disponibilidade de materiais/medicamentos no seu cuidado?

FATOR	DEFINIÇÃO	DESCRITORES	INDICADORES (ITENS)
Processo	Componentes do cuidado prestado	Tempo de atendimento	Qual o seu nível de satisfação em relação ao tempo do seu atendimento?
		Relação médico-paciente (acolhedor, cuidadoso)	Qual o seu nível de satisfação quanto o relacionamento/vínculo entre médico-paciente?
		Qualificação da equipe de saúde	Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade profissional da equipe de saúde?
		Conhecimento sobre o acometimento	Qual o seu nível de satisfação diante das explicações que lhe foram dadas acerca do seu estado de saúde?
		Privacidade no cuidado prestado	Qual o seu nível de satisfação quanto ao grau de privacidade no atendimento prestado?

A avaliação do conteúdo foi realizada por um comitê de juízes especialistas na área de emergência, com a seguinte caracterização pessoal: 15 médicos (100%), a maior parte dos participantes tinha de 26-28 anos (80,1%), era do sexo masculino (86,67%), tinham de 1 a 4 anos de experiência na área de emergência (79,9%) e 13,4% apresentavam 9 a 17 anos de experiência, 60% eram médicos generalistas e 40% formados ou em formação para cirurgia geral.

Os valores IVC obtidos a partir da seguinte fórmula estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1- Índices de validade de conteúdo para os itens do instrumento de avaliação da qualidade do serviço médico de emergência

ITENS ORIGINAIS	IVC
Qual seu nível de satisfação em relação a qualidade física da sala de espera?	0,73
Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade dos leitos?	0,60
Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos materiais utilizados?	0,53
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de profissionais disponíveis para o seu atendimento?	0,67
Qual o seu nível de satisfação com a disponibilidade de materiais/medicamentos no seu cuidado?	0,60
Qual o seu nível de satisfação em relação ao tempo do seu atendimento?	0,73
Qual o seu nível de satisfação quanto o relacionamento/vínculo entre médico paciente?	0,87
Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade profissional da equipe de saúde?	0,67
Qual o seu nível de satisfação diante das explicações que lhe foram dadas acerca do seu estado de saúde?	0,80
Qual o seu nível de satisfação quanto ao grau de privacidade no atendimento prestado?	0,87

Os itens 7,9 e 10 tiveram um índice de concordância (IVC) satisfatório entre os juízes e, portanto, não demandaram de modificações. O item 3, foi excluído do estudo devido a um baixo IVC e as conclusões obtidas através dos comentários pelos especialistas na aba de “sugestão” presente na escala. Os demais itens sofreram modificações, explicitadas na figura 2.

Figura 2 – Modificação de itens após primeira análise do comitê de juízes

ITENS ORIGINAIS	ITENS MODIFICADOS
Qual seu nível de satisfação em relação a qualidade física da sala de espera?	Qual seu nível de satisfação em relação a estrutura física da sala de espera? (ex. disponibilidade de cadeiras, temperatura do ambiente etc.)
Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade dos leitos?	Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos leitos? (ex. tinham algum acolchoamento)
Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos materiais utilizados?	<i>ITEM EXCLUÍDO</i>
Qual o seu nível de satisfação com a quantidade de profissionais disponíveis para o seu atendimento?	Qual o seu nível de satisfação em relação a quantidade de profissionais presentes na unidade de emergência? (ex. foi suficiente para que o seu atendimento tenha sido de boa qualidade ?)
Qual o seu nível de satisfação com a disponibilidade de materiais/medicamentos no seu cuidado?	Qual o seu nível de satisfação com os recursos disponíveis para o seu cuidado? (ex. disponibilidade de exames de imagem, médicos especialistas etc.)
Qual o seu nível de satisfação em relação ao tempo do seu atendimento?	Qual o seu nível de satisfação em relação a duração do seu atendimento com o plantonista?
Qual o seu nível de satisfação quanto o relacionamento/vínculo entre médico paciente?	<i>ITEM NÃO NECESSITOU DE MODIFICAÇÃO</i>
Qual o seu nível de satisfação em relação a qualidade profissional da equipe de saúde?	Qual o seu nível de satisfação em relação ao preparo profissional da equipe de saúde? (você se sentiu seguro com o atendimento prestado ?)
Qual o seu nível de satisfação diante das explicações que lhe foram dadas acerca do seu estado de saúde?	<i>ITEM NÃO NECESSITOU DE MODIFICAÇÃO</i>
Qual o seu nível de satisfação quanto ao grau de privacidade no atendimento prestado?	<i>ITEM NÃO NECESSITOU DE MODIFICAÇÃO</i>

Uma segunda análise de juízes foi aplicada, constando apenas os itens modificados, para investigar se, agora, os itens alterados passam a ser aprovados a partir do IVC (tabela 2).

Tabela 2 – Índices de validade de conteúdo após segunda rodada de avaliação pelo comitê de juízes

ITENS MODIFICADOS	IVC
Qual seu nível de satisfação em relação a estrutura física da sala de espera? (ex. disponibilidade de cadeiras, temperatura do ambiente etc.)	0,63

Tabela 2 – Índices de validade de conteúdo após segunda rodada de avaliação pelo comitê de juízes (continuação)

ITENS MODIFICADOS	IVC
Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos leitos? (ex. tinham algum acolchoamento)	0,82
Qual o seu nível de satisfação em relação a quantidade de profissionais presentes na unidade de emergência? (ex. foi suficiente para que o seu atendimento tenha sido de boa qualidade ?)	0,9
Qual o seu nível de satisfação com os recursos disponíveis para o seu cuidado? (ex. disponibilidade de exames de imagem, médicos especialistas etc.)	0,63
Qual o seu nível de satisfação em relação a duração do seu atendimento com o plantonista?	0,63
Qual o seu nível de satisfação em relação ao preparo profissional da equipe de saúde? (você se se sentiu seguro com o atendimento prestado ?)	0,87

Através dessa segunda análise, mais 3 itens foram aprovados pelo IVC. Os itens 1, 4 e 5 (tabela 2), apesar de não alcançarem valores satisfatórios de IVC pelos especialistas, permaneceram no instrumento, devido a base teórica que os sustentam.

A próxima etapa de pré-teste, os itens foram expostos a 68 pessoas de diferentes idades e nível de escolaridade. Os valores do CVC obtidos estão aplicados Tabela 3.

Tabela 3 – CVC dos indicadores que compõem o instrumento de avaliação do serviço de emergência

ITENS APLICADOS	CLAREZA DA LINGUAGEM	COMPREENSÃO DA PERGUNTA
Qual seu nível de satisfação em relação a estrutura física da sala de espera? (ex. disponibilidade de cadeiras, temperatura do ambiente etc.)	0,953	0,985
Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos leitos? (ex. tinham algum acolchoamento)	0,947	0,991
Qual o seu nível de satisfação em relação a quantidade de profissionais presentes na unidade de emergência? (ex. foi suficiente para que o seu atendimento tenha sido de boa qualidade ?)	0,941	0,988
Qual o seu nível de satisfação com os recursos disponíveis para o seu cuidado? (ex. disponibilidade de exames de imagem, médicos especialistas etc.)	0,941	0,982
Qual o seu nível de satisfação em relação a duração do seu atendimento com o plantonista?	0,947	0,985
Qual o seu nível de satisfação quanto o relacionamento/vínculo entre médico paciente?	0,971	1,000
Qual o seu nível de satisfação em relação ao preparo profissional da equipe de saúde? (você se se sentiu seguro com o atendimento prestado ?)	0,976	0,988
Qual o seu nível de satisfação diante das explicações que lhe foram dadas acerca do seu estado de saúde?	0,976	0,991
Qual o seu nível de satisfação quanto ao grau de privacidade no atendimento prestado?	0,953	0,982

Os nove itens formadores do instrumento apresentaram valores satisfatórios de CVC quanto a clareza e compreensão, não necessitando de alterações na linguagem e escrita (semântica) dos indicadores. A versão final para aplicação está disposta no Apêndice A.

6. DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, diante de uma concorrência intensa entre empresas, a utilização de instrumentos para análise da qualidade dos serviços vem crescendo, com intuito do setor administrativo em absorver e aperfeiçoar as fragilidades das suas instituições⁴. No âmbito da saúde, através de escalas construídas com base em indicadores de ótima qualidade, gestores podem aferir a qualidade do serviço prestado de forma objetiva. No entanto, o trabalho aplicado pela equipe assistencial, mesmo que focada na melhor assistência possível, gera percepções diferentes entre o corpo médico, o paciente e seus familiares. Essa avaliação, passa a torna-se subjetiva, uma vez que, dados obtidos a partir índices de saúde demográficos (taxa de mortalidade e taxa de internação), não abrangem os fatores emocionais, bem como valores pessoais e culturais que influenciam a percepção dos pacientes⁷.

De acordo com Borsa e Seize, as razões que levam o pesquisador a optar pela construção de um novo instrumento, em geral, são: 1. Ausência de instrumentos adequados ao contexto ou aos objetivos de mensuração do pesquisador; 2. Falta de instrumentos com propriedades psicométricas adequadas; 3. Dificuldade de obter instrumentos de livre acesso; 4. Inexistência de instrumentos que avaliem o fenômeno de interesse¹⁹. Partindo da última razão apontada, o presente estudo teve como objetivo agregar aos serviços de saúde uma escala psicométrica que possa mensurar o que geralmente sua avaliação da qualidade do serviço não abarca: a visão do paciente.

Dos 10 itens inicialmente propostos, seis deles alcançaram resultados satisfatórios. Dos quatro restantes, um foi excluído e três permaneceram no instrumento, mesmo diante das fragilidades, devido às bases teóricas que os sustentam.

O item “qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos materiais utilizados?” foi retirado, uma vez que geralmente os procedimentos médicos utilizados na emergência (imobilizações, acessos venosos, suturas) costumam utilizar materiais desconfortáveis e as vezes dolorosos, mas necessários e, portanto, não dependem da qualidade do serviço de saúde. Uma observação a ser feita é de que apesar de baixos valores de IVC nos itens do primeiro modelo do instrumento, na aba de

sugestão dos itens, poucos juízes explicitaram o que havia para ser melhorado, deixando o processo de desenvolvimento dos itens mais complexo.

O item “Qual seu nível de satisfação em relação a estrutura física da sala de espera? (ex. disponibilidade de cadeiras, temperatura do ambiente etc.)” foi visto por 36,4% dos juízes, como “2 = item necessita de grande revisão para ser representativo”, mas nenhum comentário foi deixado na aba de sugestão. No entanto, estudos desenvolvidos por Donabedian, Novaes e Paganini, trazem que melhorias na estrutura do cuidado, levaria a melhorias no processo clínico e por consequência no desfecho do paciente⁶⁻⁷. Uma pesquisa financiada pela “National Patient Safety Agency and Ambulance Service Association”, no Reino Unido, demonstrou que conforto e espaço para o paciente e profissional são alguns dos indicadores de estrutura que devem fazer parte de uma pesquisa de avaliação e satisfação¹³. Dessa forma, foi optado que o item permanecesse no instrumento.

O item “Qual o seu nível de satisfação com os recursos disponíveis para o seu cuidado? (ex. disponibilidade de exames de imagem, médicos especialistas etc.)” também não foi aprovado pelo IVC (0,63) e somente um especialista, deixou o seguinte comentário na aba de sugestão: “Não sei até que ponto o paciente é capaz de saber se precisava ou não daquele tipo de recurso. Por exemplo: às vezes ele acha que precisa de um neurologista, mas o médico clínico consegue descartar uma doença neurológica.”. No entanto, o item refere-se a situações em que é explicitado ao paciente pela própria equipe de saúde de que a instituição não dispõe, naquele momento, do recurso necessário para o seu tratamento. A exemplo prático, um paciente com ferimento grave em mão chega a um hospital, no período da madrugada e é informado pela equipe que na instituição não tem o cirurgião necessário para o seu tratamento, o paciente vai se deparar com duas opções. A primeira, aguardar a regulação – procedimento que costuma ser demorado, portanto prejudicial ao paciente - ou de forma autônoma, buscar outro serviço de saúde em busca do especialista específico, desfavorável aos pacientes, principalmente aqueles desfavorecidos social e economicamente. Ou seja, o item aborda situações em que é dito ao paciente de que os recursos necessários para o seu tratamento não estão disponíveis, prejudicando o processo do cuidado e, às vezes, no desfecho do paciente. Por tanto,

é possível que, o IVC desse item tenha tido um resultado insatisfatório devido à falta de compreensão da equipe de juízes.

O item “Qual o seu nível de satisfação em relação a duração do seu atendimento com o plantonista?” também apresentou um baixo índice de concordância entre os juízes, mas ainda assim, foi optado por sua permanência no instrumento. Todo paciente, ao adentrar um consultório, espera encontrar um médico que tenha disponibilidade de atendê-lo, sem preocupar-se com o tempo da consulta. Cabe dizer, então, que o tempo é também uma das características de qualidade que influenciam a forma que o paciente vê o serviço recebido. Quando uma consulta é rápida, o paciente deixa de relatar fatos importantes sobre sua saúde e de receber orientações para o esclarecimento de suas dúvidas. Isso provoca no paciente o sentimento de que não recebeu atenção esperada, impactando negativamente na sua percepção da qualidade da instituição e gerando um resultado negativo, principalmente para o gestor da empresa, uma vez que reter o cliente é mais barato do que conquistar novos²⁴.

O instrumento criado consta de dois propósitos principais, o primeiro deles é melhorar a visão do paciente diante de um serviço de emergência, propiciando um ambiente mais confortável e acolhedor. Pacientes inseridos em uma boa estrutura, tendem a ter um melhor processo no cuidado e conseqüentemente melhores resultados, já que costumam, nesse cenário, aderir aos tratamentos prescritos pela equipe médica. O segundo propósito diz respeito aos gestores de saúde. A visão do cliente diante de um serviço é de extrema importância para a permanência desse no mercado, uma vez que, cada vez mais, os clientes estão exigindo seus direitos e por tanto determinando o tipo de serviço que vai frequentar. Para isso, é necessário que o gestor tenha em mãos, instrumentos psicométricos capazes de medir a visão do paciente diante do seu serviço, para que, dessa forma, os gastos possam ser direcionados nas suas áreas de maior fragilidade. Alinhando esses dois propósitos, serviços, de maiores qualidades vão se formando e resultados cada vez melhores vão sendo obtidos. O setor da emergência é responsável pelo cuidado de milhares de brasileiros, sendo, portanto, necessária uma maior atenção nessa esfera⁵.

O presente estudo apresenta algumas limitações, sendo a mais importante delas ter reunido evidências apenas de validade de conteúdo e de validade semântica. Torna-se essencial que estudos futuros reúnam outras evidências de validade, assim como avaliem as demais propriedades psicométricas do instrumento, como a precisão. Além disso, é importante que novos olhares sejam direcionados ao conteúdo e à redação dos itens, especialmente daqueles que não alcançaram índices de validade suficientemente altos para serem considerados adequados.

Apesar das limitações, entende-se que o presente estudo representa um importante passo para a avaliação da qualidade de serviços de saúde, levando em consideração a percepção dos próprios usuários do sistema de saúde.

7. CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível validar o instrumento de avaliação da qualidade do serviço médico de emergência (AQ-SME) quanto a dimensão estrutura e processo. O índice IVC, utilizada na etapa de validação de conteúdo, em seis dos nove itens que permaneceram no instrumento foram considerados excelentes. Ao passo que, em três itens não foram alcançados valores satisfatórios, mas devido a base teórica que o sustenta, foi optado pela sua permanência. O índice CVC, utilizada na etapa pré-teste, alcançou valores ótimos em todos os nove itens da escala. Desse modo, a configuração final do instrumento possuiu nove indicadores, divididos em dois domínios, com opções de respostas variando entre 1 e 5.

Diante das fragilidades identificadas em três itens, sugere-se a realização de estudos futuros que busquem aprimorar a ferramenta.

REFERÊNCIAS

1. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2005. Acesso em: [03 julho 2021];18(2):213–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015>
2. Kluck M, Ferreira J. Indicadores de qualidade para assistência hospitalar. *Hospital de Clínicas de Porto Alegre* [Internet]. 2001. Acesso em: [03 julho 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2365.2081>
3. Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 1990. Acesso em: [03 julho 2021];6(1):50-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1990000100006>
4. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev. Latino-am.enfermagem* [Internet]. 2000. Acesso em: [03 julho 2021];8(1):35-44. Ribeirão Preto. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000100006>
5. D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2006. Acesso em: [17 outubro 2021];59(1):84-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>
6. Junior AE. Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da Região Metropolitana de São Paulo. FGV-EAESP. Relatório de Pesquisa nº 9. [Internet]. 2004. Acesso em: [28 março 2022]. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/publicacoes/gvp/uso-de-indicadores-de-saude-na-gestao-de-hospitais-publicos-da-regiao-metropolitana>
7. Ministério da Saúde. AIH aprovadas por Ano processamento segundo Unidade da Federação. Jan-Jun/2022. DATASUS: Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. [acesso em 3 de set 2021]; Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>
8. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet]. 2015. Acesso em: [17 outubro 2021]; 78(6):1168-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000000663>
9. Viola DCM, Cordioli E, Pedrotti CHS, et al. Unidades avançadas: medidas de qualidade no atendimento de urgência e emergência. *Einstein*, São Paulo [Internet]. 2014. Acesso em: [17 outubro 2021];12(4):492-500. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014GS2894>
10. Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [acesso em 28 de mar 2022]; 375(3):205-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/nejmp1605101>

11. Silva LMV, Formigli VLA. Health Evaluation: Problemas and Perspectives. Cad. Saúde Públ [Internet]. 1994. Acesso em: [28 março 2022]; 10(1): 80-91. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>
12. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. 1990 Nov. Vol 114: p 1115-1118.
13. Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, et al. Instrumento para avaliação da qualidade da assistência pré-hospitalar móvel de urgência: validação de conteúdo. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2015. Acesso em: [28 março 2022];49(3):380-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300004>
14. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld, Suely. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.
15. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019. Acesso em: [6 agosto 2022]; 72(2):360-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>
16. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2016. Acesso em: [6 agosto 2022];25(2):411-418. Brasília. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200019>
17. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. psiquiatr. clín [Internet]. 1998. Acesso em: [6 agosto 2022]; 25(5):206-13. São Paulo. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220114>
18. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2015. Acesso em: [6 agosto 2022];20(3). Disponível em: <http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>
19. Seize MM, Borsa JC. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. Psico-USF [Internet]. 2017. Acesso em: [06 agosto 2022];22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
20. Gorestein C, Wang YP, Hungerbühler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre. Artmed. 2016.
21. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima, MHM, Rodrigues RCM. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. Rev. Eletr. Enferm [Internet]. 2013 Sep. Acesso em: [06 agosto 2022];15(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>

22. Muniz M, Freitas CPP. Padronização e normatização de instrumentos psicológicos. In: Damásio, Bruno Figueiredo. Borsa, Juliane Callegaro. Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos. Porto Alegre. Artmed. 2017.
23. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 16(7):3061-3068. 2011. Acesso em: 06 julho 2022];16(7):3061-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
24. Arroyo CS. Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. [tese] University of São Paulo, São Paulo, 2007. Acesso em: [06 agosto 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.12.2007.tde-04052007-182713>

APÊNDICE A – Instrumento para avaliação do serviço médico de emergência (AQ-SME)

Vamos apresentar para você vários itens sobre o atendimento de emergência prestado nessa unidade de saúde. Avalie, com base na escala abaixo, o quanto você concorda com a ideia apresentada. Quanto mais perto de 1, menor é a sua satisfação; quanto mais perto de 5, maior é a satisfação com o conteúdo da frase.

Insatisfeito		-	Satisfeito	
1 Péssimo	2 Ruim	3 Regular	4 Bom	5 Excelente

Estrutura	
Qual seu nível de satisfação em relação a estrutura física da sala de espera? (ex. disponibilidade de cadeiras, temperatura do ambiente etc.)	
Qual o seu nível de satisfação em relação ao conforto dos leitos? (ex. tinham algum acolchoamento)	
Qual o seu nível de satisfação em relação a quantidade de profissionais presentes na unidade de emergência? (ex. foi suficiente para que o seu atendimento tenha sido de boa qualidade ?)	
Qual o seu nível de satisfação com os recursos disponíveis para o seu cuidado? (ex. disponibilidade de exames de imagem, médicos especialistas etc.)	
Processo	
Qual o seu nível de satisfação em relação a duração do seu atendimento com o plantonista?	
Qual o seu nível de satisfação quanto o relacionamento/vínculo entre médico paciente?	
Qual o seu nível de satisfação em relação ao preparo profissional da equipe de saúde? (você se se sentiu seguro com o atendimento prestado ?)	
Qual o seu nível de satisfação diante das explicações que lhe foram dadas acerca do seu estado de saúde?	
Qual o seu nível de satisfação quanto ao grau de privacidade no atendimento prestado?	