

APLICAÇÃO-TESTE DA MEDIDA DE ATITUDE A ÁREA DE ATUAÇÃO DE UM CENTRO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL

Solange L'Abbate *
Márcia Faria Westphal **

RSPUB9/451

L'ABBATE, S. & WESTPHAL, M. F. *Aplicação-teste da medida de atitude à área de atuação de um centro de saúde do Município de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 13:69-79, 1979.*

RESUMO: Foi estudada a atitude em relação a um centro de saúde, em amostra da população residente em dois bairros centrais do Município de São Paulo (Brasil), utilizando-se questionamento indireto — uma escala de atitudes construída pelo método Thurstone & Chave. Após aplicação de testes de fidedignidade e depuração, a escala original de 55 itens pôde ser reduzida a uma escala de 24 itens, que poderá ser aplicada a outros estudos. As afirmações da escala cobriram 4 áreas de conteúdo consideradas essenciais para definição conceitual da atitude em relação a centro de saúde: relação médico-paciente; relação pessoal para-médico e auxiliar-paciente; eficiência dos serviços prestados; e ambiente físico e social.

UNITERMOS: Atitude em relação à saúde. Centro de saúde, clientela. Pesquisa sócio-psicológica. Educação em saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

Os especialistas em educação em saúde vêm mostrando crescente interesse por pesquisas sócio-psicológicas que estabeleçam, com maior clareza, a relação saúde-comportamento humano e forneçam dados para o planejamento das ações educativas.

Com frequência, os profissionais da saúde deparam-se com problemas decorrentes do comportamento da clientela em relação aos serviços prestados. Quando educadores e sociólogos tentam colaborar para a aproximação daqueles que oferecem os serviços de saúde e seus beneficiários, sentem falta de instrumental e de dados para equacionar

o problema e estabelecer uma linha de base para o trabalho.

Recentemente, tem-se pensado em consultar os beneficiários, a respeito dos seus sentimentos em relação à assistência médica recebida, especialmente das unidades sanitárias pertencentes às redes estadual e municipal. Tanto o questionamento direto como o indireto têm sido experimentados para obter informações sobre atitudes da população acerca do atendimento recebido. Os problemas com o questionamento direto têm sido de duas ordens: os entrevistados tendem a responder de maneira estereoti-

* Do Serviço de Educação de Saúde Pública do Instituto de Saúde — Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 188, 6º andar — 05403 — São Paulo, SP — Brasil.

** Da Divisão de Educação em Saúde do Instituto da Criança-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP — Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar S/N — 05403 — São Paulo, SP — Brasil.

pada e poucas vezes expressam atitudes negativas; questões diretas nem sempre permitem saber do grau de aceitação em vista ao objeto de estudo.

Para resolver este problema, vários estudos do comportamento humano vêm desenvolvendo técnicas de questionamento indireto, dentre as quais, escalas para medir atitude.

Este relato pretende descrever resultados obtidos na primeira fase da construção de uma escala de questionamento indireto, através do teste da mesma com a população da área atendida pelo Centro de Saúde Experimental — CSE da Barra Funda. A escolha desta área deveu-se a interesse da direção deste Centro de Saúde em conhecer o conceito da população sobre o atendimento prestado pela equipe da referida unidade. O planejamento e a execução do trabalho ficaram a cargo de: sociólogos do Serviço de Educação de Saúde Pública; médico-chefe, educadora e médicos-residentes do CSE da Barra Funda; alunos da Escola de Sociologia e Política, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e das Faculdades de Psicologia e Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*.

2. PROCEDIMENTO E METODOLOGIA

2.1. *Conceituação*

A definição nominal de atitude é essencial para início de qualquer trabalho de mensuração. A bibliografia consultada^{1,3,5,15,21,30} revelou que o conceito de atitude em relação à saúde, embora abrangente, pode se referir a situações específicas. Com referência a centro de saúde definiu-se atitude como um conjunto de relações afetivas e avaliativas da população ligada ao pessoal médico e auxiliar do centro de saúde, aos serviços prestados por

este pessoal e ao ambiente físico e social do centro de saúde.

Apesar do conceito ser considerado, em princípio, unidimensional, separou-se em áreas de conteúdo para facilitar a construção do instrumento de medida e a análise. As áreas selecionadas foram quatro:

— Atitude em relação aos médicos, incluindo problemas ligados ao relacionamento entre médicos e a clientela do centro de saúde.

— Atitude em relação ao pessoal paramédico e auxiliar, incluindo problemas ligados a relacionamento humano entre funcionários não médicos do centro de saúde e a clientela.

— Atitude em relação à qualidade dos serviços prestados pelo centro de saúde, incluindo problemas ligados à competência profissional dos médicos nas consultas e eficiência dos outros serviços oferecidos pelo centro de saúde à população.

— Atitude em relação ao ambiente físico e social do centro de saúde, incluindo problemas ligados às instalações do centro de saúde e ao público que costuma frequentá-lo.

2.2. *Atitude medida através de uma escala*

Têm-se feito muitos esforços visando a desenvolver métodos para a mensuração de atitudes. Uma das técnicas mais elaboradas é a que se baseia em escalas constituídas por afirmações-estímulos, às quais o entrevistado deve responder. Mesmo em relação a escalas, têm-se utilizado abordagens diferentes, sendo mais conhecidas as técnicas de construção de escalas de Thurstone ou dos “intervalos equi-aparenciais”, de Likert ou da “soma das avaliações”, e de Guttman ou “análise de escalograma”^{13,27}.

Foi escolhido o “método Thurstone” ou dos “intervalos equi-aparenciais”^{8,25,27} para construção do instrumento, em vista das

* Os autores descreveram detalhadamente os resultados desta fase do trabalho num relatório preliminar¹⁶.

características do problema e da população a que se destina a escala. Sendo a clientela dos centros de saúde em geral, de nível sócio-econômico e escolaridade baixos⁴, possivelmente só responderá a estímulos simples, de forma também simples, como o método propicia (resposta "sim" ou "não").

O método dos "intervalos equi-aparenciais" requer o desenvolvimento de grande número de itens ou afirmações expressando vários graus de favorabilidade ou desfavorabilidade em relação ao objeto de estudo²⁸. Estas afirmações são, então, submetidas a um ou mais grupos de "juízes" que devem opinar sobre cada uma delas, classificando-as em números e categorias segundo valores que julguem expressar em relação a centro de saúde, objeto de estudo. Para cada afirmação calcula-se um escore médio e estima-se a variância, que refletirá o consenso das avaliações dos "juízes" em relação a cada uma; as que não tiverem alto consenso são descartadas e as restantes, ponderadas conforme o escore médio calculado e aplicadas à população de estudo. Os entrevistados deverão assinalar os itens com os quais estiverem de acordo, recebendo um escore total, resultante da soma dos pontos das afirmações com as quais concordaram¹¹. Este escore total indicará o conceito de cada um em relação ao objeto de estudo.

A construção da escala foi objeto de estudo de Westphal²⁹, que limitou seus testes aos preconizados por Thurstone. Depois de construído o instrumento é necessário verificar a sua validade, isto é, se mede o que se pretende e se tem fidedignidade, ou se quando aplicado à mesma amostra produz consistentemente os mesmos resultados. Os testes de validade e fidedignidade requerem investigação empírica, pois o uso de lógica simplesmente não tem demonstrado ser eficiente, apesar do teste empírico dificilmente constatar validade e fidedignidade perfeitas^{19,20}.

O teste de validade pode ser feito através de várias técnicas — correlação com critérios, análise de item e análise fato-

rial^{12,20} — cada uma delas adequada ao tipo de validade que se quer analisar. A fidedignidade pode ser examinada através de técnicas denominadas teste-reteste, formas alternadas, duas metades ou equivalência que objetivam verificar se a escala forma um todo consistente ou se apresenta imprecisões internas²⁰. A análise da validade e fidedignidade foi realizada neste trabalho através de dados obtidos em pesquisa empírica.

Para testar a validade, optou-se por um esquema geral de pesquisa capaz de analisar o instrumento a partir de certos critérios, que os autores consideraram associados à atitude em relação à assistência médica em geral^{2,11,17,21,22,26}. Procurou-se verificar a relação entre distância do local de residência ao centro de saúde, tempo de residência na área, conhecimento, matrícula, experiência e utilização do centro de saúde e nível sócio-econômico, com a variável dependente: atitude em relação a centro de saúde¹⁰. Para testar a fidedignidade, dividiu-se a escala em duas metades visando a utilização do método de formas paralelas. Foram separadas as afirmações da mesma área de conteúdo e mesmo escore para formar dois subconjuntos de afirmações com escores comparáveis. Pretendeu-se, assim, calcular a correlação entre as duas formas através de um coeficiente específico.

O principal objetivo do trabalho, contudo, foi o de proceder à depuração final da escala, através de estudo empírico. Assim, testaram-se 55 afirmações, ao final revistas, utilizando-se critérios propostos por Hulka, no sentido de descartar os itens na ocorrência de uma das seguintes situações: o entrevistado não compreender o significado da afirmação ou de alguma palavra específica; haver 100% de concordância ou discordância com a afirmação e/ou dois ou mais entrevistados recusarem-se ou sentirem-se incapazes de responder à afirmação¹⁴.

Pretende-se que o instrumento assim definido possa ser aplicado a outros estudos.

2.3. Amostra

2.3.1. Universo de estudo

O universo de estudo foi constituído por todos os moradores da área de atendimento do CSE da Barra Funda — subdistritos da Barra Funda e Bom Retiro, com uma população residente em 1970 de 55.368 habitantes, sendo 25.606 do Bom Retiro e 28.762 da Barra Funda⁹. Trata-se de uma área essencialmente urbana, em que as funções residenciais, comerciais e industriais se entrelaçam. Apresenta três regiões distintas no que se refere a utilização, tipo de atividade econômica e características populacionais¹⁶.

2.3.2. Unidade de estudo

A unidade de estudo foi a família, definida como grupo de pessoas unidas por laços de parentesco, que residem no mesmo domicílio e constituem um único orçamento doméstico.

2.3.3. Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado um formulário, previamente testado, aplicado por grupo de estudantes de medicina, de ciências sociais e de psicologia¹⁶. A informante foi, de preferência, a mãe de família, em geral, a pessoa responsável pelos cuidados com a saúde dos familiares.

2.3.4. Procedimento amostral

A amostra foi sistemática e probabilística, extraída a partir do total de domicílios da área de pesquisa, por meio das seguintes etapas:

a) Mapeamento geral dos prédios da área em estudo, segundo censo realizado pelo CSE da Barra Funda*.

b) Contagem dos domicílios de todas as quadras, perfazendo um total de 13.613.

c) Cálculo do tamanho da amostra, delimitado com 95% de confiança para desvio de 0,06 das proporções a serem estimadas, supondo-se uma variância máxima, ou seja, supondo que seus verdadeiros valores sejam 0,5¹⁷. A correção para população finita e uma margem prevista de 10% dos casos de recusa delimitaram o total da amostra em 290 unidades.

d) Sorteio dos domicílios: após o agrupamento das quadras por quantidade de domicílios, procedeu-se à sua divisão proporcional em cada agrupamento, levando em conta o tamanho total da amostra e considerando um intervalo amostral para cada grupo de quadras. De acordo com estas, os domicílios foram numerados sempre no mesmo sentido e sorteados segundo o intervalo¹⁸.

2.3.5. Operacionalização da variável dependente

Foi medida por uma escala de 55 itens divididos em duas metades, operacionalizada, conforme já mencionado, segundo o "método Thurstone" dos "intervalos equiparenciais"²⁷. Para a construção inicial da escala²⁹, foram elaboradas 207 afirmações representando as quatro áreas de conteúdo e os diferentes graus da atitude a mensurar. As afirmações foram submetidas a quatro grupos de "juizes": educadores de saúde pública, sociólogos da área de saúde, médicos e enfermeiras. Cada "juiz" classificou as afirmações em onze pontos de um "continuum" de favorabilidade à desfavorabilidade.

Os valores de todos os "juizes" foram agrupados em um valor escalar geral obtido

* Censo realizado em 1968 pelos alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

para cada afirmação; calculou-se a mediana (S) e o desvio (Q) e o índice de ambigüidade. A cada item atribuiu-se escore de um a onze conforme sua posição no "continuum". As 55 afirmações finais foram selecionadas a partir de 3 critérios: área de conteúdo, valor escalar e índice de ambigüidade. Foram escolhidos, aproximadamente, 5 para cada valor escalar (valor 5), doze a cada área de conteúdo, sendo estes os itens de menor ambigüidade (menor valor Q)³⁰.

Na aplicação da escala à população, o resultado de cada indivíduo será igual à medida dos valores atribuídos aos itens com os quais ele concorda, categorizada segundo o escore final obtido:

Atitude	Escore
Muito favorável	1 a 2,75
Favorável	2,76 a 5,51
Desfavorável	5,52 a 8,27
Muito desfavorável	8,28 a 11,03

3. RESULTADOS

3.1. *Características gerais das famílias pesquisadas*

Foram amostrados 290 domicílios, tendo-se aplicado 256 formulários, correspondendo a uma perda de 11,7%. Na maioria das vezes, a mãe de família foi a pessoa entrevistada. Os dados obtidos, cuja síntese é apresentada a seguir, permitiram, de modo geral, caracterizar a população.

Com relação ao local de residência, 55,5% das famílias residem no subdistrito da Barra Funda e 44,5% no Bom Retiro. Na

Barra Funda, as famílias distribuíram-se proporcionalmente pelos 7 setores nos quais está dividido o bairro, segundo as atividades de visitaçao domiciliar do CSE da Barra Funda, incluindo a favela "Ordem e Progresso".

O número médio de pessoas por família é de 3,6. São famílias menores do que a família média encontrada em outras pesquisas realizadas na cidade de São Paulo⁶. Considerando o total de 927 pessoas pertencentes às famílias da amostra, 35,8% possuíam idade superior a 40 anos e 13,2% mais de 60 anos. Além disso, em 54,3% das famílias pesquisadas não havia crianças menores de 14 anos. Trata-se de uma população predominantemente adulta e velha, o que parece ser característico das zonas antigas da cidade de São Paulo, caso dos bairros estudados.

As características sócio-econômicas da população pesquisada, segundo as variáveis renda familiar, escolaridade e ocupação do chefe de família revelaram: quanto à renda, 70% das famílias contam com uma renda mensal superior a 8 salários mínimos, e dos restantes 30%, 5% recebem de 1 a 2 salários mínimos, 14% de 3 a 5 e 11% de 6 a 7*. Em relação ao nível de escolaridade, 20% dos chefes de família são analfabetos ou semi-alfabetizados, 32% possuem primário completo e os restantes 48% possuem instrução acima da primária. Finalmente, quanto à variável ocupação, analisada segundo a escala utilizada por Gouveia¹⁰, predominam as ocupações "não manuais de rotina e assemelhadas" e "posições mais baixas de supervisão ou ins-

* O salário mínimo vigente na época da pesquisa de campo — 1974 — era de Cr\$ 376,00 (aproximadamente US\$ 16,00) para São Paulo.

peção e pequenos proprietários", uma vez que 46% dos chefes de família se encontravam nesses casos. Dos restantes, cerca de 10% têm profissões liberais, 12% ocupações manuais não especializadas e 32% ocupações manuais especializadas e supervisão de trabalho manual.

Em relação à cobertura previdenciária em saúde, verificou-se que 80% das famílias têm direito aos benefícios do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, deste total, cerca de 35% estão filiadas também a serviços de assistência médica de tipo privado. Verificou-se que 11% das famílias não têm direito a nenhum serviço público ou privado de assistência médica.

Quanto à utilização efetiva da assistência à saúde, observou-se grande procura do médico particular, paralelamente ao uso dos serviços oficiais de saúde, uma vez que 32% das famílias afirmaram recorrer àquele profissional, sobretudo para problemas de saúde das crianças. Finalmente, quanto ao CSE da Barra Funda, instituição em relação à qual interessava medir a atitude, verificou-se que 43 famílias, ou seja, 17% do total da amostra eram matriculadas na referida unidade sanitária. Essas famílias utilizam o centro de saúde praticamente para todos os seus membros, embora com maior intensidade para os menores de 14 anos¹⁶.

3.2. Atitude em relação ao CSE da Barra Funda

A atitude da população entrevistada em relação ao CSE da Barra Funda distribuiu-se em favorável e desfavorável, ou seja, a avaliação que a população fez da unidade sanitária não assumiu posições extremas de favorabilidade ou desfavorabilidade. A maioria dos entrevistados avaliou positivamente o Centro de Saúde, como pode ser visto na Tabela 1.

Como foi definido na metodologia, a escala para medir atitude considerava 4 dimensões desta variável. Procurando man-

TABELA 1

Atitude dos entrevistados em relação ao CSE da Barra Funda. Subdistritos da Barra Funda e Bom Retiro, São Paulo, 1975.

Atitude	N	%
Favorável	159	62,1
Desfavorável	76	29,7
Não sabe	21	8,2
Total	256	100,0

Fonte: Pesquisa de Campo.

ter a mesma quantidade de itens em cada dimensão e uma distribuição semelhante dos valores escalares de cada item, para cobrir todo o "continuum" de 11 pontos, como exige o tipo de instrumento aplicado¹⁷, a escala foi dividida em duas metades. Na verdade, construíram-se duas escalas, uma com 27 e outra com 28 itens. Desta forma, cada entrevistado respondeu à metade da escala.

Para se ter idéia mais precisa do que a população pensava a respeito de cada dimensão, fizeram-se tabulações separadas dos itens que constituem cada uma dessas dimensões, sem levar em consideração a divisão da escala.

Como a variável conhecimento em relação ao CSE da Barra Funda foi a que apresentou correlação mais alta com atitude¹⁸, fez-se a tabulação separada dos cem entrevistados que afirmaram conhecer o CSE da Barra Funda e comparou-se com o total da amostra — 256.

Em cada dimensão ordenaram-se os itens do menor para o maior valor escalar. Os entrevistados que concordavam com as afirmações de menor valor escalar são os mais favoráveis; e vice-versa, os que concordavam com os itens de maior valor escalar são os mais desfavoráveis. Os valores escalares variavam de 1,13 a 10,93¹⁹.

L'ABBATE, S. WESTPHAL, M. F. Aplicação-teste da medida de atitude à área de atuação de um centro de saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13: 69-79, 1979.

TABELA 2

Escala de atitude em relação ao CSE da Barra Funda. Subdistritos de Barra Funda e Bom Retiro, São Paulo, 1975.

Áreas de conteúdo *	Valor escalar	Afirmações
III	1,46	1. Os médicos do CSE da Barra Funda examinam cuidadosamente todos os clientes.
III	1,62	2. É muito importante para o CSE da Barra Funda atender bem todos os clientes.
I	2,32	3. Os médicos do CSE da Barra Funda costumam ser dedicados a seus pacientes.
IV	2,69	4. No CSE da Barra Funda as pessoas são bem tratadas.
II	2,85	5. Os funcionários do CSE da Barra Funda são interessados nos problemas dos clientes.
II	3,00	6. Sempre que se tem problemas, pode-se confiar nos funcionários do CSE da Barra Funda.
II	3,22	7. Os funcionários do CSE da Barra Funda em geral costumam tratar muito bem as pessoas.
IV	3,31	8. No CSE da Barra Funda existe um espírito de ajuda.
IV	4,39	9. O CSE da Barra Funda é o melhor lugar para as crianças pobres doentes.
IV	4,43	10. O CSE da Barra Funda está melhorando sua aparência.
IV	4,66	11. O CSE da Barra Funda é mais agradável que o INPS.
II	5,21	12. Se as pessoas forem gentis com os funcionários do CSE da Barra Funda, eles também serão.
I	5,50	13. Nem sempre o médico do CSE da Barra Funda pode ouvir nossos problemas.
III	6,60	14. A população queixa-se da dificuldade em conseguir uma consulta no CSE da Barra Funda.
I	7,00	15. É difícil conseguir um sorriso do médico do CSE da Barra Funda.
III	7,66	16. A qualidade da assistência médica oferecida pelos médicos particulares é superior à oferecida pelo CSE da Barra Funda.
II	8,58	17. Os funcionários do CSE da Barra Funda fazem bem suas tarefas muito poucas vezes.
II	9,31	18. Os funcionários do CSE da Barra Funda não ajudam ninguém.
III	10,14	19. Deve-se desconfiar sempre dos médicos do CSE da Barra Funda.
IV	10,29	20. O CSE da Barra Funda dá às pessoas uma sensação de desconforto e medo.
I	10,64	21. Para os médicos do CSE da Barra Funda nenhum cliente é importante.
II	10,79	22. Os funcionários do CSE da Barra Funda só faltam enxotar as pessoas que procuram o CSE.
III	10,93	23. Médico do CSE da Barra Funda nunca descobre o que o doente tem.
IV	10,96	24. O CSE da Barra Funda mais parece masmorra onde as pessoas vão para serem torturadas.

* I — Atitude em relação a médicos. II — Atitude em relação aos funcionários. III — Atitude em relação à eficiência dos serviços. IV — Atitude em relação ao ambiente do CSE.

Em geral, nas quatro dimensões consideradas, as percentagens dos que têm atitude favorável ao CSE da Barra Funda foram maiores entre os entrevistados que conheciam a unidade sanitária. Observou-se ainda que as percentagens decrescem do favorável para o desfavorável nos dois grupos de entrevistados, apenas sendo o decréscimo maior dentre aqueles que conheciam o CSE. Observou-se ainda menor proporção de entrevistados que responderam "não sabe" entre os que conheciam o CSE.

3.3. Depuração dos itens da escala

Após desenvolver a análise em separado da atitude de todos os entrevistados e do grupo que conhecia o CSE da Barra Funda, procedeu-se à depuração dos itens, considerando apenas o último grupo, eliminando as afirmações às quais no mínimo duas pessoas não conseguiram responder, segundo a orientação de Hulka¹⁴, conforme descrita na metodologia.

A escala definitiva passou a se constituir de 24 afirmações, que cobrem todo o "continuum" embora desigualmente: encontram-se em maior número nos pontos extremos e em menor nos pontos intermediários. As áreas de conteúdo também foram cobertas desigualmente. Estes resultados podem ser vistos na Tabela 2.

4. COMENTARIOS E CONCLUSÕES

De maneira geral, esperava-se que os entrevistados, ao emitirem sua opinião sobre os médicos, funcionários, serviços e ambiente do CSE da Barra Funda, tomassem por base uma imagem generalizada a respeito das unidades sanitárias da Secretaria da Saúde. No entanto, foi muito difí-

cil ao entrevistado manifestar sua atitude quando não possuía nenhuma experiência em relação ao objeto específico de análise. Este fato e mais a associação encontrada entre conhecimento do CSE da Barra Funda e atitude, levaram os autores a concluir ter a escala discriminado melhor a atitude entre aqueles que já haviam tido algum contato com o Centro de Saúde. Assim, aplicações da escala definitiva com outras populações semelhantes àquela aqui estudada, deverão ser feitas apenas entre pessoas com algum contato com a unidade sanitária que se quiser analisar.

A grande percentagem dos entrevistados com atitude favorável e a ausência de respostas com acentuada desfavorabilidade, devem-se, provavelmente, ao fato de que os entrevistados, ao avaliarem o CSE da Barra Funda, tomaram como referência uma unidade sanitária diferente dos demais CS da rede da Secretaria da Saúde. Por se tratar de um centro de saúde-escola, possui mais recursos — sobretudo humanos — uma equipe mais integrada, preocupada em organizar uma Agência de Saúde que seja também campo de experiência prática para futuros médicos¹⁵. Por tudo isto, trabalha mais organizadamente com a população (realização de censos, trabalho comunitário e visitação domiciliar intensa, sobretudo na favela). O próprio ambiente físico é mais agradável, por se tratar de prédio construído especificamente para ser unidade sanitária. Além disso, os entrevistados da área de pesquisa poderiam também estar tomando como referência para sua avaliação, o CS-I Santa Cecília, localizado no centro do Bairro da Barra Funda, que por se tratar de um Centro de Saúde de tipo I*, possui instalações ade-

* Portarias nº 8 e 13 de 1972 da Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, que definem os tipos de CS segundo população da área e determina o pessoal mínimo dos CS e suas atribuições^{23,24}.

quadas e várias especialidades para atender à clientela. Provavelmente, a mesma escala aplicada em alguma população de unidade sanitária com menos recursos não teria os mesmos resultados.

É possível que o fato do objeto, em relação ao qual os entrevistados manifestaram sua atitude, ser bastante específico, e o nível de instrução da maioria da população ser relativamente baixo, tenham contribuído para dificultar a compreensão dos itens que deveriam ser respondidos. Por isso, consideramos o instrumento utilizado neste trabalho para medir atitude, mais apropriado ao estudo das avaliações a respeito de aspectos globais da vida dos indivíduos.

Consideramos que um aspecto válido do trabalho foi revelar que a clientela do CSE da Barra Funda avalia positivamente os serviços prestados pela unidade sanitária, constatação importante para a equipe coordenadora das atividades do centro de saúde.

Outro aspecto importante a assinalar é o fato de profissionais de diferentes formações e de estudantes trabalhando em conjunto na realização de uma pesquisa na área da educação em saúde, ter se mostrado uma experiência valiosa tanto pela interação que se estabelece, como também pela riqueza de análise que o trabalho adquire.

No caso da aplicação da escala em outras populações, seria necessário testar a fidedignidade e a validade do instrumento²⁰, o que não foi conseguido totalmente neste caso, devido à falta de recursos. Apesar

disso, consideramos o critério utilizado para depurar os itens eficientes para os objetivos desta investigação.

Finalmente, deve-se assinalar que, de maneira geral, consideramos válido o trabalho como ponto de partida para outros estudos que se queiram fazer dentro da perspectiva colocada: medir de forma indireta a avaliação que determinada população faz da unidade sanitária por ela utilizada, ou que poderá utilizar. No entanto, desde que a atitude em relação a centro de saúde deva ser parte do conjunto das percepções que o indivíduo possui a respeito do próprio conceito de saúde, os autores sugerem, para outra aplicação da escala, a inclusão de questões abertas que permitam ao entrevistado expressar-se livremente acerca daquilo que pensa e sente em relação ao estado de saúde, ao atendimento prestado pelos Serviços de Saúde e em relação ao profissional de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos doutores Otávio Azevedo Mercadante e José Martins de Barros pelo apoio administrativo e sugestões apresentadas; ao professor Jair Lício Ferreira Santos, pela assessoria estatística; a Fernão Dias de Lima pela programação e computação dos dados; aos funcionários do CSE da Barra Funda pelo fornecimento das informações necessárias ao presente estudo e ao grupo de estudantes de sociologia e política, medicina, ciências sociais e psicologia pela colaboração no trabalho de campo e tabulação dos dados.

L'ABBATE, S. & WESTPHAL, M. F. [Application of a test to measure the attitude of the local population towards a health center in the city of S. Paulo (Brazil)] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13:69-79, 1979.

ABSTRACT: A survey of the attitude towards a health center was made among a sample of inhabitants of two districts of S. Paulo city (Brazil). Indirect questioning was carried out using an attitude scale created after Thurstone & Chave. Reliability tests made it possible to reduce the original scale from 55 to 24 items which can eventually be utilized in further surveys. The statements of the scale comprised 4 areas considered to be basic for the conceptual definition of attitudes regarding a health center: relationship between physician and patient; relationship between non-medical staff and patient; efficiency of services provided; and the physical and social milieu.

UNITERMS: Attitude to health. Community health services, clientele. Research, psycho-social. Health education.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, R. & ANDERSON, O. W. *A década of health services: social surveys trends in use and expenditure.* Chicago, University of Chicago Press, 1967.
2. APOSTLE, D. A. Factors that influence the public's view of medical care. *J. Amer. med. Ass.*, 202:592-3, 1967.
3. BERESOVSKY, M. *Princípios da relação médico-paciente.* São Paulo, 1970. [mimeografado].
4. BORELLI, M. H. da C. et al. *Caracterização da clientela da divisão de saúde São Paulo-Centro.* São Paulo, Serviço de Educação de Saúde Pública, 1973. (Publicação nº 4).
5. DEISHER, R. W. et al. Mother's opinions of their pediatric care. *Pediatrics*, 35: 82-7, 1967.
6. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS — DIEESE. *Família assalariada: padrão e custo de vida.* São Paulo, 1972. (Estudos Sócio-econômicos, 2).
7. DIXON, W. J. & MASSEY, F. J. *Introduction to statistical analysis.* 2nd ed. New York, Mc Graw-Hill, 1973.
8. EDWARDS, A. L. *Techniques of attitudes scale construction.* New York, Appleton Century Crofts, 1957.
9. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico: São Paulo.* Rio de Janeiro, 1970. v. 1. Tomo 18 — 3a. parte. (VIII Recenseamento geral, 1970).
10. GOUVEIA, A. J. *Professores de amanhã: um estudo de escolha ocupacional.* 2ª ed. São Paulo, Livraria Pioneira, 1970.
11. GRAY, R. M., et al. The effects of social class and friends expectations on oral polio vaccination participation. *Amer. J. publ. Hlth*, 56:2028-32, 1966.
12. GUILFORD, J. P. *Fundamental statistics in psychology and education.* 4th ed. New York, Mc Graw-Hill, 1965.
13. HAVENS, A. E. et al. *Medición en sociología: conceptos y métodos.* Bogotá, Ed. Universidad Nacional de Colombia, 1965.
14. HULKA, B. S. et al. Scale of the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med. Care*, 8:429-36, 1970.
15. KOOS, E. L. Metropolis — What city people think of their doctor patient communication. *Amer. J. publ. Hlth*, 45:1551-7, 1955.

L'ABBATE, S. WESTPHAL, M. F. Aplicação-teste da medida de atitude à área de atuação de um centro de saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 13: 69-79, 1979.

16. L'ABBATE, S. & WESTPHAL, M. F. *Atitude da população da Barra Funda e Bom Retiro em relação ao CS II Experimental da Barra Funda: relatório preliminar*. São Paulo, Serviço de Educação de Saúde Pública, 1976.*
17. MEAD, M. Determinants of health beliefs and behavior: cultural determinants. *Amer. J. publ. Hlth*, 51:1552-4, 1961.
18. MERCADANTE, O. A. *Um Centro de Saúde como local de estágio de saúde pública para estudantes de medicina*. São Paulo, 1970. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
19. NUNNALLY, J. C. *Psychometric theory*. New York, Mc Graw-Hill, 1967.
20. PASTORE, J. *Medidas de atitude*. São Paulo, Instituto de Matemática e Estatística USP, 1971. [apostila].
21. ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. *Milbank mem. Fd Quart.*, 44:128-42, 1966.
22. ROSS, J. A. Social class and medical care. *J. Hlth hum. Behav.*, 3:35-40, 1962.
23. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Portaria S.S. C G nº 8: Define os tipos de Centro de Saúde. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 7 jun. 1972.
24. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Portaria S.S. C G nº 13: Determina o pessoal mínimo dos Centros de Saúde e suas atribuições. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 27 jun. 1972.
25. SHAW, M. E. & WRIGHT, J. M. *Scales for the measurement of attitudes*. New York, Mc Graw-Hill, 1967.
26. STRAUSS, R. Determinants of health beliefs and behavior: sociological determinants. *Amer. J. publ. Hlth*, 51:1547-52, 1961.
27. THURSTONE, L. L. & CHAVE, E. J. *The measurement of attitudes*. Chicago, University of Chicago Press, 1929.
28. WANG, C. K. A. A suggested criterion for writing attitude statements. *J. Psych.*, 3:367-73, 1932.
29. WESTPHAL, M. F. *Uma escala de atitudes em relação a Centros de Saúde*. São Paulo, 1974. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Pública da USP].
30. ZOLA, I. R. Problems of communication, diagnoses and patient care: the interplay of patient, physician and clinic organization. *J. med. Educ.*, 38:829-38, 1963.

Recebido para publicação em 06/02/1979

Aprovado para publicação em 22/03/1979

* Disponível no Serviço de Educação de Saúde Pública do Instituto de Saúde, Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 188, 6º andar - 05403 - São Paulo, SP - Brasil.