MARCIA FARIA WESTPHAL

"Uma escala de atitudes em relação a Centros de Saúde"

Monografia apresentada à Faculdade de Saúde Publica, USP como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

São Paulo

1974

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SP - 8

Ao meu saudoso e querido pai, que sempre incentivou meu desenvolvimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos senhores médicos, enfermeiros, educadores de saúde pública e sociólogos que gentilmente desempenharam o papel de juízes.

A Cecília de Mello Nogueira, Mara de Mello Faria, e Célia Mattos Faria que auxiliaram na datilografia e revisão.

A meu esposo, que pacientemente colaborou em todos os momentos.

E em especial a Dra. Ruth Sandoval Marcondes pela oportunidade oferecida e orientação durante a elaboração desta monografia.

R E S U M O

Com o objetivo de quantificar o evento psico-social "Atitude em relação a Centros de Saúde", uma escala Thurstone dos "Intervalos equi-aparenciais" foi construida e apresentada.

Inicialmente montou-se um quadro teórico, onde foi inserido o conceito a ser mensurado e a partir do qual construiram-se duzentos e sete estímulos-afirmações. Quatro áreas de conteúdo foram abrangidas: atitude em relação aos médicos, atitude em relação a serviços oferecidos, atitude em relação a funcionários e atitude em relação ao ambiente psico-social dos Centros de Saúde.

As afirmações foram submetidas a quatro grupos de juízes compostos de médicos, enfermeiros, educadores de saúde pública e sociólogos que trabalham na área da saúde. Os valores escalares e índices de ambiguidade foram calculados para cada grupo profissional e para o grupo como um todo. As afirmações definitivas foram selecionadas através dos seguintes critérios: valor escalar, índice de ambiguidade e área de conteúdo. Foram escolhidas cinquenta e sete afirmações: dezenove na primeira área de conteúdo, treze na segunda área de conteúdo, quinze na terceira área e dez na quarta. Esta pesquisa foi somente uma primeira abordagem ao problema de mensuração de atitudes. Um pré-teste será necessário para testar validade e fidedignidade do instrumento construido para que depois seja empregado em pesquisas ligadas à educação em saúde pública.

S U M M A R Y

With the purpose of gaining quantitative knowledge about the social psychological phenomena "Atitude toward Health Centers", A Thurstone "Equal Appearing Interval" scale was developed and presented. In the begining a theoritical referal system was built ineluding the concept to be measured, and 207 statements were devised. Four content areas were included: attitude toward physicians, attitude toward health services offered, attitude toward social-psychological environment of the Health Centers. The statements were presented to four groups of judges composed of psysicians, public health educators, nurses and sociologists working in public health. Scale values and a Q value were calculated separately for each statement for each group of judges and for de whole group. A final scale was selected by three criterion: scale values, Q value and content areas. From the 207 scored statements a scale containing 57 items was developed: 19 in the first content area, 13 in the second, 15 in the third, 10 in the fourth. This research was only a first approach to measure atitudes. A pretest will be necessary to test validity and reliability of the instrument developed, to make it useful to research applied to public health education.

INTRODUÇÃO

Administradores e técnicos de todo mundo ligados ao setor saúde, vêm progressivamente reconhecendo que, para erradicar, minimizar ou controlar os problemas que impedem a população de alcançar níveis adequados de bem estar físico, mental e social é fundamental o auxílio da educação em saúde. Várias pesquisas têm demonstrado a relação entre controle de doença e manutenção da saúde com o comportamento humano.

A educação em saúde pública, através de seus especialistas, vem mostrando um crescente interesse em pesquisas sócio-psicológicas, que estabeleçam com maior clareza a relação saúde-comportamento humano e forneçam dados objetivos para planejamento das ações educativas. Por envolver processos complexos de mudança de comportamento em relação à saúde, esta enfrenta numerosos e diversos problemas, tanto quando se volta para programas de proteção a saúde como de assistência médica.

Com frequência os especialistas em educação em saúde, bem como outros profissionais da área da saúde, deparam-se com problemas decorrentes do comportamento da população em relação aos serviços que oferecem. Os beneficiários demonstram, ante a oferta, os mais variáveis tipos de comportamento: aceitação, interesse, indiferença ou recusa. Os ofertantes respondem com compreensão, desânimo ou agressividade. Os que buscam compreender, entretanto, sentem-se bloqueados pela falta de instrumentos adequados para resolver o problema.

Esta monografia tem como objetivo analisar um dos elementos preditores do comportamento da população em relação a Centros de Saúde ou unidades sanitárias locais, que prestam assistência médica preventiva e curativa à população. Pretende, também, descrever os resultados obtidos numa primeira fase de construção de uma escala para medir atitude em relação a Centros de Saúde. Este instrumento permitirá identificar o grau de aceitação da população em relação às unidades sanitárias locais. Sabemos que a utilização dos serviços dos Centros de Saúde, está em grande parte relacionada com a atitude da população em relação a tais serviços, ou seja, se a população estiver mais predisposta a aceitar o Centro, provavelmente se utilizará mais frequentemente dele.

O conhecimento da atitude da população em relação aos Centros de Saúde pode, em conjunção com variáveis estruturais e situacionais, prever e explicar o comportamento dessa mesma população em relação à agência de saúde. Sabe-se que o comportamento humano é determinado por um conjunto de forças bastante complexo, entre elas, as atitudes. O estudo das atitudes, portanto, assume importância na medida em que se utilizam seus resultados em combinação com outras variáveis para compreensão do comportamento humano. O especialista em educação em saúde conhecendo os princípios que governam as mudanças de atitudes, poderá manipular com mais eficiência as reações individuais.

A utilidade de tal monografia, reside no fato de que toda vez que se faz um esforço no sentido de mensuração, a ciência avança e a prática se beneficia, apesar de ter-se consciência de que o conhecimento das atitudes nem sempre garante a previsão do comportamento e da relativa perfeição do instrumento como aferidor da realidade. Como refere Marshall, "dentro de certos limites, esses métodos podem ser usados para aumentar nosso conhecimento do comportamento humano. Não são perfeitos e nunca serão quantitativamente exatos. Podem, em alguns casos, não medir absolutamente nada, no verdadeiro sentido da expressão, mas apenas avaliar, arranjar em ordem de magnitude. Mas isso é muito melhor do que nada. Talvez não nos apresentem a verdade integral, mas nos levem para mais próximo dela. A importância deste avanço só poderá ser descoberta pela tentativa." (67)

O trabalho é apresentado em cinco capítulos. O Capítulo I tece considerações gerais sobre o direito do indivíduo à saúde, analisando como o Estado, através das atividades de Saúde Pública, auxiliado pela educação em saúde pública, procura atender a esse direito . O Capítulo II focaliza a rede de atenção médica dentro das atividades de Saúde Pública, onde estão localizados os Centros de Saúde numa perspectiva histórica e legal.

O Capítulo III apresenta modelos teóricos para o estudo da utilização dos serviços de saúde, que lançam as bases teóricas para a construção da escala de atitude em relação a Centros de Saúde. A seguir analisa o conceito de atitude e suas relações com o comportamento em saúde e define atitude em relação a Centros de Saúde.

No Capítulo IV são resumidos os elementos conceituais básicos na mensuração de atitudes, assim como seu significado e alcance. Apresenta também os métodos de mensuração mais utilizados atualmente e suas vantagens e desvantagens, tendo em vista o trabalho a se realizar.

O Capítulo V descreve a construção da escala propriamente dita, utilizando o método Thurstone dos intervalos equi-aparenciais. As fases do trabalho são analisadas pormenorizadamente e os resultados da fase preliminar são descritos e criticados. Sugestões são apresentadas para verificação da validade e fidedignidade do instrumento construído.

Esta monografia representa somente uma abordagem inicial do problema, não chegando à fase final de construção da escala. As considerações e proposições devem ser tomadas como hipóteses preliminares de trabalho a serem comprovadas através de testes com a população atendida pelos Centros de Saúde. Só depois destes testes é que se poderá tecer recomendações ao pessoal de saúde e particularmente aos especialistas em educação em saúde pública, quanto à sua utilidade e utilização.

A experiência em testar uma metodologia conhecida apenas teoricamente enriqueceu muito a formação profissional do autor, Educador de Saúde Pública com especialização em pesquisa, nos aspectos educativos de problemas de saúde. O contato teórico mais profundo com problemas de mensuração abriu-lhe campo para uma compreensão mais clara dos benefícios oferecidos pelo rigorismo dos modelos quantitativos de análise empírica.

I N D I C E

pág.

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES GERAIS 15

- conceito de saúde e saúde pública 15
- educação em saúde pública e sua contribuição para saúde pública 17

CAPÍTULO II

OS CENTROS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO MÉDICA ESTADUAL 21

- ação do Estado no setor saúde 21
- assistência médica no Brasil 23
- centros de saúde 24
  - histórico 24
  - conceito 27
  - atribuições do pessoal de centro de saúde 29
  - população atendida pelos centros de saúde 29

CAPÍTULO III

ATITUDE DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE 31

- atitude e os modelos teóricos para o estudo de utilização dos serviços de saúde 31
  - modelos econômicos 31
  - modelos psico-sociais 32
  - modelos econômico-psico-sociais 33
- as atitudes 33
  - conceito de atitude 33
  - atitudes e outros conceitos teóricos similares 36
  - dimensões das atitudes 37
  - formação e desenvolvimento das atitudes 38
- atitude em relação a centros de saúde 39

CAPÍTULO IV

MÉTODOS DE MENSURAÇÃO DE ATITUDES 41

- conceito de mensuração 41
- métodos para medir atitude 42
- níveis de mensuração 42
- fatores básicos implicados na mensuração de atitudes 43
  - conceituação 43
  - definição de um contínuo 43
  - validade de uma escala 44
  - fidedignidade de uma escala 46
- métodos de construção de escalas 50
  - método dos intervalos aparentemente iguais 50
  - outros métodos de construção de escalas: vantagens e desvantagens em relação ao método dos intervalos equi-aparenciais 55
  - a escolha do método 60

pág.

CAPÍTULO V

A ESCALA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE 61

- o conceito 61
- construção dos ítens 62
- avaliação das afirmações pelos juízes 63
- determinação dos valores escalares 63
- determinação do índice de ambiguidade 64
- os resultados 64
- seleção das afirmações definitivas 66
- discussão 67

CONCLUSÕES 85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87

APÊNDICES..... 95

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Antes de entrar na apreciação do tema propriamente dito, fazem-se necessárias algumas colocações teóricas, bases orientadoras da pesquisa empírica.

CONCEITO DE SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA

Vários autores tentaram definir saúde e contrapô-la ao conceito de doença, com a finalidade de obter um conceito que pudesse ser operacionalisado e, eventualmente, mensurado. Entretanto, o assunto não é simples e ainda não foi resolvido de forma satisfatória.

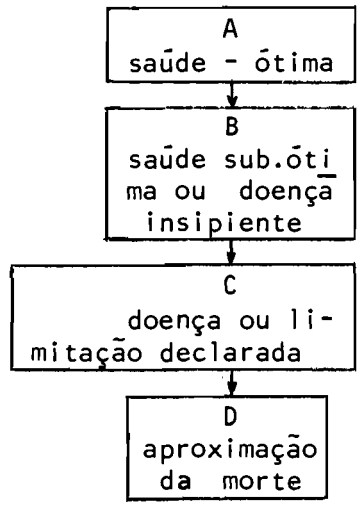
A definição de saúde que prevalece no momento é a apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). "Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Esta definição apresenta três aspectos: saúde física, saúde mental e saúde social. Os dois primeiros são intrínsecos ao indivíduo, dependendo mais de componentes físicos, biológicos, fisiológicos e psíquicos. A saúde social, entretanto, depende do equilíbrio do indivíduo com o ambiente em que vive e com o qual está em contato permanente. Alguns autores negam e criticam este último aspecto dizendo que o mesmo não faz parte da saúde individual e que a medicina e saúde pública devem se restringir apenas a ela. A Enciclopédia Britânica define saúde como "uma condição de bem estar físico e social". A definição adotada, entretanto, é a da OMS, por considerar a relação meio social-indivíduo muito importante em se tratando de saúde. É extremamente difícil, se não impossível, operacionalisar os conceitos de bem estar físico, mental e social; por esta razão o nível de saúde de uma população é geralmente avaliado a partir de indicadores, tais como coeficientes de mortalidade e morbidade.

Várias tentativas foram feitas no sentido de distinguir os conceitos de saúde - doença. Alguns modelos explicativos das diferenças de saúde e doença foram elaborados, mas no geral não representam realidades puras, demarcadas por linhas exatas.

Rogers (93) considera saúde como um espectro no qual cada indivíduo ocupa um lugar em qualquer tempo determinado. Classifica o estado de saúde do indivíduo num contínuo, que vai desde a saúde perfeita até a morte, usando o que chamou de "escala do estado de saúde", esquematicamente definida no Quadro I.

QUADRO I

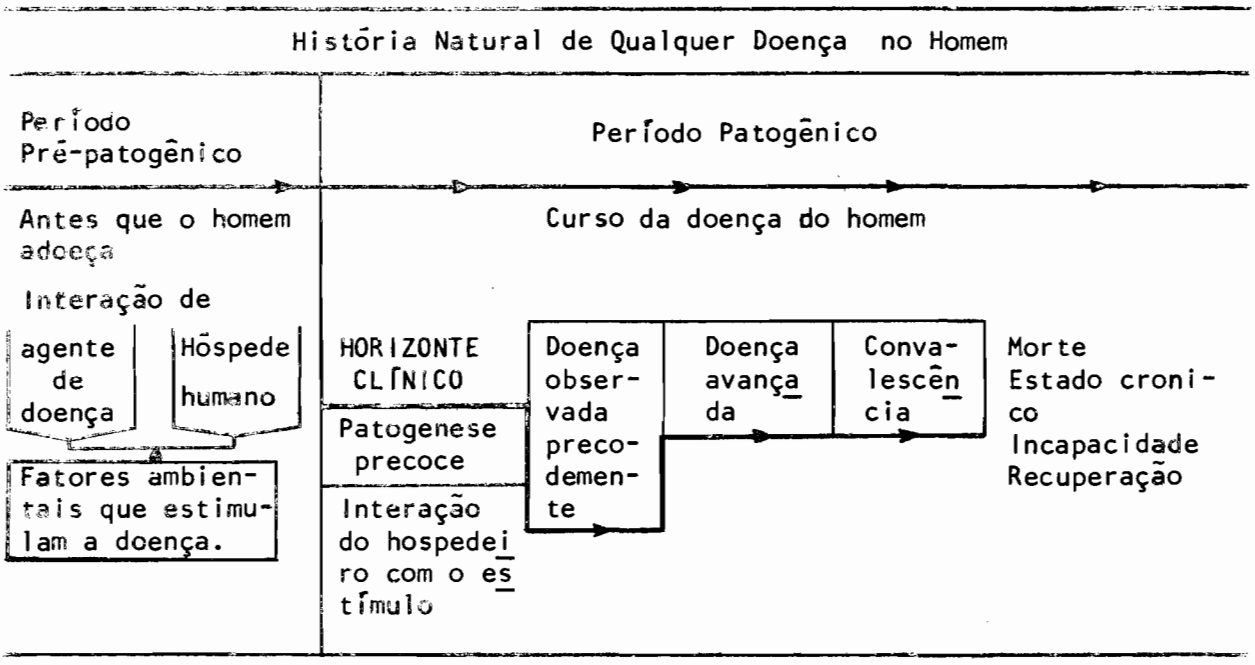
ESCALA DO ESTADO DE SAÚDE (E. Rogers)



Esforço no mesmo sentido foi feito por Leavell e Clark (63) no sentido de classificar o estado de saúde do indivíduo, acentuando também o contraposto de saúde-doença. Elaborou um modelo, que chamou de "História natural da doença", apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2

História natural da doença (Clark e Leavell)



Este modelo tenta explicar a relação saúde-doença e conduz a busca de medidas adequadas à promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Costuma-se chamar saúde pública à ciência e arte que se dedica ao estudo e aplicação desse conjunto de medidas a uma coletividade.

Vários conceitos de saúde pública foram propostos por vários autores em diferentes épocas. A análise histórica dos diferentes conceitos dá uma visão da expansão e do progresso do campo da saúde pública (38). Inicialmente saúde pública era considerada somente como medidas sanitárias contra riscos de saúde que o indivíduo era incapaz de enfrentar só e que eram passíveis de serem transmitidas de indivíduo a indivíduo. Depois das descobertas imunológicas e bacteriológicas no século XIX e começo do século XX e do desenvolvimento de técnicas de prevenção de doenças, a saúde pública começou a ser encarada como ciência médica e sanitária. Foi só recentemente (1920), entretanto, que começou a se firmar como tal.

Nessa época Winslow, Professor de Saúde Pública da "Yale University School of Medicine" expressou, num conceito, os fundamentos da moderna filosofia da Saúde Pública.

"Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir doença, prolongar a vida e promover a saúde e eficiência física e mental, *através de esforços organizados da comunidade para:*

- o saneamento do meio
- o controle de doenças transmissíveis
- educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal
- a organização dos serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e tratamento preventivo da doença
- o desenvolvimento da maquinaria social de modo a assegurar a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

organizando estes benefícios para capacitar cada cidadão a realizar seu direito de saúde e longevidade."

Hanlon (38) diz a respeito desta definição que ela "compreende não só Saúde Pública, como também sua administração e desenvolvimento histórico desde o passado até o futuro". Engloba todas as atividades que visam promover saúde, prevenir a doença, tratar os doentes e cuidar da sua reabilitação na sociedade, desde que as atividades sejam efetivadas à custa de comunidades e não do indivíduo ou família. Neste sentido a definição permite também diferenciar Saúde Pública e medicina. Ambas tem o mesmo objetivo: cura e prevenção de doença e promoção e restauração da saúde. Ambas são ciência e arte,mas se distinguem em dois aspectos: conhecimento e atividade.

Saúde Pública integra conhecimentos derivados de medicina e várias outras ciências: engenharia, odontologia, veterinária, enfermagem, educação, administração, ciências sociais, estatística, bem como dos que desenvolve por si própria: epidemiologia, higiene do trabalho, higiene materna, higiene da criança. Neste sentido é mais ampla que a medicina (69). O objeto para o qual são dirigidas as atividades de ambas também é distinto. A medicina visa o indivíduo, adotando uma abordagem individual. A Saúde Pública visa a comunidade nos aspectos de saúde e doença, adotando uma abordagem coletiva. Outro aspecto a ser considerado na definição e que representa uma inovação muito importante, uma verdadeira revolução na filosofia da Saúde Pública é a característica essencial da ação: "esforços organizados da comunidade". Com esta afirmação posta em prática a Saúde Pública, essencialmente tecnológica e assistencialista, passaria a humanística e promotora. Os sanitaristas, empenhados na tarefa de promoção, proteção e reabilitação da saúde, necessitariam de uma formação mais substancial em educação e ciências sociais; as equipes de Saúde Pública necessitariam de profissionais das ciências humanas.

Reforçando este aspecto promocional, a "American Medical Association" (38) formulou a definição seguinte: Saúde Pública é "a arte e ciência de manutenção, proteção e promoção da saúde das pessoas através dos *esforços organizados da comunidade*".

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA

Um dos estranhos paradoxos do século XX é a desproporção entre os recursos médicos existentes e a utilização pelo público desses recursos, tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde. Derrybery (19) analisa alguns problemas relacionadas a fatores determinantes do comportamento de saúde e com eles a desproporção entre oferta e procura pela população suscetível de vacinas eficientes contra doenças infecciosas ou mesmo clínicas para diagnóstico precoce de câncer ginecológico.

Os sanitaristas, diante dessa realidade, indagam: Por que será que o povo reage dessa forma a estes esforços feitos *por* eles e *para* eles?

Guiando-se pela definição de Saúde Pública de Winslow, pode-se prever que as situações problemáticas de saúde só serão resolvidas se se puser frente a frente o sanitarista e os membros da comunidade, pois, segundo a filosofia do autor, os problemas de Saúde Pública só são resolvidos com esforços organizados da comunidade.

Os beneficiários, entretanto, reagem principalmente, em função de suas necessidades e interesses e muitas vezes não estão conscientes de suas necessidades de saúde. Muitas vezes, quando levados a refletir sobre problemas é que se esclarecem e progridem do papel passivo de meros receptores, para o papel de participantes ativos (17).

Estará a Saúde Pública seguindo os rumos definidos por sua atual filosofia e procurando conseguir a participação dos indivíduos. Estarão os serviços e programas de saúde, sendo planejados a partir de "esforços organizados da comunidade"? Em outras palavras, estarão as populações participando do estudo e das decisões relativas aos problemas de saúde das suas comunidades? Em relação a isso declararam os peritos da OMS em "Planejamento e Avaliação de serviços de educação sanitária":

"Em todo o mundo os países tem organizado diversos serviços e programas de saúde para melhorar o estado de saúde da população, mas os esforços organizados da comunidade são deixados de lado... Muitos governos começam agora a compreender que os serviços e meios que colaboram na melhoria da situação social e econômica e no estado de saúde da população não podem ser muito eficazes á menos que os próprios interessados façam uso deles e tomem medidas práticas para melhorar seu estado de saúde e da coletividade em que vivem. Esta é a finalidade principal da educação em saúde pública". (77)

A educação em saúde pública, como disciplina integrante da Saúde Pública, é a responsável pelo desenvolvimento no público da consciência e compreensão do problema de saúde e da necessidade de dispender esforços para resolver seus próprios problemas de saúde e conseguir bem estar para si, sua família e sua comunidade.

Os programas de saúde, planejados com a incorporação dos componentes sociais e educativos, devem ser elaborados com estreita colaboração das populações locais, para que estas se sintam co-autoras dos programas e, consequentemente, responsáveis pelos resultados dos mesmos. Tem havido, entretanto, muita dificuldade para incorporar os componentes sociais e educativos no planejamento em saúde.

Os fatores responsáveis por esse problema foram assim equacionados pelos participantes do "Seminário Latino-americano de educação em saúde pública em relação a planejamento em saúde" (Paracas ICA. Perú, 20-26 abril 1969).

"Insuficiente capacitação em materiais de educação em saúde pública e ciências da conduta nas Escolas de Medicina e outros centros formadores de profissionais de saúde. A inexistência de canais de comunicação adequados dentro da equipe de saúde para facilitar o diálogo e a participação dos cientistas da conduta e dos educadores de saúde pública no processo de planejamento. A falta de especialistas em ciências da conduta e educadores de saúde pública e, em alguns casos, o mal aproveitamento dos profissionais existentes veio a retardar a incorporação dos componentes em referência. *Finalmente, existe uma limitada experiência na realização e utilização de investigações sociológicas e antropológicas de natureza quantitativa para a função concreta de incorporar os componentes sociais no processo de planejamento*". (83)

Esforços devem ser feitos para introduzir o componente educativo não só no planejamento em saúde, como também em todas as atividades dos profissionais de saúde, pois educação em saúde tem se mostrado um fator decisivo no processo de melhoria da saúde e condições sociais e, como foi dito, para isso é imprescindível investigações sociológicas que venham fornecer dados concretos, para que a educação em saúde atinja seus objetivos da melhor maneira possível com o máximo de eficiência e o mínimo de recursos.

Foram assim definidos pela OMS os objetivos de educação em saúde pública:

1. "Tornar a saúde um valor para a comunidade" - tendo em vista o encorajamento do público a se organizar para encontrar meios de atacar os problemas gerais da comunidade."
2. "Ajudar os indivíduos a tornarem-se capazes de levar avante as atividades que precisam desempenhar por si mesmos como indivíduos ou em pequenos grupos, para chegar ao estado de saúde definido na constituição da OMS".

3. *"Promover o desenvolvimento e uso apropriado dos serviços de saúde"* (75)

Educação em saúde pública tem, portanto, finalidades que envolvem a adoção de práticas adequadas de saúde. Pode, portanto, ser definida como um processo ativo, planejado, através do qual os indivíduos aprendem a conhecer e praticar aqueles comportamentos adequados, à obtenção da saúde individual e da comunidade. "É um processo ativo, que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos e a adoção de práticas adequadas de saúde, visando a obtenção de um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. É um processo que implica na mudança de conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos, envolve substituição de práticas por equivalentes emocionalmente aceitáveis, baseados na ciência, a fim de que os indivíduos possam adotar o novo conhecimento essencial à sua saúde". (66)

Esta monografia contribuirá para que o terceiro objetivo da educação em saúde seja atingido com melhor eficiência, pois o processo de adoção e mudança de comportamentos exigido no caso da utilização dos serviços de saúde é complexo e exigem um processo de planejamento em que é feito: o diagnóstico das necessidades educativas e dos conhecimentos, *atitudes* e comportamentos da população; a utilização correta da metodologia educativa; a seleção dos instrumentos apropriados e um processo constante de avaliação e autocrítica. (2)

Para que o trabalho educativo, especialmente nesta área, seja cada vez mais efetivo, necessário se faz um trabalho de investigação, que contribua para o esclarecimento dos problemas de saúde e das barreiras ou dificuldades para a adoção de práticas adequadas de saúde necessárias à solução dos problemas.

"As autoridades de saúde e os serviços técnicos de educação sanitária podem encontrar, em estudos bem planejados e cuidadosamente dirigidos, uma ajuda muito importante para o melhoramento do planejamento e avaliação de atividade de educação integrada em campanhas, planos e programas nacionais de saúde pública". (77)

A OMS sugere como problemas educativos, exigindo pesquisa, os seguintes:

1. Identificação de crenças, atitudes, motivos, valores, aspirações e práticas dos educandos e dos efeitos destas nos problemas de saúde.
2. Estabelecimento da relação entre comportamento e conhecimentos, atitudes, valores, motivos, aspirações e objetivos.

Sabe-se, entretanto, da dificuldade de realizar estas investigações e obter informações precisas. Os conceitos e fenômenos a serem identificados e mensurados são complexos e, portanto, difíceis de ser definidos precisamente. Os processos de mensuração não estão refinados e dominados pelo investigador social, que só agora começa a dedicar-se à área da saúde e educação em saúde.

A revisão de numerosos relatórios e trabalhos de seminários, discussões técnicas, reuniões de peritos realizados nos últimos anos indicam claramente a importância da educação em saúde pública e da pesquisa aplicada à educação em saúde pública, tendo em vista uma contribuição mais efetiva e científica da mesma aos conhecimentos e atividades da Saúde Pública e campos afins.

CAPÍTULO II - OS CENTROS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO MÉDICA ESTADUAL - AÇÃO DO ESTADO NO SETOR SAÚDE

Compreendendo saúde como bem estar físico, mental e social e atentando para o fato de que todos os homens têm direito a "um mínimo de bem estar econômico e segurança, ao direito de participar por completo da herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade", (67) a OMS no preâmbulo de sua constituição afirma:

"Os Estados partes nesta Constituição declararam, de acordo com a Carta das Nações Unidas, que os princípios seguintes são fundamentais para a felicidade de todos os povos, para harmonia de suas relações e para a sua segurança.

- A saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.
- O gozo do melhor estado de saúde que lhe seja possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sejam quais forem sua raça, religião, opiniões políticas, sua condição econômica ou social.
- A saúde de todos os povos é condição fundamental para consecução da paz e da segurança e depende da mais estreita cooperação de indivíduos e de Estados.
- Os resultados obtidos por cada Estado no melhoramento e proteção da saúde são preciosos para todos.
- A desigualdade de desenvolvimento dos diversos países, no que se refere ao melhoramente da saúde e a luta contra as doenças, particularmente das doenças transmissíveis, é um perigo para todos.
- O sadio desenvolvimento da criança é de importância fundamental e a capacidade de viver em harmonia com o meio de contínua mutação é essencial a esse desenvolvimento.
- A extensão a todos os povos dos benefícios decorrentes do conhecimento das ciências médicas, psicológicas e ciências afins é essencial para lograr-se o mais alto grau de saúde.
- Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa por parte do público são, de importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.
- Os governos são responsáveis pela saúde de seus povos; eles poderão desincumbir-se desse encargo tomando as medidas sanitárias e sociais apropriadas."

Os direitos sociais nos quais se inclue o direito à saúde, como os direitos civis e políticos, não são direitos naturais, mas são adquiridos pelos indivíduos sob pressão a partir do momento em que o problema começa a ser sentido pela população como fonte de mal estar e desigualdade social. Assim, só depois de meados do século XIX é que os problemas de saúde começaram a ser preocupação dos povos. A modificação da vida das populações que se aglomeraram nos centros urbanos, a procura de melhores condições de emprego na época da Revolução Industrial na Inglaterra levaram este país a uma situação calamitosa de saúde, que determinou pela primeira vez a promulgação de medidas de Saúde Pública. O desenvolvimento dos direitos à saúde, como um direito social, tem que ser analisada historicamente, da mesma forma que sua incorporação pelo Estado dos deveres correspondentes (133)

O Estado assume um papel em relação à saúde, quando o órgão político passa a encará-la como parte do direito humano; ou quando surgem dificuldades na satisfação deste direito, pela impossibilidade de acesso direto ao consumo, ou ainda quando se verifica uma irracionalidade de ação dentro do setor, con-

trariando a todos os pressupostos do desenvolvimento econômico e social. Além disso, legalmente, cabe a todos os países, cujos governos são filiados à OMS, "Zelar pela saúde das populações" exercendo atividades de Saúde Pública, de acordo com as condições socio-econômicas do país, condicionantes da produção e consumo dessas mesmas atividades.

A atuação do Estado na área da Saúde Pública, no atual estágio de evolução dos serviços de saúde se resume em:

1) Constituição e operação de um sistema público de medicina preventiva e curativa, encarregado não só de proporcionar serviços gratuitos a camadas da população incapazes de obter serviços de outras fontes, como também de coordenar as atividades executadas pelas diversas agências, dentro de um plano integrado racionalizador.

Isto se faz pelo custo e complexidade cada vez maiores dos serviços produzidos nos diferentes países, mas também pela necessidade de atuação racionalizadora do Estado diante de uma realidade, onde o crescimento desordenado destes mesmos serviços é uma constante.

2) Subvenção à iniciativa particular, também caracterizada por um crescimento desordenado e irracional.

3) Amparo financeiro a serviços de saúde organizados por grupos profissionais, tanto de seus próprios servidores quanto pertencentes aos quadros de empresas privadas, além de se incumbir do atendimento à saúde dos beneficiários da previdência social.

4) Elaboração e execução de programas em setores que mantém vinculação direta ou indireta com a saúde, tais como abastecimento de água e esgotos, controle de natalidade, migrações internas, desnutrição.

O setor saúde, que desempenha atividades de Saúde Pública, faz parte do setor social de produção de serviços e, como tal, concorre com outros setores, disputando prioridade dentro do planejamento governamental e na distribuição de verbas dentro do órgão encarregado. Conforme a orientação político-social do país, recebe uma prioridade maior ou menor, mas nunca se tem visto o mesmo considerado como um setor prioritário. Sua organização e funcionamento apresenta diferenças de país para país. Roemer (92), propõe uma classificação de tipos de organização e funcionamento da assistência médica, na qual se pode tentar enquadrar a organização brasileira. A classificação é a seguinte:

1) Livre Iniciativa - predominante nos EUA, com a população recebendo a maior parte de seus serviços de saúde através de arranjos financiados particularmente. Este movimento está se alterando pelo seguro voluntário e assistência pública.

2) Seguro Social - no Ocidente Europeu prevalece a organização de saúde pelo sistema de seguro social, França, Alemanha, Itália e Escandinávia tem a maior parte da assistência médico-hospitalar neste sistema.

3) Assistência Pública - é encontrado principalmente em grandes extensões da Ásia, África e maior parte da América Latina, áreas caracterizadas como economicamento sub-desenvolvidas. Aqui grande maioria da população não pode custear os serviços médicos através do seguro ou pagamento particular. Depende de serviços prestados gratuitamente e financiados pelos fundos governamentais. Via de regra, tais serviços contam com profissionais admitidos para o trabalho em hospitais, centros de saúde e dispensários, fazendo-se uso extensivo de pessoal auxiliar nas grandes e médias cidades. Médicos e hospitais particulares estão à disposição das classes alta e média, portanto do menor segmento da população.

Enquanto nesses países a qualidade dos serviços médicos é seriamente prejudicada pela escassez de recursos de toda ordem, o padrão administrativo confere ampla autoridade a órgãos oficiais de saúde, que muito frequentemente têm sob sua responsabilidade a totalidade dos programas preventivos e curativos.

Nas últimas décadas, por influência européia, vários países latino-americanos, inclusive o Brasil, vêm adotando extensos programas de previdência social cujos serviços médicos, tal como ocorre na Europa, são separados dos ministérios da saúde.

4) Sistema de Serviço Universal - encontrado na URSS e países socialistas, Inglaterra e Nova Zelândia. Nesses países a assistência médica completa é benefício oferecido a todos, ao contrário dos países de assistência pública. Não há limitação de serviços aos pobres, e as disponibilidades de pessoal e facilidades igualam ou superam as dos países de livre iniciativa ou de seguro social. Todo ou quase todo pessoal é pago pelo governo.

ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

O sistema brasileiro de proteção e recuperação da saúde, desenvolveu-se desordenadamente, sem a preocupação de focalizar os problemas de saúde em conjunto e dentro de uma perspectiva nacional.

Como o Brasil é organizado politicamente em Estados com um grau considerável de autonomia, as ações de saúde no país se distribuiram entre os dois níveis de governo: federal e estadual, sendo outras ligadas à iniciativa privada.

De acordo com a Constituição Federal (12) compete à União estabelecer planos nacionais de saúde, legislar, estabelecendo normas gerais de proteção da saúde e exercício profissional. Além disso, o governo Federal participa da formação de pessoal especializado para o setor saúde e colabora financeiramente com os Estados e instituições particulares.

Aos Estados cabe legalmente a liberdade de organizar a assistência sanitária na área de sua jurisdição, mas a Constituição nada diz a respeito da obrigação de prestar assistência médica à população em geral, mesmo a Constituição do Estado de S. Paulo (100). Apesar disto, os Estados têm assumido a responsabilidade de grande parcela de serviços prestados à população e mesmo financiado instituições privadas produtoras de assistência médica.

A atuação do Estado em termos de assistência médica no Brasil se faz diretamente pelo governo, através da rede de Centros de Saúde, dispensários, ambulatórios e hospitais do Ministério da Saúde, da Fundação Serviços de Saúde Pública e das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. Indiretamente, o governo exerce sua função através da rede privada de hospitais e ambulatórios e dos serviços de saúde organizados por grupos profissionais aos beneficiários da previdência social, aos quais fornece verbas suplementares.

A assistência médica e hospitalar geral, assim organizada, caracteriza-se dentro da classificação de Roemer (92) como do tipo "assistência pública", apesar de grande parte (60%) das organizações produtoras desses serviços ser privada.

Alguns dados evidenciam esta realidade.

QUADRO 3

Distribuição dos leitos hospitalares, de acordo com a natureza da entidade mantenedora.

Natureza da entidade mantenedora	Total de leitos nº	%
Governo Federal	17.141	7,2
Governo Estadual	70.083	29,5
Governo Municipal	3.201	1,3
Entidades Para-estatais	4.315	1,8
Entidades Particulares	142.190	60,2
Brasil	236.930	100,0

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil, 1965 - IBGE

O que se tem observado, entretanto, é um aumento progressivo da importância do financiamento dessa assistência com recursos oficiais, principalmente pelas instituições de Previdência Social. Entretanto, como estamos num país subdesenvolvido, em que a maior parcela da população é de baixa renda e muitas vezes desligada das instituições previdenciárias, o que se deduz é que existe grande contingente de população sem assistência médica.

Daí a importância da proposta de expansão da rede de unidades locais de saúde, os Centros de Saúde, terceiro objetivo geral da Política Nacional de Saúde para o decenio 1967-1976. Num país como o nosso os Centros de Saúde são importantes, pois permitem:

1 - Mais assistência médica, com redução dos custos operacionais, levando-a a um maior aproveitamento dos recursos materiais e humanos (Hospitais com capacidade instalada insuficiente para atendimento das necessidades).

2 - Execução das campanhas de massa necessárias para melhorar o nível de saúde, com o controle das moléstias infecciosas.

CENTROS DE SAÚDE

HISTÓRICO

Os Centros de Saúde devem ser compreendidos dentro do histórico das unidades locais de saúde.

É necessário, entretanto, definir o que esta monografia considerou como unidades sanitárias locais e quais suas características básicas para uma possível distinção no desenrolar dos fatos apresentados.

Três tipos básicos podem ser considerados: o ambulatório, o dispensário, o Centro de Saúde. Este último pode apresentar variantes, conforme a região ou país em que se encontra.

AMBULATÓRIO: É a unidade sanitária local especializada e estática. Diz-se especializada, visto que foi criada para atender a determinada doença ou grupo de doenças, ou ainda a determinado grupo etário. A ausência de dinamismo desse tipo de unidade sanitária é demonstrada pela inexistência de visitadores sanitários entre seu pessoal. Sem o dinamismo, a unidade sanitária perde a sua função social de atender a comunidade, assistindo apenas os

indivíduos interessados em receber assistência médica ou algum benefício.

DISPENSÁRIO: É a unidade sanitária local, especializada, dinâmica. É este dinamismo que a diferencia do ambulatório. Para o dispensário são encaminhados, por visitadoras, os doentes, os suspeitos e a população sadia, interessada na ação do serviço de saúde pública.

CENTRO DE SAÚDE: Como tipo de unidade sanitária, deve ser considerado um órgão polivalente (executando várias atividades de saúde pública) e dinâmico (possuindo visitadoras domiciliares igualmente polivalentes), sob uma só chefia.

Voltando no tempo, através da bibliografia verifica-se que os primeiros serviços locais, tiveram o caráter de dispensário curativo, "estabelecimentos de beneficiência, instituidos para prestar gratuitamente cuidados e medicamentos aos doentes indigentes, que podem ser tratados em seu domicílio".

O primeiro deles apareceu na França no século XVII, mas logo foi fechado (89). O movimento realmente desenvolveu-se na Inglaterra impulsionada pela classe médica, que se comoveu com a pobreza da população. Assim, foi uma iniciativa privada que se desenvolveu, procurando suplementar a assistência hospitalar, que já não cobria as necessidades assistenciais da população.

Juntamente com os movimentos sociais e políticos da Europa e Estados Unidos do século XIX, apareceram os dispensários preventivos para atender as camadas menos favorecidas da população, dentro de uma filosofia humanitária.

Dentro do movimento preventivo começaram a surgir dispensários especializados, unidades monovalentes para enfrentar determinados problemas de saúde: os dispensários materno-infantis, pré-natal que serviam a pessoas sadias; os dispensários anti-tuberculose e de hanseníase destinados a pessoas sujeitas a contágio com doenças infecciosas e com estas doenças específicas. Estes dispensários especializados já contavam, entre outros serviços com atividades educativas e visitação domiciliar imprimindo-lhes um dinamismo de atuação muito importante para a promoção e proteção da saúde coletiva. Este movimento se desenvolveu na Europa e Estados Unidos principalmente, institucionalizando práticas preventivas.

Nos Estados Unidos, entretanto, sentiu-se a necessidade de organizar racionalmente as atividades de Saúde Pública, no que foi considerada importante a coordenação entre os dispensários especializados. Com isto pensavam não só em diminuir os custos, mas também em evidenciar o caráter unitário da problemática de saúde familiar. Previu-se uma coordenação funcional e administrativa das unidades locais de saúde "sob um só teto". Pretendia-se assim atender as conveniências do pessoal técnico e administrativo e também da população, que poderia encontrar todos os serviços que necessitasse num só lugar.

Assim, em 1910/1911 William Charles White e Wilbur e Philips criaram os dois primeiros Centros de Saúde, o 1º em Pittisburgh e o 2º em Wilkisbarre reunindo, "sob o mesmo teto", os dispensários da área, mas ainda preservando a autonomia de cada um. A partir de 1919, entretanto, é que começou o desenvolvimento e ampliação da rede de Centros de Saúde nos Estados Unidos. Já em 1939 havia 1511 Centros de Saúde, sendo 729 administrados pelo Poder Público, 725 por agências privadas e 57 por outras agências.

Na França e Inglaterra, só a partir de 1930 começam a aparecer os Centros de Saúde. Os principais adeptos deste movimento em todo mundo defendiam o tipo positivo de Centro de Saúde, acentuando seu aspecto preventivo e receando associar a este o aspecto curativo. Só gradualmente é que a função curativa começou a ser incluída dentro das finalidades da unidade sanitária local polivalente. Isto aconteceu em decorrência da pressão de líderes e organizações que chamavam a atenção para artificialidade das barreiras que separam medidas preventivas e curativas. Surgiram também das necessidades assistenciais da população, principalmente de baixa renda.

No Brasil, o Centro de Saúde foi instituido em 1925 por Geraldo Horácio de Paula Souza, enquanto diretor do Serviço Sanitário, dentro de orientação preventiva importada dos Estados Unidos e desligada da conjuntura socio-econômico-cultural e das necessidades assistenciais da população. O decreto 3876 de 11.7.1925 que implantou os Centros de Saúde reflete a filosofia com que foi instituida.

1) Caráter essencialmente *preventivo*: "É criada como dependência imediata da Diretoria Geral do Serviço Sanitário uma inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, que se incumbirá de promover a formação da consciência sanitária da população em geral e dos serviços de profilaxia geral e específica, definidas neste decreto". (70)

"O serviço terá essencialmente o caráter de assistência sanitária e estranho, consequentemente, a toda clínica que não tiver o imediato objetivo profilático de redução de focos contagiantes, como foi previsto no regimento interno do serviço". (70)

"Os Centros de Saúde visarão atrair a população com os seguintes objetivos:

A - "de dispensar a doentes tratamento medicamentoso, nos casos estritamente previstos no regimento interno do serviço, e para os encaminhar a instituições convenientes, quando aos centros não incumbir o tratamento";
B - "de uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis";
C - "de localizar focos";
D - "de favorecer a especialização do serviço";
E - "de criar principalmente oportunidade para educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias";
F - "de indicar o método prático a observar na educação de higiene em domicílio";
G - "de colher para o serviço de higiene em geral, dados sobre a morbilidade e outros que interessarem". (70)

2) *Polivalência*: "Em cada centro haverá, em determinados dias e horas e em dependências apropriadas, os seguintes serviços gratuitos, nos termos que forem previstos no regimento interno e franqueados ao público.

A - higiene pré-natal
B - higiene infantil
C - higiene pré-escolar
D - higiene escolar
E - higiene das outras idades
F - exames periódicos, médicos e dos hábitos de higiene
G - tuberculose
H - verminoses
I - sífilis e moléstias venéreas
J - nutrição e dietética
K - outros que especificar o regimento interno" (70)

3) *Dinamismo*: "A educação popular e específica será ministrada pelos Centros de Saúde por médicos e educadores especializados à medida do tratamento e prosseguida *em domicílio* como e quando convier" (70)

4) *Limitação da ação a uma área geográfica definida*: "A cada Centro de Saúde caberá operar em zona limitada da cidade, mas quando possível atender a habitantes de zona estranha, o fará; excedida a capacidade de trabalho do Centro, a zona será restringida e criado outro congênere". (70)

O movimento dos Centros de Saúde iniciados pela reforma de Paula Souza nem sempre contou com a aceitação das administrações seguintes, lideradas por sanitaristas defensores das unidades especializados monovalentes. Assim, os cinco Centros de Saúde criados em 1925 foram em 1931, transformados em dispensários de Higiene e Assistência à Infância, depois de Almeida Prado. Só foram reconstruidos por Borges Vieira em 17-6-1938, pelo decreto 9247 que criou o Departamento de Saúde do Estado. "Quando o sistema de organização dis

trital estiver em funcionamento e desenvolvido as atividades de determinados serviços que ora permanecem, passarão a ser executados pelos Centros de Saúde e Postos de Higiene", (70). Pelo decreto 9273 de 28.6.ç938 que organizou o serviço dos Centros de Saúde da Capital ficou mantida a orientação essencialmente preventiva dos Centros de Saúde originários. "O Centro de Saúde terá como finalidade principal a educação sanitária, a imunização contra moléstias transmissíveis, o tratamento dos focos suscetível de ser feito em dispensários, a pesquisa destes e dos outros focos em geral, o exame médico periódico, a inculcação de hábitos sadios e melhoria das condições sanitárias em geral."(70)

Os Centros de Saúde continuam atuando até hoje, mas sofrendo dentro da administração pública estadual desvirtuamento proveniente da descontinuidade de ação. Nas administrações seguintes a Borges Vieira as unidades passaram a ser novamente desmembradas, aparecendo serviços especializados agindo diretamente sobre o público, como os dispensários de tuberculose, higiene materno infantil, permanecendo serviços entrosados somente no interior.

A situação permaneceu assim até 1968, quando foi feita uma reforma na Secretaria de Saúde de S. Paulo que promoveu a integração dos serviços de saúde.

Nas outras regiões do Brasil, entretanto, a idéia proliferou, desenvolvendo-se, consolidando na década de 30, os Centros de Saúde no país, apesar da polêmica quanto à função preventivo - curativa e do desvirtuamento de filosofia,oscilante de acordo com a interferência política.

CONCEITO

Se for feita uma análise dos Centros de Saúde existentes no Brasil e no mundo serão encontrados vários tipos, de acordo com as teorias de organização locais e das condições histórico, econômico-geográficas e culturais vigentes. São, assim, múltiplas as instituições rotuladas de Centro de Saúde, havendo muitas vezes abuso da expressão ou emprego indevido da mesma. Encontram-se até órgãos designados como Centros de Saúde, com limitadas possibilidades de influir nas condições de saúde da comunidade.

Como escreveu Paula Souza, não pode existir um tipo único de Centro de Saúde que sirva de padrão a ser sempre repetido, pois cada um deve atender a características da comunidade. Este fato, aliado à diversidade de evolução dos serviços de saúde pública de cada país, deu origem a diferentes conceitos de Centro de Saúde de sanitaristas estudiosos do assunto de todo o mundo. A título de ilustração, cabem aqui algumas definições:

"Um Centro de Saúde é um lugar onde o povo pode ir aprender a conservar a saúde (Editorial, Mass Bull, The Commonwealth) (89)

"O Centro de Saúde é uma instituição que coordena, em um edifício centralmente localizado, todas as agências de Saúde Pública e de assistência da comunidade. (Alameda Co. Health Center). (89)

"A idéia do Centro de Saúde significa fazer as coisas para todos e fazê-las conjuntamente num dado distrito". (Davis) (89).

"Combinando as funções de administração da saúde com outros serviços auxiliares essenciais e esforços de promoção da saúde, o Centro de Saúde, poderia transformar-se na fonte irradiadora de todas as atividades locais de saúde, tanto públicas como privadas" (Hoffman) (89)

"Um Centro de Saúde é um edifício no qual o público pode ir aprender a proteger a saúde e no qual são executados os vários planos amadurecidos de proteção da saúde coletiva" (Wood), (89)

"Instituição que tem por fim a melhoria da saúde e do bem estar da população de uma área determinada. Ele se esforça para atingir esse fim, seja centralizado em um mesmo edifício, seja coordenando de outra maneira, sob a direção do médico, funcionário sanitário, a totalidade da obra de higiene

nesta região, assim como os organismos de proteção e assistência social cujas funções possam ligar-se à higiene pública geral" (Conferência Européia de Higiene Rural). (84)

"Unidade que assegura as funções essenciais da medicina curativa, preventiva e de higiene, que são necessárias para a maioria da população local, seja diretamente ou em coordenação com outros serviços". (OMS-1952). (89)

"É um verdadeiro quartel general, no qual se conduz uma forma de atividade com o objetivo de prevenir doenças e promover a saúde, além de representar um esforço para coordenar atividades e, se possível, obter cooperação de agências, dando ênfase ao ataque de problemas de saúde da comunidade e não individuais". (89)

Representa:

"Unidade de população".

a) "área de jurisdição e população claramente definidas",
b) "o objetivo é alcançar toda a população que os serviços oferecidos podem beneficiar",
c) "um dos critérios de avaliação deve ser o da cobertura, isto é, proporção de população efetivamente atingida pelas diferentes atividades do Centro de Saúde".

"Unidade de esforço local".

a) "dos serviços médicos sanitários"
b) "dos serviços de enfermagem com visitadores polivalentes"
c) "dos serviços sociais"
d) "mesmo edifício, chefia local e clínicas".

"Unidade administrativa local".

Compreendendo:

a) "chefia administrativa local"
b) "supervisão adequada dos diferentes serviços especializados"

(Reinaldo Ramos) (89)

Para os objetivos deste trabalho há necessidade de fixar os tipos de Centros de Saúde existentes no Estado de S. Paulo atualmente, cujas características estão especificadas na Portaria SS - CG nº 8, de 6-6-72 (DO de ... 7.06.1972), e que correspondem ao ideal defendido por alguns dos administradores sanitários anteriormente mencionados, não só norte-americanos, como também brasileiros, tais como Geraldo Horácio de Paula Souza, Rodolfo Mascarenhas e Reinaldo Ramos.

Nesta portaria cuja íntegra se encontra no Apêndice são apresentados cinco tipos de Centros de Saúde, diferenciados quanto à chefia, programas a desenvolver, jurisdição e pessoal necessário. Têm em comum o fato de serem polivalentes, dinâmicos e limitados em âmbito de ação a uma área geográfica definida, além de terem caráter amais preventivo que curativo. As características especiais são descritas para cada um dos cinco tipos de Centros de Saúde existentes no Estado de S. Paulo. Com base nesta portaria e na opinião de seus líderes esta monografia conceitua o Centro de Saúde como "*órgão local de saúde, da rede governamental dos serviços de saúde, polivalentes e dinâmico, voltado para o equacionamento de problemas sanitários de uma região, oferecendo assistência médica, preventiva e curativa gratuita e contínua à população como um todo ou a certos grupos selecionados em função de programas e prioridades*". Considerou ainda a necessidade de adaptação que a rede de Centros de Saúde deve ter, face a problemas e condições locais, tal como foi lembrado por muitos administradores sanitários, inclusive o introdutor de Centro de Saúde no Brasil.

Na realidade, os Centros de Saúde que se encontram nas diferentes regiões do Estado de São Paulo não têm os recursos de pessoal como proposto pela legislação e, na maioria das vezes, não possuem equipamentos e instalações adequadas para executar seus programas ou estendê-los a toda a população sob sua jurisdição. Assim a escala construida nesta monografia se preocupará em analisar a aceitação da população em relação a Centros de Saúde através das avaliações da ação do médico como elemento chave e dos outros funcionários, de uma forma generalizada, como executores de outras atividades preventivas. Procurou representar a realidade encontrada na maioria das unidades sanitárias locais do Estado de São Paulo.

ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE CENTROS DE SAÚDE

Em continuidade a outras medidas necessárias à implantação da reforma administrativa da Secretaria da Saúde foi baixada a Portaria SS-CG nº 13, de 23/6/72 (DO de 27/06/72), que define as atribuições do pessoal que atua nos Centros de Saúde, reproduzida no Apêndice deste trabalho.

Há interesse em apreciar quais servidores desempenham suas funções em contato com o público e quais atribuições de cada categoria profissional. A Portaria leva a concluir que o Médico, Dentista, Inspetor de Saneamento, Fiscal Sanitário, Atendente e Servente, Enfermeira, na execução de suas tarefas precípuas, em maior ou menor escala, têm oportunidade de contato com a clientela e, portanto, podem influenciar na sua atitude em relação ao Centro de Saúde.

POPULAÇÃO ATENDIDA PELOS CENTROS DE SAÚDE

A Portaria SS-CG nº 8, de 6-6-72 (DO de 7-6-72) que estabelece padrões de funcionamento dos Centros de Saúde, limita sua atuação a uma área geográfica definida e suas atividades ao número de habitantes existentes na área.

O Estado de São Paulo está dividido em regiões, cada uma delas servida por Distritos Sanitários, que atuam junto à população através de sua rede de unidades sanitárias polivalentes e dinâmicas. Teoricamente, cada área do Estado é servida por um Centro de Saúde, que procura realizar seus programas com a participação de toda a população sob sua jurisdição. Na prática, porém, como já foi dito, verifica-se que somente parte da população utiliza os Centros de Saúde e é por ele atingida. Isto se verifica porque existem sempre outras fontes de atenção médica na área de atuação do Centro de Saúde mesmo porque estes não têm capacidade instalada, nem pessoal suficiente para atender toda a população. Os Centros de Saúde então estabelecem prioridades. Procuram atingir os infantes e gestantes que não têm seguro de saúde ou condições econômicas para procurar outras agências. Procuram ainda controlar as doenças transmissíveis, imunizando os suscetíveis quando as doenças são passíveis de imunização. Tratam os focos de moléstias transmissíveis quando estes são conhecidos e quando dispõem de recursos para fazê-lo. As populações suscetíveis às doenças transmissíveis são principalmente todos os infantes e pré-escolares, especialmente os desnutridos e os que vivem em locais onde são precárias as condições de saneamento. Os doentes são pessoas geralmente de nível sócio-econômico baixo, que vivem em péssimas condições de habitação e saneamento, geralmente migrantes de outras regiões do país, que vêm a procura de melhores condições de vida (128).

A população a que o Centro de Saúde deve dedicar sua maior atenção é aquela de nível sócio-econômico baixo, com baixa escolaridade, sem possibilidade de dispor de outro recurso médico e que vive em locais onde as condições de saneamento são precárias, embora seja responsável pela saúde e educação em saúde da população como um todo.

CAPÍTULO III - ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE

ATITUDE E OS MODELOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

A revisão da literatura mostrou a existência de inúmeras publicações referentes a investigações em Ciências Sociais sobre comportamento face a medidas preventivas primárias, secundárias e terciárias em relação a saúde e estudos sobre modelos teóricos sobre "Utilização dos Serviços de Saúde". Alguns desses estudos referem-se a modelos econômicos. Outros estudos estão baseados em modelos psico-sociais e outros ainda procuram combinar variáveis econômico-demográficas e psico-sociais.

São, portanto, vários os esquemas conceituais em que se baseiam os estudos, que tentam explicar a utilização dos serviços de saúde.

A aplicação desses esquemas teóricos à resolução de problemas práticos é, entretanto, recente. Só atualmente é que se firmou a idéia de que consumidores de assistência médica devem ser consultados sobre suas atitudes e grau de satisfação com os serviços oferecidos (45). Uma das razões principais responsáveis pelo despertar desse interesse, foi o reconhecimento de que muitos fatores relacionados às causas e continuidade das doenças e manutenção e melhoria da saúde estão essencialmente relacionados ao comportamento humano e às atitudes que predispõem a ele.

Segundo Andersen (3) um dos trabalhos pioneiros é o de Week, que estudou o comportamento em relação a serviços de saúde de quinhentas famílias em Hackensack, Nova Jersey, Estados Unidos. Ele concluiu que alguns fatores sociais, culturais e econômicos eram importantes na determinação do tipo de utilização.

Os estudos posteriores podem ser de maneira geral, classificados de acordo com a ênfase dada aos fatores econômicos ou psico-sociais.

MODELOS ECONÔMICOS

Os modelos econômicos centralizam sua análise nos fatores que interferem na oferta e demanda dos serviços de saúde transformando-os em variáveis econômicas. A variável dependente é definida em termos de preço e disponibilidade e as variáveis independentes em renda, ocupação e escolaridade como indicadores de nível sócio-econômico. Estes fatores dão idéia dos diferentes padrões de utilização e das variações da utilização por nível sócio-econômico, mas não pretendem explicar porque as variações existem. As variáveis utilizadas como explicativas são as demográficas (idade e sexo) tendo em vista sua relação direta com os coeficientes de mortalidade, morbidade, indicadores do nível de saúde, (4)

A maioria dos estudos de utilização de serviços de saúde encontrados na literatura estão centrados na explicação econômica e demográfica, talvez pela dificuldade, quando se pretende obter medidas objetivas, das variáveis psico-sociológicas ligadas à utilização dos serviços de saúde, talvez pela excessiva importância dada pelos autores aos eventos econômicos.

Muitas pesquisas no setor saúde foram feitas, como foi dito, enfatizando variáveis econômicas e demográficas na explicação da demanda de serviços gerais, específicos, curativos ou preventivos. (24) (34) (99) (25) (125) (61) (119)

Durante muitos anos as pesquisas realizadas confirmaram repetidamente a relação direta entre classe social e utilização de serviços de saúde, exceto quando estes serviços se dedicavam ao diagnóstico precoce de câncer.

Entretanto, há já algum tempo os investigadores têm se preocupado em reexaminar esta relação. Neste sentido, vários estudos estão sendo feitos para esclarecer o problema, procurando utilizar outras variáveis explicativas, agora de natureza psicológica ou social esclusivamente ou combinada às variáveis econômicas.

MODELOS PSICO-SOCIAIS

Os modelos psico-sociais pretendem explicar a percepção da necessidade e do uso dos serviços de saúde, através de conhecimentos, atitudes, percepção da doença, posição do indivíduo na estrutura social, filiação a grupos.

Os estudos nesta linha de pensamento seguem dois tipos de modelos que pretendem explicar um o comportamento preventivo e o outro, o comportamento na doença.

O comportamento preventivo e suas motivações foi estudado por Rosenstock e colaboradores (95), que desenvolveram um modelo baseado nas premissas de que a decisão de obter uma medida preventiva na ausência de sintomas seria decorrente de dois fatores:

a) um estado de prontidão psicológica para tomar uma ação específica.

b) a crença de que a medida preventiva é apropriada e adequada ao fim a que se destina.

A prontidão psicológica depende, segundo o autor, do indivíduo sentir-se vulnerável ou suscetível a um problema de saúde ou a uma doença (percepção da suscetibilidade). Depende também do indivíduo sentir que contrair a doença ou a condição terá sérias consequências para ele. A ênfase é dada ao que a pessoa acredita não à realidade objetiva. Muitos estudos foram feitos a partir deste modelo, especialmente de interesse para a educação em saúde e saúde pública. (41) (42) (52) (54) (56) (95) (96)

Estes demonstraram a necessidade de completar o modelo com um fator que sirva como estímulo para desencadear a ação. Na área de saúde tais estímulos podem ser internos ou externos e a intensidade com que devem ser aplicados deverá variar na direção inversa do grau de prontidão para ação.

Outro tipo de preocupação orientou a formulação teórica de outro modelo psico-social na explicação da procura de assistência médica, quando a pessoa sente sintomas. Stoeckle, Zola e Dausdon após uma revisão de estudos realizados, tentaram, explicar a utilização dos serviços de saúde através de determinação de vários fatores: natureza dos sintomas e da doença e de sua percepção, conhecimento, crença e atitudes relativas a doenças e sintomas; atitudes e expectativas face a médicos e serviços médicos; definição de saúde e doença e da necessidade de cuidados médicos.

Outros estudos são encontrados tentando analisar o mesmo tipo de comportamento, mas com outro tipo de abordagem, Suchman incluiu variáveis sócio culturais e sócio-psicológicas no modelo que propõe. Tenta explicar o comportamento nas diversas fases da doença por forças do grupo social.

Verificou que fatores demográficos (idade e sexo) e sociais, (Organização social de grupos) interferem nos psicológicos (conhecimento, atitude e comportamento face à saúde e assistência médica) e os três grupos de variáveis combinados influenciam de forma independente do tipo de assistência médica escolhida: tradicional (científica) ou moderna (popular).

Muitos outros estudos de utilização de serviços de saúde foram realizados enfatizando variáveis psicológicas, principalmente as atitudes no comportamento de saúde e em relação aos serviços médicos. (105) (109) (110)(111) (58) (59) (65) (11)

MODELOS ECONÔMICO-PSICO-SOCIAIS

Atualmente está se desenvolvendo um modelo que inclue elementos dos trabalhos citados anteriormente. Utiliza a família como unidade de análise, faz a distinção entre fatores econômicos e sociais, procura analisar aos diferentes tipos de serviços de saúde, tenta especificar uma cadeia de eventos causais, O modelo é constituido por três componentes:

Predisposição - combinando variáveis psicológicas, como crenças e atitudes, com variáveis sociais (estrutura social).

Capacidade de compreender serviços, recursos econômicos e necessidade de assistência médica, doença e resposta à doença.

Este modelo está sendo exaustivamente testado e suas hipóteses têm sido confirmadas. (3) (4)

O que se observa atualmente é uma tendência para sofisticar estudos de demanda e de utilização de serviços de saúde introduzindo variáveis explicativas de várias naturezas. Neste sentido têm se desenvolvido e testado instrumentos para medir mais objetivamente as variáveis, principalmente psicológicas, como atitude, que por serem essencialmente subjetivas muitas vezes fogem ao domínio do pesquizador.

AS ATITUDES

O estudo das atitudes vem ocupando um lugar cada vez mais importante na psicologia social e sociologia em geral. Muitos estudos têm sido feitos no sentido de mensurar atitudes e mudança de atitudes; entretanto, o que se observa contrastando com o volume de publicações a respeito são conceituações vagas, imprecisas e divergentes do fenômeno atitude.

Allport, citado por Rokeach (94) explica a divergência a partir do fato de que os estudiosos do assunto pertencem a áreas diferentes e, portanto, tomam como referência quadros teóricos diversos que originam conceitos diversos.

CONCEITO DE ATITUDE

Para os psicólogos experimentais as atitudes são vistas como funções musculares, ou atividades motoras, que determinam tendências; para os psicanalistas, são fenômenos dinâmicos e inconscientes e para os sociólogos e psicólogos sociais, são representações psicológicas da influência social e cultural. Salomon Asch (6) assim se manifestou a respeito dos conceitos das atitudes: "a categoria atitude não resultou de um desenvolvimento da teoria psicológica; é um termo popular e impreciso, cuja introdução na psicologia social assinalou o interesse por uma área extensa e em grande parte inexplorada". Foi encontrado o termo entre os psicólogos sociais e sociólogos que tentaram aplicar o conceito à ação e experiências sociais. Apesar destas imprecisões e divergências sua importância não tem se abalado. Assim, em 1935, Allport citado por Hartley (36) escreveu: "o conceito de atitude é provavelmente o conceito mais diferenciado e indispensável à moderna psicologia social americana. Nenhum outro termo aparece mais frequentemente na literatura experimental e teórica". As atitudes afetam nossos julgamentos e percepções sobre objetos ou pessoas, ajudam a determinar os grupos com que nos associamos, as profissões que escolhemos e até filosofia à sombra da qual nós vivemos. Lambert e Lambert, WE (62) apresentam uma série de exemplos de pesquisas demonstrativas do efeito das atitudes nos julgamentos sociais, reação a dor, aprendizagem, produtividade no trabalho, personalidade.

Os exemplos apresentados têm as seguintes referências:

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE

Atitudes e julgamentos sociais . W.E. Hodgson, R.C. Gardner e S. Fillenbaum, J. Abnorm, Soc. Psychol., 1960, 60, 44-51.

Atitudes e reação à dor . W.E. Lambert, Eva Libenan e E.G. Roser, J. Pers., 1960, 28, 350-57.

Atitudes e aprendizagem . E.E. Jones e Jane Aneshansel, J. Abnorm. Soc. Psychol., 1960, 53, 27-33.
E.E. Jones e Rike Kohler, J. Abnorm Soc. Psychol, 1958, 57, 315-320.

Atitudes e produtividade no trabalho. A.H. Brypeld e W.H. Crockett, Psychol Bull, 1955, 52, 396-424.

Atitudes e Personalidade. M. Amsfield e outros, J. Abnorm Soc. Psychol., 1963, 66, 31-36
T.W. Adorno e outros - The authoritarian Personality.

O primeiro emprego significativo do conceito, como característica central de problemas sociológicos, foi feito por Thomas e Znaniecki (57) em 1918, num estudo sobre ajustamento do camponês polonês na América. Encararam atitude como um estado de espírito individual para com um valor, "uma tendência determinante"; seguindo-se a este iniciador vários estudiosos da matéria tentaram formalizar suas idéias relativas ao conceito. Uma revisão de literatura mostra as diferentes definições e as divergências na essência e na terminologia empregada.

Shaw e Right (103) centralizaram as variações encontradas nas definições em três itens:

1) no grau em que as atitudes podem ser consideradas como disposição geral para ação (Eysenck 1947, Rokeach 1960), ou disposição em relação aos objetos específicos.
2) Na natureza das características disposicionais para resposta, alguns autores defendendo a proposição de que são disposições gerais e outros referentes a aspectos sociais do ambiente.
3) Composição das atitudes, ou melhor, seus elementos componentes.

Existem inúmeras definições formais de atitudes, expressando conteúdos diferentes. Serão citadas e comentadas, focalizando distinções feitas por Shaw e Right.

"Uma predisposição duradoura aprendida para se comportar de forma consistente em relação a uma certa classe de objetos". (English and English 1958) (103)

Este autor focaliza o componente comportamental e a característica duradoura das atitudes. Encara o objeto como específico e liga a atitude a aprendizagem como qualquer fato, conhecimento ou crença. Os processos básicos de associação, reforço e imitação determinam esta aquisição.

"É um sistema duradouro de avaliações positivas ou negativas, sentimentos emocionais e tendências para agir pró e contra um objeto social" (Krech et al 1962) (60). Refere-se a atitude como um sistema, isto é, como um todo formado de três elementos inter-relacionados e interdependentes. Os três elementos componentes são: cognitivos, afetivos e comportamentais. Especifica o objeto e o caráter duradouro.

"Atitudes sociais dos indivíduos são uma síndrome de respostas consistentes com respeito a objetos sociais". (Campbell 1950) (103). Este autor focaliza o componente comportamental e especifica o objeto das atitudes.

"Atitude é uma organização relativamente duradoura de crenças em torno de um objeto ou situação, predispondo as pessoas a responderem de uma maneira preferencial". (Rokeach 1970) (94). O autor enfatiza o componente cognitivo e comportamental, não mencionando o componente afetivo. Focaliza a

característica duradoura e objeto referente como generalizado, definindo-o em função de uma situação.

"É um estado de disposição mental e nervosa, organizado pela experiência, exercendo influência direta e dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos e situações com os quais se relaciona" (Allport 1966) (1). Define o componente comportamental de acordo com a teoria do estímulo-resposta. Para o autor a atitude é um ajustamento neuro-muscular que tem origem na inter-estimulação dos indivíduos. Não são respostas a estímulos propriamente, mas "preparações para responder", baseadas no sistema neuro-muscular.

Restringe o objeto referente àqueles experimentados pelos indivíduos. Da mesma forma atribue a formação das atitudes somente às experiências, que uma vez organizadas se tornam estáveis e impõem padrões de consistência. Acentua ainda seu aspecto dinâmico, selecionando ou rejeitando objetos ou estímulos.

"É a soma total de inclinações e sentimentos do homem, seus preconceitos, noções, idéias preconcebidas, medos, ameaças e convicções a respeito de um tópico específico". (Thurstone 1928) (82)

Este autor acentua o componente afetivo (sentimentos, medos, ameaças) e o relaciona com o cognitivo (preconceitos, noções, idéias, convicções) e comportamental (inclinações). Não acentua o caráter de interdependência e inter-relação, mencionando apenas a soma de componentes. Refere as inclinações a objetos específicos; entretanto, não define o objeto:

"É um sistema relativamente duradouro de reações afetivas e avaliativas refletindo conceitos avaliativos ou crenças, que foram aprendidas a respeito dos objetos sociais ou classes de objetos sociais". (Shaw e Right 1967) (103)

Enfoca, como atitudes, reações afetivas e avaliativas interelacionadas e interdependentes formando um sistema; portanto, dá ênfase ao componente afetivo. Por outro lado, assinala a conexão existente deste componente com as cognições em que são baseadas e na predisposição para agir, derivada dos sentimentos.

Diante de todas essas definições, tendo em vista os objetivos desta monografia, há necessidade de optar por uma, que representa o conceito adotado na mesma.

Neste sentido o conceito apresentado por Krech et al (60) é o que mais representa as idéias adotadas a respeito de "atitude".

1) Considera como um sistema, isto é, como um todo formado por partes inter relacionadas e interdependentes.
2) Sugere que o conceito é um fenômeno composto por elementos cognitivos, valorativos (afetivos), comportamentais, igualmente importantes e que o chamado componente afetivo é baseado num processo cognitivo e antecede o componente comportamental.
3) Considera o componente comportamental como predisposição para agir e não como comportamento manifesto, não sendo como os outros componentes, e, portanto, como todo o sistema diretamente observável, mas inferido através de observação indireta.

Deste conceito depreende-se que as atitudes são um fenômeno complexo, que não podem ser analisadas e mensuradas através de indicadores simples. Isto leva o estudioso do assunto a pensar em usar indicadores combinados, através dos quais se pode inferir leis e relações a respeito do fenômeno que vem sendo definido.

4) Define o objeto das atitudes como "fatos sociais", tanto concretos como sob a forma de abstrações.

ATITUDE E OUTROS CONCEITOS TEÓRICOS SIMILARES

Sendo atitude um dos componentes da personalidade, há necessidade de conceituá-la de forma que possa ser facilmente reconhecida ao lado de outros conceitos teóricos semelhantes. Esta é uma tarefa difícil, como assinala muito bem Scott, WA. (101) Depende de:
1) convenções dentro da disciplina;
2) os objetivos teóricos da pessoa que está utilizando o conceito, que pode variar de um investigador para outro;
3) resultado de investigações empíricas feitas para estabelecer diferenças e semelhanças.

Mesmo considerando estas dificuldades tentaremos distinguir alguns conceitos da forma que nos parece mais lógica.

Inicialmente tentaremos distinguir atitude de crença.

Crença, de acordo com Anderson e Fishbein, Shaw e Right, English e English, Rokeach, é uma proposição em relação a um objeto, coisa ou pessoa, seja ele consciente ou abstrato, que o indivíduo aceita como verdade. As crenças, como uma forma de cognição, fornecem base para formação de avaliações. Atitudes são comumente diferenciadas de conhecimentos e crenças pela presença do componente afetivo, atribuido pela pessoa que tem um conhecimento ou uma crença.

Motivos e atitudes são conceitos muito próximos. Ambos incorporam um componente afetivo e a tendência para ação. Distinguem-se pelo fato das atitudes possuirem um componente cognitivo, que serve de base para as avaliações e predisposição para a ação, e os motivos serem um estado orgânico, em que a energia física é mobilizada e dirigida de forma seletiva para objetivos. Assim, os motivos têm duração temporal relativa e a atitude persiste. Tanto atitude como os motivos são produtores de energia a ser canalizada para ação e as atitudes podem oferecer bases para os motivos.

Percepção e atitude

Nossos conhecimentos são constantemente afetados pelo fluxo de novas informações do ambiente. A maneira como o indivíduo manipula as informações vindas do ambiente é o que se chama percepção. Tanto os motivos como as atitudes diferem de percepção conceptualmente; entretanto, ambos influem nos eventos perceptivos. As atitudes podem modificar em presença de novos elementos percebidos em função do componente cognitivo.

Tanto os motivos como as atitudes interferem na seletividade da percepção e na decodificação da mensagem.

Atitude e valor

De acordo com as formulações de Jacob e Flink, 1962, Kluckhohn, 1951, Scott, 1965, (101) "valor é uma crença de que determinado objeto, coisa, pessoa ou situação, consciente ou não, seja desejável ou não, independente da avaliação que cada um possa fazer dele". A partir daí pode-se dizer que os valores também fornecem base para avaliações e em torno de muitos deles são organizadas muitas atitudes.

Atitude e hábito

Ambos os conceitos se baseiam numa estrutura complexa e duradoura e refletem uma tendência para ação, mas hábito não reflete uma reação consciente, afetiva ou avaliativa e normalmente não é verbalizado. Por exemplo, o hábito de dirigir do lado esquerdo pode ou não ser conscientizado pela pessoa habituada, mas geralmente não o é.

A preferência por andar do lado direito da calçada (atitude) reflete um estado de opção consciente, que pode ser expresso verbalmente, mesmo que a pessoa não esteja do lado direito da calçada no momento.

Atitude e opinião

Thurstone fazia uma nítida distinção entre atitude e opinião. O conceito de opinião significava para ele a expressão verbal da atitude, portanto opinião seria uma simbolização da atitude e veículo para o estudo das atitudes. Sabe-se atualmente, apesar de ser esta a distinção geralmente aceita pelos autores, que pode haver distorções entre atitudes e opiniões e que muitas vezes as opiniões são contrárias às atitudes.

Atitude e comportamento

As atitudes frente ao objeto constituem apenas um dos fatores que influenciam o comportamento do indivíduo em relação a ele. Assim, atitude se diferencia de comportamento, que é ação observável, por ser somente predisposição para ação. Além das atitudes, muitos outros fatores, alguns de origem psicológica, outros de natureza social, influenciam o comportamento, Tendo em vista estas múltiplas interferências no comportamento, muitas vezes não se encontra correspondência entre atitude e comportamento e existem vários estudos que comprovam isto.

Um estudo clássico foi o de Lapiere que fez uma viagem pelos EUA com um casal chinês. Em todos os lugares foi atendido com todo requinte. Na volta enviou questionários a todos os lugares onde passou perguntando se aceitavam clientes chineses; 92% dos que responderam demonstraram atitude francamente desfavorável e contrária ao comportamento vivido.

Há, entretanto, evidência de que um comportamento pode moldar uma atitude.

DIMENSÕES DAS ATITUDES

A maioria dos estudiosos de atitude tem analisado as atitudes dentro de cinco dimensões; direção (ou valência), grau ou magnitude, intensidade, saliência e ambivalência.

Direção

Representa variação qualitativa da atitude ou melhor, valência (positiva ou negativa). A valência das atitudes reflete o grau de favorabilidade ou desfavorabilidade que um objeto pode assumir diante do indivíduo. Representa, por um lado, sentimentos, avaliações, tendências positivas em relação ao objeto e, por outro lado, sentimentos, avaliações e tendências negativas para evitar ou repelir o objeto.

Grau ou Magnitude afetiva

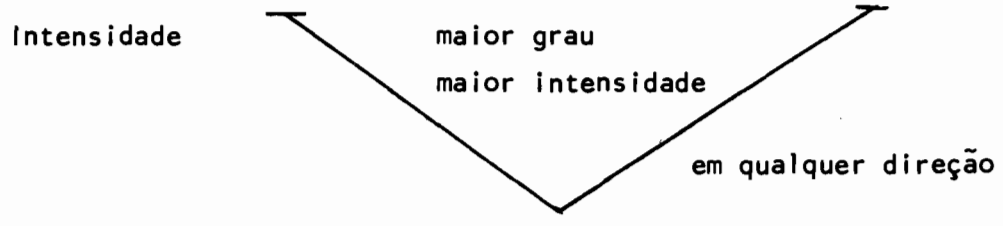
Além da variação das atitudes em direção, observa-se variações em grau, tanto no sentido positivo como negativo. Assim, os indivíduos podem ser mais ou menos desfavoráveis ou favoráveis.

É para medir esta propriedade que a maioria dos esforços dos pesquisadores da matéria tem sido dirigidos. Os estudos para determinar o grau geralmente partem de avaliações de diferenças e de afirmações que deem margem a discussão e controvérsia de opiniões.

Intensidade

Esta propriedade se refere à força de sentimento associado a uma atitude. Vários estudos empíricos têm demonstrado existência de correlação entre intensidade e magnitude das atitudes.

Assim, quanto mais extremas as atitudes em qualquer direção, mais forte a intensidade ao sentimento do indivíduo em relação ao objeto. O pesquisador interessado em obter uma melhor compreensão das atitudes não pode deixar de explorar as diferenças de intensidade em relação às atitudes, principalmente os interessados em mudança de comportamento,



Ambivalência

Esta propriedade decorre do conceito de direção em termos bipolares e observações empíricas de que as características, favorável ou desfavorável, podem estar presentes na composição de uma atitude. Quanto maiores e mais iguais estas tendências opostas, maior o grau de ambivalência.

Ambivalência é usada para indicar a existência de duas ou mais avaliações em sentido contrário.

Saliência

É o grau de importância que o objeto da atitude tem para o indivíduo. A saliência pode ser percebida pela prontidão com que o indivíduo expressa sua atitude. A dimensão saliência no estudo das atitudes representa uma tentativa de fornecer um indicador objetivo de posição, que uma determinada atitude representa na constelação de atitudes do indivíduo.

FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATITUDES

Atitudes são aprendidas e não inatas ou resultado do desenvolvimento físico ou maturado (103). A sua aprendizagem se realiza através da interação do indivíduo, desde que nasce, com objetos, eventos ou situações sociais, concretas ou abstratas.

Os componentes cognitivos das atitudes são aprendidos do mesmo modo que quaisquer fatos, conhecimentos ou crenças. Os processos básicos de associação, reforço e imitação determinam essa aquisição, através do contato direto e constante com o objeto ou situação, ou contato indireto, através do contato com outras pessoas que têm determinadas atitudes e conhecimentos.

A criança é exposta ao mundo, direta ou indiretamente sofrendo todo um processo de inculcação de normas e aquisição de informações características dos membros de grupos sociais. Assim conhece o mundo através da família, escola, grupos de amigos.

Um dos aspectos significativos do processo e que imprime caráter estável e duradouro às atitudes é o meio extremamente homogêneo, em termos de valores e atitudes, onde se desenrola a socialização da criança. A mesma fica sujeita a uma amostra tendenciosa de informações a seu alcance e suas atitudes refletirão essa exposição seletiva. Mesmo depois de uma criança desenvolver uma atitude, ela continua a expor-se a informações seletivas, de acordo com certos fatores sócio-econômicos. O seu vizinho, o jornal, a escola, a igreja e os amigos tendem a ser mais homogêneos do que o resto do mundo. Contudo, a seletividade não é perfeita. Ao longo de sua vida, e especialmente quando amadurece, o indivíduo se defronta com informações ou pessoas que

discordam de suas atitudes.

Nesta ocasião, muitas atitudes sustentadas desda a infância são mudadas, reexaminadas e reavaliadas a partir da reorganização de todo um sistema de crenças.

Mais tarde, quando o indivíduo atinge a idade adulta, novamente seu sistema de atitudes tende a se estabilizar. Nessa fase está formada toda uma estrutura cognitiva e atitudinal e qualquer mudança na mesma é mais difícil de se operar, pois o sistema face a novas proposições exerce uma pressão no sentido de não permitir um abalo nas convicções e valores existentes. É o princípio da consistência cognitiva que vai se tornando cada vez mais importante na análise do processo. O indivíduo processa as informações em torno do conhecido e procura manter uma atitude coerente, rejeitando os elementos incoerentes e aceitando prontamente os coerentes. O processo de formação e desenvolvimento das atitudes é, portanto, contínuo, com as atitudes sempre sujeitas a mudança, mesmo as formadas no início do processo.

Alguns tipos de atitudes bem estabelecidas tendem a ser extremamente resistentes a mudança, ao passo que outras podem ser facilmente alteradas.

A análise do processo oferece um quadro de referência para análise da natureza das atitudes. Os argumentos que levam a optar pela natureza social das atitudes se baseiam em sua maioria nos fatos de que elas são formadas nos grupos a que os indivíduos pertencem. Assim, variações individuais como as observadas em trabalhos de New Comb, Murphy e Murphy Gardner estão ligadas à idade, sexo, características de personalidade e devem-se, portanto, mais à natureza dos grupos e ao grau de permanência da filiação do indivíduo ao mesmo, do que às características psicológicas individuais. Estas últimas operam como forças somente quando as atitudes visam o ajustamento do indivíduo ao grupo e sua seleção, quando é possível a escolha de novos grupos de referência.

ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE

Foi apresentado nos capítulos anteriores o conceito de Centro de Saúde como uma agência efetora de atenção médica, dentro de uma estrutura de Saúde Pública, onde o Estado desempenha papel preponderante. É teoricamente uma unidade de prestação de serviços de saúde em nível local, de caráter preventivo principalmente e curativo secundariamente. Como é encarregada da resolução de problemas de saúde locais, muitas vezes na prática assume caráter mais curativo que preventivo. Deve focalizar sua atenção no controle de doenças transmissíveis e assistir a infantes e gestantes em termos de saúde. Seus programas se resumem em atividades voltadas para consecução de seus objetivos.

Procurou-se também conceituar atitude analisando várias definições e selecionando a que melhor se adaptasse. Krech (60) definiu atitude como "Um sistema duradouro de avaliações positivas ou negativas, sentimentos e tendências para agir pró e contra um objeto social".

Como foi dito no capítulo anterior, a escala procurará analisar o grau de aceitação da população em relação a Centros de Saúde através das avaliações das ações do médico como elemento essencial executor de ações preventivas e curativas e dos outros funcionários de forma generalizada como elementos de ligação ou executores de atividades preventivas, atuando num cenário físico e psicológico característico. Assim, o objeto social da atitude em relação a Centro de Saúde será considerado como o pessoal médico e auxiliar que atende nestas unidades sanitárias locais, o conjunto de serviços prestados por eles e ao cenário físico, psicológico e social da agência, onde esse mesmo pessoal desempenha seu papel.

Esta monografia definiu atitude em relação a Centros de Saúde como *um sistema relativamente duradouro, de reações afetivas e avaliativas em relação a pessoal médico e auxiliar que atende nos Centros de Saúde, aos serviços prestados por esse pessoal e ao ambiente físico e social dos Centros de Saúde.*

Estes sentimentos refletem conceitos avaliativos ou crenças aprendidas a respeito do Centro de Saúde e determinam a predisposição da população em aceitá-los e utilizá-los. É com esse conceito e a partir dele, que foi construída a escala de atitude.

CAPÍTULO IV - MÉTODOS DE MENSURAÇÃO DE ATITUDES

CONCEITO DE MENSURAÇÃO

A mensuração de atitudes tem sido a maior preocupação dos psicólogos sociais nos últimos 20 anos. Kaplan (49) definiu mensuração como "um artifício para padronização de categorias empíricas, que permite ao investigador estabelecer equivalências e diferenças nos objetos de estudo". Pastore (82) diz, a respeito de mensuração que "é um dos procedimentos necessários (mas não suficiente) para uma aproximação à precisão terminológica e conceitual da linguagem científica". Os artifícios de que fala Kaplan e os procedimentos citados por Pastore podem ser de dois tipos: questionamento direto ou inferência a partir de respostas a estímulos. O questionamento direto tem dois problemas principais: os entrevistados tendem a responder de maneira estereotipada, isto é, da forma mais aceita socialmente. Depois, questões diretas não refletem quantitativamente o nível de favorabilidade ou desfavorabilidade de um indivíduo em relação a um objeto de atitude. A inferência da atitude a partir de respostas a estímulos por sua vez, pretende solucionar esses problemas, atribuindo números ao grau de atitude demonstrado pelo indivíduo em relação a um objeto ou evento de acordo com regras ou conjunto de regras.

Os números atribuidos deverão ser tão isomórficos (semelhantes em propriedades e forma) quanto possível em relação à atitude da pessoa em relação ao objeto em questão.

Para empregar o conceito de atitude na compreensão e predição de comportamentos, precisamos tê-los transformado em medidas válidas e fidedignas, que padronizem as categorias empíricas que os compõem.

As medidas tornam possível discriminações as mais sutis e, correspondentemente, as mais precisas. Tornam aplicáveis à investigação as técnicas matemáticas existentes, para fins de verificação, revisão ou explicação (49).

Nunnaly (73) apresenta as seguintes vantagens da padronização de medidas:

1. Objetividade

A maior vantagem é eliminar a imaginação da observação científica.

2. Quantificação

1º - Os índices numéricos tornam possível relatar resultados de uma forma mais detalhada, o que não seria possível no caso de julgamentos pessoais.

2º - permite o uso de numerosos métodos de análise matemática.

3. Comunicação

Favorece a comunicação entre os cientistas, facilitada pelas medidas padronizadas a disposição. Os conhecimentos passados e presentes são importantes para o futuro científico em qualquer área.

4. Economia

Frequentemente é necessário muito trabalho para desenvolver uma medida padronizada, mas uma vez pronta permite economia de tempo e dinheiro em relação ao gasto que se faz quando planeja a partir de avaliações subjetivas

MÉTODOS PARA MEDIR ATITUDE

De todos os métodos existentes para medir atitude, a chamada escala de atitudes é o método usado com maior frequência e é, também, o mais cuidadosamente planejado e comprovado. A preocupação da escala é medir direção, grau e intensidade das atitudes. Para isso solicita do sujeito que indique se concorda ou discorda de um conjunto de afirmações sobre o objeto de atitude (Thurstone, 1929, 1931; Likert, 1932; Guttman, 1944). Geralmente essas afirmações atribuem características ao objeto que provocam reações avaliativas a partir dos sentimentos positivos ou negativos, e raramente neutros, que despertam no indivíduo. O valor atribuido às respostas dos indivíduos às afirmações é transformado em números, que representam sua posição em relação à atitude em questão.

NÍVEIS DE MENSURAÇÃO

Antes de se examinar em detalhe os procedimentos para construção de escalas, é preciso examinar os diferentes níveis de mensuração, que são identificados pelas propriedades que assumem os números quanto atribuidos aos objetos. A partir do nível mais elementar de mensuração distinguem-se quatro tipos de escalas:

Escala nominal é a distribuição dos objetos, respostas ou fenômenos em categorias ou classes. Upshaw (121) define escala nominal como "um conjunto de observações numeradas com o objetivo de indicar classes de variáveis e nada mais". Segundo o autor a cada grupo é atribuido um número simplesmente como símbolo de identidade numérica, mas não representando quantidade de atributos. A escala nominal classifica qualitativamente, dando um mínimo de informação.

As categorias são mutuamente exclusivas e seus componentes devem ser reciprocamente equivalentes. Estatisticamente podem-se contar o número de casos em cada categoria, formando uma distribuição de frequências. Pode-se ainda calcular a moda e relacionar as variáveis duas a duas, através dos testes de X^2 (qui-quadrado) e coeficientes de contingência. São exemplos de escalas nominais as distribuições por sexo, raça.

Escalas ordinais correspondem ao que se chama de "classificação quantitativa". As classes são ordenadas num contínuo. A atribuição de um número qualquer fixa indivíduos, respostas e outros fenômenos, numa posição superior ou inferior em relação a uma dimensão ordenada.

A escala ordinal reflete somente uma ordem de posição e não uma distância entre elas. Não indica quanto, num sentido absoluto, cada objeto possui de um atributo; não informa também a quantidade de variação.

Não se pode com este tipo de escala fazer operações de adição ou subtração. Pode-se, como no caso de escalas nominais, distribuir frequências para as categorias e operar com elas. Pode-se ainda calcular mediana e porcentagem, e verificar relações através do coeficiente de correlação ordenado de Spearman. Um exemplo de escalas ordinais é a ordenação de alunos de uma escola quanto à altura.

Escala de intervalo é aquela que, além de indicar ordem, tem ainda a propriedade de indicar as distâncias entre os objetos. Estabelece intervalos iguais a partir de uma ordem arbitrária. Assim, o ponto zero é arbitrário, da mesma forma que a unidade de medida; entretanto, a distância numérica entre os intervalos deve estar associada à distância empírica no contínuo real.

Estatisticamente pode sofrer todo tipo de tratamento: médias, desvios padrões, coeficiente de correlação de Pierson, teste t de student, análise de variância, teste F. As escalas de atitudes são exemplos de escalas de intervalo.

Escalas de proporção refletem propriedades absolutas do objeto que está sendo medido; partem sempre do ponto zero absoluto e estabelecem posições relativas com intervalos equidistantes.

Escalas de proporção não são usadas nas ciências humanas, somente em ciências físicas. Como exemplo desse tipo de escala, há a escala de graus centígrados usada para medir temperatura.

FATORES BÁSICOS IMPLICADOS NA MENSURAÇÃO DE ATITUDES

Antes de discutir as técnicas de mensuração propriamente ditas, é necessário levantar algumas questões relacionadas aos requisitos básicos das medidas de atitude e problemas gerais de mensuração.

Conceituação

Não se pode medir um fenômeno que não se definiu claramente A primeira tarefa que se impõe diante do problema de mensuração é uma definição nominal do fenômeno que se estuda, isolando suas categorias empíricas. Para estudar "Atitude em relação a Centros de Saúde" foi necessário ter bem presente o que se entende por "atitude" e por "Centro de Saúde". Para isso foi necessário conhecer a literatura sobre o assunto e, a partir dela, formular um conceito preciso a respeito. "A precisão exata é um ideal inatingível em ciência" diz Stebbin citado por Pastore. Entretanto, uma proposição vaga é muito difícil de ser operacionalizada e, portanto, mensurada. O conceito preciso explicita, nominal e operacionalmente, os conceitos que o constituem "O cientista consciente da metodologia científica é aquele que procura precisar ao máximo as categorias teóricas com as quais opera, a despeito do risco de invalidação que decorre do aumento de precisão".

A definição precisa do conceito, nominal e operacionalmente, é o primeiro passo para construção de uma escala e exige um conhecimento do assunto a ser estudado e do fenômeno a ser mensurado Como uma escala consta de uma série de itens (afirmações), é imprescindível esta etapa inicial para que se consiga selecionar aqueles que de fato tenham relevância para medir o conceito.

Os ítens arrolados em função do conteúdo serão uma amostra do possível universo de ítens.

Definição de um contínuo

A idéia de escala implica na existência de um contínuo Quando se pensa numa escala para medir "Atitude em Relação a Centros de Saúde", está-se admitindo várias posições que se alinham ao longo de um contínuo, que varia do ponto mais favorável até o menos favorável, passando por inúmeros pontos.

A precisão do instrumento está diretamente relacionada com o número de pontos do contínuo que conseguir discriminar. Segundo Pastore (82), a precisão requerida para os instrumentos de medida de atitude depende do tipo de atitude, da ambição do pesquisador e das medidas previamente elaboradas.

O contínuo deve ser de tal forma que corresponda o mais possível à realidade observada, isto é, as posições atitudinais, quando colocadas numa linha, devem ser equidistantes, estabelecendo entre os pontos intervalos isomórficos.

Além do pressuposto da existência de um contínuo numa escala, a construção e aplicação da mesma exige comprovação da representatividade alcançada pelo mesmo contínuo.

Validade de uma escala

Depois do instrumento ter sido construído é necessário verificar se tem valor ou validade, isto é, se mede o que se pretende que ele meça. Os verdadeiros testes de validade requerem investigação empírica, pois o uso de lógica simplesmente para validação de escalas não tem demonstrado ser eficiente, sendo que mesmo o teste empírico dificilmente constata validade perfeita. O instrumento, será ou não considerado válido se estiver ou não atingindo os objetivos para os quais foi construido.

Tipos de Validade

Segundo Nunnaly, (73), as medidas em ciências humanas têm três objetivos:

1) estabelecimento de uma relação funcional com uma variável particular.
2) representação de um universo específico de conteúdo.
3) mensuração de uma construção teórica.

Correspondendo a esses três objetivos apresenta esse autor três tipois de validade.

1) *Validade de previsão*. O exame da validade de previsão se justifica quando o objetivo é usar instrumento para prever um tipo de comportamento. Não mede o que acontecerá no futuro, mas o grau de correspondência entre as medidas, atitude e comportamento. Uma escala tem validade de previsão quando o que mede se aproxima de um critério previamente estabelecido. Para análise da coincidência entre a escala e o critério, é comum o uso de testes não paramétricos (X^2) (qui-quadrado) e correlação,

Atualmente validade de previsão não é considerada um assunto muito importante e só é aplicada a alguns problemas de psicologia como, por exemplo, testes de seleção de pessoal. Nas escalas de atitude é muito pouco útil, tendo em vista que o comportamento efetivo, critério de comparação a ser utilizado, é determinado por muitas outras variáveis.

2) *Validade de conteúdo*. Muitos instrumentos não exigem validação de previsão por serem usados para verificar a representação de um universo de conteúdo e não para prever um fenômeno. Este tipo de validade é especialmente importante para testes educacionais e escolares de atitude. A validade é julgada a partir da definição nominal da atitude em estudo, ou do conteúdo da unidade de ensino. Os ítens são julgados representativos ou não do conteúdo.

O estudo da validade de conteúdo constitui-se basicamente na análise dos ítens, que exige técnicas cada vez mais sofisticadas; geralmente é feita correlação dos ítens com o escore total da escala, correlação entre os ítens e análise fatorial.

3) *Validade de constructo*: Dizer que uma variável é mais abstrata do que concreta significa dizer que ela é um constructo. O constructo não existe isoladamente, envolve um conceito e todos os aspectos teóricos que o envolvem. Representa uma hipótese segundo a qual uma variedade de comportamentos está correlacionada com outra. Seu domínio pode ser pequeno e representado por poucas variáveis, ou grande, sendo necessárias muitas variáveis para medir o constructo.

O processo para determinar esse tipo de validade é muito importante, principalmente para o trabalho de teorização. Envolve três aspectos principais:
a) definição precisa do domínio do constructo
b) definição das variáveis que representem o domínio e suas relações entre si
c) verificação da relação com outros constructos de interesse.

Validade de constructo é bastante complexa. Para verificá-la são feitos testes de hipóteses, testes de diferenças de médias, correlação simples ou múltipla, X^2 (qui quadrado) ou outra técnica, dependendo do tipo de variáveis relacionadas.

Métodos de determinação da validade

A validade de uma escala pode ser determinada através de vários métodos.

1) *Validade lógica.* Chama-se também validade aparente ou "face validity". É a análise feita com base no senso comum. É feita a partir da definição do conceito que se quer medir, da determinação cuidadosa do contínuo e da seleção de ítens. A análise baseada em dados empíricos pode demonstrar grandes desvios, quando comparada à análise lógica.

2) *Método do juri.* É uma extensão da validade lógica. A diferença principal repousa no uso de um grupo de especialistas. Os especialistas podem ser substituidos por residentes locais altamente informados, ou membros do universo que vai ser estudado. Dá-se a esses indivíduos uma definição do conceito e solicita-se que classifiquem as afirmações em ordem, conforme a dimensão. Posteriormente, aplica-se a escala aos indivíduos pertencentes ao universo e faz-se a comparação.

A dificuldade neste método está ligada às definições do conceito. A definição que o investigador usou para selecionar os ítens pode ser completamente diferente da dos juízes. O grande cuidado a tomar é o de fornecer definições idênticas para os juízes e para o pesquisador.

Lembra Krech (60) que tanto Thurstone como Likert recomendam que na primeira etapa da construção de suas escalas colijam uma amostra grande e heterogênea de ítens, relacionadas a crenças e sentimentos ligados ao objeto de atitude. Em seguida, submetem ao julgamento de especialistas, que testam a validade de conteúdo.

3) *Grupos de critério ou grupos conhecidos.* É uma variante do método do juri. A validade é deduzida de atitudes conhecidas de grupos conhecidos, bem como de opiniões contrárias a respeito do conceito em estudo. Aplica-se a escala a ambos os grupos; se esta distinguir os grupos, é considerada válida.

Este método é muito útil; entretanto, precisa ser usado com cuidado visto que:
- o grupo de opinião oposta pode não ser representativo dos grupos de posição desfavorável, por exemplo:
- só testa o poder discriminatório da escala para posições extremadas;
- para algumas atitudes não é possível encontrar grupos que representem sequer os extremos.

Além disso, muitas variáveis intervenientes podem mascarar o teste, o que pede a presença de controles que mantenham essas variáveis constantes nos dois grupos. Este método pode ser usado para medir validade de constructo, porque se espera uma relação teórica entre duas variáveis.

4) *Critério Independente ou Validade Concorrente.* Refere a correlação da escala com instrumentos já validados. Serve para testar validade de constructo e de conteúdo.

Correlaciona-se cada ítem com o critério ou a escala toda com o critério, sendo mais usada a última forma.

Este método, embora bastante adequado, é raramente aplicado, uma vez que, existindo um instrumento válido, não há interesse em criar outro.

Técnicas de validação

O exame da validade pode ser feito através de várias técnicas, cada uma delas adequada ao tipo de validade que estamos interessados em testar.

1) *Correlação com critérios.* A primeira aproximação ao problema deve ser feita através de correlação com critérios. Os dois coeficientes mais utilizados para correlacionar escalas com critérios são:

Coeficiente de correlação de Postes de Spearman

Ele á bastante usado para validade de previsão. Contrapõe duas escalas com um critério previamente validado para ver qual das duas prevê melhor aquilo que a escala diz medir.

A fórmula é a seguinte:

$$(rho)\ \rho = 1 - \frac{6\ (\ D^2)}{N\ (N^2-1)}$$

onde D = diferença entre o critério e cada teste.
N = número de indivíduos estudados.

Coeficiente de Pearson

Ele pode ser usado para o cálculo de todo tipo de validade. Embora trabalhoso é de fácil computação. A sua fórmula é a seguinte:

$$r = \frac{n\sum x\ y - (\sum x)\ (\sum y)}{[n\sum x^2 - (\sum x)^2\ ]\ [\ n\sum x^2\ (\sum y)^2]}$$

onde x = variável dependente
y = variável independente
n = número de indivíduos

2) *Análise de item*

O segundo passo para o estudo do problema de validação consiste em examinar cada item em relação aos característicos internos da própria escala.

Para isso são usados os coeficientes de Pearson e uma outra técnica estatística muito elaborada: análise fatorial.

A *Análise Fatorial* analisa os ítens quanto ao seu conteúdo; assim é um elemento de depuração da escala, pois aponta os ítens espúrios ao conceito que está sendo medido. Através da análise fatorial pode-se analisar um grande número de ítens ao mesmo tempo.

Tem muitas desvantagens; entre elas, de ser um processo moroso. Outra desvantagem importante é o que se chama de subjetivismo nominalista, em que o investigador rotula os fatores homogêneos de acordo com seus conceitos e valores e muitas vezes de forma distorcida em relação à realidade.

O coeficiente de correlação de Pearson é calculado de cada item com o score total.

Correlaciona-se cada item da escala com o score total da mesma. O coeficiente usado depende do tipo de variável. Pode ser o bisserial se a variável for dicotômica ou de Pearson "corrigido" nos outros casos. Quando se correlaciona um ítem com o score total através do coeficiente de Pearson, é preciso corrigir a correlação final, porque cada ítem é parte do total que distorce a correlação. As correlações obtidas devem ser analisadas cautelosamente. As que se aproximam de zero, podem identificar um item como pouco preciso e de baixo poder discriminatório e que, portanto, deve ser desprezado. O inverso é verdadeiro.

Fidedignidade de uma escala

Segundo Good e Hatt "Uma escala é fidedigna quando, aplicada à mesma amostra, produz consistentemente os mesmos resultados" (32).

Fidedignidade é sinônimo de ausência de erro. O erro consiste em qualquer tipo de mensuração. Ele pode ser casual ou sistemático. Instrumen-

tos que superestimam ou substimam determinafo fenômeno de modo consistente produzem erro sistemático; é o caso de um termômetro que registra sempre dois graus a menos. Em escala de atitude, a fadiga pode produzir um erro sistemático na resposta aos ítens finais do teste.

Um erro casual ocorre sem apresentar uma característica sistemática. Os erros sistemáticos são menos importantes, porque não interferem na ordenação dos indivíduos no contínuo; alteram simplesmente o score médio. Os erros casuais são importantes em todos os estudos, pois estão sempre presentes em maior ou menor grau. Uma medida é dita fidedigna quando a extensão do erro de mensuração é pequena. Esta característica depende tanto da população a que é aplicado o instrumento como do próprio instrumento.

As medidas têm dois componentes: medida verdadeira e medida erro

$$x^t = x^\infty + x_e$$

onde x^t = o score obtido
x^∞ = score verdadeiro
x_e = erro

x^∞ é o valor que se obteria com um instrumento perfeito aplicado em condições ideais, O erro seria a diferença entre o valor obtido pela mensuração e o valor verdadeiro. A obtenção desse valor verdadeiro em ciências comportamentais é tarefa complexa, pois as fontes de erro são várias e dificilmente controláveis por um único processo.

Os erros podem ocorrer por vários motivos. Muitos deles são devidos à imprecisão interna da escala, ou melhor, da amostra de itens. Outra fonte de erro são variações externas, tais como mudança nas condições psicológicas e físicas em que foi feita a mensuração, tanto as relacionadas com o entrevistador como ao entrevistado e ao ambiente. Os entrevistadores podem variar na habilidade em aplicar o teste e, inclusive, em entender as instruções. Os entrevistados podem variar em atenção, memória, motivação, estado de saúde, fadiga, condições emocionais, tédio. O ambiente pode variar quanto à temperatura, umidade, iluminação, audibilidade das instruções ou sinais, ventilação. Outra fonte de erro decorre das tentativas casuais que um indivíduo faz ao responder a certos itens, embora tal problema não seja tão grave nas escalas de atitudes (não há itens certos ou errados). Para avaliar a quantidade de erro as ciências desenvolveram técnicas para mensurá-lo.

Fidedignidade e o número de ítens

Quanto mais ítens tiver a escala, maior a fidedignidade. Um maior número de ítens aumenta a probabilidade de responder corretamente ao teste.

Se um instrumento for considerado válido, mas de fidedignidade insuficiente, pode-se tentar aumentar o número de ítens, inserindo os necessários que sejam homogêneos em relação ao conteúdo do teste.

A fórmula para se calcular a quantidade necessária para se ter uma fidedignidade desejável é a seguinte:

$$N = \frac{rnn \quad (1-r11)}{r11 \quad (1-rnn)}$$

onde N = número de itens
rnn = fidedignidade desejável (suponhamos que seja 0,90)
r11 = fidedignidade do teste (suponhamos que seja 0,75)

então

$$N = \frac{0,90 \ (1 - 0,75)}{0,75 \ (1 - 0,90)} = 3$$

Devem ser incluídos mais três ítens.

Relação entre fidedignidade e validade

Existe uma relação estreita entre fidedignidade e validade de uma escala. Uma escala válida deve ser necessariamente fidedigna. Entretanto, uma escala fidedigna não é necessariamente válida, pois pode ser consistente, apesar de medir dois ou mais conteúdos. Assim, do ponto de vista prático, podemos inferir fidedignidade de validade, mas não o oposto.

Métodos para determinação da Fidedignidade

1) *Teste-reteste*

A mesma escala é aplicada em dois tempos diferentes aos mesmos indivíduos. Os resultados são comparados através do coeficiente de correlação de Pearson. A correlação desejável é de 0,85 para mais. Este método apresenta a desvantagem do chamado "efeito educacional", isto é, a primeira aplicação da escala pode levar os indivíduos a aprenderem algumas coisas a respeito das afirmações da escala, o que afeta as respostas na segunda aplicação.

Outro problema é que no intervalo entre a primeira e segunda aplicação pode haver mudanças reais nas atitudes ou na situação social.

Fator ainda limitante é que requer mais tempo e dinheiro, pois devem ser feitas duas pesquisas.

São sugeridos alguns meios para solucionar ou minimizar os efeitos negativos deste teste.

Para o primeiro problema é sugerido o uso de grupo controle. Divide-se a população em duas metades, selecionando uma delas como grupo controle.

São aplicadas as escalas aos grupos A, A_1 e B. Compara-se os resultados dos grupos A e A_1, B e B_1.

Para o segundo problema, sugere-se ao pesquisador anotar tudo que ocorrer no intervalo entre a primeira e segunda aplicação e que possa interferir nos resultados.

Outras observações são feitas com relação ao número de ítens e ao tempo. Um número grande de ítens minimiza o efeito educacional. Quanto maior o tempo entre um teste e outro menor o erro. O entrevistador da primeira aplicação deve ser diferente do da segunda. Este método é importante porque dá informações sobre estabilidade de classificação dos indivíduos num contínuo, num determinado período de tempo.

2) *Formas múltiplas ou formas alternadas*

Constroem-se duas formas de escala e se aplica cada uma à mesma amostra, num só tempo ou com intervalo de duas semanas entre a primeira e segunda aplicação. Correlacionam-se os resultados obtidos nas duas escalas através do coeficiente de correlação de Pearson. A correlação encontrada deve ser alta (0,85).

Este método também apresenta vários problemas. Se for aplicado com diferença de tempo, os resultados podem sofrer o "efeito educacional" e variações devidas a mudanças das pessoas ocorrida durante curtos períodos de tempo, problema que também ocorre no método do teste-reteste. O segundo problema está ligado a diferenças sistemáticas de conteúdo entre as duas escalas. O terceiro problema refere-se à necessidade de usar mais tempo e mais recursos, o que aumenta os custos.

Para investigar variações nos scores durante curto período de tempo (duas semanas), a correlação obtida em um grupo de indivíduos em que a escala foi aplicada com duas semanas de intervalo deve ser comparada com a correlação obtida quando o teste é aplicado no mesmo dia Se a segunda correlação foi mais alta que a primeira, não há indicação de estabilidade da medida, pois ela flutua em curtos períodos de tempo. Se ambas as correlações forem baixas, há indicação que as formas têm conteúdo diferente e uma é mais fidedigna que a outra.

Este método tem sua importância ligada ao fornecimento de informações sobre estabilidade do instrumento. Ele será necessário, quando se sabe de antemão que as pessoas tendem a variar muito no tempo em relação a certo tipo de atitude que não parece muito estável

3) *Método das duas metades*

Este procedimento é considerado por muitos autores como um dos mais eficientes. Consiste em dividir, casualmente, a escala em duas metades, sendo que cada uma delas é considerada uma forma do mesmo instrumento. As duas formas são administradas aos mesmos indivíduos e a um só tempo.

Os valores obtidos são relacionados através do coeficiente de Spearman Brown.

$$r_{sb} = \frac{2\,r}{1 + r}$$

onde r = coef. de Pearson entre as duas metades.

O coeficiente de correlação obtido deve ser alto.

Para se poder aplicar este método são necessárias duas condições:

1. Demonstração empírica de que a escala é uma unidade
2. Cada metade deve conter itens suficientes (no mínimo 8 a 10). O número ideal é 16 a 20 itens.

Um dos problemas deste método é que para cada tipo de divisão da escala obtem-se um resultado diferente de r_{sb}. Geralmente, a divisão é feita em números pares e ímpares. Se a divisão for feita entre a primeira e a segunda metade vai haver diferenças devido à fadiga do informante, diminuindo a fidedignidade.

4) *Coeficiente KR-20 (Kuder - Richardson) ou método de equivalência racional.* Kuder e Richardson, querendo eliminar o problema de diferentes valores do método de duas metades, desenvolverem um coeficiente, KR - 20, que produz um valor único para qualquer escala dividida dos mais diferentes modos. Testa, portanto, todas as divisões.

O coeficiente é obtido a partir da seguinte fórmula:

$$KR\ 20 = \frac{K}{K - 1}\left(1 - \frac{\sum pq}{S_{2_x}}\right)$$

onde K = número de itens da escala

S_{2_x} = variância dos valores escalares

pq = produto da proporção de concordo - discordo em cada item

A desvantagem deste método é que só pode ser usado para itens que apresentem duas alternativas de resposta.

A tendência é sempre do coeficiente Spearman Brown ser mais baixo que K R 20.

5) *Coeficiente α (alfa)*

Foi construido para eliminar o problema do K R 29, que só é aplicável quando os itens apresentam duas alternativas.

A fórmula para o cálculo é a seguinte:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1}\left(1 - \frac{\sum s^2 i}{s^2 t}\right)$$

onde: K = nº de itens

$s^2 i$ = variância de cada item

$s^2 t$ = variância total

Este coeficiente mede os erros devidos à amostragem do conteúdo. Segundo Nunnaly, este coeficiente é o melhor estimador da fidedignidade. Só atualmente é que está começando a ser usado. Os métodos de duas metades, coefiente KR 20 e coeficiente α são usados para analisar consistência interna.

Estes métodos procuram verificar se a escala forma um todo consistente, Analisam, portanto, as imprecisões internas do instrumento, que podem ser fonte de erro. Medem o grau de inter-relação entre os itens componentes da escala.

MÉTODOS DE CONSTRUÇÃO DE ESCALAS

Vários esforços têm sito feitos no sentido de desenvolver métodos para construção de escalas de atitude.

Vários psicólogos sociais têm se preocupado e mesmo se dedicado ao assunto. As abordagens utilizadas têm sido bastante diferentes de autor para autor, numa progressão histórica.

MÉTODO DOS INTERVALOS APARENTEMENTE IGUAIS

No início da história do desenvolvimento das escalas de atitude Thurstone e seus colaboradores criaram um método de construção de escalas de atitudes. O "processo de julgamento" de Thurstone (1929, 1931) tem sido mais usado que qualquer outro e tem sido considerado um dos principais métodos pela maioria dos autores especializados no assunto. A primeira descrição do método dos intervalos equi-aparenciais apareceu numa monografia escrita por Thurstone e Chave (113) em 1929. Esta monografia, "Measurement of Attitude", apresentou o Método Thurstone aplicado à mensuração de atitude em relação à Igreja. A partir deste publicou-se uma série de escalas específicas para medir atitudes em relação à guerra, pena de morte, evolução, negro. Foi demonstrado ser possível criar escalas Thurstone para medir atitudes com relação a qualquer objeto. Muitos pesquisadores ligados à área de sociologia e psicologia trataram de construir escalas equi-aparenciais, sendo o método extensivamente utilizado. Segundo Havens (39), calcula-se que pelo menos 400 escalas destes tipo foram construidas nos EUA e outros países. O mesmo autor assinala que, em países em desenvolvimento em que os índices de analfabetismo são altos, a técnica Thurstone tem algumas vantagens. A principal delas é que pede ao indivíduo que responda sim ou não, em vez de pedir-lhe que se coloque sobre um contínuo de acordo ou desacordo, como se faz nos outros métodos de escalonamento.

Neste método é fundamental o emprego de juízes para atribuir valores de escala a cada ítem do teste. Estes emitem opiniões sobre o grau de favorabilidade ou desfavorabilidade das afirmações que lhe são apresentadas, contribuindo assim para a gradação dos ítens da escala.

O valor escalar do ítem é estabelecido antes da coleta dos dados sobre atitude; assim, o enfoque utilizado é chamado enfoque "a priori". A partir das respostas dos juízes e seguindo certas normas estatísticas forma-se uma escala de intervalo, com ítems aprioristicamente quantificados. A hipótese em que se baseia o processo é de que as respostas dadas pelos juízes formam parte de um contínuo matemático, cujas unidades são constantes.

Etapas na construção da escala

1) *Definição da atitude a ser medida*

De acordo com os requisitos básicos de mensuração, só se pode começar a construir uma série de proposições para medir uma realidade social ou psicológica quando a temos definida precisamente. Sem esta definição não se tem uma base para selecionar as afirmações e, assim, a escala construida terá mais tendência à ambiguidade e inconsistência.

2) *Formulação das Afirmações*

Formular uma série de ítens, expressando diversas opiniões sobre o objeto de atitude é o passo seguinte. As afirmações podem ser criadas pelo investigador, sugeridas por técnicos no assunto, obtida de livros, revistas ou outras fontes. Supõe-se que cada afirmação represente um grau específico de favorabilidade ou desfavorabilidade em relação ao objeto de atitude e que essas afirmações, representando valores escalares, se localizarão a igual distância dentro do espaço compreendido pelo contínuo. Se assim for, uma pessoa ao indicar as afirmações que aceita ou rejeita assume uma posição no contínuo de atitudes. Para preencher estes requisitos as proposições deverão ser elaboradas no sentido de representar um dos onze pontos do contínuo proposto por Thurstone. Deverão começar pelo ponto A (proposições muito favoráveis). continuar pelo ponto médio F (proposições dde tipo neutro) e terminarão no extremo da escala, ponto K (proposições muito desfavoráveis). Deve-se ter especial cuidado na construção de ítens neutros, pois são os mais difíceis de construir. Os extremos não apresentam problemas especiais.

Segundo os autores, é difícil dizer exatamente quantos ítens devem ser elaborados. Sabe-se somente que quanto maior o número de afirmações redigidas, tanto melhor, pois assim há possibilidade de escolher as melhores. Havens (39) acha que 200 ou 300 seriam apenas suficientes. Thurstone e Chave usaram 130, Ferguson (27) usou 600. O número de ítens a serem usados na realidade depende do conhecimento que se tenha do assunto.

Uma vez redigidas as afirmações, é necessário revê-las para eliminar algumas que sejam ambiguas ou não pertinentes e corrigir as que tenham erros gramaticais. Thurstone e Chave apresentaram seis critérios para redação de afirmações muito úteis para revisão inicial (113).

1. "Tanto quanto possível as opiniões devem refletir a atitude presente do indivíduo e não suas atitudes passadas. Parafraseando as opiniões no tempo presente, evita-se a situação na qual o indivíduo pode aceitar duas opiniões conflitantes, uma referente à atitude passada e uma à presente. A escala de valores do indivíduo deve, naturalmente, descrever uma atitude presente."

2. "Verificou-se que as frases que contêm mais de uma idéia tendem a ser ambíguas. O material deve ser editado de maneira que cada opinião expresse tanto quanto possível somente um pensamento ou idéia. O indivíduo se confunde lendo uma afirmação dupla, da qual pode querer aceitar uma idéia e não outra."

3. "Devem-se evitar afirmações que evidentemente só serão aceitas por um número muito restrito de pessoas".

4. "Cada opinião selecionada para a escala de atitude deve de preferência ser constituida de maneira que seja possível aos indivíduos de ambos os extremos da escala concordarem com ela".

5. "Tanto quanto possível, as afirmações devem ser livres de conceitos correlatos e confusos".

6. "A giria pode ser evitada, exceto quando serve ao propósito de descrever uma atitude mais brevemente do que se o fosse de outra forma".

Wang (122), discípulo de Thurstone, completou a lista de critérios e ofereceu outra série de regras. As mais importantes são as seguintes:

1. "Cada opinião deve ser debatível, ou melhor, deve refletir uma opinião, não um fato".

2. "Cada afirmação deve ser pertinente à variável em estudo. Sem uma definição precisa do conceito que se mede, será difícil desenvolver afirmações pertinentes".

3. "Cada afirmação deve ter só uma interpretação para os futuros entrevistados pela escala".

4. "Cada afirmação deve ser simples, não complexa, no que se refere à construção gramatical da frase".

5. "Cada afirmação deve ser curta".

6. "Cada afirmação deve expressar um assunto unico dentro da atitude".

7. "Cada afirmação deve conter um pensamento completo".

8. "Cada afirmação deve ser clara e direta".

9. "Cada afirmação deve ser formulada na voz ativa e não na voz passiva".

10. "Cada afirmação deve conter um conceito, que se refira ao assunto como seu sujeito".

3) *Avaliação das afirmações pelos juízes*

Supondo-se que tenham sido elaboradas afirmações representando um grau específico de favorabilidade ou desfavorabilidade ao objeto de atitude, a etapa seguinte pressupõe a localização das mesmas num contínuo dividido em onze intervalos iguais. Para isso solicita-se a juízes que atribuam aos itens as posições apropriadas no contínuo, que varia de extremamente favorável até extremamente desfavorável. Não lhes é pedido que expressem concordância ou discordância com a afirmação e isto deve ser bem esclarecido.

A seleção dos juízes é um aspecto muito importante da elaboração de uma Escala Thurstone. Afirmações devem ser feitas com cuidado para que representem a gama inteira da dimensão que vai ser estudada. Os juízes devem de preferência pertencer ao mesmo grupo de indivíduos a quem vai se aplicar mais tarde a escala. Se não for possível, devem ser indivíduos que conheçam ou tenham tido experiência com o grupo que vai ser questionado, Também é discutível o número de juizes que se deve selecionar. Thurstone e Chave usaram 300 juízes. Segundo Havens (39), é possível fazer avaliações válidas com 25 juízes.

Para que as afirmações fossem julgadas, Thurstone e Chave escreveram separadamente cada uma delas num papel e as entregaram aos juízes, juntamente com as seguintes instruções:

"Instruções para classificar as folhas IMPRESSAS" (113)

1. "As 130 folhas impressas contêm afirmações sobre o valor da Igreja feito por várias pessoas, estudantes e outros.

2. "Como primeiro passo na construção de uma escala que pode ser usada como prova de opiniões sobre a igreja e a religião desejamos que um certo número de pessoas divida as 130 folhas em onze grupos.

3. "Você recebe onze folhas com as letras, A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K; arranje-as, por favor, numa ordem regular. Na folha A ponha aquelas afirmações que na sua opinião expressem a mais alta apreciação do valor da igreja. Na F, aquelas que expressem uma posição neutra. Na K aquelas que expressam a maior depreciação da igreja. Nas demais disponha as afirmações de acordo com o grau de apreciação ou depreciação nelas expressas."

4. "Isto significa que quando terminar de distribuir terá onze grupos arranjados em ordem de estimativa de valor de A, o mais alto, a K, o mais baixo".

5. "Não procure obter o mesmo número de folhas em cada grupo; não são igualmente distribuidas".

6. "Os números das folhas são do código e não se relacionam com o arranjo dos grupos".

7. "Será mais fácil ordená-las se, antes de começar a escolher, tentar com algumas folhas escolhidas ao acaso".

Várias modificações nas instruções foram sugeridas por outros autores tentando economizar tempo e facilitar o processo. A principal delas foi introduzida por Seashore e colaboradotes (102). Apresentaram as afirmações numa lista na qual os juízes fariam a classificação e com isto obteve resultados semelhantes, com economia de tempo.

Quanto aos onze intervalos sugeridos por Thurstone, também surgem dúvidas e opiniões divergentes. Ferguson usou nove e sete intervalos e outros usaram cinco. Simonds, que estudou a fidedignidade em função do número de alternativas de resposta, sugere que o número apropriado depende da variável a ser mensurada e das preferências do investigador.

4) *Determinação de valores escalares*

Feita a avaliação por todos e cada um dos juízes, começa-se a análise estatística para obter um valor quantitativo a cada ítem. Para determinar estes valores, primeiro conta-se o número de vezes que cada afirmação foi considerada em cada posição. Forma-se então para cada afirmação uma distribuição simples de frequência, que em seguida se convertem em frequências acumuladas e depois em porcentagens acumuladas. De posse desses dados calcula-se:

- Média ou mediana das posições atribuidas ao item pelo grupo de juízes.
- Desvio semi-quartil ou valor Q.

A mediana passa a ser o valor escalar do item e o desvio semi-quartil o índice de ambiguidade, medida objetiva do grau de ambiguidade da afirmação. Um grande acordo entre os juízes, quanto ao valor escalar de uma das afirmações, apresenta um pequeno valor Q; um acordo relativamente pequeno apresenta um grande valor Q.

5) *Seleção das afirmações definitivas*

Depois de ter os valores escalares determinados é útil ordenar as afirmações segundo estes valores. A seleção dos ítens é feita segundo alguns critérios:

a) Estabelecer o número total de ítens desejáveis, considerando que quanto maior o número mais fidedigno o instrumento;
b) Dividir o número total estabelecido pelos onze intervalos. Por exemplo, se decidirmos selecionar trinta e três itens, serão três representando cada onze intervalos.

6) *Eliminação das afirmações ambíguas*

O índice de ambiguidade é o valor Q, ou melhor, o desvio semi-quartil. Este índice servirá para eliminar as afirmações pouco precisas. São consideradas precisas as afirmações que apresentem um Q relativamente pequeno. Não existe um critério padrão estabelecido para que se elimine uma afirmação, a partir do Q. Deverá ser usado combinado com o valor escalar obtido.

Se a escolha tiver que ser feita entre várias afirmações, com aproximadamente p mesmo S, deve-se selecionar as que apresentem os três menores valores Q. Se para alguns intervalos se tiver apenas o número suficiente de afirmações, pode acontecer como o que ocorreu com Thurstone e Chave (item 96), isto é, de se ter de escolher uma afirmação com desvio semi-quartil malto.

Havens (39) diz, a respeito da eliminação de itens ambíguos, que "o mesmo padrão de ambiguidade geralmente não pode ser aplicado a todos os intervalos do contínuo de atitudes".

7) *Critério de irrelevância*

Thurstone e Chave descreveram outro critério, para eliminar afirmações. O mesmo não tem sido usado extensivamente no método dos intervalos equiaparenciais. Exige a seleção de um outro grupo de indivíduos, para que respondam se concordam ou não com a afirmação. Com os resultados calcula-se o grau em que cada afirmação oferece resultados consistentes com as demais declarações. A fórmula utilizada é a seguinte:

$$I = X/Y$$

onde: X = número de indivíduos que concordaram com a afirmação A e B.
Y = número de indivíduos que concordaram com a afirmação B.

Se todos os indicíduos concordaram com a afirmação A e B, p índice será a unidade. Se acontecer o contrário, será zero.

8) *Avaliação da atitude dos indivíduos através da escala*

O método de avaliação da direção e do grau de favorabilidade ou desfavorabilidade do indivíduo em relação a um evento é simples.

Pede-se ao indivíduo que responda se concorda ou discorda da afirmação. O resultado de um indivíduo é igual à média dos valores da escala atribuídos ao item com o qual concorda. Esta média pode ser a mediana ou média, embora a última seja geralmente a mais usada.

Algumas objeções são feitas a este cálculo, como representação de atitude do indivíduo. Jahoda (104) diz: "Visto a contagem de um indivíduo ser o termo médio ou a média da escala de valores de vários oitens que ele assinala, podem ser expressados no mesmo computo padrões de atitude completamente diferentes. Por exemplo: na escala de atitude para com os nativos da África do Sul, apresentada anteriormente, um indivíduo que assinala os dois itens 15 e 17 moderadamente anti, recebe um computo 8,5. Uma outra pessoa que marque 1, 15, 17 e 22 (talvez porque o 22 tenha para ele um significado diferente que para os juízes) também recebe uma contagem 8,5. Os dois indivíduos são classificados como tendo o mesmo grau de atitude, ainda que o último tivesse assinalado o item mais desfavorável na escala e o primeiro não o tenha."

9) *Críticas e objeções ao método*

Existe suficiente evidência de que escalas com boa fidedignidade e validade podem ser construídas com essa técnica, quando o são com cuidado satisfatório. O principal problema aqui é o da precisão usada na seleção dos itens e definição do contínuo e no número de itens e juízes empregados.

Quanto maior o número dos itens, maior a probabilidade de desenvolver um instrumento útil. Não só o número de itens como também a qualidade dos julgamentos é importante. Juízes descuidados pouco informados ou tendenciosos

podem prejudicar todo trabalho de construção de escalas. O outro problema é o de quantidade de trabalho de tabulação e análise de grande número de respostas quando temos muitos juízes. Sem dúvida o processo se complica, porém, Edwards (21) lembra que as técnicas de computação eletrônica à disposição do pesquisador atual,economizam tempo, trabalho e esforço dispendido na construção de escalas.

A questão mais séria levantada é a referente à proporção em que o valor escalar das afirmações é influenciado pela atitude dos juízes com relação a seus julgamentos. É o caso dos estudos de Hinckley (1932), McCrone (1937), Beyle (1932), Ferguson (1935), Eysenck e Crown (1949) em que ao correlacionar as posições de escalas julgadas por grupos de juízes coms atitudes opostas, encontraram cum coeficiente de Pearson de 0,98.

Mais recentemente, entretanto, outros estudos contestaram os resultados dos primeiros. É o caso do estudo de Hovland e Sherif (1952) que empregou os itens usados por Hinckley e obteve notáveis diferenças entre s valores atribuidos por juízes brancos e negros. Esta diferença entre os primeiros e os últimos estudos foi justificada pelo fato de se terem incluído juízes com atitudes extremadas. Thurstone havia sugerido que todo juíz que situasse mais de um quarto das declarações numa categoria deveria ser eliminado por negligência. Hovland verificou que juízes com atitudes extremas colocavam muitas declarações numa mesma categoria e, portanto, era eliminados; resolveu então incluí-los e obteve correlações baixas entre os valores atribuídos pelos dois grupos.

OUTROS MÉTODOS DE CONSTRUÇÃO DE ESCALAS: VANTAGENS E DESVANTAGENS EM RELAÇÃO AO MÉTODO DOS INTERVALOS EQUI-APARENCIAIS.

Método de comparação aos pares.

É muito semelhante ao método dos intervalos equi-aparenciais no sentido em que se baseia no julgamento de afirmações elaboradas para representar o contínuo da atitude em estudo "a priori" como o primeiro método. Entretanto, considera que estes julgamentos deveriam ser feitos por comparação em toda série de estímulos e não dentro de uma escala absoluta, como o primeiro método sugere.

As afirmações devem ser tomafas duas a duas e julgadas. Os resultados obtidos consistirão de frequências correspondentes ao número de vezes que cada estímulo ou afirmação é julgado, mais favorável que qualquer outra afirmação.

O valor escalar de cada afirmação será o desvio da média de todos os valores escalares de todas as afirmações e é obtido a partir de uma matriz de pares comparáveis por um método descrito por Edwards (21).

A escala, como afirmações já graduadas, é aplicada à população à qual se pede, da mesma forma que no método dos intervalos equi-aparenciais, que o indivíduo concorde ou discorde da afirmação. O score de atitude de cada indivíduo será a média dos valores escalares das afirmações com que concordou.

Estudos empíricos têm demonstrado que, quando as mesmas afirmações são escaladas pelo método de comparação aos pares e o método dos intervalos equi-aparenciais, a relação entre os dois conjuntos de valores escalares é aproximadamente linear, exceto nos dois extremos dos intervalos equi-aparenciais em que os valores se apresentam menos extremos. Isto acontece porque os juízes, no caso do método dos intervalos equi-aparenciais, não são "forçados" a discriminar entre dois estímulos, como o são quando se utilizam do método de comparação aos pares. Neste ponto há uma pequena vantagem em utilizar o método de comparação aos pares, que evita algumas dificuldades inerentes ao método dos intervalos equi-aparenciais, Entretanto, quando se pensa em grande

número de afirmações para selecionar e no número de julgamentos necessários nos dois métodos, sentimos a vantagem do método dos intervalos equi-aparenciais em relação ao método de comparação aos pares. Por exemplo, vinte afirmações exigem cento e noventa (190) julgamentos comparativos. Se tivermos muitas afirmações para escalar, será muito difícil conseguir juízes que tenham tempo e paciência para fazer, sem muito problemas, julgamentos comparativos.

Método dos intervalos sucessivos

Também chamado das dicotomias graduadas, foi tentado por Thurstone (primeiro relato por Saffir 1937) para evitar as dificuldades relativas aos valores extremos das escalas obtidas pelo método dos intervalos equi-aparenciais e quando o método de comparação aos pares não è factível devido aos problemas do número de julgamentos.

Baseia-se no julgamento de grande número de afirmações que irão representar o contínuo. É pedido aos juízes para colocá-las num número fixo de categorias num contínuo de favorabilidade, mas nada lhes é proposto em termos de distância relativa entre as categorias. Como no método dos intervalos equi-aparenciais, exige-se somente um único julgamento para cada afirmação a ser escalada. As instruções dadas aos sujeitos que devem julgar as afirmações são semelhantes àquelas usadas no método dos intervalos equi-aparenciais. A diferença está nas técnicas estatísticas utilizadas para o cálculo dos valores escalares, que se baseia em pressupostos teóricos diferentes. O modelo matemático trata as categorias como segmentos contiguos do contínuo de atitudes separados por limites pré-estabelecidos. As diferenças entre categorias adjacentes não são pressupostas, mas estimadas a partir do cálculo do tamanho dos intervalos. Neste ponto é que se diferencia do método dos intervalos equi-aparenciais no cálculo do valor escalar dos itens. Edwards apresenta uma descrição completa do processo para cálculo do valor escalar dos ítens pelo método de intervalos sucessivos (21). A escala graduada é apresentada à população exigindo dela somente a resposta a uma pergunta dicotômica, concorda ou dircorda, como no método de intervalos equi-aparenciais e comparação aos pares. A posição do indivíduo no contínuo de atitudes é obtida pela média dos scores obtidos em cada afirmação.

A vantagem deste método em relação ao dos intervalos equi-aparenciais é que corrige as distorções que este apresenta nos valores escalares das afirmações, que ocupam posições extremas. Mas neste mesmo sentido apresenta uma limitação apresentada por Shaw e Right (103): "os itens que são localizados numa categoria, mais de 95% de vezes não podem ser escaladas por esta técnica".

Método da soma de avaliações

Likert (1932) em seu estudo das várias atitudes com relação ao imperialismo, internacionalismo e negros, criou um método diferente para construir escalas de atitude. Em contraste com o método dos intervalos equi-aparenciais, tem os valores escalares determinados "a posteriori", não antes da pesquisa empírica. Não empregam juízes na construção da escala; portanto, seu processo, diferente do de Thurstone, inclui as seguintes etapas:

1) *Elaboração de um grande número de afirmações*. Ao contrário das afirmações elaboradas em função do método de intervalos equi-aparenciais, estas deverão pretender cobrir todo contínuo de atitudes. Para isso são usados somente ítens extremos que pareçam claramente favoráveis ou nitidamente desfavoráveis ao objeto de atitude, mas nunca neutros ou levemente favoráveis ou desfavoráveis.

2) *Apresentação dessas afirmações a um grupo de indivíduos*. A população em estudo deverá indicar, em cada afirmação, se aprovam integralmente, aprovam, hesitam, desaprovam ou desaprovam integralmente. Não fazem, como no método dos intervalos equi-aparenciais, somente assinalar as declarações com as quais concordam.

3) A *determinação de um resultado total para cada indivíduo*. Soma-se as respostas a todos os ítens, atribuindo-se às cinco categorias acima os valores 5, 4, 3, 2, 1, respectivamente. Estes pontos são invertidos nos ítens negativos. Difere novamente do método dos intervalos equi-aparenciais, onde o resultado total de cada indivíduo é a média da frequência de questões com as quais concorda. A explicação lógica para o emprego da soma algébrica dos pontos das respostas dos indivíduos às afirmações, como representação de posição dos indivíduos na escala, é a seguinte: a probabilidade de acordo de qualquer uma das séries de ítens favoráveis sobre um objeto, ou de desacordo com qualquer ítem desfavorável, varia na razão direta do grau de favorabibilidade da atitude do mesmo indivíduo. Assim, seria de se esperar, por exemplo, que um indivíduo com atitude desfavorável responda desfavoravelmente a muitos ítens.

4) *Análise das respostas para avaliar poder de discriminação das afirmações*. É necessário ver qual delas diferencia mais claramente os marcadores mais altos e os mais baixos na escala total. Isto é feito através do cálculo, para cada ítem, da correlação entre os resultados do ítem e os resultados totais de todos os ítens. Os ítens de maior correlação são mantidos na escala final. O emprego da análise de ítem distingue também os dois métodos. No primeiro, a necessidade de acordo entre os juízes, para determinar a posição da afirmação na escala, exige que esta tenha um conteúdo estritamente ligado à atitude que vai ser medida.

No método Likert não há essa necessidade. Para que a afirmação seja incluida basta que apresente alta correlação com o total. Assim, permite o uso de ítens não claramente relacionados à atitude em apreço.

5) *Cálculo das ponderações das afirmações para a escala revista*. O processo estatístico para este cálculo pode ser encontrado em Havens (39).

Vantagens e desvantagens do método da soma de avaliações em relação ao Método Thurstone dos intervalos equi-aparenciais.

O método da soma das avaliações apresenta vantagens e desvantagens em relação ao método dos intervalos equi-aparenciais. A partir do ponto inicial de divergência, que é o de que os indivíduos estudados substituem os juízes, na atribuição de valores e escolha das afirmações temos uma vantagem para o método Likert: os sujeitos são mais capazes de determinar todo contínuo de atitudes que os juízes, os quais podem diferir do padrão do grupo ao qual vai ser aplicada a escala.

A segunda vantagem está relacionada à concepção de ítem. Para , cada ítem correspondia a uma escala e a escala total a uma bateria de escalas. Assim sendo, não é necessário começar com um número tão grande de afirmações, o que privilegia mais uma vez o método da soma das avaliações,que com isto tem seu método simplificado em relação ao primeiro.

A terceira vantagem é que tem a probabilidade de ser mais eficiente que o método dos intervalos equi-aparenciais com o mesmo número de ítens. Dentro dos limites, a eficiência de uma escala aumenta à medida que é acrescido o número de possíveis respostas alternativas. A escala de ítens tipo Likert permite a expressão de cinco graus de acordo e desacordo, ao passo que a escala Thurstone permite apenas a escolha entre duas respostas alternativas. Esta aparente vantagem para a escala Likert se transforma, entretanto, em desvantagem quando se pensa que a escala será destinada a grupos de baixo nível sócio-econômico e em que se encontra altos graus de analfabetismo, senão de semi-analfabetismo. Estes grupos terão grande dificuldade em situar suas respostas e mesmo de compreender o tipo de respostas que lhes for solicitado.

Uma outra vantagem para o método dos intervalos equi-aparenciais é que o método Likert constroi nada mais do que uma escala ordinal, enquanto que o primeiro, por definição, constroi escalas de intervalo. Entretanto, a vantagem ou desvantagem neste sentido depende da opinião que se tenha de que

as escalas Thurstone realmente satisfaçam o critério para as escalas de intervalo.

Outro ponto desvantajoso a destacar é que muitas vezes o total de contagem do indivíduo não é muito significante para sua ordenação no contínuo. Isto também é verdade para o método Thurstone, mas se aplica mais às escalas somatórias considerando que elas fornecem maior número de alternativas de respostas.

Ainda a posição dos indivíduos num contínuo de atitudes apresentada por uma escala Likert, só pode ser interpretada a partir das posições ocupadas por outros indivíduos na mesma escala. A posição não tem sentido absoluto porque não se conhece o ponto neutro. Essa é uma das maiores deficiências do método da soma das avaliações.

Análise de escalograma

Análise de escalograma, também chamada "escalonamento Guttman", "técnica Cornell" ou "método de construção de escalas cumulativas", surgiu da preocupação com a imprecisão das escalas pluridimensionais construídas pelo método dos intervalos equi-aparenciais e soma das avaliações. Assim, não tem o mesmo objetivo que os métodos anteriores. É uma técnica para verificar se uma série de afirmações escalares mede empiricamente uma só dimensão, isto é, se a escala é unidimensional. Baseia-se na premissa de que as atitudes não formam um "contínuo latente", mas um universo unidimensional ordenável. Guttman considera uma atitude ordenável se as respostas a um conjunto de itens daquela área se dispõem de determinados modos específicos. Os itens devem ser passíveis de ser ordenados, de tal forma, que as pessoas que respondem a uma determinada questão ocupem uma posição mais alta dentro da gradação de favorabilidade, que as que respondem desfavoravelmente à mesma questão. Devem ser apresentados de tal forma que um indivíduo que responde positivamente a uma determinada questão responde também positivamente a todas as outras com classificação mais baixa. Dos pontos que o indivíduo obtém na escala se conhece exatamente os itens que ele endossou. Esta qualidade de reproduzir respostas chama-se reprodutibilidade e é uma das provas para se saber se um grupo de itens constitui uma escala no sentido proposto por Guttman.

Foram descritas quatro técnicas específicas para o estabelecimento de escalas neste sentido (21), (39). No geral, elas compreendem as seguintes etapas:

1) Formulação de itens "inclusivos" sobre o objeto de atitude.
2) Apresentação dos itens a um grupo de indivíduos da população, solicitando somente que assinalem as alternativas com as quais concordam.
3) Análise dos padrões de resposta dos indivíduos para ver se os itens são escaláveis.
4) Cálculo do coeficiente de reprodutibilidade, que deverá ser igual à proporção de respostas aos itens a serem reproduzidos pelas notas obtidas pelos indivíduos na escala.
5) Seleção dos itens a partir dos seguintes critérios:
   a) um item não deve se dividir para mais de 80% a 20% entre as duas categorias de resposta.
   b) a escala deve incluir dez itens com respostas dicotômicas.

A análise de escalograma fornece informações a respeito dos itens de escala no que se refere ao aspecto unidimensionalidade. Os outros métodos só estabelecem validade, fidedignidade e consistência interna. A principal vantagem deste método está em que nos dá uma informação importante a respeito da escala, não possível de obter por nenhum outro método. Nesse sentido oferece uma importante contribuição para a metodologia de construção de escalas.

Por outro lado, entretanto, apresenta inconvenientes sérios, a saber:

1) não oferece uma base segura para medir atitudes em relação a objetos complexos, nem para fazer prognósticos sobre a conduta em relação a esses objetos.
2) o pressuposto de unidimensionalidade, embora testado, pode não se repetir de um grupo para outro, porque geralmente o conjunto de itens em que se baseia abrange uma amplitude muito pequena de conteúdo. Guttman não valorizou o problema da representatividade na seleção do conjunto inicial de afirmações (ítens). Todos os ítens utilizados em todos os tipos de métodos são relativos no tempo e espaço. Estes são muito mais, pois nem validade de conteúdo é possível ser avaliada inicialmente.

Técnica de discriminação da escala

Edwards e Kilpatrick (1948) criaram um método de construção de escalas, que pretendeu ser uma síntese das técnicas de Thurstone, Likert e Guttman.

Não tem sido muito usado, por ter se tornado muito complexo na tentativa de combinar métodos com pressupostos básicos diferentes. Sabe-se, pelos resultados obtidos de sua aplicação, que as escalas obtidas não têm conseguido discriminar os grupos favoráveis dos desfavoráveis.

Técnica do desdobramento

É um método sugerido por Coombs (1950-1953), que pretende não só construir uma escala para discriminar as preferências de um grupo de indivíduos em relação a uma atitude latente, mas também descobri-la e isolá-la como um atributo de um grupo.

As escalas desenvolvidas por esta técnica seguem as seguintes etapas:

1) são elaboradas afirmações relacionadas a uma determinada dimensão de atitude.
2) as afirmações são apresentadas aos indivíduos, para que escolham aqueles com os quais concordam.
3) o número de escolhas varia de dois a n - 1.
4) As escolhas dos itens deverão refletir as distâncias entre as afirmações e revelar a posição dos indivíduos na dimensão de atitude estudada.
5) os dados são analisados por uma forma rudimentar sugerida por Coombs, a "técnica de paralelograma", descrita por Torgenson (117).

Este método não tem sido muito usado e ainda não é possível detalhar suas vantagens e desvantagens; sabe-se, entretanto, que sua técnica de aplicação é simples por constar de poucos ítens e, pelo mesmo motivo, é simples obtenção de valores escalares e scores dos entrevistados.

Diferencial semântico

Osgood, Suci e Tannenbaum (1957) criaram uma técnica, conhecida como instrumento de avaliação do diferencial semântico, para obter uma medida do significado de determinados conceitos. Utilizaram-se para isso uma abordagem indireta, na qual solicitaram avaliações quantitativas de um objeto com relação a uma série de adjetivos bipolares, com sentido de avaliação, potência e atividade. (47)

Assim, esta é uma técnica de mensuração de atitude e não um método de construção de escalas, não apresentando nem vantagens, nem desvantagens em relação ao método de intervalos equi-aparenciais de construção de escalas. Só seus resultados, após a mensuração de atitudes, são comparáveis e já foram demonstradas altas correlações entre resultados obtidos pelo diferencial semântico e o método Thurstone.

A ESCOLHA DO MÉTODO

Dois critérios principais, as características do problema e da população a que se destina a escala orientaram a escolha do método.

Como já foi dito, quando se discutiu os objetivos dos Centros de Saúde, a população a que se destina a escala é de baixo nível sócio-econômico, analfabeta ou de baixo nível de escolaridade, deve-se considerar que tem condições rudimentares de responder de forma simples a estímulos também simples. Os métodos que pressupõem respostas dicotômicas são o método dos intervalos equi-aparenciais, comparação aos pares, intervalos sucessivos e o método das escalas cumulativas (Guttman) o que inicialmente já leva a excluir da nossa escolha os métodos de soma de avaliações e discriminação de escala. Já foram mostradas as vantagens do primeiro sobre o segundo relacionadas ao número de julgamentos necessários, acarretando uma dificuldade na escolha dos juízes e em obter respostas nas quais se pudesse confiar. Em relação ao primeiro e terceiro, foi mencionada a vantagem relacionada à facilidade do cálculo do valor escalar do primeiro sobre o terceiro, que compensa as poucas vantagens que se pudessem ter do terceiro para o primeiro. Em relação ao método Guttman, o que se pode ver é que o problema não é adequado à forma de itens inclusivos pela complexidade do conteúdo, ou melhor, do conceito a ser mensurado.

O método do desdobramento não foi utilizado por não estar ainda suficientemente explicado e o do diferencial semântico por não ser um método de construção de escala propriamente, mas uma técnica de mensuração.

Escolhido o método dos intervalos equi-aparenciais, pode-se passar à descrição das etapas seguidas para construção da escala.

CAPÍTULO V - A ESCALA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE

O CONCEITO

Apresentamos nos capítulos anteriores os conceitos e um quadro de referência teórico necessários para que se pudesse construir uma "escala de atitude em relação a Centros de Saúde".

Neles procuramos esclarecer que o conteúdo que a escala pretende medir, compreende toda uma caracterização de Centros de Saúde, tanto filosófica como legal, e um enfoque da atitude da população em relação a ele, dentro do âmbito da psicologia social.

Ao final das colocações iniciais ficou estabelecido que a escala procuraria medir "um sistema de reações afetivas e avaliativas em relação a pessoal médico e auxiliar, que atende nos Centros de Saúde, aos serviços prestados por esse pessoal e ao ambiente físico e social dos Centros de Saúde". Centro de Saúde é entendido como "um órgão local de saúde da rede governamental de serviços de saúde, polivalente e dinâmico, voltado para o equacionamento de problemas sanitários de uma região, oferecendo assistência médica preventiva e curativa gratuita e contínua à população como um todo ou a certos grupos selecionados em função de programas e prioridades".

Quatro áreas de conteúdo foram consideradas como componentes do conceito:

1) atitude em relação a médicos, incluindo problemas ligados ao relacionamento humano entre médicos e a clientela dos Centros de Saúde.
2) atitude em relação a pessoal para-médico e auxiliar, incluindo problemas ligados a relacionamento humano entre os funcionários não médicos dos Centros de Saúde e a clientela.
3) atitude em relação à qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Saúde - incluindo problemas ligados à competência profissional dos médicos nas consultas médicas e eficiência dos outros serviços oferecidos pelos Centros de Saúde à população.
4) atitude em relação ao ambiente físico e social dos Centros de Saúde, incluindo problemas ligados aos prédios onde estão os Centros de Saúde, e sua conservação, e ao público que costuma frequentá-los.

Não encontramos na literatura revista nenhuma escala já construida para medir atitude em relação a Centros de Saúde e, por esse motivo, nenhum trabalho que servisse como referência para afirmarmos, "a priori", ser o conceito encarado sob quatro aspectos, unidimensional ou multidimensional. Entretanto, alguns estudos empíricos, que utilizam conceitos correlatos, tais como, atitude em relação à assistência médica (45) e (5) e atitude em relação à saúde (8), nos permitem pensar na existência de dimensões distintas, formando cada uma delas uma escala independentemente relacionada ao conceito como um todo.

Hulka (45) diz existirem três áreas de conteúdo mais frequentemente discutidas por pessoas interessadas em problemas de assistência médica: competência profissional, qualidades pessoais e custo/conveniência. Não as define como três áreas de conteúdo distintas, entretanto, pois os dados não foram submetidos à análise fatorial. A pesquisa empírica, entretanto, sugere que o conteúdo varia em dimensões diferentes, principalmente no que se refere à satisfação em relação a médicos e assistência médica.

Bice e Kalinco (8) realizaram a investigação para determinar atitude em relação a assistência médica e profissão médica. A percepção dos entrevistados em relação a pessoal médico, serviços de emergência e profissão médica foram comprovadas por análise fatorial serem independentemente relacionadas, o que mais uma vez comprova existir distinção entre a atitude em relação a médicos e assistência médica.

Um dos propósitos da pesquisa ampla, de que a análise descrita por Apostle (5) é parte, foi determinar a extensão em que certas atitudes relacionadas à saúde, explicam variações nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Entre as seis dimensões selecionadas para estudo, está o conceito originalmente proposto por Suchman de "Ceticismo em relação a assistência médica", que é expresso num Índice de Ceticismo. Esse Índice foi prétestado e a análise conceitual dos ítens fez concluir que o mesmo contém duas dimensões independentemente relacionadas: ceticismo em relação à medicina e aos médicos.

Estas referências, embora não nos permitam transferir nada ao nosso estudo, nos alertam para a possibilidade de nosso conceito ser multidimensional, isto é, de serem seus quatro aspectos independentes entre si. Isto, entretanto, deverá ser testado, para que a evidência se comprove.

CONSTRUÇÃO DOS ÍTENS

Várias fontes de informação foram consultadas, tendo em vista a especificação do conteúdo em torno dos quais deveriam ser construidos os ítens. Foram revistos artigos que tratam da relação médico-paciente, consultada a clientela dos Centros de Saúde de vários níveis, administradores de saúde pública, médicos e outros profissionais interessados em Saúde Pública.

Foram escritas inicialmente cento e três afirmações com aproximadamente vinte e cinco em cada área de conteúdo, expressando graus diferentes de favorabilidade e desfavorabilidade. Após uma primeira revisão foram acrescentadas mais cento e dezessete, completando um total de duzentas e vinte afirmações. Na primeira área de conteúdo, atitude em relação aos médicos, as afirmações procuraram expressar opiniões positivas e negativas a respeito do comportamento do médico no desempenho de seu papel nos Centros de Saúde. Na elaboração destas afirmações foram considerados aspectos que Parsons (80 (81) considera como importantes sobre comportamento da terapeuta no exercício de seu papel. Segundo este autor, o médico deve procurar em primeiro lugar o bem estar do paciente, dando a ele toda atenção e apoio, permitindo a expressão dos problemas confidenciais e guardando segredo a respeito destas confidências. Foram considerados, também, princípios da relação médico-paciente apresentados por Beresovsky (9), tais como auto-determinação do paciente no seu tratamento, necessidade do mesmo saber o que há consigo e como deve procecer para conseguir a cura, tratamento individualizado a cada paciente e aceitação pelo médico da individualidade de cada paciente.

Alguns trabalhos, que analisam espectativas dos pacientes em relação aos médicos serviram de base não só para determinação do conteúdo das afirmações como também para formulação das mesmas. (5) (18) (105) (10) (123) (45) (110) (111) (58) (59) (3) (4)

Para a segunda área de conteúdo foram formuladas afirmações que expressassem opiniões relacionadas aos serviços básicos oferecidos pelos Centros de Saúde, conforme a legislação apresentada no capítulo II.

Tomando por base as funções do pessoal para-médico e auxiliar nos Centros de Saúde, apresentadas também pela legislação (Capítulo II), foram elaboradas as afirmações referentes à terceira área de conteúdo.

Com base em experiências pessoais e dois artigos (129) (134), que versam sobre o ambiente sócio-cultural do sub-sistema médico e de Saúde Pública, foram escritos ítens da quarta área de conteúdo.

As afirmações inicialmente elaboradas foram revistas e testadas por seis técnicos no assunto a partir dos critérios de Edwards (21). Numa primeira depuração foram retirados oito ítens, por estarem pouco claros ou ambíguos, e depois mais cinco pelo mesmo motivo., A redação de alguns ítens foi alterada por não estar de acordo com os critérios mencionados.

Depois da revisão restaram duzentas e sete afirmações, que foram agrupadas por área de conteúdo e impressas de forma a deixar um espaço à esquerda das mesmas, dividido em onze semi-espaços, para que neles fossem assinalado o valor escalar atribuido pelos juízes. As afirmações iniciais encontram-se no apêndice 3.

AVALIAÇÃO DAS AFIRMAÇÕES PELOS JUÍZES

Quatro grupos de juízes foram escolhidos variando quanto à caracterização profissional. Constituiram-se de educadores de saúde pública, enfermeiros, médicos e sociólogos com experiência anterior no setor saúde e preferentemente em Centros de Saúde. Assim, os juízes escolhidos, embora não pertencendo ao grupo de indivíduos a que vai ser aplicada a escala, são pessoas que tiveram experiência com o grupo que vai ser questionado. Como os indivíduos variam quanto à ocupação, esperava-se que tivessem atitudes diferentes em relação a Centros de Saúde. Os grupos variados foram escolhidos especificamente para que se pudesse validar a teoria dos intervalos equi-aparenciais em relação ao pressuposto de que as atitudes dos juízes não interferem no julgamento. Cada grupo constou de dez profissionais somando um total de quarenta juízes, total este bem menor do que o utilizado por Thurstone em seus trabalhos (113). Como se encontram na literatura avaliações válidas feitas com vinte e cinco juízes, julgou-se o número estabelecido satisfatório.

Cada juíz recebeu pessoalmente a solicitação de sua colaboração na classificação de afirmações em onze pontos de um contínuo.

Foi-lhe dado um envelope com o seguinte material: uma "folha de afirmações", onde foram anotados todos os ítens-afirmações; duzentas e sete fichas em cada uma das quais estavam registradas uma das afirmações; onze fichas numeradas de um a onze e uma folha datilografada com as instruções, especificando o mais claramente possível a tarefa de julgamento, conforme sugerem Rambo (88) e Granneberg (33). As instruções foram revistas por dois técnicos no assunto e testada com quatro pessoas leigas. O teste demonstrou a existência de falhas, tanto na abordagem inicial, como nas instruções propriamente ditas exigindo alteração na formulação inicial. As instruções, como foram finalmente apresentadas, encontram-se no apêndice 4.

O processo de avaliação sugerido nas instruções é um misto do apresentado por Thurstone (113) e Seashore (102).

O primeiro sugere a utilização de fichas, com números e afirmações, e o segundo de lista, onde deve ser transcrito o valor escalar atribuido.

DETERMINAÇÃO DOS VALORES ESCALARES

Devolvidas as avaliações por todos os juízes, foram determinados os valores escalares de cada afirmação para cada grupo profissional. Então um valor escalar S, valor mediano da distribuição de valores, foi obtido para cada afirmação e cada grupo de juízes. Feito isso procurou-se obter a evidência de que as atitudes não haviam interferido no trabalho dos juízes. Foi então calculado o coeficiente de correlação para demonstrar o grau de concordância entre os quatro conjuntos de juízes. Os resultados foram os seguintes: para educadores de saúde pública e enfermeiros 0,83; para educadores de saúde pública e médicos 0,94; para educadores de saúde pública e sociólogos 0,83; enfermeiros e médicos 0,84; enfermeiros e sociólogos 0,71; e médicos e sociólogos 0,83. Em vista destas correlações relativamente altas entre os grupos de juízes, os valores de todos os profissionais foram agrupados e um valor escalar geral foi obtido para cada afirmação. Os números obtidos encontram-se no Quadro 1. Esses cálculos, entretanto, foram feitos a partir dos valores atribuidos por todos os juízes, não considerando a qualidade dos julgamentos. Porém, como Thurstone recomenda que os juízes que situem mais de 25% (1/4) das afirmações numa categoria devem ser eliminados por serem considerados negligentes nos julgamentos, foi feito novo cálculo, levando em conta a qualidade dos julgamentos. Eliminando os juízes negligentes ou composições extremadas, conforme considera Hovland (44), restaram vinte e cinco. Com os valores atribuidos por eles foi calculada nova mediana (Tabelas 1, 2, 3 e 4, apêndice 5) para cada grupo profissional e, como obtivemos correlações mais altas

que na primeira vez entre os grupos, foi feito novo cálculo para as afirmações em geral (Tabela 5 - apêndice 6) cujos resultados se encontram no Quadro 4.

DETERMINAÇÃO DO ÍNDICE DE AMBIGUIDADE

Para se ter um indicador objetivo da precisão das afirmações foi calculado um desvio semi-quartil dos valores atribuidos pelos juízes a cada afirmação. Utilizou-se para isto também a fórmula seguida por Edwards (21).

Da mesma forma que ocorreu para o cálculo dos valores escalares, foram feitos dois cálculos, um com todos os juízes e outro com apenas vinte e cinco. Os valores obtidos também encontram-se no Quadro I.

OS RESULTADOS

Os valores escalares (mediana) atribuidos pelos juízes distribuiram-se ao longo do contínuo da seguinte maneira (Tabela 6):

TABELA 6: Distribuição dos valores escalares pelos pontos do contínuo (1 a 11)

juízes \ valor escalar	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10 e +		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
40	39	18,8	34	16,4	4	1,9	6	2,9	7	3,4	5	1,4	11	5,3	18	8,7	30	14,5	59	28,5	207
	19	9,2	41	19,8	15	7,2	7	3,4	10	4,8	5	2,4	18	8,7	21	10,1	26	12,6	41	19,8	207

Fonte: Pesquisa com os juízes - 1973

A maior porcentagem de afirmações distribuiu-se pelos extremos, mesmo quando se refez os cálculos. Entretanto, quando consideramos só os vinte e cinco juízes, a porcentagem de afirmações ocupando posições medianas dentro do contínuo aumentou. Estes resultados vêm comprovar as considerações de técnicos empenhados na construção de escalas que dizem da dificuldade em se redigir afirmações que preencham os valores neutros em tornou do ponto cinco.

Ambiguidade - mais da metade das afirmações apresentadas inicialmente teve seu índice de ambiguidade calculado em mais de 2,0, tanto quando se fez o cálculo com quarenta juízes, como com vinte e cinco, embora este tenha diminuido com a eliminação dos julgamentos imprecisos (Tabela 7).

TABELA 7: Distribuição das afirmações por índices de ambiguidade

juízes / ambiguidade	40		25	
	nº	%	nº	%
0 ⊣ 1	14	6,8	21	10,1
1 ⊣ 2	86	41,5	70	33,8
2 ⊣ 3	93	44,9	72	34,8
3 e +	14	6,8	44	21,2
TOTAL	207	100	207	100

Fonte: Pesquisa com juízes - 1973

Entretanto, as afirmações com maior ambiguidade ocupam os pontos medianos da distribuição dos valores escalares (Tabela 8), o que novamente comprova a dificuldade em se elaborar afirmações que representem os pontos neutros na distribuição.

TABELA 8: Distribuição dos índices de ambiguidade pelos valores escalares (vinte e cinco juízes).

valores escalares / ambiguidade	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10 e +		TOTAL
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
0 ⟷ 1	1	5,3	1	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	29,3	14
1 ⟷ 2	12	63,1	12	29,3	6	40,0	-	-	2	20	2	40	4	22,2	9	42,8	16	53,3	23	56,1	86
2 ⟷ 3	4	21,0	27	65,8	6	40,0	7	1,0	3	30	3	60	14	77,7	10	47,6	14	46,7	5	12,2	93
3 e mais	2	10,5	1	2,4	3	20,0	-	-	5	50	-	-	-	-	2	9,5	-	-	1	2,4	14
TOTAL	10	100	41	100	15	100	7	1,0	10	100	5	100	18	100	21	100	30	100	41	100	207

FONTE: Pesquisa com juízes - 1973

Áreas de Conteúdo - tomando por base somente os vinte e cinco julgamentos mais precisos, podemos observar que estes foram feitos observando uma certa valorização dos diferentes aspectos da atitude considerada (Tabela 9).

TABELA 9: Distribuição dos valores escalares, por área do conteúdo.

VALOR ESCALAR / ÁREA DE CONT.	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10 e +	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
REL.MED.xPAC.	5	26,3	12	29,3	2	13,3	-	-	4	40,0	1	20,0	6	33,3	9	42,9	10	33,3	5	12,2
EFIC.SERV.OFER.	13	68,4	5	12,2	1	6,7	2	28,6	-	-	1	20,0	6	33,3	2	9,5	4	13,3	20	48,8
REL.FUNC.x PAC.	1	5,3	15	36,6	6	40,0	1	14,3	3	30,0	1	20,0	3	16,7	4	19,0	8	26,7	6	14,6
AMBIENTE	-	-	9	21,9	6	40,0	4	57,1	3	30,0	2	40,0	3	16,7	6	28,6	8	26,7	10	24,4
TOTAL	19	100	41	100	15	100	7	100	10	100	5	100	18	100	21	100	30	100	41	100

FONTE: Pesquisa com juízes - 1973

O aspecto mais importante considerado foram os serviços oferecidos pelos Centros de Saúde. O tratamento humano oferecido, tanto pelo médico como pelos funcionários, foi outro aspecto considerado a seguir, sendo que o relacionamento médico-paciente aparece como pouco mais importante que o relacionamento funcionário-paciente. A dimensão ambiente distribuiu-se por quase todos os pontos do contínuo ou por conter vários aspectos relacionados às dimensões anteriores ou pela diversidade de conteúdo expresso pelas afirmações a ela relacionadas. Conforme o aspecto a que serve de cenário, é-lhe atribuido um valor.

A alguns itens-afirmações foram atribuidos o mesmo valor escalar e a alguns destes ainda o mesmo grau de ambiguidade. Analisando as afirmações com o mesmo valor escalar e mesma ambiguidade, pode-se observar que, muitas vêzes, embora completamente diferente na forma, têm um mesmo sentido para a clientela. São elas as afirmações 62 e 63 que expressam grande confiança nos serviços médicos oferecidos pelo Centro de Saúde; 144 e 145, que expressam dedicação altruística do médicos aos pacientes;

90 e 126, que expressam desatenção do médico; 86 e 87, que expressam desatenção dos funcionários do Centro de Saúde em relação aos clientes; 28 e 116, que expressam medo diante da precariedade do serviço médico oferecido; 57, 45,70, 58, que expressam desconfiança em relação à eficiência do tratamento médico medicamentoso oferecido pelo Centro de Saúde. O mesmo não foi observado em relação às afirmações com o mesmo valor escalar, porém com ambiguidade diferente.

O fato das afirmações terem se concentrado em torno de alguns pontos do contínuo de atitude e terem ocupado o mesmo ponto do contínuo mencionado leva a aumentar a suspeita de que o conceito seja multi-dimensional e que seus vários aspectos representem valores diferentes para a população que procura os Centros de Saúde.

SELEÇÃO DAS AFIRMAÇÕES DEFINITIVAS

As afirmações definitivas foram selecionadas a partir de três critérios: área de conteúdo, valor escalar e índice de ambiguidade. Consideraram-se os valores escalares e os índices de ambiguidade calculados a partir dos julgamentos dos vinte e cinco juízes, que parece ter realizado seus julgamentos indiferentemente de suas atitudes e de acordo com as instruções propostas, isto é, aqueles que localizaram menos de 25% (1/4) das afirmações em cada ponto do contínuo. Assim fizemos para seguir o método como é proposto e observar seu pressuposto básico, que diz que os juízes julgam independentemente de suas atitudes.

Inicialmente as afirmações foram ordenadas por valor escalar de um a onze e por índice de ambiguidade, que variou de um a quatro (Quadro 4). Estabelecido, que o número desejado de ítens seria cincoenta a cincoenta e cinco, representando cada intervalo da escala e doze a dezessete cada área de conteúdo, iniciamos a primeira seleção. Foram escolhidos os ítens de menor ambiguidade dentre os que representavam o menor valor.

Não foram considerados somente onze pontos do contínuo, mas também os pontos intermediários com uma casa decimal. A partir deste critério foram selecionadas oitenta afirmações (Quadro 5). Como a relativamente poucas afirmações foram atribuidos valores neiutos em torno do ponto cinco esses intervalos foram menos representados que os valores extremos. O mesmo aconteceu em relação às áreas de conteúdo, cujos valores se concentraram em diferentes pontos do contínuo, não permitindo uma distribuição uniforme das afirmações representantes dos diferentes intervalos.

Nova depuração foi feita a partir dos desvios semi-quartil, isto é, do índice de ambiguidade. Novamente escolheu-se aquelas cinco afirmações de menor desvio semi-quartil. A seguir fizeram-se algumas alterações, tendo em vista as áreas de conteúdo. Eliminaram-se as afirmações que representavam conteúdo semelhante, escolhendo-se aquelas menos ambíguas. Afinal, ficaram dezenove afirmações representando a primeira área de conteúdo, treze representando a segunda, quinze representando a terceira e dez representando a quarta. Novo arranjo foi feito eliminando algumas afirmações da primeira área de conteúdo em favor da quarta área. Ficaram então cinquenta e sete afirmações, representando os diferentes pontos do contínuo e as quatro áreas de conteúdo. Os índices de ambiguidade na escala final variaram de 0,625 a 2,648, o que é aceitável, comparado com as escalas desenvolvidas por Kock et al (1934), Miller (1934), Ellickson (1934), Thurstone (1930), citados por Shaw e Right (103) que consideraram afirmações com índice de ambiguidade até três e quatro, sendo estas referentes aos valores neutros em torno de cinco.

As afirmações definitivas estão no quadro 6.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de uma escala para medir "Atitude em relação a Centros de Saúde", utilizando o método Thurstone dos intervalos equi-aparenciais foi descrita e a escala apresentada. Vários problemas e limitações da escala são motivos de discussão.

Ambiguidade

Viu-se que mais de 50% das afirmações por nós inicialmente propostas tiveram um índice de ambiguidade superior a dois o que em realidade é algo que leva a pensar. Acredita-se que existam vários motivos que expliquem esta ocorrência. O primeiro deles é a inexperiência do autor em construir afirmações, que sirvam de estímulo para uma resposta atitudinal, principalmente aquelas que devam expressar neutralidade. Outro motivo seria o próprio conceito de Centro de Saúde que embora definido por nós em bases legais, não é em realidade bem definido para os juízes que os conhecem sob aspectos diferentes. O próprio conceito varia de lugar para lugar e no decorrer do tempo, como já foi mostrado. O fato de serter obtido índices altos de ambiguidade se torna mais grave, se pensar-se que os juízes que atribuiram valores são uma amostra selecionada e relativamente homogênea da população, isto é, profissionais de saúde, de nível universitário, que se presume têm saúde, como um valor, senão máximo, maior do que o da população em geral. Se os juízes fossem a população em geral, acredita-se, que os índices de ambiguidade se elevariam. Para minimizar o problema acredita-se que teria sido necessário extrair da população a ser mensurada o seu conceito de Centro de Saúde e também as afirmações que pudessem representar esse conceito e os julgamentos serem feitos por representantes da mesma população. Se com pessoas de nível universitário foi difícil obter julgamentos objetivos, com a população em geral, principalmente a de nível sócio-econômico baixo que mais frequenta ou mais deveria frequentar os Centros de Saúde, seria quase que impossível obter julgamentos que pudessem ser utilizados na determinação dos valores escalares.

Áreas de conteúdo ou dimensões

Sem que se tivesse tratado os ítens como pertencentes a diferentes dimensões de um mesmo conceito, estes foram ordenados de acordo com a dimensão e não pelo seu valor em si mesmo.

Este fato veio aumentar a suspeita de que este conceito seja multidimensional. Um pré-teste com a população, seguido de análise fatorial, ajudaria a esclarecer ao problema. Se o conceito fosse comprovadamente multidimensional, cada dimensão deveria ser tratada como uma escala à parte. As afirmações pertencentes a cada dimensão dconsiderada deveriam ser ordenadas separadamente.

Influencias da atitude dos juízes na habilidade em localizar as afirmações no contínuo de favorabilidade e desfavorabilidade.

No decorrer do trabalho foi possível testar as considerações teóricas sobre as influências das atitudes dos juízes em seus julgamentos e seus resultados comprovaram a viabilidade dos pressupostos de Thurstone. Assim, em saúde pública, como em outros assuntos, as bases teóricas para o método tem se confirmado.

Sugestões para continuidade do trabalho

Mencionou-se inicialmente que esta escala seria uma primeira aproximação do problema e não levaria a uma seleção real das afirmações definitivas. O instrumento construido é considerado válido por que o foi de acordo com um método de eficácia comprovada. Não se chegou a testar a validade e mui-

to menos a fidedignidade por que dependem de um pré-teste no mundo empírico, com a população a que a escala se destina.

O chamado critério de irrelevância de Thurstone também não foi utilizado na seleção de afirmações por depender também do pré-teste, com a população.

Para se fazer um pré-teste seria necessário elaborar um formulário do qual constassem as afirmações selecionadas e alguns dados sobre educação, renda e ocupação necessários para o computo do índice do nível sócio-econômico. Obtidos os dados, deveria ser calculado o índice de impertinência e depois eliminadas as declarações não pertinentes.

A validade da escala deveria ser testada através da utilização de um critério externo, o nível socio-econômico. Para este cálculo deveria ser utilizado o coeficiente de Pearson corrigido. Outro método para calcular a validade poderia ser análise fatorial, que permitiria dizer alguma coisa a respeito da existência de várias dimensões no conceito.

A fidedignidade inicialmente deverá ser calculada pelo método das formas alternadas, para o qual devemos subdividir os ítens para podermos ter duas escalas independentes. Este coeficiente dará uma idéia geral da fidedignidade, que será comprovada através do coeficiente alfa, que dará uma idéia da consistência interna do instrumento.

QUADRO 4

AFIRMAÇÕES DA ESCALA PARA MEDIR ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTROS DE SAÚDE, POR ORDEM DE VALOR ESCALAR E DESVIO SEMI-QUARTIL (VINTE E CINCO JUÍZES)

(1) quarenta juízes
(2) vinte e cinco

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
34	É excelente o serviço médico oferecido pelos Centros de Saúde.	(1) 1,14 (2) 1,13	0,65 0,93
169	Nos Centros de Saúde obtem-se uma ótima assistência médica.	(1) 1,19 (2) 1,19	0,85 1,02
44	Controle pré-natal só é bem feito em Centro de Saúde.	(1) 1,22 (2) 1,25	1,39 1,86
62	O melhor atendimento para crianças é o que o Centro de Saúde dá.	(1) 1,31 (2) 1,29	1,25 1,30
33	Eu atenderei prontamente a indicação de uma operação cirúrgica se ela for feita por médico de Centro de Saúde.	(1) 1,28 (2) 1,29	1,32 1,30
171	Os médicos que trabalham em Centro de Saúde conhecem profundamente seu trabalho.	(1) 1,37 (2) 1,39	1,81 1,50
149	Ajudar o povo é o ideal do médico do Centro de Saúde.	(1) 1,40 (2) 1,39	2,29 3,30
39	Os médicos de Centro de Saúde examinam cuidadosamente todos os clientes.	(1) 1,57 (2) 1,46	1,11 1,23
31	É muito importante para o Centro de Saúde atender bem todos os doentes.	(1) 1,39 (2) 1,62	1,29 1,31
198	Os funcionários de Centro de Saúde fazem de tudo para melhorar a saúde da população.	(1) 1,40 (2) 1,62	1,54 2,39
172	No caso de doença grave, os médicos de Centro de Saúde são os que mais podem ajudar o doente e a família.	(1) 1,83 (2) 1,70	3,11 3,35
68	Só vacina dada em Centro de Saúde é que faz efeito.	(1) 1,50 (2) 1,75	1,75 2,01
146	Os médicos de Centro de Saúde ajudam os pacientes a cuidar de sua saúde.	(1) 1,45 (2) 1,80	1,89 2,12
51	Médico de Centro de Saúde sempre descobre o que o paciente tem.	(1) 1,45 (2) 1,81	1,52 2,06
170	É muito difícil o médico de Centro de Saúde errar diagnóstico.	(1) 1,72 (2) 1,85	1,87 1,75
71	São muito bem aplicadas as vacinas nos Centros de Saúde.	(1) 1,27 (2) 1,88	1,78 1,90
145	Os médicos de Centro de Saúde procuram compreender cada pessoa que os procura.	(1) 1,83 (2) 1,88	1,62 1,55
144	Os médicos do Centro de Saúde se esforçam em interessar as mães na saúde dos filhos.	(1) 1,50 (2) 1,88	2,40 1,55

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
73	Exames de sangue são muito bem feitos nos Centros de Saúde.	(1) 1,64 (2) 1,91	1,30 1,19
177	O doente é muito valioso para os funcionários do Centro de Saúde.	(1) 1,59 (2) 2,00	2,14 2,09
117	Em geral o Centro de Saúde é um lugar ótimo para os que querem proteger sua saúde.	(1) 1,37 (2) 2,00	1,85 2,22
22	Tudo o que contamos aos médicos de Centro de Saúde é ouvido com atenção.	(1) 1,63 (2) 2,00	2,22 2,31
100	As pessoas podem confiar na limpeza e higiene do Centro de Saúde.	(1) 2,25 (2) 2,00	2,41 2,60
175	Os funcionários de Centro de Saúde tratam o paciente da melhor maneira possível.	(1) 1,61 (2) 2,08	1,76 1,93
195	Os funcionários de Centro de Saúde trabalham pelo ideal de ajudar as pessoas.	(1) 1,94 (2) 2,08	2,37 3,45
7	Os médicos de Centro de Saúde tratam bem tanto o rico como o pobre.	(1) 1,68 (2) 2,11	1,62 0,93
148	Os médicos de Centro de Saúde são muito gentis com os clientes.	(1) 1,75 (2) 2,12	2,17 2,62
147	Os médicos de Centro de Saúde, se preocupam em atender bem os pacientes.	(1) 1,50 (2) 2,12	1,50 1,99
104	Os Centros de Saúde são modelos de higiene e limpeza.	(1) 1,45 (2) 2,13	2,19 2,62
55	O serviço de Centro de Saúde é tão bom quanto serviço médico particular.	(1) 1,85 (2) 2,14	1,93 1,96
61	As pessoas podem seguir sem medo os conselhos dos médicos de Centro de Saúde.	(1) 1,71 (2) 2,15	1,34 1,26
83	Os funcionários de Centro de Saúde são muito atenciosos com os clientes.	(1) 1,50 (2) 2,19	1,90 2,04
84	Os funcionários de Centro de Saúde se esforçam para atender bem a população.	(1) 1,83 (2) 2,31	1,70 1,91
13	Os médicos de Centro de Saúde costumam ser dedicados a seus pacientes.	(1) 2,21 (2) 2,32	1,50 1,25
181	Quanto mais se conhece os funcionários de Centro de Saúde mais se gosta deles.	(1) 1,89 (2) 2,33	2,70 2,63
8	Nos Centros de Saúde não se vê grosseria e mal trato para com os pacientes.	(1) 2,19 (2) 2,36	2,29 2,14
199	O trabalho dos funcionários de Centro de Saúde é essencial para manter a saúde das crianças.	(1) 1,94 (2) 2,37	2,26 2,84
20	Os médicos de Centro de Saúde gostam de explicar detalhadamente o que o paciente tem.	(1) 2,08 (2) 2,40	2,40 2,17
37	Quando necessário, os médicos de Centro de Saúde gastam muito tempo examinando os pacientes.	(1) 2,17 (2) 2,40	2,04 2,84
165	A pessoa que frequenta os Centros de Saúde é mais saudável que a população que não frequenta.	(1) 2,10 (2) 2,40	2,89 2,36

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
168	A assistência médica oferecida pelos Centros de Saúde é necessária para a população.	(1) 1,64 (2) 2,41	2,56 2,69
77	Os funcionários de Centro de Saúde tratam as pessoas com muita delicadeza.	(1) 1,66 (2) 2,42	2,47 2,29
178	Os funcionários de Centro de Saúde, são tão bons que muitas pessoas vão ao Centro de Saúde por causa deles.	(1) 2,70 (2) 2,42	3,87 2,65
109	Nos Centros de Saúde as pessoas doentes se sentem protegidas.	(1) 2,26 (2) 2,45	1,63 1,49
21	As pessoas que procuram o médico de Centro de Saúde geralmente são atendidas imediatamente.	(1) 2,39 (2) 2,46	2,27 1,38
102	Tanto os ricos como os pobres são bem tratados nos Centros de Saúde.	(1) 1,99 (2) 2,50	2,79 2,61
179	Os funcionários do Centro de Saúde colaboram bastante para o bem estar dos pacientes.	(1) 2,16 (2) 2,58	1,41 1,82
143	Os médicos de Centro de Saúde atendem com muita paciência.	(1) 1,92 (2) 2,58	1,32 2,14
162	Os médicos de Centro de Saúde são conhecidos pela gentileza com que tratam a população.	(1) 2,12 (2) 2,58	2,11 2,20
207	Os funcionários de Centro de Saúde oferecem muito carinho para as pessoas que os procuram.	(1) 2,31 (2) 2,58	2,50 2,35
113	Tanto os pobres como os ricos são ajudados no Centro de Saúde.	(1) 2,33 (2) 2,63	2,83 2,41
106	Nos Centros de Saúde encontra-se tudo que se precisa.	(1) 2,10 (2) 2,65	3,40 2,72
2	As consultas no Centro de Saúde, demoram o tempo necessário ao atendimento do paciente.	(1) 2,32 (2) 2,67	2,84 2,82
119	Nos Centros de Saúde as pessoas são bem tratadas e confortadas.	(1) 2,00 (2) 2,69	1,97 1,91
184	Os funcionários de Centro de Saúde sempre nos dão as informações que pedimos.	(1) 2,27 (2) 2,80	2,48 2,59
88	Os funcionários de Centro de Saúde são interessados nos problemas dos clientes.	(1) 2,57 (2) 2,85	2,07 1,66
9	Apesar de ter que se esperar muito, a consulta médica em Centro de Saúde vale a pena.	(1) 2,57 (2) 2,88	3,00 2,16
196	Os funcionários de Centro de Saúde procuram beneficiar as pessoas.	(1) 2,70 (2) 2,91	1,57 2,08
197	Os funcionários de Centro de Saúde procuram beneficiar todas as pessoas que os procuram.	(1) 2,13 (2) 2,91	2,08 2,08
107	Os Centros de Saúde estão melhorando dia a dia.	(1) 2,66 (2) 2,95	2,77 1,94
188	Sempre que se tem problemas pode-se confiar nos funcionários de Centro de Saúde.	(1) 2,55 (2) 3,00	2,18 1,90
98	Os prédios onde estão os Centros de Saúde, são modernos e agradáveis.	(1) 2,50 (2) 3,13	2,50 2,38

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
200	Os funcionários de Centro de Saúde, são muito pacientes com as pessoas.	(1) 2,76 (2) 3,15	3,02 1,89
201	Os funcionários de Centro de Saúde em geral costumam tratar muito bem as pessoas.	(1) 2,80 (2) 3,22	2,03 1,44
32	Em geral os médicos de Centro de Saúde são muito simpáticos.	(1) 2,96 (2) 3,22	2,40 1,51
124	Nas vilas os Centros de Saúde são uma necessidade.	(1) 3,00 (2) 3,23	3,15 2,82
92	No Centro de Saúde a gente se sente como se estivesse em casa.	(1) 2,25 (2) 3,25	3,57 3,24
120	Nos Centros de Saúde existe um espírito de ajuda.	(1) 2,86 (2) 3,31	2,50 1,91
99	Limpeza é uma coisa que sempre se encontra nos Centros de Saúde.	(1) 2,10 (2) 3,33	2,68 2,68
112	Os prédios de Centros de Saúde são agradáveis e repousantes.	(1) 2,72 (2) 3,36	2,66 2,30
82	Os funcionários de Centro de Saúde costumam saber o nome de todos os matriculados.	(1) 2,85 (2) 3,50	2,99 3,27
194	Os funcionários de Centro de Saúde são os mais atenciosos que já vi.	(1) 1,50 (2) 3,58	2,90 2,51
166	Os Centros de Saúde prestam assistência médica a grande número de pessoas.	(1) 2,39 (2) 3,63	3,35 3,22
176	O tratamento que os funcionários de Centro de Saúde oferecem é muito melhor do que se imagina.	(1) 2,93 (2) 3,74	2,47 1,66
161	Os médicos de Centro de Saúde costumam ser enérgicos com os pacientes pensando no seu bem estar.	(1) 3,16 (2) 3,91	2,57 2,65
180	Os funcionários de Centro de Saúde deveriam ser apreciados por mais gente.	(1) 3,17 (2) 4,12	3,33 2,85
56	Mesmo que a gente não saia ourado do Centro de Saúde sai-se de lá sentindo melhor.	(1) 3,12 (2) 4,14	2,77 2,17
53	É preferível procurar o Centro de Saúde do que o INPS.	(1) 4,00 (2) 4,25	2,62 2,38
114	O Centro de Saúde é o melhor lugar para as crianças pobres doentes.	(1) 4,70 (2) 4,39	3,51 2,58
130	Os Centros de Saúde estão melhorando sua aparência.	(1) 4,35 (2) 4,43	2,90 2,11
138	Nos Centros de Saúde conhece-se pessoas e faz-se amizades.	(1) 4,40 (2) 4,50	3,52 2,40
122	Os Centros de Saúde são mais agradáveis que o INPS.	(1) 4,42 (2) 4,66	2,95 2,07
185	Se as pessoas forem gentis com os funcionários de Centro de Saúde eles também serão.	(1) 4,88 (2) 5,21	2,58 1,78
187	Os funcionários de Centro de Saúde tratam tão bem os clientes que até aborrecem.	(1) 5,80 (2) 5,29	5,46 2,64

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
137	Centro de Saúde é um lugar bom para encontrar as amigas.	(1) 5,43 (2) 5,31	4,14 3,17
23	Nem sempre o médico de Centro de Saúde pode ouvir nossos problemas.	(1) 5,59 (2) 5,55	2,98 2,76
11	Não se pode esperar que qualquer médico, especialmente de Centro de Saúde, seja perfeito.	(1) 5,31 (2) 5,55	3,66 3,20
108	Os Centros de Saúde resolvem os problemas de saúde das pessoas pobres.	(1) 5,95 (2) 5,62	3,18 2,35
12	Com muitos pacientes para atender, os médicos de Centro de Saúde não podem se lembrar de todos.	(1) 5,20 (2) 5,66	3,24 3,02
18	O cliente que desobedece ordem do médico de Centro de Saúde é sempre chamado à atenção.	(1) 6,09 (2) 5,82	4,84 3,65
110	O Centro de Saúde é o lugar certo para os pobres tratarem suas doenças.	(1) 6,31 (2) 5,87	4,69 3,35
202	Os funcionários de Centro de Saúde não são tão bons para as pessoas, mas também não podemos dizer que sejam maus.	(1) 5,95 (2) 5,87	2,19 1,89
174	Médico que trabalha em Centro de Saúde não tem ambição.	(1) 6,71 (2) 6,41	3,18 1,74
19	A população se queixa de dificuldade em conseguir uma consulta nos Centros de Saúde.	(1) 7,00 (2) 6,60	3,08 2,08
123	Não há necessidade de Centro de Saúde em todo lugar.	(1) 7,62 (2) 6,70	3,41 2,62
80	Mesmo que a gente vá ao Centro de Saúde todos os dias, os funcionários não aprendem nosso nome.	(1) 7,39 (2) 6,73	4,49 1,89
121	Os Centros de Saúde foram feitos para os pobres.	(1) 7,83 (2) 6,73	3,85 2,44
150	É difícil conseguir um sorriso do médico de Centro de Saúde.	(1) 7,37 (2) 7,00	3,11 2,01
10	É difícil conseguir uma consulta médica em Centro de Saúde na hora que se precisa.	(1) 7,33 (2) 7,11	2,00 1,73
151	Médico de Centro de Saúde costuma falar muito pouco com os clientes.	(1) 7,50 (2) 7,20	3,16 2,50
134	Aos Centros de Saúde só vão pessoas doentes.	(1) 8,70 (2) 7,23	3,69 2,93
163	Não se pode nem pensar em conversar problemas particulares com médicos do Centro de Saúde.	(1) 8,25 (2) 7,31	2,93 2,19
186	Os funcionários de Centro de Saúde aborrecem as pessoas com seus conselhos.	(1) 8,00 (2) 7,34	3,21 2,20
167	Eu acho que obterei uma melhor assistência de um médico que estou pagando, que um médico de Centro de Saúde.	(1) 7,99 (2) 7,42	3,15 2,53
48	Médico de Centro de Saúde só receita remédios caros.	(1) 8,50 (2) 7,58	3,55 2,83

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
74	As vezes os resultados de exame de urina feito em Centro de Saúde não são certos.	(1) 8,30 (2) 7,60	3,41 2,83
59	Os médicos de Centro de Saúde são menos atenciosos que os médicos particulares.	(1) 8,75 (2) 7,63	3,16 2,93
164	A qualidade da assistência médica oferecida pelos médicos particulares é superior a oferecida pelos Centros de Saúde.	(1) 7,84 (2) 7,66	2,94 2,33
14	Os médicos de Centro de Saúde não tem tempo de ouvir os problemas de seus pacientes.	(1) 7,95 (2) 7,74	2,46 1,53
78	Os funcionários do Centro de Saúde não gostam de dar informações às pessoas.	(1) 8,38 (2) 7,81	2,85 1,91
126	Os Centros de Saúde só satisfazem os pobres com seus serviços.	(1) 8,27 (2) 7,83	2,74 2,46
183	Os funcionários de Centro de Saúde demoram muito para atender as pessoas.	(1) 8,75 (2) 7,87	3,23 2,30
75	Conforme o Centro de Saúde, não se pode confiar no resultado do exame feito.	(1) 8,74 (2) 7,88	3,67 2,37
129	Os Centros de Saúde são velhos e feios.	(1) 8,71 (2) 7,91	3,03 1,90
141	As consultas nos Centros de Saúde são sempre atrapalhadas pela entrada e saída de funcionários nos consultórios médicos.	(1) 9,00 (2) 7,99	2,85 2,11
50	Médico de Centro de Saúde as vezes descobre o que o paciente tem.	(1) 8,33 (2) 8,00	3,08 2,56
103	Centro de Saúde é lugar de gente pobre.	(1) 8,84 (2) 8,00	3,26 2,83
4	Os médicos gastam muito menos tempo nas consultas feitas nos Centros de Saúde, do que nos seus consultórios particulares.	(1) 7,92 (2) 8,04	2,30 1,19
125	Enquanto não tiver outra coisa melhor o Centro de Saúde serve para cuidar da saúde das pessoas.	(1) 8,07 (2) 8,13	3,44 3,08
27	Médico de Centro de Saúde não dá muitas explicações ao paciente sobre sua doença.	(1) 8,28 (2) 8,19	3,70 1,91
96	Os prédios onde estão os Centros de Saúde dão má impressão.	(1) 9,50 (2) 8,20	2,90 2,83
15	Os médicos de Centro de Saúde não gostam de ouvir os problemas de seus pacientes.	(1) 8,77 (2) 8,34	1,96 1,95
29	O exame das crianças em Centro de Saúde, é feito às pressas.	(1) 9,24 (2) 8,39	0,55 1,95
191	Seria muito melhor se os funcionários dos Centros de Saúde não tratassem tão mal os pacientes.	(1) 9,08 (2) 8,41	3,07 2,45
5	Os médicos de Centro de Saúde poderiam ser menos grosseiros do que são.	(1) 9,64 (2) 8,49	3,03 2,78
66	Pré-natal em Centro de Saúde nem ajuda, nem atrapalha.	(1) 9,72 (2) 8,50	3,42 3,53

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
203	Os funcionários de Centro de Saúde fazem bem suas tarefas muito poucas vezes.	(1) 8,77 (2) 8,58	2,37 1,80
95	Da sala de espera dos Centros de Saúde vê-se o que se passa nos consultórios.	(1) 9,83 (2) 8,63	2,94 2,37
189	A maioria das pessoas que frequenta os Centros de Saúde não gosta de seus funcionários.	(1) 9,22 (2) 8,65	2,02 1,77
17	Nas consultas médicas em Centro de Saúde, mal se tem tempo de dizer o que se está sentindo.	(1) 9,50 (2) 8,67	2,40 2,64
90	Os funcionários de Centro de Saúde são desatenciosos.	(1) 9,27 (2) 8,69	2,60 1,64
26	Médico de Centro de Saúde não se interessa em explicar claramente qual o tratamento que o paciente deve seguir.	(1) 8,87 (2) 8,69	3,46 1,64
16	Nas consultas médicas em Centro de Saúde não dá nem para contar o que estamos sentindo.	(1) 9,33 (2) 8,81	3,17 2,12
160	Os médicos de Centro de Saúde desde que chegam até a hora de sair olham mil vezes o relógio.	(1) 9,59 (2) 8,83	2,33 1,97
93	Vê-se tudo que se passa nas salas de exame do Centro de Saúde.	(1) 9,83 (2) 8,82	2,66 2,19
94	De uma sala de exame de Centro de Saúde ouve-se o que acontece nas outras.	(1) 9,62 (2) 8,40	3,06 2,50
155	Médico de Centro de Saúde, raramente compreende as pessoas pobres.	(1) 9,00 (2) 9,65	2,09 2,21
152	Ao atender o primeiro paciente o médico de Centro de Saúde já se mostra cansado.	(1) 9,75 (2) 9,00	2,61 2,68
142	Nos Centros de Saúde tudo que se precisa está quebrado.	(1) 9,60 (2) 9,10	2,27 1,66
153	A maioria das pessoas não gosta dos médicos de Centro de Saúde.	(1) 9,63 (2) 9,12	1,84 1,71
105	O Centro de Saúde só serve para as pessoas que não têm outra assistência.	(1) 9,68 (2) 9,13	2,29 2,54
157	Os médicos de Centro de Saúde não explicam aos pacientes como cuidar de sua saúde.	(1) 9,34 (2) 9,18	2,15 2,85
132	Certos Centros de Saúde tem um aspecto deprimente.	(1) 10,62 (2) 9,29	2,23 2,05
204	Os funcionários de Centro de Saúde não ajudam ninguém.	(1) 9,86 (2) 9,31	1,98 1,64
38	A maioria da clientela do Centro de Saúde sai com dúvidas se tomará ou não os remédios indicados.	(1) 9,50 (2) 9,33	2,50 2,46
115	O dinheiro que o governo gasta com Centros de Saúde seria mais bem empregado em escolas.	(1) 10,00 (2) 9,41	1,15 2,27
131	Centro de Saúde é um lugar onde se vai para ver miséria.	(1) 9,95 (2) 9,42	1,91 1,84
6	Os médicos de Centro de Saúde só atendem com delicadeza seus clientes particulares.	(1) 9,87 (2) 9,42	2,53 2,14

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
3	O paciente não demora no consultório do Centro de Saúde mais do que o tempo necessário para entrar e sair.	(1) 10,04 (2) 9,51	2,03 2,56
159	Os médicos de Centro de Saúde não fazem nada para corrigir hábitos de saúde dos pacientes.	(1) 9,79 (2) 9,59	1,77 1,53
182	Os funcionários de Centro de Saúde atendem mal os clientes.	(1) 10,50 (2) 9,60	1,80 1,85
81	Sempre que se pede uma informação a um funcionário de Centro de Saúde recebe-se uma grosseria.	(1) 10,61 (2) 9,66	1,73 1,86
97	Sujeira é o que não falta em Centro de Saúde.	(1) 10,50 (2) 9,71	1,70 1,63
206	Somente quem precisa muito pode gostar dos funcionários de Centro de Saúde.	(1) 10,27 (2) 9,75	1,94 2,16
85	Os funcionários de Centro de Saúde não querem saber de trabalhar.	(1) 10,28 (2) 9,77	1,34 1,43
41	Médico de Centro de Saúde mal olha as crianças que se apresentam para exame.	(1) 10,63 (2) 9,80	1,76 2,25
1	Os médicos de Centro de Saúde não dão atenção aos pacientes.	(1) 10,20 (2) 9,81	2,01 1,85
49	Médico de Centro de Saúde raramente descobre o que o doente tem.	(1) 10,14 (2) 9,82	1,58 1,74
35	Médico que trabalha em Centro de Saúde não está atualizado com o progresso da Medicina.	(1) 10,17 (2) 9,85	1,87 1,89
87	Funcionários de Centro de Saúde só sabem gritar com os clientes.	(1) 10,52 (2) 9,60	1,35 1,47
86	Os funcionários de Centro de Saúde só sabem conversar e tomar cafezinho.	(1) 10,52 (2) 9,90	1,35 1,47
54	Quem não tem direito a outro serviço médico tem que aguentar o Centro de Saúde.	(1) 10,55 (2) 9,94	1,52 2,30
192	Tentar conseguir alguma informação de funcionários de Centro de Saúde é uma perda de tempo.	(1) 10,34 (2) 9,95	1,36 2,60
42	Médico de Centro de Saúde mal olha a gestante que comparece para exame.	(1) 10,41 (2) 9,89	1,47 1,79
154	O médico de Centro de Saúde raramente faz alguma coisa para beneficiar a saúde do povo.	(1) 10,33 (2) 9,00	1,44 1,56
118	Os Centros de Saúde são tão mal feitos que as pessoas os detestam.	(1) 10,55 (2) 9,92	1,89 2,11
79	Os clientes nos Centros de Saúde são jogados de um lado para outro.	(1) 10,55 (2) 10,00	1,36 1,65
52	Em caso de doença grave nunca se deve procurar Centro de Saúde.	(1) 9,75 (2) 10,00	5,76 3,18
60	Deve-se desconfiar sempre dos médicos de Centro de Saúde.	(1) 10,61 (2) 10,14	1,36 1,11
46	Não adianta levar criança doente a Centro de Saúde.	(1) 10,32 (2) 10,14	1,61 1,72

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
24	Não se deve confiar problemas a médicos de Centro de Saúde.	(1) 10,57 (2) 10,17	1,32 1,09
36	Trabalham em Centro de Saúde os médicos que não conseguiram vencer na vida de outra maneira.	(1) 10,57 (2) 10,18	1,45 2,72
69	As agulhas usadas para vacinar em Centro de Saúde não são bem fervidas.	(1) 10,59 (2) 10,19	1,29 1,41
116	Os Centros de Saúde dão às pessoas uma sensação de desconforto e medo.	(1) 10,50 (2) 10,29	1,33 1,58
28	As crianças são examinadas sem nenhum cuidado, por médico de Centro de Saúde.	(1) 10,67 (2) 10,29	1,33 1,58
140	Nos Centros de Saúde as pessoas só vão para se aborrecer.	(1) 10,63 (2) 10,33	1,73 2,00
76	Os exames de sangue, fezes e urina são feitos no Centro de Saúde de qualquer jeito.	(1) 10,57 (2) 10,75	1,17 1,20
128	Os Centros de Saúde não tem nada para dar.	(1) 10,52 (2) 10,35	1,43 1,35
158	Os médicos de Centro de Saúde frequentemente demonstram sua incompetência.	(1) 10,61 (2) 10,40	1,42 1,09
135	A gente pode pegar doença indo ao Centro de Saúde.	(1) 10,63 (2) 10,50	1,15 1,25
101	Nos Centros de Saúde os pobres são maltratados e os ricos privilegiados.	(1) 10,72 (2) 10,50	1,31 1,77
89	Os funcionários de Centro de Saúde dão conselhos errados a gente.	(1) 10,77 (2) 10,50	1,21 1,82
91	Para os funcionários de Centro de Saúde, os clientes que se danem.	(1) 10,75 (2) 10,54	1,00 1,34
72	Não se deve confiar em resultados de exame de fezes feito em Centro de Saúde.	(1) 10,63 (2) 10,54	1,26 1,47
139	Centro de Saúde é lugar para ir quem não tem o que fazer.	(1) 10,57 (2) 10,58	1,99 2,16
43	Médico de Centro de Saúde trata mal as gestantes que querem fazer pré-natal.	(1) 10,75 (2) 10,59	0,98 1,15
67	No Centro de Saúde as gestantes são usadas para experiências.	(1) 10,68 (2) 10,65	2,00 2,76
205	As pessoas não vão aos Centros de Saúde porque seus funcionários tratam muito mal.	(1) 10,73 (2) 10,53	1,18 1,76
25	Tudo que se conta ao médico de Centro de Saúde, em pouco tempo, vira notícia.	(1) 10,79 (2) 10,57	1,17 1,53
30	Para os médicos de Centro de Saúde nenhum cliente é importante.	(1) 10,79 (2) 10,64	0,89 1,23
63	Levar a criança ao Centro de Saúde ou não levar é a mesma coisa.	(1) 10,81 (2) 10,67	0,82 1,33
173	Os remédios passados por médicos de Centro de Saúde, são piores que os chás caseiros.	(1) 10,81 (2) 10,75	0,80 2,43

Nº	AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL
64	Gestante tratada em Centro de Saúde fica entregue à sua própria sorte.	(1) 10,83 (2) 10,72	0,66 1,06
127	Ninguém tem fé nos Centros de Saúde.	(1) 10,78 (2) 10,72	0,92 1,15
111	A pessoa que vai ao Centro de Saúde pode esperar o pior.	(1) 10,83 (2) 10,76	0,66 1,06
190	Os funcionários de Centro de Saúde são tão ruins que deveriam ser despedidos.	(1) 10,85 (2) 10,79	0,64 0,98
193	Os funcionários de Centro de Saúde só faltam enxotar as pessoas que procuram os Centros de Saúde.	(1) 10,87 (2) 10,79	0,63 0,98
57	Nos Centros de Saúde nunca dão tratamento certo.	(1) 10,87 (2) 10,84	0,62 0,65
45	Tratamento feito em Centro de Saúde não cura ninguém.	(1) 10,83 (2) 10,84	0,16 0,65
70	Vacina dada em Centro de Saúde pode provocar doença.	(1) 10,85 (2) 10,84	0,64 0,65
58	As receitas dos médicos de Centro de Saúde não servem para nada.	(1) 10,87 (2) 10,84	0,64 0,65
40	Exame médico feito em Centro de Saúde não tem o mínimo valor.	(1) 10,89 (2) 10,88	0,60 0,62
136	Criança sadia em Centro de Saúde fica doente.	(1) 10,90 (2) 10,90	0,59 0,56
65	É preferível não fazer pré-natal do que fazê-lo em Centro de Saúde.	(1) 10,94 (2) 10,90	0,55 0,60
133	Os Centros de Saúde mais parecem masmorras onde as pessoas vão para serem torturadas.	(1) 10,92 (2) 10,96	0,57 0,54
156	Médico do Centro de Saúde é um fracasso como médico.	(1) 10,97 (2) 10,95	0,52 0,54
47	Médico de Centro de Saúde nunca descobre o que o doente tem.	(1) 10,91 (2) 10,93	0,58 0,62

FONTE: Pesquisa com juízes - 1973

QUADRO 5

PRIMEIRAS AFIRMAÇÕES SELECIONADAS PARA "ESCALA DE ATITUDE EM RELAÇÃO A CENTRO DE SAÚDE"

NÚMERO DA AFIRMAÇÃO	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	ÁREA DE CONTEÚDO	
34	1,13	0,93	2	*
62	1,29	1,30	2	
33	1,29	1,30	2	
171	1,39	1,50	2	
39	1,46	1,23	2	
31	1,62	1,31	1	*
68	1,75	2,01	2	
145	1,88	1,55	1	
144	1,88	1,55	1	
73	1,91	1,19	2	
175	2,08	1,93	2	
7	2,11	0,93	1	
13	2,32	1,25	1	
21	2,46	1,38	1	
179	2,58	1,82	3	*
119	2,69	1,91	4	*
88	2,85	1,66	3	
107	2,95	1,94	4	
188	3,00	1,90	3	
200	3,15	1,89	3	
32	3,22	1,51	1	
120	3,31	1,91	4	
201	3,22	1,44	3	
194	3,58	3,22	3	
176	3,74	1,66	3	
161	3,91	2,65	1	
56	4,14	2,17	2	
53	4,25	2,38	2	
114	4,39	2,58	4	
130	4,43	2,11	4	
138	4,50	2,40	4	
122	4,66	2,07	4	
185	5,21	1,78	3	
187	5,29	2,64	3	
23	5,50	2,76	1	
108	5,62	2,35	4	
202	5,87	1,89	3	
174	6,41	1,74	1	
19	6,60	2,08	2	
80	6,73	1,89	3	
150	7,00	2,01	1	
10	7,11	1,73	1	
151	7,20	2,50	1	
163	7,31	2,19	1	
167	7,42	2,53	2	
48	7,58	2,83	2	
164	7,66	2,33	2	
14	7,74	1,53	1	
78	7,81	1,91	3	
129	7,91	1,90	4	

NÚMERO DA AFIRMAÇÃO	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	ÁREA DE CONTEÚDO
4	8,04	1,19	1
27	8,19	1,91	1
29	8,39	1,95	1
191	8,41	2,45	1
203	8,58	1,80	3
26	8,69	1,64	1
160	8,83	1,97	1
155	9,00	2,21	1
142	9,10	1,66	4
132	9,29	2,05	4
204	9,31	1,64	3
131	9,42	1,84	4
159	9,59	1,53	1
182	9,60	1,85	3
85	9,77	1,43	3
49	9,82	1,74	2
154	9,90	1,56	1
79	10,00	1,65	1
60	10,14	1,11	2
69	10,19	1,41	3
116	10,29	1,58	4
28	10,29	1,58	2
76	10,35	1,20	2
158	10,40	1,09	1
43	10,59	1,15	2
30	10,64	1,23	1
193	10,79	0,98	3
40	10,88	0,62	2
133	10,96	0,54	4
47	10,93	0,62	2

FONTE: Pesquisa com juízes, 1973.

* 1) Atitude em relação a médicos
* 2) Eficiência dos serviços oferecidos
* 3) Atitude em relação a funcionários
* 4) Atitude em relação ao ambiente

QUADRO 6

AFIRMAÇÕES DEFINITIVAS

NÚMERO DE ORDEM	NÚMERO DA AFIRMAÇÃO	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	AFIRMAÇÃO	ÁREA DE CONTEÚDO
1	34	1,13	0,93	É excelente o serviço médico oferecido pelos Centros de Saúde.	2 *
2	62	1,29	1,30	O melhor atendimento para crianças é o que o Centro de Saúde dá.	2
3	33	1,29	1,30	Eu atenderei prontamente a indicação de uma operação cirúrgica se ela for feita por médico de Centro de Saúde.	2
4	39	1,46	1,23	Os médicos de Centro de Saúde examinam cuidadosamente todos os clientes.	2
5	31	1,62	1,31	É muito importante para o Centro de Saúde atender bem todos os doentes.	2
6	73	1,91	1,19	Exames de sangue são muito bem feitos nos Centros de Saúde	2
7	7	2,11	0,93	Os médicos de Centro de Saúde tratam bem tanto o rico como o pobre.	1 *
8	13	2,32	1,25	Os médicos de Centro de Saúde costumam ser dedicados a seus pacientes.	1
9	179	2,58	1,82	Os funcionários do Centro de Saúde colaboram bastante para o bem estar dos pacientes.	3 *
10	119	2,69	1,91	Nos Centros de Saúde as pessoas são bem tratadas e confortadas.	4 *
11	88	2,85	1,66	Os funcionários de Centro de Saúde são interessados nos problemas dos clientes.	3
12	188	3,00	1,90	Sempre que se tem problemas pode-se confiar nos funcionários de Centro de Saúde.	3
13	32	3,22	1,51	Em geral os médicos de Centro de Saúde são muito simpáticos.	1
14	120	3,31	1,91	Nos Centros de Saúde existe um espírito de ajuda.	4
15	201	3,22	1,44	Os funcionários de Centro de Saúde em geral costumam tratar muito bem as pessoas.	3
16	176	3,74	1,66	O tratamento que os funcionários de Centro de Saúde oferecem é muito melhor do que se imagina.	3
17	56	4,14	2,17	Mesmo que a gente não saia curado do Centro de Saúde sai-se de lá sentindo melhor.	2
18	114	4,39	2,58	O Centro de Saúde é o melhor lugar para as crianças pobres doentes.	4
19	130	4,43	2,11	Os Centros de Saúde estão melhorando sua aparência.	4
20	138	4,5	2,40	Nos Centros de Saúde conhece-se pessoas e faz-se amizades.	4

NÚMERO DE ORDEM	NÚMERO DA AFIRMAÇÃO	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	AFIRMAÇÃO	ÁREA DE CONTEÚDO
21	122	4,66	2,07	Os Centros de Saúde são mais agradáveis que o INPS.	4
22	185	5,21	1,78	Se as pessoas forem gentis com os funcionários de Centro de Saúde eles também serão.	3
23	187	5,29	2,64	Os funcionários de Centro de Saúde tratam tão bem os clientes que até aborrecem.	3
24	23	5,50	2,76	Nem sempre o médico de Centro de Saúde pode ouvir nossos problemas.	1
25	108	5,62	2,35	Os Centros de Saúde resolvem os problemas de saúde das pessoas pobres.	4
26	202	5,87	1,89	Os funcionários de Centro de Saúde não são tão bons para as pessoas, mas também não podemos dizer que sejam maus.	3
27	174	6,41	1,74	Médico que trabalha em Centro de Saúde não tem ambição.	1
28	19	6,60	2,08	A população queixa-se de dificuldade em conseguir uma consulta nos Centros de Saúde.	3
29	80	6,73	1,89	Mesmo que a gente vá ao Centro de Saúde todos os dias, os funcionários não aprendem nosso nome.	3
30	150	7,00	2,01	É difícil conseguir um sorriso do médico de Centro de Saúde.	1
31	163	7,31	2,19	Não se pode nem pensar em conversar problemas particulares com médicos de Centro de Saúde.	1
32	164	7,66	2,33	A qualidade da assistência médica oferecida pelos médicos particulares é superior a oferecida pelos Centros de Saúde.	2
33	14	7,74	1,53	Os médicos de Centro de Saúde não tem tempo de ouvir os problemas de seus pacientes.	1
34	78	7,81	1,91	Os funcionários de Centro de Saúde não gostam de dar informações às pessoas.	3
35	129	7,91	1,90	Os Centros de Saúde são velhos e feios.	4
36	4	8,04	1,19	Os médicos gastam menos tempo nas consultas feitas nos Centros de Saúde, do que nos seus consultórios particulares,	1
37	27	8,19	1,91	Médico de Centro de Saúde não dá muitas explicações ao paciente sobre sua doença.	1
38	203	8,58	1,80	Os funcionários de Centro de Saúde fazem bem suas tarefas muito poucas vezes.	3

NÚMERO DE ORDEM	NÚMERO DE AFIRMAÇÃO	VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	AFIRMAÇÃO	ÁREA DE CONTEÚDO
39	26	8,69	1,64	Médico de Centro de Saúde não se interessa em explicar claramente qual o tratamento que o paciente deve seguir.	1
40	160	8,83	1,97	Os médicos de Centro de Saúde desde que chegam até a hora de sair olham mil vezes o relógio.	1
41	142	9,10	1,66	Nos Centros de Saúde tudo que se precisa está quebrado.	4
42	204	9,31	1,64	Os funcionários de Centro de Saúde não ajudam ninguém.	3
43	159	9,59	1,53	Os médicos de Centro de Saúde não fazem nada para corrigir hábitos de saúde dos pacientes.	1
44	85	9,77	1,43	Os funcionários de Centro de Saúde não querem saber de trabalhar.	3
45	154	9,90	1,56	O médico de Centro de Saúde raramente faz alguma coisa para beneficiar a saúde do povo.	1
46	60	10,14	1,11	Deve-se desconfiar sempre dos médicos de Centro de Saúde.	2
47	116	10,29	1,58	Os Centros de Saúde dão às pessoas uma sensação de desconforto e medo.	4
48	76	10,35	1,58	Os exames de sangue, fezes e urina são feitos no Centro de Saúde de qualquer jeito.	2
49	158	10,40	1,09	Os médicos de Centro de Saúde frequentemente demonstram sua incompetência.	1
50	43	10,59	1,15	Médico de Centro de Saúde trata mal as gestantes que querem fazer pré-natal.	2
51	30	10,64	1,23	Para os médicos de Centro de Saúde nenhum cliente é importante.	1
52	193	10,79	0,98	Os funcionários de Centro de Saúde só faltam enxotar as pessoas que procuram os Centros de Saúde.	3
53	40	10,88	0,62	Exame médico feito em Centro de Saúde não tem o mínimo valor.	2
54	133	10,96	0,54	Os Centros de Saúde mais parecem masmorras onde as pessoas vão para serem torturadas.	4
55	47	10,93	0,62	Médico de Centro de Saúde nunca descobre o que o doente tem.	2

FONTE: Pesquisa com juízes - 1973

*1 - Atitude em relação ao médico
*2 - Eficiência do serviço oferecido
*3 - Atitude em relação aos funcionários
*4 - Ambiente

CONCLUSÕES

1) A Saúde Pública sofreu grandes modificações em sua filosofia, passando gradativamente de paternalista a promocional. Atualmente não prescinde dos "esforços organizados da comunidade" na obtenção de seus objetivos. É nesta fase que se torna importante o auxílio das ciências sociais em geral, e da educação em saúde em particular, para que a comunidade participe ativamente dos programas de saúde a ela dirigidos.

2) A educação em saúde pública cada vez mais tem necessidade de dados objetivos, que permitam planejar e executar com mais eficiência os aspectos educativos dos programas de saúde.

3) No setor saúde o uso de escalas de atitude e comportamento está aumentando. A educação em saúde tem dado grande importância ao estudo de atitudes e comportamento dos indivíduos, buscando melhores formas de modificá-los para obter bem estar físico, mental e social.

4) Para o exercício do seu dever de promover, proteger e recuperar a saúde, o Estado tem montada toda uma estrutura de Saúde Pública e atenção médica, da qual fazem parte os Centros de Saúde. Partindo de uma análise histórica, podemos concluir que os Centros de Saúde apresentam características as mais diversas, seja quando consideradas numa perspectiva mundial, como nacional ou estadual. Neles se desenvolvem atividades de Saúde Pública, preventivas e curativas.

5) Todos os indivíduos que conhecem Centros de Saúde, têm uma atitude em relação a eles, atitude esta que é a expressão de sentimentos positivos ou negativos em relação ao órgão público. As atitudes diferem de outros conceitos de psicologia social, tais como hábito, traço. Podem ser mensuradas através de métodos especiais.

6) Dentre os vários métodos existentes para mensuração de atitudes, é o método de Thurstone dos intervalos equi-aparenciais o que melhor se adapta ao tipo de população que procura ou deveria procurar o Centro de Saúde, isto é, população de baixo nível sócio-econômico.

7) A tentativa de desenvolver uma escala de atitude em relação a Centros de Saúde pelo método de Thurstone dos intervalos equi-aparenciais levou à seleção de cinquenta e sete afirmações, aproximadamente cinco em cada ponto do contínuo e doze a dezessete em quatro áreas de conteúdo, selecionadas a partir de um conceito nominal de "atitude em relação a Centro de Saúde". Os índices de ambiguidade das afirmações selecionadas variaram de 0,9 a 1,9.

8) Ainda é necessário muito trabalho para terminar a construção de uma escala para medir "atitude em relação a Centro de Saúde". Há necessidade de pré-testar o instrumento construido no mundo empírico, para que se possa concluir sobre sua validade, fidedignidade e unidimensionalidade e selecionar vinte e duas afirmações entre as cinquenta e sete, que representem da melhor maneira possível o conceito a ser mensurado.

9) A construção de uma escala de atitude em relação a Centro de Saúde foi muito útil, sobretudo por permitir uma tomada de contato com a técnica de construção de escala, bem como a utilização da metodologia de atitude na importante área da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALLPORT, G.W. - Personalidade - São Paulo, Ed. Herder, 1966.

2. ALTUVE, REGULO OLIVARES - La evolucion de los conceptos educacionales en materia de salud y sus implicaciones para la planificacion actual de la educacion sanitarie - Caracas - 1971 - (Mimeografado)

3. ANDERSEN, R. & ANDERSON, D.W. - A decade of health services; social survery trends in use and expenditures. la. ed. Chicago. The University of Chicago Press - 1967.

4. ANDERSON, O.W. - The utilization of health services In: Freeman, H.E., Levine, S. e Reeder, L.G., Handbook of medical Sociology - ed. New York - Prentice Hall Co 1963.

5. APOSTLE, D.A. - Factors that influence the public's view of medical care. J.A.M.A. (Chicago) 202:592, 1967.

6. ASCH, SALOMON E. - Psicologia social - 2ª ed., São Paulo, Ed. Nacional, 1966.

7. BATES, E. - A systems and Marketing view. Int. J. Hlth. Ed. (Geneve), 15(3): 194-198, 1972.

8. BICE, W.T. & KALINCO, ESKO - Comparisons of health related attitudes: a cross nacional factor analytic study - Soc. Sci. Med. (Oxford) 5: 283-318, 1971.

9. BERESOVSKY, MINA - Princípios da relação Médico-Paciente - S.Paulo - 1970 (Mimeografado).

10. BLALOCK, HUBERT. M. - Social Statistics, New York, Mc Graw Hill Book Co, 1960.

11. BORSKY, PN et al - Motivations toward health examinations. Am. J. Publ. Hlth.(New York) 49 : 514-527, 1959.

12. BRASIL - Constituição -da República Federativa do Brasil - de 24/2/67, Artigo 8º, ítem XIV - Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, 1969.

13. COOK, S.W. et al - A multiple indicator approach to attitude measurement. Psychol Bull. (Washington) 62 : 36-55, Jul 64.

14. CRAWFORD, R.L. - Comparisons of two attitude scaling methods. Psychol Rep. (Missoula, Montana. USA) 17 : 681-2, Dec. 1965.

15. CRONBACH, LEE J. Essentials of psychological Testing, New York, Harper & Brothers, 1960

16. DECRETO nº 50.192 de 13 de Agosto de 1968. Dispõe sobre medidas para a reforma administrativa da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 14 de Agosto de 1968.

17. D'HOUTAND, A et SENAULT, R - L'interet des enquetes d'opinions et d'attitudes.Int. J. Hlth. Educ. 15 (1) : 12 - 21, 1972.

18. DEISHER, R.W. et al - Mother's opinions of their pediatric care. Pediatrics (Springfield) 35 : 82 - 87, 1967.

19. DERRYBERRY, MAYHEW - Some problems in educating for health. Int. J. Hlth. Educ. (Geneva) 1 (4), Oct. 1958.

20. DIAB, L.N. - Some limitation of existing scales in measurement of social attitudes Psychol. Rep. (Missoula, Montana), 17, 427-30 Oct. 65.

21. EDWARDS, A.L. - Techniques of attitudes scale construction - New York, Appleton - Century Crofts, Inc, 1957.

22. ESTHER, LUCILE BROWN - Newer dimensions of patient care - New York, Roussel Sage Foundation, 1961.

23. FARIA, LAIS COCOCI - Pró-Saúde - Secretaria da Economia e Planejamento - Assessoria de recursos humanos - São Paulo - 1972 (Mimeografado).

24. FELDSTEIN, R.J. - Research on the demand of health services. In: Health services research. In the Milbank Mem. Fund. Quart. (New York) 44(3) : 128-65 part 3, July 1966.

25. FREEMAN, H.et al - Preventive dental behavior of urban mothers. J. Hlth. Hum. Beh. (Fort Worth Texas) 6 : 141-7, 1965.

26. FREEDMAN, J.L. et al - Psicologia social, 1ª ed. S. Paulo - Editora Cultrix, 1970.

27. FERGUSON, G.A. - Statistical analysis in Psychology and education - New York - McGraw Hill Book Co, 1959.

28. ———— - The measurement of primary social attitude. J. Psychol (Princetown, Mass) 10 : 199-205, 1940.

29. FESTINGER, L. e KATZ, D. - Research methods in the behavior sciences - New York. Holt, Rinehart and Winston, 1966.

30. FISHBEIN, M. - Readings in attitude theory and measurement - New York, Hojn Wiley and Sons, Inc, 1967.

31. GERARD, H.B. - Time perspective consistency of attitude and social influence. J. Abnorm. Soc. Psychol (Washington) 62 : 565-72, 1961.

32. GOODE, W.J. e HATT, P.K. - Métodos em psicologia social - 2ª ed., São Paulo. Ed. Nacional, 1968.

33. GRANNENBERG, R.T. - The influence of individual attitude and attitude inteligence upon scale values of attitude itens. Amer. Psychol. (Washington) 10 : 330-3, 1965.

34. GRAY, R.M. et al - The effects of social class and friends expectations on oral polio vaccination participation. Amer. J. Publ. Hlth.(New York) 56 (12) : 2028-2032, 1966.

35. GUILFORD, J.P. - Fundamental statistics in psychology and education, 4ª Ed., New York, McGraw Hill Book Co, 1965.

36. HARTLEY, E.L. e HARTLEY, R.E. - Fundamental of social psychology, 1ª Ed., Alfred A. Kiroff, 1952.

37. HARTLEY, E.L. - Determinants of health beliefs and behavior. Psychological determinants. Amer. J. publ. Hlth.(New York) 51 : 1541-7, Oct. 61.

38. HANLON, J.J. - Principles of public health administration 2nd ed., St. Louis, C.V. Mosby Co, 1955

39. HAVENS, A.E. et al - Medición en Sociologia: Conceptos y Métodos. Bogotá Ed. Universidade Nacional de Colombia, 1965.

40. HINCKLEY, E.D. - The influence of individual opinion on construction of an attitude scale. J. Social Psych. (Princetown, Mass) 3 : 283, 1932.

41. HOCHBAUM, G.M. - Public participation in medical screening programs: a socio psicological study U.S. Public service, Publ. nº 572. Washington, D.C., 1959.

42. ———— et al - Why people seek diagnostic x ray. Publ. Hlth. Rep. (Washington) 71 : 377-80, 1956.

43: HOLMAN, R.N. - Validation of an attitude scale as a device for predicting behavior. J. Applied psych. (Washington) 40: 347-49. Oct. 1956.

44. HOVLAND, C.I. and SHERIF, M. - Judgment phenomena and scales of attitude measurement. Item displacement in Thurstone Scales. J. Abnorm. Soc. Psych. 47: 822-34, 1962.

45. HULKA, H.S. et al - Scale for the measurement of attitude toward physicians and primary medical care - Med. Care (Philadelphia)(8(5) : 429-436 - Sept. Oct. 1970.

46. IBGE - Anuário Estatístico do Brasil, 1965.

47. JENKINS, C.A. - The semantic differential for health. A technique for measuring beliefs about diseases. Publ. Hlth. Rep. (Washington) 81 : 549-58, Jun. 1966.

48. JACO, E. GARTLY (Ed.) Patients phisicians and illness - Glencoe, The free press of Glencoe, 1958.

49. KAPLAN, A - Conduta na pesquisa - 1ª ed. São Paulo, Ed. Herder, 1969.

50. KAMORITA, S.S. - Attitude content intensity and the neutral point on a Likert scale. J. Soc. Psych. (Princetown, Mass) 61 : 327-34 Dec. 63.

51. KALS, AND COOB. - Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Arch. Environn. Hlth. (Chicago) 12 : 246-66, 1966.

52. KEGELES, S.S. - Some Motives for seeking preventive dental care. J. Amer. Dent. Assoc. (Chicago) 67 (1) : 90-98, 1963.

53. ———— - Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. J. Hlth. Hum. Behav. (Forth. Worth - Texas) 4(1) : 166-173, 1963.

54. ———— - Why people seek dental care: a review of present knowledge. Amer. Publ. Hlth. (New York) 51(9) : 1306-1311, 1961.

55. KIRKPATRICK, C. - Assumptions and methods in attitude measurement. Amer. Soc. Rev. (Albany - New York) 1 : 75-88 - Feb. 1936.

56. KIRSCHT, J.P. et al - A national study of health beliefs. J. Hlth. Hum. Beh. (Forth Worth - Texas) 7 : 248-54, 1966.

57. KLINEBERG, O. - Psicologia social - 2ª ed., Rio de Janeiro - Ed. Fundo de Cultura, 1963.

58. KOOS, E.L. - Metropolis - What city people think of their doctor patient comunication, Amer. J. Publ. Hlth. (New York) 45 : 1551 - 1965.

59. KOOS, E.L. - The health of Regionville - New York - Hafner Publishing Co. 1967.

60. KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R.C. e BALLACHEY, E.L. - O indivíduo na sociedade - 1ª ed., São Paulo. Pioneira/Ed. USP, 1969.

61. KUTNER, B. and GORDAN, G. - Seeking care for cancer. J. Hlth. Hum. Behav. (Fort Worth - Texas) 2 (3) : 171-178, 1961.

62. LAMBERT & LAMBERT, W.E. - Psicologia social - 2ª ed., Rio de Janeiro - Zahar Ed., 1968.

63. LEAVELL, P & CLARK, B. - Preventive medicine for the doctor community, New York, McGraw Hill Book Co, 1965.

64. LIKERT, R, - A tecnique for measurement of attitude - Arch. Psych.(Geneva) 140, 1932.

65. LUDWIG, E.G. e GIBSON, G. - Self perception of sickness and seeking of medical care. J. Hlth. Soc. Behav. (Washington) 10(2) : 125:133, 1969.

66. MARCONDES, R.S. - Educação sanitária em nível nacional - São Paulo - Faculdade de Higiene e Saúde Pública - 1964 (tese de doutoramento).

67. MARSHALL, F.H.: Cidadania, classe social e status - Rio de Janeiro, Zahar Ed. 1967.

68. MASCARENHAS, R.P. dos S.E. Castro, P. - Atividades dos Centros e Sub-Centros de Saúde. São Paulo - Faculdade de Higiene e Saúde Pública, s.d. (mimeografado).

69. MASCARENHAS, R. dos S. e Pionesan, A. - O conceito de integração aplicado à medicina e Saúde Pública - Trabalho apresentado ao III Congresso Nacional de Hospitais. São Paulo, 2 a 9/7/1961 (Mimeografado).

70. MASCARENHAS, R. dos S. - Contribuição para o estudo da administração sanitária em São Paulo - São Paulo, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP, 1949 (tese para livre-docência):

71. MEAD, M. - Determinants of health beliefs and bahavior: Cultural determinants. Amer. J. Publ. Hlth (New York) 51 : 1552-4, Oct 61.

72. MORAIS, NELSON et al - Panorama da situação de Saúde no Brasil - Rio de Janeiro - 1969 (Mimeografado).

73. NUNNALLY, J.C. - Psychometric theory 1st ed., New York, McGraw Hill Book Co, 1967.

74. OPPENHEIN, A.N. - Questionnaire design and attitude measurement, New York, Basic Books, Inc. Publishing.1966.

75. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ - Comité d'Experts de l'administration de la Santé Publique - 2º, Geneve, 1953: Méthods à appliquer pour l'élaboration d'un programme. coordonné d'action sanitaire dans les zones rurales. Genève, 1954 (Org. mond. Santé Ser. Rapp. techer 83).

76. ———————————— - Comité d'experts de l'éducation sanitaire de la population: premier rapport Genève WHO, 1950 (Tech. Rap. Ser. 89).

77. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - Planificacion y evaluacion de servicios de educacion sanitarie, Ginebra WHO 1969 (Ser. Inf. Tecn, 409).

78. ———————————— - Informe de un comité de Expertos de la OMS en investigación in educación sanitaria, Ginebra, WHO, 1969 (Ser. Inf. tecn. 432).

79. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Constitution - Publ. Hlth. Rep (Washington) 61(35): 1268-1277, aug 1946.

80. PARSONS, TALCOTT. A doença e o papel do médico: uma perspectiva sociológica in: Kluckhohn, Murray e Schneider. Personalidade na natureza, sociedade e cultura. - Ed. Itatiaia Ltda. 1967.

81. ———————— - A situação do Médico - in SOCIAL SYSTEM 10 : 477-784 London, Routledge & Kegan Paul, 1967.

82. PASTORE, J. - Medidas de Atitudes - Departamento de Estatística, Instituto de Matemática e Estatística USP - São Paulo 1971, 10 p. (Mimeografado).

83. PAN AMERICAN ORGANIZATION - Latin American Seminar on health education and planning - G. Paracas, I.C.A., Peru, 20-26 April 1969 (Mimeografado).

84. PAULA SOUZA, GERALDO HORÁCIO e BORGES VIEIRA, F. - Centro de Saúde - Eixo da Organização Sanitária - Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo - nº 59, São Paulo, 1944

85. PORTARIA S.S. - C.G. nº 8 de junho de 1972 - Define os tipos de Centro de Saúde - Diário Oficial do Estado de S. Paulo - de 7 de Junho de 1972.

86. PORTARIA S.S. - C.G. nº 13 de 23 de Junho de 1972 - Determina o pessoal mínimo dos Centros de Saúde e suas atribuições - Diário Oficial do Estado de S.Paulo de 27 de junho de 1972.

87. PROTHEO, E.T. - The effect of strong negative attitude on the placement of itens in a Thurstone scale. J. Soc. Psych. 41 : 11, 1955.

88. RAMBO, W.W. - Equal appeasing interval scales, on attitude and experimental instructions. Perceptual and Motor Skills (Missoula, Montana) 26 : 839, 1968.

89. RAMOS, REINALDO - A integração Sanitária: doutrina e prática. São Paulo, 1972 (Mimeografado). Tese para livre-docência - Faculdade de Saúde Pública - USP.

90. RESOLUÇÃO S.S. nº 61 de 17 de março de 1970. Classifica Centros de Saúde Diário Oficial do Estado de S. Paulo, 18 de março de 1970 p: 17.

91. ROBERTS, Beryl - Research in educational aspects of health problems. Int. J. Hlth Educ. (Genève) suplement to 313(1) - Jan. March 1970.

92. ROEMER, M.I. - La atencion médica en América Latina - Washington Union Panamericana in Estudios y Monografias - 15, 1964 (Mimeografado).

93. ROGERS, E.- Human ecology and health - New York, The McMillan Book Co, 1960

94. ROKEACH, M.- Beliefs, attitudes and values. A theory of organization and change - 1st ed, San Francisco, Jossey Bass Inc. 1970.

95. ROSENSTOCK, I.M. - Why people use health services. Milbank Mem. Fund. Quart. (New York) 44(3) : 94 - 128, part. 2, July 1966.

96. ———————— - Why people fail to seek poliomielitis vacination.- Publ. Hlth. Rep. (Washington) 72(2) : 98 - 103, Feb. 1959.

97. ROSENAU, M et al - Medicina preventiva e Saúde Pública, Lisboa, Fund. Calouste Gulbenkian, 1970.

98. ROSENFELD, L.S. et al - Pre-Natal care in Metropolitan Boston. Amer. J. Publ. Hlth (New York) 48 : 115 - 1128, 1958.

99. ROSS, J.A. - Social Class and Medical Care - J. Hlth and Hum. Behav. (Fort Worth - Texas) 3 : 35-40, 1962.

100. SÃO PAULO (estado). Constituição promulgada em 9 de julho de 1947, publicada novamente em consequência da emenda constitucional de 1º de agosto de 1950 - São Paulo - Imprensa Oficial do Estado, 1953.

101. SCOTT, WILLIAN A - Attitude measurement In: Lindsey, G.and Aronson, E - The handbook of social Psychology - 2nd ed, New York, Addison Wesley Publizing Co, 1968 v.2.

102. SEASHORE, R.H. e HEVNER, K.- A time saving device for the construction of attitude scales. J. Soc. Psych. (Princetown, Mass) 4 : 366-372, 1933.

103. SHAW,M.E.et WRIGHT, J.M - Scales for the measurement of attitudes, New Work, Mc Graw Hill Book Co, 1967.

104. SELLTIZ, C et al - Métodos de pesquisa das relações sociais - 1ª ed., São Paulo, Ed. Herder, 1965.

105. STOECKLE, J.D, ZOLA,I.K.& DAVIDSON, G.E. - On going to see the doctor, the contribution of the patient to the decision tb seek medical aid. J. Chron. Disease (St. Louis) 18 : 978-989, 1963.

106. STOUFFER, S.A. et al - Measurement and prediction - New York, John Witey and sons, Inc, 1966 - 756 p.

107. STOECKLE, J.D. et al - Comunicating aggrieved feelings in the patient's inicial visit to medical clinic. J. Hlth.Hum. Behav. (Fort Worth Texas) 4 : 199 - 206, 1963.

108. STRAUSS, R.- Determinants of health beliefs and behavior: sociological determinants. Amer. J. Publ. Hlth.51 : 1547 - 52, Oct. 61.

109. SUCHMAN, E.A. - Health attitudes and behavior. Arch. Environ Hlth.(Chicago) 20 : 105 -10, Jan 1970.

110. ———————— - Stages of illnes and medical care. Med.- Care 6 : 114 - 128, 1965.

111. ———————— - Social patterns of illness and medical care. J. Hlth Hum. Behav. 2 : 15, 1965.

112. TAYLOR, J.B. - What do attitude scales measure the problem of social desirability. J. Abn. Soc. Psych. 62 : 386 - 90, Mar. 61.

113. THURSTONE, L.L. and CHAVE, E.J.-The measurement of attitude - Chicago, Universidade de Chicago, 1929.

114. TURNER, R.H.et al-Social psychology - The study of Human interaction - Tavistock publication Ltd - 1967.

115. TITTLE, C.R. et al - Attitude measurement and prediction of behavior. An evolution of conditions and measurement techniques - Sociometry 30 : 199-213 - Jun 69.

116. TOBEY, J.A. - Public health law, 3rd ed., New York, Harvard University Press, 1947.

117. TORGENSON, W.S. - Theory and methods of scaling - 7th ed., New York, John Wiley and sons, 1967.

118. TRIANDS, H.C. - Exploratory factor analysis of behavioral component of social attitudes . J. Abn. Soc. Psych. (Princetown, Mass) 68 : 420-30, Apr. 64.

119. TYROLES, H.A. et al - Patterns of preventive health behavior in populations. J. Hlth. Hum. Behav. (Fort.Worth - Texas) 6 : 128-140, 1965.

120. TWADDLE, A.C. - Health decisions and the sick role. J. Hlth Soc. Behav. 10(2) : 105 - 115- - 1968.

121. UPSHAW, HARRY S. Attitude measurement. In: Blalock e Blalock, Methodology in social research - New York. McGraw Hill Book Co, pp. 60:- 111, 1968.

122. WANG, C.K.A. - A suggested criterion for writing attitude statements. J. psych. (Princetown, Mass) 3 : 367-373, 1932.

123. WATSON, D.S. - The public's attitude to the family doctor: pilot survey. Med. J. Aust. (Sydney) 1 : 1124-5, May 70.

124. WHITTED, H.H. - Determinants of acceptance to education and utilization of services for cancer detection and care among low income group. Med. Ann. D.C. (Bristol) 31 : 6 - 11 - Feb. 62.

125. WIRICK, GROVER C. A multiple equation model of demand of health care. Hlth. Serv. Research (Chicago) 1 : 301-346, 1966.

126. WRICHT, H. et al - Construction and validation of Thurstone scale of liberalism - conservantism. J. Appl. Psych. (Washington) 50 : 9 - 17, Feb. 66.

127. WRIGHTSMAN, L.S. Characteristics of positively scored and negatively scored itens from attitude scales. Psych. Rep. (Missoule, Montana) 17 : 898, Dec. 65.

128. YUNES, J. - Os níveis de saúde no município de S. Paulo de 1961 a 1967 - Rev. Saúde Publ. 3 (1) : 41-50, Junho 1969.

129. ZOLA, IRVING R. - Problems of comunication, diagnoses and patient care: the interplay of patient, physician and clinic organization J. Med. Educ. (Chicago). 38 : 829-838, 1963.

130. YOUNG, M.A.C. - Review of research related to health education practice . Hlth. Ed. Monographs (New York) Supl. 1 : 1963.

131. YOUNG, M.A.C. - Review of research and studies related to health education . Hlth. Ed. Monographs (New York) 23 : 1967.

132. A follow up study on the influence of individual opinion on the construction of an attitude scale. J. Abn. Soc. Psych. 67 : 290, 1963.

133. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Declaração dos direitos do Homem. Artigo 25 - Paris - 10/12/48 (Mimeografado).

134. Os ambientes socio-culturais do sub-sistema socio terapeutico, médico e de Saúde Pública - Universidade Central de Venezuela - Faculdad de Medicina - Escuela de Salud Publica - Departamento de Educacion Sanitarie e Ciencias Sociales - Caracas 1970 - (Mimeografado).

APÊNDICES

PORTARIA SS-CG - nº 8, de 6-6-72
(D.O. de 7-06-1972)

Considerando a necessidade de conceituação dos centros de saúde de acordo com suas respectivas classificações;

Considerando a necessidade de definição dos programas de trabalho a serem desenvolvidos e do consequente dimensionamento dos seus recursos humanos;

Considerando finalmente que, até a disciplinação do assunto em definitivo, há necessidade de serem estabelecidos os padrões de funcionamento dos centros de saúde de acordo com as diretrizes da reforma administrativa da Secretaria da Saúde,

Determina:

Artigo 1º - Os centros de saúde tipo I (CS-I) terão as seguintes características:

1. Conceituação: - O Centro de Saúde I será chefiado por Médico Sanitarista III, de acordo com o artigo 5º do Decreto-Lei de 2 de Outubro de 1969 combinado com o Decreto 52.464 de 10 de junho de 1970. É a mais diferenciada unidade das previstas no artigo 67 do Decreto 52.182 de 16 de julho de 1969. Seu programa de trabalho poderá eventualmente sofrer alterações em decorrência de problemas de saúde locais. O atendimento é polivalente e dinâmico. Deverá suplementar, nas áreas necessárias, as atividades dos Centros de Saúde II, III, IV e V, na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

2. Jurisdição: - terá jurisdição sobre população de 50.000 a 150.000 habitantes.

3. Classificação de Atividades: - O Centro de Saúde I é Unidade de prestação de serviço em nível local, destinado a executar "programa desenvolvido", mencionado no artigo 2º item 4 do Decreto 50.192 de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

a) controle das doenças transmissíveis;
b) saneamento do meio;
c) higiene materna e da criança;
d) assistência médica sanitária especializada;
e) controle da tuberculose e da hanseníase;
f) saúde mental;
g) odontologia sanitária;
h) nutrição;
i) epidemiologia e estatística;
j) enfermagem;
l) educação sanitária;
m) laboratório;
n) administração.

4. Pessoal: - O quadro de pessoal do Centro de Saúde I terá a seguinte lotação máxima:

1 Médico Chefe Sanitarista III;
2 Médicos Auxiliares, Sanitaristas I;
4 Médicos Consultantes com experiência na área de saúde da criança;
2 Médicos Consultantes com experiência na área de saúde materna;
2 Médicos Consultantes Tisiologista - Pneumologista;
2 Médicos Consultantes Dermatologista-Hanseniologista;

2 Médicos Consultantes Oftalmologistas;
1 Médico Consultante Psiquiatra;
2 Médicos Consultantes Clínicos Gerais;
1 Médico Consultante Otorrinolaringologista;
1 Psicólogo;
1 Assistente Social;
1 Enfermeira;
3 Cirurgiões Dentistas;
2 Operadores de Raios X;
1 Técnico de Laboratório;
3 Educadores Sanitários;
3 Auxiliares de Laboratório;
1 Inspetor de Saneamento;
12 Fiscais Sanitários;
12 Visitadores Sanitários;
7 Escriturários;
15 Atendentes;
2 Vigias;
4 Motoristas;
6 Serventes;
2 Obstetrizes;

Artigo 2º - Os Centros de Saúde tipo II (CS-II) terão as seguintes características:

1 - Conceituação: O Centro de Saúde II será chefiado por Médico Sanitarista III, de acordo com o artigo 5º item II do Decreto Lei de 2 de outubro de 1969, combinado com o Decreto 52.464 de 10 de junho de 1970. Seu programa de trabalho poderá sofrer alterações em decorrência de problemas de saúde locais. O atendimento é polivalente e dinâmico. Suas atividades deverão ser suplementadas, nas áreas necessárias, pelo Centro de Saúde I, na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais. Deverá suplementar, nas áreas necessárias, as atividades dos Centros de Saúde III, IV e V da forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

2 - Jurisdição: Terá jurisdição sobre população de 30.000 a 50.000 habitantes.

3 - Classificação de Atividades: O Centro de Saúde II é Unidade de prestação de serviços em nível local, destinada a executar o "programa desenvolvido com algumas exceções" mencionado no artigo 2º item III, alínea 3, do Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

a) controle de doenças transmissíveis;
b) saneamento do meio;
c) higiene materna e da criança;
d) assistência médico-sanitária;
e) controle da tuberculose e da hanseníase não obrigatoriamente por especialistas;
f) odontologia sanitária;
g) nutrição;
h) epidemiologia e estatística;
i) enfermagem;
j) educação sanitária;
l) laboratório;
m) administração;

4 - Pessoal: O quadro de pessoal do Centro de Saúde II terá a seguinte lotação máxima:

1 Médico Chefe Sanitarista III;
1 Médico Auxiliar, Sanitarista I;

2 Médicos Consultantes com experiência na área de saúde da criança;
1 Médico Consultante com experiência na área de saúde materna;
2 Médicos Consultantes, Clínicos Gerais;
2 Médicos Consultantes com experiência na área de Hanseniologia e dermatologia sanitária;
3 Médicos Consultantes com experiência na área de Tisiologia e Pneumologia;
1 Cirurgião Dentista;
2 Educadores Sanitários;
1 Enfermeiro;
2 Auxiliares de Laboratório;
1 Inspetor de Saneamento;
6 Fiscais Sanitários;
6 Visitadores Sanitários;
4 Escriturários;
9 Atendentes;
2 Motoristas;
2 Operadores de Raios X;
3 Serventes;
1 Vigia;

Artigo 3º - Os Centros de Saúde do tipo III (CS-III) terão as seguintes características:

1 - Conceituação: O Centro de Saúde III será chefiado por Médico Sanitarista III, de acordo com o artigo 5º, tem II do Decreto Lei de 2 de outubro de 1969, combinado com o Decreto 52.464 de 10 de junho de 1970. Seu programa de trabalho poderá eventualmente sofrer alterações em decorrência de problemas de saúde locais. O atendimento é polivalente e dinâmico. Suas atividades deverão ser suplementadas nas áreas necessárias pelos Centros de Saúde I e II na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais. Deverá suplementar nas áreas necessárias as atividades dos Centros de Saúde IV e V na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

2 - Jurisdição: Terá jurisdição sobre população de 20.000 a 30.000 habitantes.

3 - Classificação das Atividades: O Centro de Saúde III é unidade de prestação de serviços em nível local, destinada a executar o "programa desenvolvido com algumas exceções"mencionado no artigo 2º, item III, alínea 3, do Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

a) controle das doenças transmissíveis;
b) saneamento do meio;
c) higiene materna e da criança;
d) assistência médico-sanitária;
e) controle da tuberculose e da hanseníase, não obrigatoriamente por especialista;
f) odontologia sanitária;
g) nutrição;
h) epidemiologia e estatística;
i) enfermagem;
j) educação sanitária;
l) laboratório;
m) administração.

4) Pessoal - O quadro de pessoal do Centro de Saúde III terá a seguinte lotação máxima:

1 Médico Chefe Sanitarista III
1 Médico Auxiliar, Sanitarista I
1 Médico Consultante com adestramento nas áreas de saúde materna e da criança

2 Médicos Consultantes, Clínicos Gerais para atendimento de adulto com experiência em Dermatologia Sanitária, Hanseniologia, Tisiologia e Pneumologia.

1 Cirurgião Dentista
1 Auxiliar de Laboratório
2 Escriturários
1 Educador Sanitário
1 Inspetor de Saneamento
4 Visitadores Sanitários
4 Fiscais Sanitários
5 Atendentes
1 Motorista
2 Serventes
1 Vigia

Artigo 4º - Os Centros de Saúde tipo IV (CS-IV) terão as seguintes características:

1. Conceituação: O Centro de Saúde IV será chefiado por Médico Sanitarista II, de acordo com o artigo 5º, item II do Decreto Lei de 2 de outubro de 1969, combinado com o Decreto 52.464, de 10 de junho de 1970. Seu programa de trabalho poderá eventualmente sofrer alterações em decorrência de problemas de saúde locais. O atendimento é polivalente e dinâmico. Suas atividades, nas áreas necessárias, deverão ser suplementadas pelos Centros de Saúde tipos I, II e III, na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais. Deverá suplementar, nas áreas necessárias as atividades dos Centros de Saúde V, na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

2. Jurisdição: - Terá jurisdição sobre população de 10.000 a 20.000 habitantes.

3. Classificação das Atividades: - O Centro de Saúde IV é unidade de prestações de serviços em nível local, destinada a executar programa resumido mencionado no artigo 2º, ítem III, alínea 2 do Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

a) controle de doenças transmissíveis;
b) saneamento do meio;
c) higiene materna e da criança;
d) assistência médico sanitária não especializada;
e) controle da tuberculose e da hanseníase a cargo de clínico geral;
f) epidemiologia e estatística;
g) enfermagem;
h) educação sanitária;
i) administração;

4. Pessoal - O quadro de pessoal do Centro de Saúde IV terá a seguinte lotação máxima:

1 Médico Chefe Sanitarista II
2 Médicos Consultantes, com experiência nas áreas de saúde materna, da criança, de adultos, dermatologia sanitária, hanseniologia, tisiologia e pneumologia.
2 Visitadores Sanitários
2 Fiscais Sanitários
4 Atendentes
1 Servente
1 Motorista
2 Escriturários

Artigo 5º - Os Centros de Saúde V terão as seguintes características:

1. Conceituação: - O Centro de Saúde V reune todas as unidades sanitárias não classificadas pela Resolução SS nº 1 de 17 de março de 1970. Terá como responsável um médico clínico. Seu programa de ação poderá sofrer alterações em decorrência de problemas de saúde locais. O atendimento é polivalente e dinâmico. Suas atividades deverão ser suplementadas nas áreas necessárias, pelos Centros de Saúde de tipos I, II, III e IV, na forma que o Médico Chefe do Distrito Sanitário determinar e de acordo com as condições locais.

2. Jurisdição: - Terá jurisdição sobre população inferior a 10.000 habitantes.

3. Classificação de Atividades: - O Centro de Saúde V terá a responsabilidade de executar programa mínimo mencionado no artigo 2º, item III do Decreto nº 50.192 de 13 de agosto de 1968, compreendendo:

a) Imunizações e eventualmente quimioprofilaxia
b) Saneamento do meio
c) Visitação Sanitária
d) Educação Sanitária
e) Assistência médico sanitária fixa ou intermitente.

4. Pessoal: - O quadro de pessoal do Centro de Saúde V terá a seguinte lotação máxima:

1 Médico fixo ou intermitente
1 Visitador Sanitário
1 Fiscal Sanitário
1 Escriturário
3 Atendentes
1 Servente

Artigo 6º - As Unidades Sanitárias não constantes da classificação estabelecida pela Resolução SS nº 1 de 17 de março de 1970, terão atividades correspondentes as do Centro de Saúde V, até que sejam estabelecidas suas classificações.

Artigo 7º - Ocorrendo situação determinante de tratamento especial, deverá o Diretor Regional submeter a matéria ao Coordenador de Saúde da Comunidade, com as informações e justificativas necessárias.

Artigo 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

PORTARIA SS - CG nº 13, de 23-6-72
(D.O. de 27-06-72)

Considerando que a Portaria SS-CG nº 8, de 6, publicada no Diário Oficial de 7-6-72, conceituou os diversos tipos de Centros de Saúde, de acordo com suas classificações definindo os respectivos programas de trabalho e estabelecendo o dimensionamento de seus recursos humanos;

Considerando que, para a conveniente atuação dos Centros de Saúde, dentro dos princípios estabelecidos, há necessidade de definição das atribuições dos seus servidores;

Considerando finalmente que, até a disciplinação do assunto em definitivo é conveniente adequar, desde logo, as atribuições do pessoal aos novos padrões de funcionamento das Unidades.

Estabelece:

Artigo 1º - Constituem atribuições e tarefas dos servidores dos Centros de Saúde da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, além das próprias dos respectivos cargos ou funções de que são ocupantes, as a seguir especificadas:

Atribuições do pessoal de Centros de Saúde;

1 - Atribuições do Médico - Sanitarista - Chefe:

1.1.1 - Chefiar o Centro de Saúde, supervisionando e controlando suas atividades e assumindo a responsabilidade pela decisão, sem prejuizo da utilização de delegações, com vigilância.

1.1.2 - Cooperar com o Médico Chefe do Distrito Sanitário, sempre que solicitado.

1.2 - Administrativas:

1.2.1 - Dar ciência das atribuições de cada servidor do CS, especificando as tarefas, que a cada um cabe executar, transferindo-as de um para outro funcionário, quando necessário.

1.2.2 - Coordenar, supervisionar, avaliar e controlar o trabalho dos seus subordinados, para o desempenho harmônico, na execução dos planos e programas de saúde estabelecidos para a área de jurisdição do Centro de Saúde.

1.2.3 - Coordenar, supervisionar, avaliar e controlar o contínuo adestramento do pessoal do Centro de Saúde.

1.2.4 - Supervisionar a execução dos boletins de produção para que atendam às normas vigentes.

1.2.5 - Avaliar os dados contidos nos boletins de produção.

1.2.6.- Supervisionar a coleta de dados bioestatísticos da comunidade, assim como determinar e supervisionar o levantamento de informações indispensáveis para aplicação das técnicas de planejamento do setor saúde.

1.2.7 - Diligenciar para o regular e suficiente abastecimento de material promovendo sua adequada distribuição.

1.2.8 - Programar a escala de férias dos servidores da unidade objetivando a adequada distribuição das tarefas.

1.2.9 - Atender a todas as demais providências administrativas próprias da chefia.

1.3 - Técnicas:

1.3.1 - Promover vigilância epidemiológica rigorosa sobre o controle das doenças transmissíveis da área.

1.3.2 - Supervisionar a cobertura da população susceptível, no setor de imunizações em geral, de acordo com as normas vigentes.

1.3.3 - Identificar os problemas de saneamento do meio e procurar solucioná-los junto às autoridades competentes e com a colaboração dos líderes da própria comunidade, desde que escapem à possibilidades da própria US.

1.3.4 - Promover reuniões, pelo menos mensais, do Conselho Consultivo do C.S. a fim de discutir os programas em curso e seus eventuais reajustes, e, outros assuntos de interesse.

1.3.5 - Promover periodicamente reuniões do corpo médico do C.S. para apresentação e discussão de casos clínicos ou médico-sanitários ou ainda debates de temas técnico-administrativos.

1.3.6 - Atender a todas as demais atribuições próprias da chefia, inclusive a promoção de atividades vicárias (assistência médica a detentos das cadeias públicas, laudos periciais para diversos fins, exames de sanidade, etc.).

1.3.7 - Supervisionar e coordenar as atividades das áreas de atuação especializadas existentes no Centro de Saúde.

1.3.8 - Atender as determinações de superiores hierárquicos.

2 - Atribuições do Médico-Sanitarista Auxiliar:

2.1 - Administrativas:

2.1.1 - Assessorar o Médico-Sanitarista-Chefe e substituí-lo por ocasião de seus impedimentos legais.

2.1.2 - Rever a execução dos boletins de produção de serviço das unidades e comunicar à chefia as conclusões alcançadas.

2.1.3 - Promover a coleta de dados bioestatísticos da comunidade, inclusive os relativos a morbidade, atualizando anualmente os respectivos indicadores de saúde da área.

2.1.4 - Efetuar o levantamento das informações indispensáveis às necessidades metodológicas das técnicas de programação do setor saúde.

2.1.55- Promover reuniões, pelo menos mensais, com as diversas categorias de servidores, para discutir programas, receber sugestões para melhora do serviço, discutir as conclusões das avaliações e os métodos recomendados para aprimoramentos necessários dos trabalhos no C.S. Os resultados dessas reuniões devem ser levados ao conhecimento do médico-chefe.

2.1.6 - Participar ativamente de reuniões do Conselho consultivo e do pessoal médico da U.S.

2.1.7 - Executar outras medidas administrativas determinadas pelo médico-chefe.

2.2.- Técnicas:

2.2.1 - Dirigir as atividades do setor técnico-auxiliar do C.S.

2.2.2 - Auxiliar o chefe do C.S. nos trabalhos de vigilância epidemiológica, controle de moléstias transmissíveis e nos programas de imunização em geral.

2.2.3 - Participar do adestramento do pessoal da U.S.

2.2.4 - Executar outras atividades técnicas que lhe forem confiadas pela chefia da U.S.

3 - Atribuições de Saúde Pública dos Médicos Especialistas ou com adestramento em áreas Especializadas e dos Dentistas quando a serviço do Distrito Sanitário.

3.1 - Assessorar o Médico-Chefe do Distrito Sanitário em assuntos de sua especialidade.

3.2 - Visitar periodicamente a sub-região de acordo com escala previamente estabelecida pelo Médico-Chefe do Distrito Sanitário.

3.3 - Nessas visitas aos Centros de Saúde com especialista clínico da área ou naqueles desprovidos de tal profissional, ou ainda nos municípios sem Centro de Saúde, deverá providenciar a avaliação das necessidades da população e propor programas para a sua cobertura, harmonizando a problemática existente entre necessidades a atender e recursos disponíveis.

3.4 - Supervisionar e avaliar em nível local e sub-regional a aplicação de normas técnicas, o desenvolvimento de programas de trabalho e o cumprimento das ordens e instruções de serviço emanadas de instancias superiores.

3.5 - Programar e participar de reuniões nos Centros de Saúde, Distritos Sanitários e Divisões de Saúde.

3.6 - Sugerir a utilização de métodos preventivos mais adequados para o tipo de comunidade sob sua jurisdição empenhando-se sempre para a sua adoção.

3.7 - Emitir pareceres e informes técnicos sempre que necessário.

3.8 - Efetuar diagnóstico e orientar a terapêutica, quando necessário, de casos da especialidade, visando sempre o adestramento de pessoal médico e para-médico dos Centros de Saúde

3.9 - Executar as demais atividades da especialidade proposta em nível central, regional e sub-regional.

3.10 - Executar outras tarefas determinadas pelo Médico-Chefe do Distrito Sanitário.

4 - Atribuições gerais dos médicos especialistas ou com adestramento em áreas especializadas e dos cirurgiões dentistas quando em serviço no seu Centro de Saúde.

4.1 - Assessorar o médico-chefe do C.S. em assuntos de sua especialidade.

4.2 - Participar ativamente de reuniões do pessoal técnico do C.S., do D.S. e da D.R.S. sempre que convocado, inclusive apresentando e discutindo casos clínicos.

4.3 - Cooperar no adestramento do pessoal auxiliar do C.S.

4.4 - Preencher boletins estatísticos e de produção segundo as normas vigentes.

4.5 - Entrosar-se com as demais áreas do C.S. visando o bom andamento do seu programa de trabalho.

4.6 - Cumprir e fazer cumprir normas e instruções de serviço.

4.7 - Preencher corretamente os impressos em uso no C.S.

4.8 - Fornecer atestados de sanidade e aptidão física e mental e laudos periciais judiciais, segundo determinação e instrução da chefia da unidade.

4.9 - Substituir colegas, conforme for determinado, dentro de sua capacidade profissional.

4.10 - Participar de Congressos, cursos, palestras, visando seu aprimoramento científico, desde que devidamente autorizado.

4.11 - Efetuar outras tarefas determinadas pelo chefe do Centro de Saúde.

5 - Atribuições do Médico Consultante de Clínica Geral de Adultos.

5.1 - Prestar assistência médica geral aos pacientes maiores de 14 anos, diagnosticando e tratando as doenças encontradas.

5.2 - Encaminhar aos serviços especializados os casos para cuja solução a área não esteja aparelhada.

5.3 - Fornecer atestados de sanidade e de aptidão física e mental e conclusões periciais, tendo em vista seu próprio diagnóstico e a avaliação dos resultados dos exames especializados.

5.4 - Prestar assistência médica aos detentos de acordo com o estabelecido entre a chefia da unidade e a autoridade policial local.

6 - Atribuições do Médico-Dermatologista-Sanitário.

6.1 - Diagnóstico, tratamento e prevenção de hanseníase e controle dos comunicantes da moléstia.

6.2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção de outras dermatoses de interesse em Saúde Pública.

6.3 - Diagnóstico, tratamento e prevenção das moléstias venéreas inclusive controle de contatos.

7 - Atribuições do Médico-Consultante com adestramento na área de Higiene Infantil:

7.1 - Atender a demanda da área, efetuando diagnóstico, tratamento e orientação curativa e preventiva dos processos patológicos encontrados e motivar os pais a trazer ao C.S. seus filhos sadios para acompanhamento do seu desenvolvimento, orientação preventiva, física e mental e tratamento de doenças intercorrentes.

7.2 - Pesquisar e tratar precocemente os defeitos físicos e orientar os pais para prevenir ou corrigir distúrbios de comportamento.

7.3 - Diagnosticar e dar orientação e tratamento para os transtornos nutricionais, de acordo com os recursos da família do paciente e da Secretaria.

7.4 - Encaminhar ao serviço especializado os casos para cuja solução a área não esteja aparelhada.

7.5.- Providenciar com a cooperação da área de enfermagem a imunização sistemática de todas as crianças, de acordo com as normas vigentes.

8 - Atribuições do Médico-Consultante com adestramento na área de Higiene Materna:

8.1 - Atender a demanda da área, acompanhando o desenvolvimento da gravidez nas gestantes com a finalidade de surpreender precocemente intercorrências do processo de gestação e de orientá-las sobre a atitude a assumir antes durante e após o parto, tendo em vista o seu bem estar e o da prole.

8.2 - Atender a demanda da área efetuando diagnóstico, tratamento e orientação recuperativa e preventiva de processos patológicos que possam interferir no desenvolvimento normal da gestação.

8.3 - Encaminhar ao serviço especializado os casos para os quais a área não esteja aparelhada.

9 - Atribuições de médico especialista em oftalmologia:

9.1 - Dar atendimento especializado na sede de exercício ou onde lhe for determinado procurando detetar, através de todos os meios disponíveis casos de especialidade que necessitem tratamento ou correção.

9.2.- Diagnosticar, tratar ou corrigir doenças e defeitos da especialidade, bem como aplicar medidas preventivas, obedecidas as normas vigentes.

9.3 - Orientar a direção e o pessoal das maternidades, as enfermeiras obstetricas, as obstetrizes e as curiosas da sub-região, sobre os cuidados profiláticos a que deve ser submetido o recém-nascido e a necessidade de notificar ao Centro de Saúde os defeitos congênitos da especialidade e efetuar visitas às coletividades a fim de realizar exames ou supervisionar levantamento oftalmológicos.

9.4 - Entrosar-se com elementos da Secretaria da Educação e outras Entidades, a fim de executar programas de oftalmologia Sanitária escolar ou institucional.

9.5 - Traçar esquemas terapêuticos para tratamentos da coletividade supervisionando sua execução.

9.6 - Executar ou supervisionar os exames de oftalmologia administrativa sob sua responsabilidade: atestados, laudos periciais, inspeções para habilitação de motorista, etc.

9.7 - Providenciar o encaminhamento, para médicos ou instituições especializadas dos casos para cuja solução não esteja aparelhado.

10 - Atribuições do Médico-especialista em otorrinolaringologia:

10.1 - Atender os casos da especialidade de acordo com as normas vigentes.

10.2 - Diagnosticar e providenciar tratamento da difteria e das estreptococias, especialmente quando em surto, e tomar as medidas preventivas recomendadas.

10.3 - Cooperar com as autoridades escolares ou institucionais, no sentido de detetar, corrigir ou tratar processos patológicos, de sua especialidade, de acordo com normas vigentes.

10.4 - Efetuar ou supervisionar a execução dos exames de otorrinolaringologia administrativa sob sua responsabilidade: atestados, laudos periciais, inspeções para habilitação de motoristas, etc.

10.5 - Providenciar o encaminhamento a médicos ou às instituições especializadas dos casos para cuja solução não esteja aparelhado.

10.6 - Realizar tarefas complementares de otorrinolaringologia ou supervisionar exames ou levantamentos.

11 - Atribuições do Médico Tisiólogo-Pneumologista :

11.1 - Efetuar leitura e interpretação de abreugrafias e radiografias pulmonares, obedecidos os critérios e as normas vigentes.

11.2 - Diagnosticar, tratar e prevenir os casos de tuberculose, obedecidas as normas vigentes, orientando os pacientes em tratamento e controle não só sob o aspecto assistencial, mas com ênfase nas medidas profiláticas, de acordo com as normas vigentes.

11.3 - Providenciar quimioprofilaxia segundo as normas vigentes, nos casos indicados.

11.4 - Diagnosticar e tratar outras pneumopatias crônicas de interesse da saúde pública.

12 - Atribuições do Cirurgião-Dentista:

12.1 - Realizar o atendimento da demanda, de acordo com as normas vigentes, obedecendo rigorosamente às prioridades de grupos etários e de serviços que forem estabelecidas.

13 - Atribuições do Operador de Raios-X:

13.1 - Operar os aparelhos de abreugrafia, radioscopia e radiografias seguindo as instruções de operação dos mesmos, elaborados por seus fabricantes.

13.2 - Seguir a risca as instruções para a proteção contra Raios-X emanadas dos órgãos competentes.

13.3 - Processar as revelações das películas radiográficas seguindo as instruções de seus fabricantes.

13.4 - Manter em ordem a aparelhagem de Raios-X, as instalações e os materiais utilizados na revelação.

13.5 - Executar outras tarefas determinadas pelo seu superior hierárquico.

13.6 - Elaborar boletins de produção.

14 - Atribuições do Técnico de Laboratório:

14.1 - Efetuar os exames de laboratório estabelecidos em normas técnicas e outras eventuais para os quais haja condições.

14.2 - Operar os aparelhos que estiverem sob seus cuidados segundo instruções dos manuais de operação elaborados pelos fabricantes.

14.3 - Seguir as instruções e técnicas recomendadas pelos órgãos superiores na execução dos exames e fornecimento dos resultados obtidos.

14.4 - Colher material para exames de laboratório e/ou supervisionar a sua colheita, obedecidas as instruções vigentes.

14.5 - Efetuar outras tarefas determinadas pelos seus superiores hierárquicos.

15 - Atribuições do Auxiliar de Laboratório:

15.1 - Auxiliar o técnico de laboratório durante o exercício de suas atribuições e executar todas as tarefas que lhe forem por ele determinadas.

15.2 - Na falta do técnico de laboratório proceder a colheita do material para exame, encaminhando-o ao laboratório, obedecidas as instruções que regem o assunto.

15.3 - Elaborar boletins de produção.

15.4 - Executar outras tarefas determinadas pelo seu superior hierárquico.

16 - Atribuições dos escriturários:

16.1 - Aos que estiverem atuando na área administrativa:

16.1.1 - Encarregar-se do expediente de rotina, da expedição e recepção da correspondência do C.S.

16.1.2 - Processar as rotinas relacionadas à frequência do pessoal da Unidade.

16.1.3 - Realizar o fichamento de todos os documentos entrados na Unidade, de forma a determinar com presteza seu andamento.

16.1.4 - Confeccionar os boletins de produção de serviços previstos nas normas vigentes.

16.1.5 - Datilografar ofícios, memorandos, relatórios, despachos, autos de infração, termos de intimações, autos de imposição de penalidades,etc.

16.1.6 - Executar todas as prestações de contas e documentação de verbas de pronto pagamento, quando responsável.

16.1.7 - Datilografar laudos e fichas clínicas de inspeção médica, para fins de licenciamento para tratamento de saúde de funcionários em geral ou outros fins.

16.1.8 - Executar outras tarefas que lhe forem determinadas.

16.2 - Aos que estiverem trabalhando em outras áreas:

16.2.1 - Suas tarefas serão estabelecidas para cada servidor po seu superior imediato através de instruções de serviço, obedecidas suas atribuições próprias da função.

17 - Atribuições do Inspetor de Saneamento:

17.1 - Assessorar o médico-chefe em assuntos de sua especialidade.

17.2 - Supervisionar, controlar, orientar e distribuir tarefas a serem executadas pelos fiscais sanitários do C.S.

17.3 - Providenciar o levantamento cadastral das propriedades imobiliárias da região de jurisdição do C.S., e manter esse cadastro sempre atualizado.

17.4 - Avaliar os trabalhos realizados pelos fiscais sanitários propondo à chefia do C.S. medidas para seu aprimoramento.

17.5 - Orientar a municipalidade e munícipes em assuntos relacionados ao Saneamento em geral.

17.6 - Participar do adestramento de pessoal de saneamento.

17.7 - Fiscalizar, intimar, autuar e multar os infratores da legislação sanitária, dentro de sua competência legal.

17.8 - Coordenar as atividades da área de saneamento com as demais do C.S. visando principalmente troca de informações e aprimoramento do serviço.

17.9 - Executar supletivamente as tarefas dos fiscais sanitários.

17.10 - Executar outras tarefas determinadas pelo chefe do C.S.

18 - Atribuições do Fiscal Sanitário:

18.1 - Conhecer a legislação vigente, sobre o assunto, notadamente a parte que diz respeito ao saneamento.

18.2 - Colaborar com os sanitaristas e inspetores de saneamento, preenchendo fichas e prestando as informações necessárias.

18.3 - Auxiliar o Inspetor de Saneamento no cadastro de propriedades da área do C.S., obedecendo as instruções vigentes.

18.4 - Efetuar as inspeções que lhe forem determinadas informando os resultados obtidos e propondo medidas tais como: penalidades, prorrogação de prazo, etc., justificando sempre a proposta.

18.5 - Prestar informação nos casos de interposição de recursos contra aplicação de penalidades ou nos casos de requerimentos solicitando benefícios da lei.

18.6 - Fornecer ao chefe da US e ao Inspetor de Saneamento as informações necessárias para orientação, acompanhamento, julgamento de pedidos relacionados com serviços de abastecimento de água, destino de dejetos, lixo da habitação, higiene da alimentação, higiene de locais de trabalho, controle de vetores, poluição de várias espécies do ambiente e de locais de recreação

e de logradouros públicos, fazendo estudos, redigindo relatórios, preenchendo fichas, elaborando croquis de acordo com instruções dessas autoridades.

18.7 - Executar outras tarefas determinadas pelo Inspetor de Saneamento, ou pela chefia do Centro de Saúde.

19 - Atribuições da Educadora Sanitária ou Educadora de Saúde Pública:

19.1 - Prestar assessoria em Educação Sanitária à Chefia e à equipe técnica da Unidade.

19.2 - Prestar colaboração na organização e funcionamento dos Conselhos de Comunidade juntamente com a Educadora do Distrito.

19.3 - Realizar o levantamento de recursos humanos e materiais de interesse à educação sanitária na área do C.S. mantendo os dados atualizados.

19.4 - Adaptar os aspectos educativos dos programas de saúde do D.S. à área da U.S., juntamente com a requipe técnica da Unidade.

19.5 - Participar do planejamento dos programas de saúde locais, responsabilizando-se pelos aspectos educativos, juntamente com o Educador do D.S. e demais elementos da equipe local e distrital.

19.6 - Desenvolver atividades educativas na U.S. e na comunidade, e quando solicitado na sub-região distrital ou na regional, de acordo com os programas estabelecidos.

19.7 - Participar do treinamento do pessoal auxiliar da U.S. em técnicas educativas, juntamente com o Educador do D.S.

19.8 - Participar da avaliação dos programas de Ssaúde da U.S., responsabilizando-se pela avaliação dos aspectos educativos e de comunicação desses programas.

19.9 - Orientar estudantes e pessoas que procuram a U.S. sobre aspectos educativos dos programas de saúde.

19.10 - Orientar a utilização e distribuição do material audio-visual recebido do D.S.

19.11 - Orientar a elaboração e utilização de material audio-visual para a U.S. aproveitando sos recursos locais.

19.12 - Manter os líderes e grupos da comunidade em contato com a U.S. a fim de que possam participar ativamente dos programas desenvolvidos na área.

19.13 - Promover a participação dos professores das escolas e responsáveis por outras instituições, nos programas de saúde desenvolvidos pela U.S.

19.14 - Prestar assessoria técnica e outras agências ou serviços em relação aos aspectos educativos dos programas de saúde na área da U.S. interpretando a filosofia da educação sanitária.

19.15 - Dar à equipe da U.S. orientação para a aplicação de técnicas educativas nas atividades desenvolvidas na execução de seu trabalho.

Nota:

A função de Educador Sanitário em nível local está prevista temporariamente no quadro de pessoal da U.S.. Essas funções desaparecerão com a vacância.

20 - Atribuições da Enfermeira:

20.1 - Assessorar o Chefe da U.S. em assunto de Enfermagem.

20.2 - Supervisionar, coordenar, controlar e Auxiliar os serviços do pessoal em função nas áreas de visitação domiciliar, imunizações e em certas U.S. onde não haja técnico de laboratório ou auxiliar de laboratório.

20.3 - Supervisionar a área de Vacinação em geral, de modo a assegurar alto padrão de funcionamento.

20.4 - Fazer ou providenciar investigação epidemiológica dos casos de doenças transmissíveis da área e adotar as medidas de bloqueio dos respectivos focos, de acordo com as normas vigentes.

20.5 - Encarregar-se da área de nutrição de acordo com programa a ser estabelecido, oportunamente.

20.6 - Adaptar a nível local os programas de saúde no que concerne à enfermagem submetendo-o a aprovação do chefe da U.S. para a execução.

20.7 - Executar e avaliar programas de adestramento para pessoal de enfermagem e técnico auxiliar em cooperação com a Enfermeira e Educador do D.S.

20.8 - Fazer consulta de enfermagem e controlar o comparecimento de comunicantes de moléstias transmissíveis, promovendo o comparecimento dos faltosos.

20.9 - Distribuir tarefas de visitação domiciliar, executando esse serviço em casos especiais.

20.10 - Prever e opinar sobre compra de material e equipamento de enfermagem.

20.11 - Distribuir pessoal de enfermagem para os programas do C.S. extraordinários ou não, organizando atividades internas e externas para atendimento às consultas médicas, visitação domiciliar, imunizações, testes e outros.

20.12 - Executar atividades mais complexas de enfermagem, em caráter seletivo, nos programas de saúde.

20.13 - Manter entrosamento com os recursos da comunidade para atender as necessidades da população, em matéria de enfermagem.

20.14 - Participar de reuniões com líderes da comunidade motivando-os para solução de problemas e para a colaboração em programas que envolvam assuntos de enfermagem.

20.15 - Participar de reuniões periódicas e eventuais com o chefe do C.S. e demais elementos técnicos do mesmo, desde que convocado.

20.16 - Colaborar em programa de pesquisa de interesse da saúde quando solicitado.

20.17 - Executar outras tarefas determinadas pelo chefe do C.S.

21 - Atribuições do Visitador Sanitário:

21.1 - Executar visitas domiciliares para promoção e preservação da saúde da comunidade de acordo com as instruções e normas vigentes.

21.2 - Encarregar-se da aplicação de testes e vacinas fora da unidade, obedecidas as normas vigentes.

21.3 - Executar pequenos cuidados de enfermagem por ocasião das visitas domiciliares, obedecidas instruções específicas.

21.4 - Elaborar boletins de produção e relatórios de visitas.

21.5 - Colaborar no planejamento e na execução de programas de saúde da comunidade.

21.6 - Participar do adestramento do pessoal do C.S.

21.7 - Colaborar em inquéritos epidemiológicos e pesquisas de interesse sanitário.

21.8 - Divulgar na comunidade os serviços prestados pelo C.S. seu horário de funcionamento e requisitos exigidos para frequentá-lo.

21.9 - Colaborar na motivação dos líderes locais para solução dos problemas de saúde da comunidade.

21.10 - Seguir as instruções, roteiros e normas vigentes no trabalho de visitação domiciliar, atendendo as peculiaridades de cada caso, bem como as instruções específicas determinadas pela área especializada a que o paciente estiver frequentando.

21.11 - Estimular para que o maior número de crianças frequentem a área de higiene da criança do C.S.

21.12 - Orientar no sentido de que os pacientes em tratamento nas diversas áreas frequentem regularmente o C.S. bem como sigam as prescrições médicas.

21.13 - Auxiliar o controle dos comunicantes e contatos de moléstias transmissíveis promovendo o seu comparecimento de acordo com os esquemas pré-estabelecidos.

21.14 - Conscientizar os doentes de moléstias transmissíveis e seus contatos da importância da vigilância epidemiológica.

21.15 - Orientar parteiras e leigas para que trabalhem em cooperação com a área especializada do C.S.

21.16 - Participar dos programas de saúde escolar de acordo com planos estabelecidos entre o C.S. e as autoridades escolares.

21.17 - Durante as visitas domiciliares ou a instituições, aproveitar toda oportunidade para difundir noções de prevenção e higiene no que concerne a moléstias transmissíveis, higiene bucal e dentária, higiene materna e da criança, nutrição, higiene visual e saúde mental, obedecidas as diretrizes adotadas no C.S. e as normas vigentes.

21.18 - Executar outras tarefas determinadas pela enfermeira ou chefe da U.S.

22 - Atribuições do Atendente:

22.1 - Quando subordinado a enfermagem:

22.1.1 - Proceder a limpeza e esterilização de material obedecidas instruções e normas existentes.

22.1.2 - Prover e prever material para atender a demanda e tarefas de suas atribuições.

22.1.3 - Preencher fichas, cadernetas de vacinações, calendário de consulta, boletins de produção de áreas de acordo com as instruções vigentes.

22.1.4 - Colaborar nas vacinações na U.S. e eventualmente fora dela, obedecidas as instruções e normas vigentes, quando lhe for determinado.

22.1.5 - Orientar usuários do C.S. sobre normas e roteiros para o atendimento vigente na U.S.

22.1.6 - Preparar o ambiente de trabalho do médico para que ele possa desempenhar com proficiência suas funções.

22.1.7 - Introduzir clientes para consulta médica, préviamente, fazendo triagem e obedecendo a ordem estabelecida para o atendimento ou a gravidade do caso.

22.1.8 - Detetar e notificar casos suspeitos de moléstias de notificação compulsória, orientar a população da importância dessa notificação.

22.1.9 - Na falta do auxiliar de laboratório e do técnico de laboratório colher material para exames.

22.1.10 - Colaborar na aplicação de injeções e de pequenos curativos, obedecidas as intruções.

22.2 - Quando subordinado a administração:

22.2.1 - Suas tarefas serão baixadas pelo seu superior hierárquico através de instruções de serviço, obedecidas as atribuições próprias da função.

23 - Responsável pela Administração somente para o C.S. (I e II):

23.1 - Assessorar o médico-chefe em assuntos relativos à administração.

23.2 - Distribuir tarefas, supervisionar, controlar, coordenar e avaliar os trabalhos nas áreas administrativas.

23.3 - Sugerir ao médico-chefe a adoção de medidas, rotinas e instruções para o aprimoramento dos serviços administrativos.

23.4 - Participar, quando convocado, das reuniões do pessoal do C.S.

23.5 - Prestar informações sobre assuntos administrativos relacionados com o C.S.

23.6 - Participar, quando convocado, de reuniões em nível distrital e regional.

23.7 - Manter em dia os trabalhos relativos às áreas de pessoal, finanças, comunicações e atividades auxiliares.

23.8 - Manter em dia coletânea de Decretos, Leis, Resoluções, Portarias e Normas relacionadas com as suas atividades.

23.9 - Manter registro de ponto de todos os servidores do C.S

23.10 - Emitir após parecer favorável da chefia do C.S., instruções de serviço, fixando para cada funcionário administrativo atribuições e tarefas e transferindo-as de um para outro servidor quando necessário.

24 - Ao Motorista do C.S. compete:

24.1 - Dirigir o veículo que lhe for destinado com atenção e cautela, inspecionando-o antes da partida, durante e após o percurso.

24.2 - Zelar permanentemente pelo seu correto funcionamento.

24.3 - Manter o veículo a seu cargo em perfeito estado de asseio interno e externo.

24.4 - Requisitar ou providenciar a manutenção preventiva.

24.5 - Requisitar manutenção corretiva, através de solicitação ao seu chefe imediato, do veículo a seu cargo.

24.6 - Obedecer as disposições do Código Nacional de Trânsito, normas e regulamentos internos e locais.

24.7 - Efetuar reparações de emergência durante o percurso e outras para as quais estiver habilitado.

24.8 - Preencher regularmente os boletins de ocorrência, relatórios de serviço e demais impressos relacionados com o controle de veículos.

24.9 - Ter sempre consigo a carteira de habilitação, carteira funcional e a carteira de identidade.

24.10 - Manter rigorosamente em dia os exames previstos pelas autoridades de trânsito.

24.11 - Somente abandonar o veículo depois de ter estacionado em local permitido e com permissão do usuário que estiver conduzindo.

24.12 - Responsabilizar-se pelas multas impostas ao veículo quando na sua direção.

24.13 - Providenciar, em caso de acidente, em que o veículo que dirige for envolvido:

24.13.1 - A presença de autoridade competente, se possível.

24.13.2 - A elaboração de um relatório, encaminhando boletim de ocorrência a seu chefe imediato, constando:

- número da chapa do motor ou chassis, tipo e marca dos veículos envolvidos na ocorrência;
- horário da ocorrência e localidade anotando o número do edifício mais próximo, se em via urbana;
- nomes das pessoas conduzidas, local de trabalho, nomes e números das carteiras de habilitação dos motoristas;
- quais os serviços que executava;
- descrição do número de pessoal envolvidas na ocorrência, gravidade, e as providências tomadas no caso de haver feridos.

24.14 - Auxiliar nos serviços de carga e descarga de material, na viatura.

24.15 - Executar outras tarefas determinadas pelo Médico-Chefe ou encarregado da administração.

25 - Atribuições dos Serventes:

25.1 - Abrir e fechar o prédio do Centro de Saúde no início e no fim do expediente, providenciando o hasteamento e recolhimento da bandeira nacional nas datas previstas.

25.2 - Proceder limpeza das dependências internas e externas do Centro de Saúde, higiene e conservação de locais, utensílios, móveis e equipamentos, embalagens e pesagens de materiais.

25.3 - Executar pequenos reparos em móveis, utensílios, equipamentos e instalações, quando necessário.

25.4 - Transmitir recados, entregar correspondências, papéis, processos e pequenos volumes.

25.5 - Instruir os usuários do Centro de Saúde sobre normas, condições de atendimentos e horários de consulta vigentes.

25.6 - Executar tarefas de portaria e similares.

25.7 - Carregar e descarregar caminhão de mercadorias, bem como transportar objetos e móveis de um lugar a outro, obedecidas as instruções superiores.

25.8 - Fazer outras tarefas determinadas pelo seu superior hierárquico.

26 - As atribuições do médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, auxiliar dental e outros especialistas em exercício no C.S. serão objeto de regulamentação a ser baixada posteriormente.

Artigo 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

ATITUDES EM RELAÇÃO A CENTRO DE SAÚDE

FOLHA DE AFIRMAÇÕES	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
I - 1a. Dimensão - Atitude em relação aos médicos de Centro de Saúde (relacionamento)											
1. Os médicos de Centro de Saúde não dão atenção aos pacientes.											
2. As consultas no Centro de Saúde, demoram o tempo necessário ao atendimento do paciente.											
3. O paciente não demora no consultório do Centro de Saúde mais que o tempo necessário para entrar e sair.											
4. Os médicos gastam muito menos tempo nas consultas feitas nos Centros de Saúde, do que nos seus consultórios particulares.											
5. Os médicos de Centro de Saúde poderiam ser menos grosseiros do que são											
6. Os médicos de Centro de Saúde só atendem com delicadeza seus clientes particulares.											
7. Os médicos de Centro de Saúde tratam bem tanto o rico como o pobre.											
8. Nos Centros de Saúde não se vê grosseria e mal trato para com os pacientes.											
9. Apesar de ter que se esperar muito, a consulta médica em Centro de Saúde vale a pena.											
10. É difícil conseguir uma consulta médica em Centro de Saúde na hora que se precisa.											
11. Não se pode esperar que qualquer médico, especialmente de Centro de Saúde, seja perfeito.											
12. Com muitos pacientes para atender, os médicos de Centro-de Saúde não podem se lembrar de todos.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
13. Os médicos de Centro de Saúde costumam ser dedicados a seus pacientes.											
14. Os médicos de Centro de Saúde não tem tempo de ouvir os problemas de seus pacientes.											
15. Os médicos de Centro de Saúde não gostam de ouvir os problemas de seus pacientes.											
16. Nas consultas médicas em Centro de Saúde não dá nem para contar o que estamos sentindo.											
17. Nas consultas médicas em Centro de Saúde, mal se tem tempo de dizer o que se está sentindo.											
18. O cliente que desobedece ordem do médico de Centro de Saúde é sempre chamado à atenção.											
19. A população se queixa da dificuldade em conseguir uma consulta nos Centros de Saúde.											
20. Os médicos de Centro de Saúde gostam de explicar detalhadamente o que o paciente tem.											
21. As pessoas que procuram o médico de Centro de Saúde geralmente são atendidas imediatamente.											
22. Tudo o que contamos aos médicos de Centro de Saúde é ouvido com atenção.											
23. Nem sempre o médico de Centro de Saúde pode ouvir nossos problemas.											
24. Não se deve confiar problemas a médicos de Centro de Saúde.											
25. Tudo que se conta ao médico de Centro de Saúde, em pouco tempo, vira notícia.											
26. Médico de Centro de Saúde não se interessa em explicar claramente qual o tratamento que o paciente deve seguir.											
27. Médico de C.S. não dá muitas explicações ao paciente sobre sua doença.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
28. As crianças são examinadas sem nenhum cuidado, por médico de Centro de Saúde.											
29. O exame das crianças em Centro de Saúde, é feito às pressas.											
30. Para os médicos de Centro de Saúde nenhum cliente é importante.											
31. É muito importante para o Centro de Saúde atender bem todos os doentes.											
32. Em geral os médicos de Centro de Saúde são muito simpáticos.											
II - 2a. Dimensão - Eficiência dos serviços oferecidos.											
33. Eu atenderei prontamente a indicação de uma operação cirúrgica se ela for feita por médico de Centro de Saúde.											
34. É excelente o serviço médico oferecido pelos Centros de Saúde.											
35. Médico que trabalha em Centro de Saúde não está atualizado com o progresso da Medicina.											
36. Trabalham em Centro de Saúde os médicos que não conseguiram vencer na vida de outra maneira.											
37. Quando necessário, os médicos de Centro de Saúde gastam muito tempo examinando os pacientes.											
38. A maioria da clientéla do Centro de Saúde sai com dúvidas se tomará ou não os remédios indicados.											
39. Os médicos de Centro de Saúde examinam cuidadosamente todos os clientes.											
40. Exame médico feito em Centro de Saúde não tem o mínimo valor.											
41. Médico de Centro de Saúde mal olha as crianças que se apresentam para exame.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
42. Médico de Centro de Saúde mal olha a gestante que comparece para exame.											
43. Médico de Centro de Saúde trata mal as gestantes que querem fazer pré-natal.											
44. Controle pré-natal só é bem feito em Centro de Saúde.											
45. Tratamento feito em Centro de Saúde não cura ninguém.											
46. Não adianta levar criança doente a Centro de Saúde.											
47. Médico de Centro de Saúde nunca descobre o que o doente tem.											
48. Médico de Centro de Saúde só receita remédios caros.											
49. Médico de Centro de Saúde raramente descobre o que o doente tem.											
50. Médico de Centro de Saúde às vezes descobre o que o paciente tem.											
51. Médico de Centro de Saúde sempre descobre o que o paciente tem.											
52. Em caso de doença grave nunca se deve procurar Centro de Saúde.											
53. É preferível procurar o Centro de Saúde do que o INPS.											
54. Quem não tem direito a outro serviço médico tem que aguentar o Centro de Saúde.											
55. O serviço de Centro de Saúde é tão bom quanto serviço médico particular.											
56. Mesmo que a gente não saia curado do Centro de Saúde sai-se de lá sentindo melhor.											
57. Nos Centros de Saúde nunca dão tratamento certo.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
58. As receitas dos médicos de Centro de Saude não servem para nada.											
59. Os médicos de Centro de Saúde são menos atenciosos que os médicos particulares											
60. Deve-se desconfiar sempre dos médicos de Centro de Saúde.											
61. As pessoas podem seguir sem medo os conselhos dos médicos de Centro de Saúde											
62. O melhor atendimento para crianças e o que o Centro de Saúde dá.											
63. Levar a criança ao Centro de Saúde ou não levar é a mesma coisa.											
64. Gestante tratada em Centro de Saúde [illegible] entregue à sua própria sorte.											
65. É preferível não fazer pré-natal do que fazê-lo em Centro de Saude.											
66. Pré-natal em Centro de Saúde nem ajuda, nem atrapalha.											
67. No Centro de Saúde as gestantes são usadas para experiências.											
68. Só vacina dada em Centro de Saúde é que faz efeito.											
69. As agulhas usadas para vacinar em Centro de Saúde não são bem fervidas.											
70. Vacina dada em Centro de Saúde pode provocar doença.											
71. São muito bem aplicadas as vacinas nos Centros de Saúde.											
72. Não se deve confiar em resultado de exame de fezes feito em Centro de Saúde.											
73. Exames de sangue são muito bem feitos nos Centros de Saúde.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
74. As vezes os resultados de exame de urina feito em Centro de Saúde não são certos.											
75. Conforme o Centro de Saúde, não se pode confiar no resultado do exame feito.											
76. Os exames de sangue, fezes e urina são feitos no Centro de Saúde de qualquer jeito.											
III - 3a. Dimensão - Relacionamento entre funcionários de Centro de Saúde e pacientes.											
77. Os funcionários de Centro de Saúde tratam as pessoas com muita delicadeza.											
78. Os funcionários de Centro de Saúde não gostam de dar informações às pessoas.											
79. Os clientes nos Centros de Saúde são jogados de um lado para outro.											
80. Mesmo que a gente vá ao Centro de Saúde todos os dias, os funcionários não aprendem nosso nome.											
81. Sempre que se pede uma informação a um funcionário de Centro de Saúde recebe-se uma grosseria.											
82. Os funcionários de Centro de Saúde costumam saber o nome de todos os matriculados.											
83. Os funcionários de Centro de Saúde são muito atenciosos com os clientes.											
84. Os funcionários de Centro de Saúde se esforçam para atender bem a população.											
85. Os funcionários de Centro de Saúde não querem saber de trabalhar.											
86. Os funcionários de Centro de Saúde só sabem conversar e tomar cafezinho.											
87. Funcionários de Centro de Saúde só sabem gritar com os clientes.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
88. Os funcionários de Centro de Saúde são interessados nos problemas dos clientes.											
89. Os funcionários de Centro de Saúde dão conselhos errados a gente.											
90. Os funcionários de Centro de Saúde são desatenciosos.											
91. Para os funcionários de Centro de Saúde, os clientes que se danem.											
IV - 4a. Dimensão - Ambiente .											
92. No Centro de Saúde a gente se sente como se estivesse em casa.											
93. Vê-se tudo que se passa nas salas de exame do Centro de Saúde.											
94. De uma sala de exame de Centro de Saúde ouve-se o que acontece nas outras.											
95. Da sala de espera dos Centros de Saúde vê-se o que se passa nos consultórios											
96. Os prédios onde estão os Centros de Saúde dão má impressão.											
97. Sujeira é o que não falta em Centro de Saúde.											
98. Os prédios onde estão os Centros de Saúde, são modernos e agradáveis.											
99. Limpeza é uma coisa que sempre se encontra nos Centros de Saúde.											
100. As pessoas podem confiar na limpeza e higiene do Centro de Saúde.											
101. Nos Centros de Saúde os pobres são maltratados e os ricos privilegiados.											
102. Tanto os ricos como os pobres são bem tratados nos Centros de Saúde.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
103. Centro de Saúde é lugar de gente pobre.											
104. Os Centros de Saúde são modelos de higiene e limpeza.											
105. O Centro de Saúde só serve para as pessoas que não tem outra assistência.											
106. Nos Centros de Saúde encontra-se tudo que se precisa.											
107. Os Centros de Saúde estão melhorando dia a dia.											
108. Os Centros de Saúde resolvem os problemas de saúde das pessoas pobres.											
109. Nos Centros de Saúde as pessoas doentes se sentem protegidas.											
110. O Centro de Saúde é o lugar certo para os pobres tratarem suas doenças.											
111. A pessoa que vai ao Centro de Saúde pode esperar o pior.											
112. Os prédios de Centros de Saúde são agradáveis e repousantes.											
113. Tanto os pobres como os ricos são ajudados no Centro de Saúde.											
114. O Centro de Saúde é o melhor lugar para as crianças pobres doentes.											
115. O dinheiro que o governo gasta com Centro de Saúde seria mais bem empregado em escolas.											
116. Os Centros de Saúde dão as pessoas uma sensação de desconforto e medo.											
117. Em geral o Centro de Saúde é um lugar ótimo para os que querem proteger sua saúde.											
118. Os Centros de Saúde são tão mal feitos que as pessoas o detestam.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
119. Nos Centros de Saúde as pessoas são bem tratadas e confortadas.											
120. Nos Centros de Saúde existe um espírito de ajuda.											
121. Os Centros de Saúde foram feitos para os pobres.											
122. Os Centros de Saúde são mais agradáveis que o INPS.											
123. Não há necessidade de Centro de Saúde em todo lugar.											
124. Nas vilas os Centros de Saúde são uma necessidade.											
125. Enquanto não tiver outra coisa melhor o Centro de Saúde serve para cuidar da saúde das pessoas.											
126. Os Centros de Saúde só satisfazem os pobres com seus serviços.											
127. Ninguém tem fé nos Centros de Saúde.											
128. Os Centros de Saúde não tem nada para dar.											
129. Os Centros de Saúde são velhos e feios.											
130. Os Centros de Saúde estão melhorando sua aparência.											
131. Centro de Saúde é um lugar onde se vai para ver miséria.											
132. Certos Centros de Saúde tem um aspecto deprimente.											
133. Os Centros de Saúde mais parecem masmorras onde as pessoas vão para serem torturadas.											
134. Aos Centros de Saúde só vão pessoas doentes.											
135. A gente pode pegar doença indo ao Centro de Saúde.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
136. Criança sadia em Centro de Saúde fica doente.											
137. Centro de Saúde é um lugar bom para encontrar as amigas.											
138. Nos Centros de Saúde conhece-se pessoas e faz se amizades.											
139. Centro de Saúde é lugar para ir quem não tem o que fazer.											
140. Nos Centros de Saúde as pessoas só vão para se aborrecer.											
141. As consultas nos Centros de Saúde são sempre atrapalhadas pela entrada e saída de funcionários nos consultórios médicos.											
142. Nos Centros de Saúde tudo que se precisa está quebrado.											
I - 1a. Dimensão - Atitude em relação a médicos do Centro de Saúde (continuação)											
143. Os médicos de Centro de Saúde atendem com muita paciência.											
144. Os médicos do Centro de Saúde se esforçam em interessar as mães na saúde dos filhos.											
145. Os médicos de Centro de Saúde procuram compreender cada pessoa que os procura.											
146. Os médicos de Centro de Saúde ajudam os pacientes a cuidar de sua saúde.											
147. Os médicos de Centro de Saúde, se preocupam em atender bem os pacientes.											
148. Os médicos de Centro de Saúde são muito gentis com os clientes.											
149. Ajudar o povo é o ideal do médico do Centro de Saúde.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
150. É difícil conseguir um sorriso do médico do Centro de Saúde.											
151. Médico de Centro de Saúde costuma falar muito pouco com os clientes.											
152. Ao atender o 1º paciente o médico de Centro de Saúde já se mostra cansado.											
153. A maioria das pessoas não gosta dos médicos de Centro de Saúde.											
154. O médico de Centro de Saúde raramente faz alguma coisa para beneficiar a saúde do povo.											
155. Médico do Centro de Saúde, raramente compreende as pessoas pobres.											
156. Médico de Centro de Saúde é um fracasso como médico.											
157. Os médicos de Centro de Saúde não explicam aos pacientes como cuidar de sua saúde.											
158. Os médicos de Centro de Saúde frequentemente demonstram sua incompetência.											
159. Os médicos de Centro de Saúde não fazem nada para corrigir hábitos de saúde dos pacientes.											
160. Os médicos de Centro de Saúde desde que chegam até a hora de sair olham mil vezes ao relógio.											
161. Os médicos de Centro de Saúde costumam ser enérgicos com os pacientes pensando no seu bem estar.											
162. Os médicos de Centro de Saúde são conhecidos pela gentileza com que tratam a população.											
163. Não se pode nem pensar em conversar problemas particulares com médicos do Centro de Saúde.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
II - 2a. Dimensão - Eficiência dos Serviços oferecidos (continuação)											
164. A qualidade da assistência médica oferecida pelos médicos particulares é superior a oferecida pelos Centros de Saúde.											
165. A pessoa que frequenta os Centros de Saúde é mais saudável que a população que não frequenta.											
166. Os Centros de Saúde prestam assistência médica a grande número de pessoas.											
167. Eu acho que obterei uma melhor assistência de um médico que estou pagando, que um médico do Centro de Saúde.											
168. A assistência médica oferecida pelos Centros de Saúde é necessária para a população.											
169. Nos Centros de Saúde obtem-se uma ótima assistência médica.											
170. É muito difícil o médico de Centro de Saúde errar diagnóstico.											
171. Os médicos que trabalham em Centro de Saúde conhecem profundamente seu trabalho.											
172. No caso de doença grave, os médicos de Centro de Saúde são os que mais podem ajudar o doente e a família.											
173. Os remédios passados por médicos de Centro de Saúde, são piores que os chás caseiros.											
174. Médico que trabalha em Centro de Saúde não tem ambição.											
III - 3a. Dimensão - Relacionamento entre funcionário e cliente (continuação)											
175. Os funcionários de Centro de Saúde tratam o paciente da melhor maneira possível.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
176. O tratamento que os funcionários de Centro de Saúde oferecem é muito melhor do que se imagina.											
177. O doente é muito valioso para os funcionários do Centro de Saúde.											
178. Os funcionários de Centro de Saúde, são tão bons que muitas pessoas vão ao Centro de Saúde por causa deles.											
179. Os funcionários do Centro de Saúde colaboram bastante para o bem estar dos pacientes.											
180. Os funcionários de Centro de Saúde deveriam ser apreciados por mais gente.											
181. Quanto mais se conhece os funcionários de Centro de Saúde mais se gosta deles											
182. Os funcionários de Centro de Saúde atendem mal os clientes.											
183. Os funcionários de Centro de Saúde demoram muito para atender as pessoas.											
184. Os funcionários de Centro de Saúde sempre nos dão as informações que pedimos.											
185. Se as pessoas forem gentis com os funcionários de Centro de Saúde eles também serão.											
186. Os funcionários de Centro de Saúde aborrecem as pessoas com seus conselhos											
187. Os funcionários de Centro de Saúde tratam tão bem os clientes que até aborrecem.											
188. Sempre que se tem problemas pode-se confiar nos funcionários de Centro de Saúde.											
189. A maioria das pessoas que frequenta os Centros de Saúde não gosta de seus funcionários.											
190. Os funcionários de Centro de Saúde são tão ruins que deveriam ser despedidos.											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
191. Seria muito melhor se os funcionários dos Centros de Saúde não tratassem tão mal os pacientes.											
192. Tentar conseguir alguma informação de funcionários de Centro de Saúde é uma perda de tempo.											
193. Os funcionários de Centro de Saúde só faltam enxotar as pessoas que procuram os Centros de Saúde.											
194. Os funcionários de Centro de Saúde são os mais atenciosos que já vi.											
195. Os funcionários de Centro de Saúde trabalham pelo ideal de ajudar as pessoas.											
196. Os funcionários de Centro de Saúde procuram beneficiar as pessoas.											
197. Os funcionários de Centro de Saúde procuram beneficiar todas as pessoas que os procuram.											
198. Os funcionários de Centro de Saúde fazem de tudo para melhorar a saúde da população.											
199. O trabalho dos funcionários de Centro de Saúde é essencial para manter a saúde das crianças.											
200. Os funcionários de Centro de Saúde são muito pacientes com as pessoas.											
201. Os funcionários de Centro de Saúde em geral costumam tratar muito bem as pessoas.											
202 Os funcionários de Centro de Saúde não são tão bons para as pessoas, mas também não podemos dizer que sejam maus.											
203 Os funcionarios de Centro de Saúde fazem bem suas tarefas muito poucas vezes.											
204. Os funcionários de Centro de Saúde não ajudam ninguém											

	VALOR ESCALAR										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
205. As pessoas não vão aos Centros de Saúde porque seus funcionários tratam muito mal.											
206. Somente quem precisa muito pode gostar dos funcionários de Centro de Saúde.											
207. Os funcionários de Centro de Saúde oferecem muito carinho para as pessoas que os procuram.											

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

1 .....

.....

.....

.....

.....

2 .....

.....

.....

.....

.....

3 .....

.....

.....

.....

.....

INSTRUÇÕES

1. Solicitamos a participação do senhor(a), para que como juiz, opine, em relação a cada afirmação contida nas tiras de papel, se ela reflete um sentimento favorável ou desfavorável da população em relação aos Centros de Saúde. Não queremos que o senhor(a) expresse no seu julgamento sua opinião pessoal em relação aos Centros de Saúde.

   O julgamento das afirmações será um primeiro passo para fazer uma escala, que permita estudar atitudes em relação a Centro de Saúde. Entendemos por atitudes em relação a Centro de Saúde como um sistema de reações afetivas e avaliativas em relação a pessoal médico e auxiliar, que atende nos Centros de Saúde, aos serviços prestados por esse pessoal e ao ambiente físico e social dos Centros de Saúde.

2. Assim, pedimos que o senhor(a) classifique estas afirmações em onze categorias separando inicialmente as tiras de papel em montes.

3. Para facilitar seu trabalho sugerimos o seguinte processo:
   a) por favor, coloque a sua frente os cartões numerados de 1 a 11 em ordem; b) sobre o cartão 1, coloque aquelas afirmações que acredita expressem o mais alto apreço aos Centros de Saúde; c) sobre o cartão 11, coloque aquelas que expressem o mais baixo apreço aos Centros de Saúde; d) sobre os outros coloque as afirmações de acordo com o grau intermediário de apreço, que elas expressem; e) isto significa que, quando o senhor(a) acabar a classificação, terá 11 montes (categorias) ordenados segundo o valor de sua estimativa, desde 1, o mais alto, até 11, o mais baixo.

4. Não se preocupe em colocar o mesmo número de tiras de papel em cada monte, pois as afirmações não estão distribuidas de maneira uniforme.

5. Os números, nas tiras de papel, são números de código e não tem nenhuma relação com a classificação em montes (categorias).

6. Será mais fácil para o senhor(a) a classificação das afirmações, se antes de iniciá-la der uma olhada em algumas delas selecionadas ao acaso.

7. Ao final da seleção poderá rever a classificação feita no início e reclassificar algumas afirmações em função do julgamento feito em relação as últimas afirmações.

8. Ao final da classificação, por favor, assinale na folha de afirmações em anexo, o número que atribuiu a cada afirmação.

9. Se quiser sugerir alguma afirmação que ache pertinente, por favor, escreva-a no final da folha, no local determinado para "Sugestões".

10. Não deixe, por favor, de assinalar o valor que atribuiu a afirmação sugerida.

11. Se houverem afirmações ambíguas que não permitam classificação em montes (categorias), elimine-as passando um traço horizontal por todas as caselas do quadro de "valor escalar", da "folha de afirmações".

12. Se quiser fazer alguma crítica ou comentário use as linhas finais da "folha de afirmações", no local determinado para "comentários".

13. Agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido, e a valiosa colaboração prestada.

TABELA 1: RESUMO DOS JULGAMENTOS OBTIDOS DE JUÍZES DA CATEGORIA PROFISSIONAL X

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1 f					1				3	2	2		
p					0,13				0,37	0,25	0,25		9,5
pa					0,13				0,50	0,75	1,00		
2 f	1	2	2	1	1	1							
p	0,12	0,25	0,25	0,12	0,13	0,13							2,98
pa	0,12	0,37	0,62	0,74	0,77	1,00							
3 f									3	3	1		
p									9,43	0,43	0,13	1	8,66
pa									0,43	0,87	1,00		
4 f							1	2	3				
p							0,14	0,28	0,44				8,28
pa							0,28	0,56	1,00				
5 f			1			1		4			2		
p			0,12			0,12		0,51			0,25		8,00
pa			0,12			0,24		0,75			1,00		
6 f							1	3	1	2	1		
p							0,12	0,37	0,12	0,26	0,13		8,58
pa							0,12	0,49	0,61	0,87	1,00		
7 f	2	1	3	2									
p	0,25	0,13	0,37	0,25									2,85
pa	0,25	0,38	0,75	1,00									
8 f	1	4	2					1					
p	0,12	0,50	0,25					0,13					2,26
pa	0,12	0,62	0,87					1,00					
9 f	1	2	3	1	1								
p	0,12	0,25	0,37	0,13	0,13								2,85
pa	0,12	0,37	0,74	0,87	1,00								
10 f						1	3	2	2				
p						0,13	0,37	0,25	0,25			1	7,50
pa						0,13	0,50	0,75	1,00				
11 f		1	1	1	2				1	1			
p		0,14	0,14	0,14	0,28				0,15	0,15		1	4,78
pa		0,14	0,28	0,42	0,70				0,85	1,00			
12 f		1	2		1	2			1				
p		0,14	0,29		0,14	0,29			0,14			1	5,07
pa		0,14	0,43		0,57	0,89			0,98				
13 f	1	6							1				
p	0,12	0,75							0,13				2,00
pa	0,12	0,87							1,00				
14 f							4	2	1				
p							0,57	0,28	0,15			1	7,37
pa							0,57	0,85	1,00				
15 f				1			1	2	3				
p				0,14			0,14	0,28	0,44			1	8,28
pa				0,14			0,28	0,56	1,00				
16 f							3	1	4				
p							0,38	0,12	0,50				8,50
pa							0,38	0,50	1,00				
17 f			1				2	1	2	2			
p			0,12				0,26	0,13	0,25	0,24			8,42
pa			0,12				0,38	0,51	0,76	1,00			

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
18			1 0,13 0,13	1 0,13 0,26		2 0,25 0,51	1 0,12 0,63		1 0,12 0,75	1 0,12 0,87	1 0,13 1,00		6,46
19				1 0,16 0,16	1 0,16 0,32	2 0,34 0,66	2 0,34 1,00					2	6,03
20	3 0,38 0,38	2 0,26 0,64	1 0,12 0,76				1 0,12 0,88		1 0,12 1,00				1,92
21	1 0,13 0,13	5 0,63 0,76		1 0,12 0,88		1 0,12 1,00							2,08
22	3 0,38 0,38	3 0,38 0,76		1 0,12 0,88					1 0,12 1,00				1,82
23			2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	2 0,25 0,63	3 0,37 1,00							4,98
24									2 0,25 0,25	3 0,38 0,63	3 0,37 1,00		10,16
25								1 0,13 0,13		2 0,25 0,38	5 0,62 1,00		10,69
26				1 0,13 0,13			1 0,12 0,15	2 0,25 0,50	3 0,38 0,88	1 0,12 1,00			8,46
27				1 0,13 0,13			1 0,13 0,26	3 0,37 0,62	3 0,38 1,00				8,14
28									1 0,13 0,13	1 0,12 0,85	6 0,75 1,00		10,83
29				1 0,14 0,14	1 0,14 0,28			1 0,14 0,42	3 0,44 0,86	1 0,14 1,00		1	8,68
30										2 0,25 0,25	6 0,75 1,00		10,83
31	3 0,37 0,37	3 0,37 0,74	1 0,13 0,87		1 0,13 1,00								1,80
32		2 0,25 0,25	4 0,50 0,75		1 0,13 0,88			1 0,12 1,00					3,00
33	6 0,75 0,75	1 0,12 0,87	1 0,13 1,00										1,16
34	7 0,88 0,88					1 0,12 1,00							1,07
35									1 0,12 0,12	2 0,26 0,38	2 0,26 0,64	2 0,36 1,00	9,96
36					1 0,12 0,12			1 0,12 0,24	1 0,13 0,37		5 0,63 1,00		10,71

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
37	2 0,26 0,26	3 0,38 0,64	1 0,12 0,76	1 0,12 0,88	1 0,12 1,00								2,10
38				1 0,12 0,12				2 0,25 0,37	1 0,13 0,50	2 0,25 0,75	2 0,25 1,00		9,54
39	1 0,50 0,50	2 0,26 0,76	1 0,12 0,88		1 0,12 1,00								1,50
40										1 0,13 0,13	7 0,87 1,00		10,42
41								2 0,25 0,25	2 0,25 0,50	1 0,13 0,63	3 0,37 1,00		9,50
42								2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	3 0,37 0,75	2 0,25 1,00		9,72
43									1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	4 0,50 1,00		10,50
44	5 0,62 0,62		2 0,25 0,87								1 0,13 1,00	1	1,30
45											8 1,00 1,00		11,00
46									2 0,25 0,25	2 0,25 0,50	4 0,50 1,00		10,50
47										1 0,13 0,13	7 0,87 1,00		10,92
48					1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	1 0,13 0,51	2 0,25 0,76	1 0,11 0,87		1 0,13 1,00		7,42
49								2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	2 0,25 0,63	3 0,37 1,00		9,98
50				1 0,13 0,13	1 0,13 0,26		2 0,24 0,50	1 0,13 0,63	2 0,24 0,87	1 0,13 1,00			7,50
51	3 0,37 0,37	3 0,37 0,74	1 0,13 0,87	1 0,13 1,00									1,85
52										2 0,25 0,25	6 0,75 1,00		10,73
53	1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	1 0,13 0,51	1 0,13 0,64		2 0,25 0,89					1 0,13 1,00		3,43
54									2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	5 0,62 1,00		10,69
55	2 0,25 0,25	3 0,37 0,62	2 0,25 0,87		1 0,13 1,00								2,17

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
56		3 0,36 0,36	1 0,13 0,49	2 0,25 0,74	1 0,13 0,87	1 0,13 1,00							3,54
57										1 0,13 0,13	7 0,87 1,00		10,92
58											8 1,00 1,00		11,00
59			1 0,12 0,12	1 0,12 0,24	1 0,12 0,36	0	2 0,27 0,63	1 0,12 0,75	1 0,12 0,87	1 0,13 1,00			7,01
60	1 0,12 0,12							1 0,12 0,24	1 0,12 0,36	1 0,12 0,48	4 0,52 1,00		10,53
61	3 0,37 0,37	4 0,50 0,57	1 0,13 1,00										1,76
62	5 0,62 0,62	1 0,13 0,75	1 0,13 0,88					1 0,12 1,00					1,30
63									1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	6 0,74 1,00		11,20
64									1 0,13 0,13		7 0,87 1,00		10,92
65											8 1,00 1,00		11,00
66						1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	1 0,13 0,39	3 0,37 0,76	2 0,24 1,00		9,79
67								1 0,12 0,12		1 0,12 0,24	6 0,76 1,00		10,84
68	5 0,61 0,61	1 0,13 0,74	1 0,13 0,87								1 0,13 1,00		1,31
69									1 0,13 0,13	5 0,62 0,75	2 0,25 1,00		10,09
70											8 1,00 1,00		11,00
71	2 0,25 0,25	3 0,37 0,62	2 0,25 0,77	1 0,13 1,00									2,17
72			1 0,13 0,13					1 0,13 0,26		3 0,37 0,63	3 0,37 1,00		10,14
73	1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	2 0,24 0,87						1 0,13 1,00				2,24
74				1 0,13 0,13			2 0,25 0,38	3 0,36 0,74	1 0,13 0,87	1 0,13 1,00			7,83

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
75				1 0,13 0,13		1 0,13 0,26		2 0,24 0,50	4 0,50 1,00				8,50
76										5 0,63 0,63	3 0,37 1,00		10,29
77	2 0,25 0,25	4 0,50 0,75	1 0,13 0,88	1 0,12 1,00									2,00
78							3 0,37 0,37	3 0,37 0,74	1 0,13 0,87	1 0,13 1,00			7,85
79							1 0,13 0,13		2 0,24 0,37	4 0,50 0,87	1 0,13 1,00		9,76
80					2 0,33 0,33	1 0,16 0,49	1 0,17 0,66		1 0,17 0,83	1 0,17 1,00		2	6,55
81								1 0,13 0,13	2 0,24 0,37	1 0,13 0,50	4 0,50 1,00		10,50
82	1 0,17 0,17	3 0,33 0,50	1 0,13 0,67		2 0,33 1,00							1	2,50
83	2 0,24 0,24	4 0,50 0,74	1 0,13 0,87		1 0,13 1,00								2,02
84	1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	2 0,24 0,87	1 0,13 1,00									2,24
85									2 0,25 0,25	6 0,75 1,00			9,88
86								1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	2 0,24 0,50	4 0,52 1,00		10,50
87								1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	4 0,50 0,76	2 0,24 1,00		9,98
88	1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	4 0,50 0,76	1 0,12 0,88	1 0,12 0,88								2,98
89									1 0,17 0,13	2 0,25 0,38	5 0,62 1,00		10,69
90								2 0,25 0,25	4 0,50 0,75	2 0,25 1,00			2,00
91								1 0,13 0,13	2 0,24 0,37	1 0,13 0,50	4 0,50 1,00		10,50
92	3 0,37 0,37	1 0,13 0,50	2 0,24 0,74	1 0,13 0,87		1 0,13 1,00							2,50
93					1 0,13 0,13		2 0,24 0,37		2 0,25 0,62	1 0,13 0,75	2 0,25 1,00		9,02

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
94	0				1 0,13 0,13		2 0,25 0,34		1 0,12 0,50	4 0,50 1,90			9,50
95							2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	1 0,13 0,51	1 0,13 0,64	3 0,36 1,00		9,42
96					2 0,25 0,25			1 0,13 0,38	3 0,37 0,75	2 0,25 1,00			8,82
97								1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	1 0,13 0,76	2 0,24 1,00		9,24
98	1 0,14 0,14		3 0,43 0,57	1 0,14 0,71	1 0,14 0,85			1 0,15 1,00				1	3,33
99		2 0,25 0,25	3 0,37 0,62	1 0,13 0,75	1 0,13 0,88						1 0,12 1,00		3,17
100		1 0,13 0,13	4 0,50 0,63		2 0,24 0,87				1 0,13 1,00				3,24
101							1 0,13 0,13		2 0,24 0,37	1 0,13 0,50	4 0,50 1,00		10,50
102	1 0,13 0,13	2 0,25 0,38		3 0,37 0,75	1 0,13 0,88	1 0,13 1,00							3,82
103					1 0,14 0,14		2 0,28 0,42	1 0,14 0,56		2 0,28 0,84	1 0,16 1,00	1	8,07
104	2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	2 0,25 0,63	1 0,13 0,76	1 0,12 0,88			1 0,12 1,00					2,98
105					1 0,13 0,13			1 0,13 0,26	2 0,24 0,50	3 0,37 0,87	1 0,13 1,00		9,38
106	3 0,43 0,43	1 0,14 0,57	1 0,14 0,71	1 0,14 0,85					1 0,15 1,00			1	2,00
107		3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	2 0,25 0,87	1 0,13 1,00								3,02
108		1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	2 0,28 0,56	1 0,14 0,71		1 0,14 0,85				1 0,15 1,00	1	4,28
109	1 0,13 0,13	6 0,74 0,87	1 0,13 1,00										2,00
110				2 0,33 0,33	1 0,16 0,49	1 0,17 0,66			1 0,17 0,83		1 0,17 1,00	2	5,55
111											8 1,00 1,00		11,00
112			2 0,34 0,34	1 0,16 0,50	2 0,34 0,84				1 0,16 1,00			2	4,50

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
113		3 0,37 0,37	2 0,26 0,63	3 0,37 1,00									3,00
114			1 0,16 0,16	3 0,50 0,66	0		1 0,17 0,83				1 0,17 1,00	2	4,18
115								1 0,14 0,14	2 0,28 0,42	2 0,29 0,71	2 0,29 1,00	1	9,77
116									3 0,37 0,37	2 0,26 0,63	3 0,37 1,00		10,00
117	3 0,37 0,37	4 0,50 0,87	1 0,13 1,00										1,76
118									2 0,33 0,33	2 0,33 0,66	2 0,34 1,00	2	10,01
119	1 0,13 0,13	2 0,24 0,37	3 0,37 0,71	1 0,13 0,87	1 0,13 1,00								2,85
120			5 0,62 0,62	2 0,25 0,87	1 0,13 1,00								3,30
121				1 0,16 0,16	1 0,16 0,32			3 0,52 0,84			1 0,16 1,00	2	7,90
122			1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	3 0,37 0,87						1 0,13 1,00		4,50
123					1 0,17 0,17	1 0,17 0,34		1 0,17 0,51	2 0,33 0,84		1 0,16 1,00		8,44
124		1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	3 0.37 0,87			1 0,13 1,00						3,50
125					1 0,13 0,13		3 0,37 0,50	2 0,25 0,75	2 0,25 1,00				7,50
126							2 0,29 0,29	2 0,29 0,58	1 0,13 0,71	2 0,29 1,00		1	8,22
127										2 0,25 0,25	6 0,75 1,00		10,80
128										4 0,50 0,50	4 0,50 1,00		10,50
129						1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	2 0,25 0,63	2 0,25 0,88		1 0,12 1,00		7,98
130	1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	3 0,13 0,63	3 0,37 1,00								4,14
131								1 0,16 0,16	2 0,34 0,50	2 0,34 0,54	1 0,16 1,00	2	9,50

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
132			1 0,13 0,13					1 0,13 0,26	4 0,50 0,76	1 0,12 0,88	1 0,12 1,00		8,98
133											7 1,00 1,00	1	11,00
134					1 0,14 0,14	2 0,29 0,43			1 0,14 0,57	2 0,29 0,86	1 0,14 1,00	1	9,00
135										4 0,50 0,50	4 0,50 1,00		10,50
136										2 0,25 0,25	6 0,75 1,00		10,83
137		1 0,16 0,16			3 0,50 0,66		1 0,17 0,73	1 0,17 1,00				2	6,18
138		1 0,16 0,16		2 0,34 0,50	3 0,50 1,00							2	4,50
139					1 1 0,17 0,17				1 0,17 0,34		4 0,66 1,00	2	10,74
140								1 0,13 0,13	4 0,30 0,63	1 0,13 0,76	2 0,24 1,00		9,24
141							3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	2 0,25 0,87		1 0,13 1,00		8,02
142								2 0,25 0,25	4 0,50 0,75		2 0,25 1,00		9,00
143	1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	3 0,37 0,75	1 0,13 0,88					1 0,12 1,00				2,82
144	3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	2 0,25 0,87		1 0,13 1,00								2,02
145	2 0,25 0,25	4 0,50 0,75		1 0,13 0,88			1 0,12 1,00						2,00
146	4 0,50 0,50	3 0,37 0,87	1 0,13 1,00										1,50
147	3 0,37 0,37	3 0,37 0,74	1 0,13 0,87				1 0,13 1,00						1,85
148		2 0,25 0,25	3 0,37 0,62	2 0,25 0,87				1 0,13 1,00					3,17
149	4 0,50 0,55	1 0,13 0,63		1 0,13 0,76	1 0,12 0,88				1 0,12 1,00				1,50
150						1 0,16 0,16	2 0,52 0,68	1 0,16 0,84	1 0,16 1,00			2	7,15

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
151			1 0,13 0,13			2 0,25 0,38	3 0,37 0,75	1 0,13 0,88	1 0,12 1,00				6,82
152							3 0,37 0,37	1 0,13 0,50		4 0,50 1,00			8,50
153						1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	2 0,29 0,67	2 0,29 0,86	1 0,14 1,00		1	8,25
154								2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	3 0,37 0,75	2 0,25 1,00		9,82
155							1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	1 0,13 0,63	3 0,37 1,00			8,50
156										1 0,13 0,13	4 0,87 1,00		10,92
157				1 0,13 0,13			1 0,13 0,16		5 0,62 0,88		1 0,12 1,00		8,88
158										5 0,62 0,62	3 0,13 1,00		10,30
159						1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	3 0,37 0,63	3 0,37 1,00			9,14
160								3 0,37 0,37	1 0,13 0,50	2 0,25 0,75	2 0,25 1,00		9,50
161		1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	2 0,25 0,75		1 0,13 0,88				1 0,12 1,00			3,50
162		3 0,37 0,37	2 0,25 0,42	2 0,25 0,67	1 0,13 1,00								3,82
163							3 0,51 0,51	1 0,16 0,67	2 0,33 1,00			2	7,50
164								2 0,25 0,25	6 0,75 1,00				8,83
165	2 0,25 0,25	3 0,37 0,62		1 0,13 0,75	1 0,13 0,88				1 0,12 1,00				2,17
166	2 0,28 0,28		3 0,44 0,72		2 0,28 1,00							1	3,00
167							2 0,28 0,28	1 0,14 0,42	3 0,43 0,95	1 0,15 1,00		1	9,01
168		4 0,66 0,66	1 0,17 0,83	1 0,17 1,00								2	2,25

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
169	7 0,87 0,87									1 0,13 1,00			1,07
170	6 0,75 0,75	1 0,13 0,88							1 0,12 1,00				1,16
171	6 0,75 0,75	1 0,13 0,88					1 0,12 1,00						1,16
172	3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	1 0,13 0,75	1 0,13 0,88						1 0,12 1,00			2,02
173										2 0,34 0,34	4 0,66 1,00	2	10,74
174						2 0,33 0,33	2 0,33 0,66			2 0,34 1,00		2	7,01
175	2 0,25 0,25	2 0,25 0,50	3 0,37 0,87	1 0,13 1,00									2,50
176	2 0,25 0,25		1 0,13 0,38	2 0,25 0,63	1 0,13 0,76	1 0,12 0,88		1 0,12 1,00					4,00
177	5 0,62 0,62	2 0,25 0,87								1 0,13 1,00			1,30
178	1 0,13 0,13	4 0,50 0,63		2 0,25 0,88						1 0,12 1,00			2,24
179	1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	2 0,25 0,88	1 0,12 1,00									2,24
180		1 0,16 0,16	1 0,16 0,32	1 0,17 0,49		1 0,17 0,66		1 0,17 0,88	1 0,17 1,00			2	5,69
181	2 0,28 0,28	2 0,28 0,56	1 0,14 0,70		1 0,15 0,85			1 0,15 1,00				1	2,28
182									4 0,50 0,50	2 0,25 0,75	2 0,25 1,00		9,50
183					1 0,13 0,13		4 0,50 0,63		1 0,12 0,75	2 0,25 1,00			7,24
184	1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	2 0,25 0,75	1 0,13 0,88			1 0,12 1,00						2,50
185		1 0,17 0,17		2 0,33 0,50	1 0,17 0,67	2 0,33 1,00						2	5,50
186					1 0,14 0,14	1 0,14 0,28		4 0,57 0,85			1 0,15 1,00	1	7,88

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
187			1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	2 0,28 0,56	1 0,14 1,00			1 0,15 0,85		1 0,15 1,00	1	5,28
188	1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	4 0,50 0,88						1 0,12 1,00				2,74
189							1 0,17 0,17		4 0,66 0,83	1 0,17 1,00		2	9,00
190										3 0,37 0,37	5 0,63 1,00		10,70
191						1 0,17 0,17	2 0,33 0,50	1 0,17 0,67		2 0,33 1,00		2	7,50
192							1 0,13 0,13	1 0,13 0,26		5 0,62 0,88	1 0,12 1,00		9,88
193								1 0,13 0,13		1 0,12 0,25	6 0,75 1,00		10,83
194	3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	2 0,25 0,87								1 0,13 1,00		2,02
195	4 0,50 0,50	1 0,13 0,63	1 0,13 0,76	1 0,12 0,88						1 0,12 1,00			1,50
196	1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	2 0,25 0,75	2 0,25 1,00									2,50
197	2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	4 0,50 0,88			1 0,12 1,00							2,74
198	3 0,37 0,37	2 0,25 0,62	2 0,25 0,87		1 0,13 1,00								2,02
199	2 0,33 0,33	1 0,17 0,50	2 0,33 0,83	1 0,17 1,00								2	2,50
200		2 0,25 0,25	4 0,50 0,75	1 0,13 0,88	1 0,12 1,00								3,00
201		1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	4 0,50 1,00									3,50

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											SEM RESPOSTAS	VALOR ESCALAR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
202			1 0,14 0,14	2 0,28 0,42	1 0,14 0,56	1 0,14 0,70	2 0,28 0,98						3,07
203						1 0,25 0,25	1 0,13 0,38		3 0,37 0,75	2 0,25 1,00			8,82
204								1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	2 0,25 0,88	1 0,12 1,00		9,24
205								1 0,13 0,13		2 0,25 0,38	5 0,62 1,00		10,69
206										3 0,37 0,37	5 0,62 1,00		10,70
207	3 0,37 0,37	1 0,13 0,50	1 0,13 0,63	2 0,25 0,88		1 0,12 1,00							2,50

FONTE: Pesquisa com juízes - 1973.

TABELA 2: RESUMO DOS JULGAMENTOS FEITOS PELA CATEGORIA PROFISSIONAL Y

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1 f									1	1	1	9,98	
p									0,34	0,33	0,33		
pa									0,34	0,67	1,00		
2 f	1			1	1							3,97	
p	0,33			0,33	0,34								
pa	0,33			0,66	1,00								
3 f					1					1	1	10,00	
p					0,33					0,33	0,34		
pa					0,33					0,66	1,00		
4 f				1				2				7,74	
p				0,34				0,66					
pa				0,34				1,00					
5 f									1	1	1	9,97	
p									0,33	0,33	0,34		
pa									0,33	0,66	1,00		
6 f									1		2	10,74	
p									0,34		0,66		
pa									0,34		1,00		
7 f	1	1	1									1,97	
p	0,33	0,33	0,34										
pa	0,33	0,66	1,00										
8 f	2			1								1,25	
p	0,66			0,34									
pa	0,66			1,00									
9 f	1	1		1								1,97	
p	0,33	0,33		0,34									
pa	0,33	0,66		1,00									
10 f		1				1		1				6,98	
p		0,34				0,33		0,33					
pa		0,34				0,67		1,00					
11 f		1					2					6,74	
p		0,34					0,66						
pa		0,34					1,00						
12 f			1			1	1					5,97	
p			0,34			0,33	0,33						
pa			0,34			0,67	1,00						
13 f		2		1								2,25	
p		0,66		0,34									
pa		0,66		1,00									
14 f		1						1	1			8,98	
p		0,34						0,33	0,33				
pa		0,34						0,67	1,00				
15 f								1	2			9,97	
p								0,34	0,66				
pa								0,34	1,00				
16 f								1	1		1	7,98	
p								0,34	0,33		0,33		
pa								0,34	0,67		1,00		

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
17								1 0,34 0,34	1 0,33 0,67		1 0,33 1,00	8,98	
18	1 0,33 0,33				1 0,34 0,67				1 0,33 1,00			5,00	
19		1 0,34 0,34						1 0,33 0,67	1 0,33 1,00			7,98	
20	1 0,34 0,34		1 0,33 0,67				1 0,33 1,00					2,98	
21			1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00							3,98	
22	1 0,34 0,34		1 0,33 0,67	1 0,33 1,00								2,98	
23							1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00			7,98	
24										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
25										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
26								1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00		8,98	
27								1 0,34 0,34	2 0,66 1,00			8,78	
28								1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00		8,97	
29								2 0,66 0,66		1 0,34 1,00		8,25	
30									1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00	9,98	
31	2 0,66 0,66	1 0,34 1,00										1,25	
32		1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00								2,98	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
33				1 0,34 0,34		1 0,33 0,67		1 0,33 1,00				5,98	
34	1 0,34 0,34	1 0,33 0,67	1 0,33 1,00									1,88	
35							1 0,34 0,34	1 0,33 0,67		1 0,33 1,00		7,98	
36									2 0,66 0,66	1 0,34 1,00		9,25	
37	1 0,33 0,33		1 0,33 0,66				1 0,34 1,00					3,01	
38		1 0,33 0,33						1 0,33 0,66		1 0,34 1,00		8,01	
39	2 0,66 0,66				1 0,34 1,00							1,25	
40									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
41									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	9,74	
42									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	
43										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
44		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00						3,01	
45							1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		10,01	
46							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00			8,98	
47								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		10,24	
48							2 0,66 0,66			2 0,34 1,00		8,15	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
49								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		10,00	
50								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	
51		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00							3,01	
52		1 0,33 0,33			1 0,33 0,66			1 0,34 1,00				5,01	
53	1 0,33 0,33			1 0,33 0,66			1 0,34 1,00					4,01	
54							1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
55	1 0,33 0,33		1 0,33 0,66			1 0,34 1,00						3,01	
56	1 0,33 0,33		1 0,33 0,66		1 0,34 1,00							3,00	
57								1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	8 0,34 1,00	10,01	
58								1 0,34 0,34			2 0,66 1,00	10,74	
59								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	
60										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
61	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00								4,01	
62	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00								2,01	
63							1 0,34 0,34				2 0,66 1,00	10,74	
64									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
65									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	
66							1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
67								1 0,34 0,34			2 0,66 1,00	10,74	
68			1 0,33 0,33				1 0,33 0,66				1 0,34 1,00	7,23	
69									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	
70										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
71	2 0,66 0,66		1 0,34 1,00									1,25	
72									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,00	
73	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00									2,01	
74						1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00		7,01	
75						1 0,33 0,33	1 0,33 0,66				1 0,34 1,00	8,01	
76							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00	9,01	
77	2 0,66 0,66			1 0,34 1,00								1,25	
78							1 0,34 0,34		2 0,66 1,00			9,74	
79								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		10,74	
80						1 0,34 0,34	2 0,66 1,00					6,74	

AFIR-MAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
81									1 0,34 0,34	2 0,66 1,00		9,74	
82				1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00					5,98	
83		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00							3,01	
84	2 0,66 0,66				1 0,34 1,00							1,25	
85									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
86								1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
87										2 0,66 0,66	1 0,34 1,00	10,50	
88		1 0,34 0,34	2 0,66 1,00									2,74	
89										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
90									1 0,34 0,34	2 0,66 1,00		9,74	
91										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
92		1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00							4,01	
93								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		9,74	
94							1 0,34 0,34			2 0,66 1,00		9,74	
95								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		9,74	
96								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
97										1 0,34 0,34	0,66 1,00	10,74	
98			2 0,66 0,66			1 0,34 1,00						3,25	
99	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00							2,01	
100	2 0,66 0,66				1 0,34 1,00							1,25	
101									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	
102	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00							2,01	
103								2 0,66 0,66			1 0,34 1,00	8,25	
104	2 0,66 0,66			1 0,34 1,00								1,25	
105		1 0,33 0,33				1 0,33 0,66		1 0,34 1,00				6,01	
106		1 0,33 0,33				1, 0,33 0,66		1 0,34 1,00				6,01	
107	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00									2,01	
108					1 0,34 0,34	2 0,66 1,00						4,74	
109			1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00							4,01	
110							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00		8,01	
111									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
112		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66			1 0,34 1,00						4,00	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
113		1 0,34 0,34	2 0,66 1,00									2,97	
114			1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00						5,03	
115							1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,06	
116									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
117	2 0,66 0,66			1 0,34 1,00								1,25	
118							1 0,34 0,34				2 0,66 1,00	10,74	
119	1 0,34 0,34		2 0,66 1,00									2,74	
120		2 0,66 0,66	1 0,34 1,00									2,25	
121						1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00				7,01	
122		1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00						5,01	
123							2 0,66 0,66			1 0,34 1,00		7,25	
124	1 0,34 0,34					2 0,66 1,00						5,74	
125	1 0,34 0,34						1 0,33 0,67				1 0,33 1,00	6,98	
126							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00			8,01	
127									1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
128					1 0,33 0,33		1 0,33 0,66			1 0,34 1,00		7,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
129								2 0,66 0,66	1 0,34 1,00			8,25	
130			1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00						4,01	
131									1 0,34 0,34	2 0,66 1,00		9,74	
132				1 0,34 0,34						2 0,66 1,00		9,74	
133											3 1,00 1,00	11,00	
134						1 0,33 0,33	1 0,33 0,66				1 0,34 1,00	7,01	
135								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	
136								1 0,34 0,34			2 0,66 1,00	10,74	
137		1 0,33 0,33					1 0,33 0,66	1 0,34 1,00				7,01	
138						2 0,66 0,66			1 0,34 1,00			6,25	
139							1 0,33 0,33		1 0,33 0,66		1 0,34 1,00	9,01	
140								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00	9,01	
141							2 0,66 0,66			1 0,34 1,00		7,25	
142								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	
143	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00									2,01	
144	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00								4,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
145	0,00	1 0,34 0,34	2 0,66 1,00									2,74	
146	1 0,34 0,34			2 0,66 1,00								3,74	
147	1 0,34 0,34		2 0,66 1,00									2,74	
148		1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00							4,01	
149		1 0,34 0,34			2 0,66 1,00							4,74	
150				1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00				7,01	
151					1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00				7,01	
152								1 0,34 0,34	2 0,66 1,00			8,74	
153					1 0,34 0,34					2 0,66 1,00		9,74	
154									1 0,33 0,33	1 0,33 0,33	1 0,34 1,00	10,01	
155								1 0,33 0,33		1 0,33 0,66	1 0,34 1,00	10,01	
156											3 1,00 1,00	11,00	
157									2 0,66 0,66	1 0,34 1,00		9,25	
158										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
159								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		9,74	
160								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00		9,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
161	0,			1 0,33 0,33				1 0,33 0,33	1 0,34 1,00			8,01	
162	1 0,33 0,33		1 0,33 0,33			1 0,34 1,00						3,01	
163							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00			8,01	
164			1 0,33 0,33				1 0,33 0,66	1 0,34 1,00				7,01	
165		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66				1 0,34 1,00					3,01	
166		1 0,33 0,33			1 0,33 0,66		1 0,34 1,00					5,01	
167							2 0,66 0,66	1 0,34 1,00				7,25	
168		1 0,33 0,33		1 0,33 0,66		1 0,34 1,00						4,01	
169	2 0,66 0,66	1 0,34 1,00										1,25	
170			2 0,66 0,66		1 0,34 1,00							3,25	
171		1 0,33 0,33		2 0,66 1,00								4,30	
172						2 0,66 0,66	1 0,34 1,00					6,25	
173								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00	9,01	
174					1 0,33 0,33		1 0,33 0,66		1 0,34 11,00			7,38	
175	2 0,66 0,66		1 0,34 1,00									1,25	
176			1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00						4,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
177	2 0,66 0,66					1 0,34 1,00						7,25	
178		1 0,34 0,34				2 0,66 1,00						6,30	
179		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00								3,01	
180	1 0,33 0,33				1 0,33 0,66			1 0,34 1,00				5,25	
181	1 0,33 0,33	1 0,33 0,66				1 0,34 1,00						2,01	
182								1 0,34 0,34			2 0,66 1,00	10,74	
183									3 1,00 1,00			9,00	
184		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00							3,50	
185	1 0,33 0,33						1 0,33 0,66		1 0,34 1,00			8,97	
186							1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00		7,81	
187					1 0,33 0,33			1 0,33 0,66		1 0,34 1,00		8,01	
188			2 0,66 0,66	1 0,34 1,00								3,25	
189								1 0,34 0,34		2 0,66 1,00		9,74	
190										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,74	
191									2 0,66 0,66	1 0,34 1,00		9,25	
192									2 0,66 0,66		1 0,34 1,00	9,25	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
193											3 1,00 1,00	11,00	
194		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00								3,01	
195		1 0,34 0,34			2 0,66 1,00							4,75	
196	1 0,33 0,33		1 0,33 0,66				1 0,34 1,00					3,01	
197	2 0,66 0,66			1 0,34 1,00								1,25	
198	1 0,33 0,33			1 0,33 0,66	1 0,34 1,00							4,00	
199	2 0,66 0,66			1 0,34 1,00								1,25	
200		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00								3,00	
201		1 0,33 0,33	1 0,33 0,66	1 0,34 1,00								3,00	
202			1 0,34 0,34				2 0,66 1,00					6,74	
203								1 0,33 0,33	1 0,33 0,66		1 0,34 1,00	9,01	
204								2 0,66 0,66			1 0,34 1,00	8,25	
205									1 0,34 0,34		2 0,66 1,00	10,74	
206										1 0,34 0,34	2 0,66 1,00	10,75	
207			2 0,66 0,66		1 0,34 1,00							3,25	

FONTE: Pesquisa com os juízes - 1973

TABELA 3: RESUMO DOS JULGAMENTOS FEITOS PELA CATEGORIA PROFISSIONAL Z

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1 f						1		1		2		9,75	
p						0,20		0,20		0,40	0,20		
pa						0,20		0,40		0,80	1,00		
2 f	1	3							1			2,50	
p	0,20	0,60							0,20				
pa	0,20	0,80							1,00				
3 f								1		2	2	10,25	
p								0,20		0,40	0,40		
pa								0,20		0,60	1,00		
4 f						1	1	3				7,66	
p						0,20	0,20	0,60					
pa						0,20	0,40	1,00					
5 f						1		3		1		8,00	
p						0,20		0,60		0,20			
pa						0,20		0,80		1,00			
6 f						1			3	1		9,00	
p						0,20			0,60	0,20			
pa						0,20			0,80	1,00			
7 f	2	2		1								1,75	
p	0,40	0,40		0,20									
pa	0,40	0,80		1,00									
8 f	1	2				1	1					2,00	
p	0,20	0,40				0,20	0,20						
pa	0,20	0,60				0,80	1,00						
9 f	1	1	1			1	1					3,00	
p	0,20	0,20	0,20			0,20	0,20						
pa	0,20	0,40	0,60			0,80	1,00						
10 f					2		2		1			6,75	
p					0,40		0,40		0,20				
pa					0,40		0,80		1,00				
11 f	1					2	2					6,25	
p	0,20					0,40	0,40						
pa	0,20					0,60	1,00						
12 f			1			2		2				6,25	
p			0,20			0,40		0,40					
pa			0,20			0,60		1,00					
13 f		1	3				1					3,00	
p		0,20	0,60				0,20						
pa		0,20	0,80				1,00						
14 f								3	2			8,33	
p								0,60	0,40				
pa								0,60	1,00				
15 f						1	1			2	1	8,75	
p						0,20	0,20			0,20	0,20		
pa						0,20	0,40			0,80	1,00		
16 f					1			1		1	2	10,00	
p					0,20			0,20		0,20	0,40		
pa					0,20			0,40		0,60	1,00		

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
17 f					1				1	3		9,66	
p					0,20				0,20	0,60			
pa					0,20				0,40	1,00			
18 f				1	1	1	1	1				6,00	
p				0,20	0,20	0,20	0,20	0,20					
pa				0,20	0,40	0,60	0,80	1,00					
19 f					1	1	2		1			6,75	
p					0,20	0,20	0,40		0,20				
pa					0,20	0,40	0,80		1,00				
20 f	1	1		1					1	1		4,00	
p	0,20	0,20		0,20					0,20	0,20			
pa	0,20	0,40		0,60					0,80	1,00			
21 f		2		1					1	1		4,00	
p		0,40		0,20					0,20	0,20			
pa		0,40		0,60					0,80	1,00			
22 f	2	1		1				1				2,00	
p	0,40	0,20		0,20				0,20					
pa	0,40	0,60		0,80				1,00					
23 f	1				1	2	1					5,75	
p	0,20				0,20	0,40	0,20						
pa	0,20				0,40	0,80	1,00						
24 f								1		3	1	10,12	
p								0,20		0,60	0,20		
pa								0,20		0,80	1,00		
25 f						1		1		1	2	10,00	
p						0,20		0,20		0,20	0,40		
pa						0,20		0,40		0,60	1,00		
26 f							1	1	3			7,66	
p							0,20	0,20	0,60				
pa							0,20	0,40	1,00				
27 f				1		2			2			6,25	
p				0,20		0,40			0,40				
pa				0,20		0,60			1,00				
28 f							1		1		3	10,66	
p							0,20		0,20		0,60		
pa							0,20		0,40		1,00		
29 f				1		1		1	1		1	8,00	
p				0,20		0,20		0,20	0,20		0,20		
pa				0,20		0,40		0,60	0,80		1,00		
30 f						1				1	3	10,66	
p						0,20				0,20	0,60		
pa						0,20				0,40	1,00		
31 f	3	2										1,33	
p	0,60	0,40											
pa	0,60	1,00											
32 f			1	1	3							4,66	
p			0,20	0,20	0,60								
pa			0,20	0,40	1,00								

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
33	2 0,40 0,40	2 0,40 0,80			1 0,20 1,00							1,75	
34	4 0,80 0,80				1 0,20 1,00							1,12	
35						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60			2 0,40 0,60	8,00	
36									2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
37	3 0,60 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00								1,33	
38				1 0,20 0,20				1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00		8,75	
39	2 0,40 0,40	2 0,40 0,80				1 0,20 1,00						1,75	
40							1 0,20 0,20				4 0,80 1,00	10,37	
41							1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	3 0,60 1,00	10,65	
42										2 0,40 0,40	3 0,60 1,00	10,66	
43							1 0,20 0,20			2 0,40 0,60	2 0,40 1,00	10,25	
44	3 0,60 0,60			1 0,20 0,80							1 0,20 1,00	1,33	
45							1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	3 0,60 1,00	10,25	
46						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40			1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
47					1 0,20 0,20					1 0,20 0,40	3 0,60 1,00	10,98	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
48				1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00				6,00	
49						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40			2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	
50				1 0,20 0,20				2 0,40 0,60	2 0,40 1,00			8,25	
51	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00								2,00	
52		1 0,20 0,20				1 0,20 0,40	1 0,20 0,60			2 0,40 1,00		7,00	
53			1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80			1 0,20 1,00				4,75	
54							1 0,20 0,20			3 0,60 0,80	1 0,20 1,00	10,00	
55	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00							2,00	
56			2 0,40 0,40	1 0,20 0,60		2 0,40 1,00						4,00	
57						1 0,20 0,20			1 0,20 0,40		3 0,60 1,00	10,66	
58							0,20 0,20			2 0,40 0,60	2 0,40 1,00	10,25	
59					1 0,20 0,20	2 0,40 0,60			1 0,20 0,80	1 0,20 1,00		6,25	
60									2 0,40 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	
61		1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00							4,00	
62	3 0,60 0,60	1 0,20 0,80					1 0,20 1,00					4,00	
63									1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00	10,25	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
64						1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	3 0,60 1,00		10,00	
65						1 0,20 0,20					4 0,80 1,00	10,87	
66						1 0,20 0,20	3 0,60 0,80				1 0,20 1,00	6,87	
67					1 0,20 0,20				2 0,40 0,60		2 0,40 1,00	9,25	
68	3 0,60 0,60	1 0,20 0,80									1 0,20 1,00	1,30	
69							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
70							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40		3 0,60 1,00	10,66	
71	1 0,20 0,20		3 0,60 0,80	1 0,20 1,00								3,00	
72								1 0,20 0,20	2 0,40 0,60		2 0,40 1,00	9,25	
73	1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00							2,25	
74				1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	
75					1 0,20 0,20		2 0,40 0,60	1 0,20 0,80			1 0,20 1,00	7,25	
76								1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
77		1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60		2 0,40 1,00						4,00	
78				1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		3 0,60 1,00					6,66	
79						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
80				1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80		1 0,20 1,00				5,75	
81				1 0,20 0,20				2 0,40 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00		8,25	
82		1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00					4,00	
83	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00						4,00	
84	2 0,40 0,40		1 0,20 0,60		2 0,40 1,00							3,00	
85					1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00			7,00	
86					1 0,20 0,20			1 0,20 0,40		3 0,60 1,00		9,66	
87				1 0,25 0,25				2 0,50 0,75			1 0,25 1,00	8,00	
88	2 0,40 0,40		1 0,20 0,60		1 0,20 0,80				1 0,20 1,00			3,00	
89									2 0,40 0,40		3 0,60 1,00	10,66	
90						1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00				7,25	
91									2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
92	1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	1 0,20 0,60				1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	5,00	
93						1 0,20 0,20			2 0,40 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	9,25	
94							1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00			8,25	
95						1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00		8,75	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
96					1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80			1 0,20 1,00		6,75	
97								1 0,20 0,20	3 0,60 0,80	1 0,20 1,00		9,00	
98	1 0,20 0,20		2 0,40 0,60		1 0,20 0,80				1 0,20 1,00			3,25	
99	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		2 0,40 0,80					1 0,20 1,00			3,75	
100	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80						1 0,20 1,00		3,00	
101									1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	3 0,60 1,00	10,66	
102	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80		1 0,20 1,00						2,00	
103						1 0,20 0,20	2 0,40 0,60			1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	7,25	
104	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80			1 0,20 1,00						2,75	
105						1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	9,00	
106	1 0,25 0,25	2 0,50 0,75	1 0,25 1,00									2,00	1
107	1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00									3,98	
108			1 0,20 0,20			2 0,40 0,60			1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	6,25	
109	1 0,20 0,20		2 0,40 0,60	2 0,40 1,00								3,25	
110			1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		2 0,40 0,80	1 0,20 1,00					5,75	
111							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40			3 0,60 1,00	10,66	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
112	1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80					1 0,20 1,00		4,00	
113	2 0,40 0,40			2 0,40 0,80	1 0,20 1,00							3,75	
114	1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00						4,75	
115						2 0,40 0,40		1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	
116							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	
117	3 0,60 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00									1,33	
118						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	
119	2 0,40 0,40			1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00						4,00	
120	1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00						4,75	
121						2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80			1 0,20 1,00	7,00	
122			1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	3 0,60 1,00						5,66	
123						3 0,60 0,60		2 0,40 1,00				6,35	
124	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00						3,00	
125						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	8,00	
126				1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00				7,00	
127							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	9,00	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
128							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
129						1 0,20 0,20	3 0,60 0,80	1 0,20 1,00				6,83	
130	1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00						5,00	
131							2 0,40 0,40	1 0,20 0,60			2 0,40 1,00	8,00	
132							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	
133									1 0,20 0,20		4 0,80 1,00	10,87	
134				1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00			7,00	
135							1 0,20 0,20			1 0,20 0,40	3 0,60 1,00	10,66	
136											5 1,00 1,00	11,00	
137					1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		2 0,40 0,80			1 0,20 1,00	7,75	
138		2 0,40 0,40		1 0,20 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00					4,00	
139								1 0,20 0,20		4 0,80 1,00		10,87	
140								1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
141						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00			8,00	
142							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	3 0,60 1,00			8,66	
143		1 0,20 0,20		2 0,40 0,60				1 0,20 0,80	1 0,20 1,00			4,25	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
144	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60				1 0,20 0,80			1 0,20 1,00			2,00	
145	1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	1 0,20 0,80						1 0,20 1,00			4,25	
146	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00								2,00	
147	1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00							2,25	
148	1 0,20 0,20		2 0,40 0,60		1 0,20 0,80		1 0,20 1,00					3,25	
149	2 0,40 0,40		2 0,40 0,80			1 0,20 1,00						2,76	
150					1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80				1 0,20 1,00	6,75	
151						2 0,40 0,40		2 0,40 0,80	1 0,20 1,00			7,75	
152							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	9,00	
153								1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00		9,25	
154						1 0,20 0,20		1 0,20 0,40		1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
155							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00		8,75	
156						1 0,20 0,20					4 0,80 1,00	10,87	
157						1 0,20 0,20	2 0,40 0,60				2 0,40 1,00	7,25	
158							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40			3 0,60 1,00	10,66	
159								1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
160						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	
161		2 0,40 0,40		1 0,20 0,60	2 0,40 1,00							4,00	
162	2 0,40 0,40		1 0,20 0,60	1 0,20 0,80				1 0,20 1,00				3,00	
163						1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00			7,25	
164				1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	2 0,40 0,80				1 0,20 1,00	7,25	
165	2 0,40 0,40			1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00					3,00	
166	3 0,60 0,60	1 0,20 0,80			1 0,20 1,00							1,33	
167						2 0,40 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00				7,00	
168	3 0,60 0,60			1 0,20 0,80		1 0,20 1,00						1,25	
169	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80			1 0,20 1,00						2,00	
170		3 0,60 0,60	1 0,20 0,80				1 0,20 1,00					2,33	
171	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00							2,00	
172	2 0,40 0,40		1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00						3,00	
173									1 0,20 0,20		4 0,80 1,00	11,00	
174	1 0,20 0,20				1 0,20 0,40	3 0,60 1,00						5,66	
175	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60				1 0,20 0,80		1 0,20 1,00				2,00	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
176		1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80	1 0,20 1,00							3,75	
177			3 0,60 0,60	1 0,20 0,80			1 0,20 1,00					2,00	
178	2 0,40 0,40		2 0,40 0,80			1 0,20 1,00						2,62	
179	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00									1,66	
180		1 0,20 0,20		2 0,40 0,60	2 0,40 1,00							4,25	
181	2 0,40 0,40			3 0,60 1,00								3,66	
182						2 0,40 0,40			2 0,40 0,80	1 0,20 1,00		9,12	
183						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	3 0,60 1,00				7,66	
184	1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00						4,00	
185			1 0,20 0,20	2 0,40 0,60	2 0,40 1,00							5,24	
186					1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00		7,00	
187			1 0,20 0,20			4 0,80 1,00						5,87	
188	1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80		1 0,20 1,00				4,00	
189							4 0,80 0,80	1 0,20 1,00				6,74	
190							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
191								2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00	8,00	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
192							1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		2 0,40 0,80	1 0,20 1,00	9,75	
193							1 0,20 0,20		1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00	10,00	
194	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00						3,00	
195	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40			2 0,40 0,80	1 0,20 1,00						4,75	
196	1 0,20 0,20	1 0,20 0,40		1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00						4,00	
197		2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80							1 0,20 1,00	3,00	
198	3 0,60 0,60	1 0,20 0,80						1 0,20 1,00				1,33	
199	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60		1 0,20 0,80	1 0,20 1,00							2,00	
200			2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	2 0,40 1,00							4,00	
201		1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	2 0,40 0,80		1 0,20 1,00						3,75	
202	1 0,20 0,20				2 0,40 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00					5,25	
203							2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80		1 0,20 1,00	8,00	
204						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80	1 0,20 1,00		8,00	
205					1 0,20 0,20			1 0,20 0,40		1 0,20 0,60	2 0,20 1,00	10,00	
206						1 0,20 0,20	1 0,20 0,40	11 0,20 0,60	2 0,40 1,00			7,66	
207	2 0,40 0,40	1 0,20 0,60	1 0,20 0,80					1 0,20 1,00				2,00	

FONTE: Pesquisa com os juízes - 1973

TABELA 4: RESUMO DOS JULGAMENTOS FEITOS PELA CATEGORIA PROFISSIONAL W

AFIRMAÇÃO		CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	f								2	1	3	3		
	p								0,22	0,12	0,33	0,33	9,98	
	pa								0,22	0,34	0,67	1,00		
2	f		4	2	1	1	1							
	p		0,44	0,22	0,11	0,12	0,11						2,77	
	pa		0,44	0,66	0,77	0,89	1,00							
3	f			2	1	1			1	1	1	1		
	p			0,25	0,13	0,13			0,13	0,12	0,12	0,12	5,42	1
	pa			0,25	0,38	0,51			0,64	0,76	0,88	1,00		
4	f			1				1	4	1	2			
	p			0,10				0,10	0,50	0,10	0,20		8,10	
	pa			0,10				0,20	0,70	0,80	1,00			
5	f				1		1		1	1	2	3		
	p				0,11		0,11		0,11	0,11	0,23	0,33	9,74	
	pa				0,11		0,22		0,33	0,44	0,67	1,00		
6	f					1			1	1	3	3		
	p					0,11			0,12	0,12	0,33	0,32	9,95	
	pa					0,11			0,23	0,35	0,68	1,00		
7	f	2	5	2										
	p	0,22	0,55	0,23									2,00	
	pa	0,22	0,77	1,00										
8	f		4	1	3	1								
	p		0,44	0,11	0,33	0,12							3,04	
	pa		0,44	0,55	0,88	1,00								
9	f	3		1	1	3								
	p	0,37		0,13	0,13	0,37							3,50	1
	pa	0,37		0,50	0,63	1,00								
10	f						2	4	1	1	1			
	p						0,22	0,44	0,11	0,11	0,12		7,15	
	pa						0,22	0,66	0,77	0,88	1,00			
11	f				2	2	1		2					
	p				0,28	0,29	0,14		0,29				5,28	2
	pa				0,28	0,57	0,71		1,00					
12	f			1	1	2	2				1			
	p			0,15	0,15	0,28	0,28				0,14		5,28	
	pa			0,15	0,30	0,58	0,86				1,00			
13	f		5	3		1								
	p		0,55	0,33		0,12							2,40	
	pa		0,55	0,88		1,00								
14	f					1	2	2	3		1			
	p					0,11	0,23	0,23	0,33		0,10		6,98	
	pa					0,11	0,34	0,57	0,90		1,00			
15	f						1	2	3	2		1		
	p						0,10	0,23	0,34	0,23		0,10	8,00	
	pa						0,10	0,23	0,67	0,90		1,00		
16	f							2	1	3	3			
	p							0,22	0,12	0,34	0,32		8,97	
	pa							0,22	0,34	0,68	1,00			

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
17					2 0,23 0,23		1 0,12 0,35	3 0,33 0,68		2 0,22 0,90	1 0,10 1,00	7,95	
18		1 0,14 0,14		3 0,43 0,57		2 0,28 0,85					1 0,15 1,00	4,33	2
19		1 0,13 0,13			1 0,13 0,26	1 0,13 0,39	3 0,25 0,74	1 0,13 0,87		1 0,13 1,00		6,81	1
20	3 0,33 0,33	2 0,23 0,56	4 0,44 1,00									2,24	
21		5 0,55 0,55	3 0,34 0,89	1 0,11 1,00								2,40	
22	4 0,44 0,44	1 0,12 0,56	1 0,12 0,68	3 0,32 1,00								2,00	
23			1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	1 0,13 0,51	1 0,13 0,64	1 0,13 0,77	2 0,23 1,00				5,42	1
24								1 0,13 0,13	2 0,26 0,39	2 0,26 0,65	3 0,35 1,00	9,92	1
25							1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	1 0,13 0,39	2 0,26 0,55	3 0,35 1,00	10,18	1
26								1 0,11 0,11	4 0,44 0,55	4 0,45 1,00		9,48	
27					1 0,11 0,11		1 0,12 0,23	2 0,23 0,46	2 0,22 0,68	2 0,22 0,90	1 0,10 1,00	8,68	
28									2 0,23 0,23	5 0,55 0,78	2 0,22 1,00	9,99	
29								5 0,55 0,55		3 0,39 0,89	1 0,11 1,00	8,40	
30									2 0,23 0,23	3 0,34 0,67	4 0,43 1,00	10,29	
31	3 0,37 0,37	2 0,25 0,62		1 0,13 0,88	1 0,12 1,00							2,02	2
32		2 0,22 0,22	3 0,34 0,56	1 0,12 0,68	1 0,11 0,79		1 0,11 0,90			1 0,10 1,00		3,32	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
33	7 0,87 0,87	1 0,13 1,00										1,07	1
34	8 0,88 0,88	1 0,12 1,00										1,07	
35									1 0,11 0,11	7 0,77 0,88	1 0,12 1,00	10,01	
36									1 0,12 0,12	4 0,50 0,62	3 0,38 1,00	10,26	
37	2 0,22 0,22	2 0,22 0,44	5 0,56 1,00									2,60	
38						1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	1 0,11 0,33		5 0,45 0,78	2 0,22 1,00	9,88	
39	5 0,56 0,56	4 0,44 1,00										1,23	
40										1 0,11 0,11	8 0,89 1,00	10,93	
41	1 0,11 0,11						1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	3 0,34 0,89	1 0,11 1,00	9,50	
42	1 0,11 0,11						1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	3 0,34 0,89	1 0,11 1,00	10,27	
43									1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	5 0,62 1,00	10,69	1
44	7 0,78 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00	0,								1,07	
45											9 1,00 1,00	11,00	
46									2 0,23 0,23	3 0,33 0,56	4 0,44 1,00	10,33	
47	1 0,11 0,11									1 0,11 0,22	7 0,78 1,00	11,00	
48					2 0,22 0,22	1 0,11 0,33	1 0,11 0,44	1 0,11 0,55	4 0,45 1,00			8,04	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
49		0,11							3 0,33 0,33	5 0,55 0,88	1 0,12 1,00	9,82	
50		1 0,11 0,11			1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00	7,57	
51	5 0,55 0,55	3 0,33 0,88	1 0,12 1,00									1,40	
52								1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	3 0,33 0,55	4 0,45 1,00	10,38	
53			2 0,22 0,22	3 0,34 0,56	1 0,11 0,67		1 0,11 0,78	2 0,22 1,00				4,34	
54							2 0,22 0,22	1 0,11 0,33	1 0,11 0,44	3 0,33 0,77	2 0,23 1,00	9,68	
55	3 0,33 0,33	3 0,33 0,66	1 0,11 0,77		1 0,11 0,88			1 0,12 1,00				2,01	
56		1 0,12 0,12	2 0,25 0,37	3 0,58 0,75	1 0,12 0,87	1 0,13 1,00						3,84	1
57										1 0,11 0,11	8 0,89 1,00	10,93	
58									1 0,12 0,12	1 0,12 0,24	6 0,76 1,00	10,84	1
59						1 0,11 0,11	3 0,34 0,45	2 0,22 0,67	1 0,11 0,78	2 0,22 1,00		7,72	
60	1 0,13 0,13							1 0,13 0,26		4 0,50 0,76	2 0,24 1,00	9,98	1
61		7 0,78 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00								2,14	
62	6 0,75 0,75	2 0,25 1,00										1,11	1
63						1 0,11 0,11			1 0,11 0,22	2 0,22 0,44	5 0,56 1,00	10,60	
64										3 0,33 0,33	6 0,67 1,00	10,75	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
65										2 0,25 0,25	6 0,75 1,00	10,83	1
66						2 0,25 0,25	3 0,36 0,51		1 0,13 0,64	1 0,13 0,77	1 0,13 1,00	7,17	1
67					1 0,13 0,13			3 0,37 0,50			4 0,50 1,00	8,50	1
68	4 0,44 0,44	4 0,44 0,88	1 0,12 1,00									1,63	
69								1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	2 0,28 0,56	3 0,44 1,00	10,28	2
70							1 0,11 0,11			2 0,22 0,33	6 0,67 1,00	9,75	
71	6 0,67 0,67	1 0,11 0,78	2 0,22 1,00									1,24	
72										2 0,22 0,22	7 0,78 1,00	10,85	
73	5 0,56 0,56	4 0,44 1,00										3,39	
74			1 0,11 0,11		1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	1 0,11 0,66		2 0,23 0,89	1 0,11 1,00	8,27	
75			1 0,13 0,13			2 0,25 0,38	1 0,13 0,51	1 0,13 0,64	1 0,13 0,77	1 0,23 1,00	2	7,42	
76										4 0,44 0,44	5 0,56 1,00	10,60	
77	3 0,33 0,33	1 0,11 0,44	3 0,33 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00							2,68	
78			1 0,11 0,11				1 0,11 0,22	4 0,45 0,67	1 0,11 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00	8,13	
79										5 0,56 0,56	4 0,44 1,00	10,39	
80			1 0,11 0,11			1 0,11 0,22	4 0,44 0,66	2 0,22 0,88	1 0,12 1,00			7,13	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	24		
81									3 0,37 0,37	2 0,26 0,63	3 0,37 1,00	10,02	1
82		3 0,34 0,34	2 0,22 0,56	2 0,22 0,78			2 0,22 1,00					3,27	
83	4 0,44 0,44	2 0,22 0,66	2 0,22 0,88		1 0,12 1,00							1,77	
84	1 0,11 0,11	4 0,45 0,56	2 0,22 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							2,38	
85										7 0,78 0,78	2 0,22 1,00	10,14	
86									3 0,37 0,37	4 0,50 0,81	2 0,23 1,00	9,76	1
87									3 0,33 0,33	4 0,44 0,77	2 0,23 1,00	9,88	
88	2 0,22 0,22	2 0,22 0,44	3 0,34 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							2,68	
89							1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	3 0,37 0,63	1 0,13 0,76	2 0,24 1,00	9,14	1
90						1 0,11 0,11		3 0,33 0,44	3 0,33 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00	8,68	
91										4 0,44 0,44	5 0,56 1,00	10,60	
92	4 0,45 0,45		2 0,22 0,67	1 0,11 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00						2,77	
93							1 0,13 0,13	4 0,50 0,63	2 0,24 0,87	1 0,13 1,00		8,24	1
94							3 0,33 0,33	3 0,33 0,66	1 0,11 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00	8,01	
95						1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	4 0,44 0,66	1 0,11 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00	8,13	
96						1 0,11 0,11	2 0,22 0,33	3 0,33 0,66		1 0,11 0,77	2 0,23 1,00	8,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
97									2 0,22 0,22	4 0,44 0,66	3 0,34 1,00	10,13	
98		5 0,63 0,63		2 0,25 0,88		1 0,12 1,00						3,29	1
99	1 0,11 0,11	4 0,44 0,55		2 0,22 0,77	2 0,23 1,00							2,38	
100	3 0,33 0,33	1 0,11 0,44	2 0,23 0,67	3 0,33 1,00								2,76	
101									3 0,37 0,37	2 0,26 0,63	3 0,37 1,00	10,00	1
102	1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	3 0,37 0,87			1 0,13 1,00						2,50	1
103						1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	2 0,25 0,63	2 0,25 0,88	1 0,12 1,00		7,98	1
104	5 0,55 0,55	2 0,22 0,77		1 0,11 0,88			1 0,12 1,00					1,40	
105							1 0,11 0,11	2 0,22 0,33	1 0,11 0,44	2 0,22 0,66	3 0,34 1,00	9,77	
106	3 0,37 0,37		1 0,13 0,50	1 0,13 0,63	2 0,24 0,87						1 0,13 1,00	4,50	1
107		1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	2 0,25 0,63	3 0,37 1,00							3,98	1
108			2 0,22 0,22		2 0,22 0,44	4 0,45 0,89	1 0,11 1,00					5,63	
109	2 0,22 0,22	3 0,33 0,55	3 0,33 0,88	1 0,12 1,00								2,34	
110		1 0,13 0,13	2 0,25 0,38		1 0,13 0,51	3 0,36 0,87					1 0,13 1,00	5,42	1
111									1 0,11 0,11	3 0,33 0,44	5 0,56 1,00	10,60	
112	2 0,22 0,22	3 0,33 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00						2,32	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
113	3 0,33 0,33	3 0,33 0,33			2 0,22 0,88		1 0,12 1,00					2,01	
114	1 0,11 0,11		2 0,22 0,33	2 0,22 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00				4,27	
115						1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	2 0,24 0,50	3 0,37 0,87	1 0,13 1,00	9,50	
116								1 0,12 0,12		4 0,44 0,56	4 0,44 1,00	10,38	
117	3 0,33 0,33	2 0,22 0,55	2 0,22 0,77	1 0,11 0,88								2,27	
118								1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	4 0,44 0,66	3 0,34 1,00	10,13	
119	2 0,22 0,22	3 0,33 0,55	3 0,33 0,88	1 0,12 1,00								2,34	
120	2 0,22 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	2 0,22 0,77	1 0,11 0,88					1 0,12 1,00		3,27	
121			2 0,22 0,22			4 0,44 0,66	1 0,11 0,77		2 0,23 1,00			6,00	
122		1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	3 0,37 0,63	1 0,13 0,76		1 0,14 1,00					4,14	2
123			2 0,28 0,28		1 0,14 0,42	2 0,28 0,70	1 0,15 0,85			1 0,15 1,00		5,78	
124		3 0,43 0,43	2 0,28 0,71		1 0,14 0,85	1 0,15 1,00						2,75	
125		1 0,11 0,11			1 0,11 0,22	1 0,11 0,33		1 0,11 0,44	2 0,22 0,66	3 0,32 1,00		8,77	
126				1 0,13 0,13	1 0,13 0,26		2 0,24 0,50		2 0,25 0,75	2 0,25 1,00		7,50	1
127										1 0,11 0,11	8 0,89 1,00	10,93	
128									1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	5 0,62 1,00	10,69	1

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
129					1 0,13 0,13		1 0,12 0,25	2 0,25 0,50	2 0,25 0,76		2 0,25 1,00	8,46	1
130			2 0,22 0,44	1 0,11 0,55	2 0,22 0,77	1 0,11 0,88		1 0,12 1,00				5,04	2
131							1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	2 0,22 0,44	3 0,33 0,77	2 0,23 1,00	9,68	
132							2 0,22 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	2 0,22 0,77	2 0,23 1,00	9,27	
133								1 0,13 0,13		1 0,12 0,25	6 0,75 1,00	10,83	1
134							2 0,25 0,25	3 0,37 0,62	1 0,13 0,75	2 0,25 1,00		7,16	1
135								1 0,13 0,13		2 0,25 0,38	5 0,62 1,00	10,69	1
136									1 0,13 0,13		7 0,87 1,00	10,92	1
137	1 0,11 0,11		2 0,22 0,33	2 0,22 0,55	2 0,22 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00					4,50	1
138	1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	2 0,25 0,51	3 0,37 0,87		1 0,13 1,00					4,00	1
139							1 0,13 0,13		2 0,25 0,38	2 0,25 0,63	3 0,37 1,00	9,98	1
140								1 0,11 0,11		4 0,44 0,55	4 0,45 1,00	10,38	
141						1 0,14 0,14		3 0,43 0,57	1 0,14 0,71	1 0,14 0,85	1 0,15 1,00	8,33	2
142								1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	2 0,25 0,63	3 0,37 1,00	9,98	1
143	4 0,44 0,44	2 0,22 0,66	2 0,22 0,88	1 0,12 1,00								1,77	
144	3 0,33 0,33	5 0,55 0,88	1 0,12 1,00									1,80	

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
145	2 0,22 0,22	4 0,44 0,66	3 0,34 1,00									2,13	
146	4 0,44 0,44	1 0,11 0,55	2 0,22 0,77	2 0,23 1,00								2,04	
147	4 0,45 0,45	2 0,22 0,67	2 0,22 0,89		1 0,11 1,00							1,72	
148	4 0,44 0,44	1 0,11 0,55	3 0,34 0,89				1 0,11 1,00					2,04	
149	7 0,77 0,77	1 0,11 0,88			1 0,12 1,00							1,14	
150					1 0,11 0,11	3 0,34 0,45	1 0,11 0,56	2 0,22 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00		7,04	
151				1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	1 0,11 0,44	3 0,34 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00		7,68	
152					2 0,22 0,22		1 0,12 0,34		2 0,22 0,56	2 0,22 0,78	2 0,22 1,00	9,27	
153							1 0,11 0,11		5 0,55 0,66	2 0,12 0,88	1 0,12 1,00	9,20	
154									1 0,11 0,22	5 0,55 0,77	2 0,23 1,00	10,00	1
155			1 0,11 0,11				2 0,22 0,33		2 0,22 0,55	3 0,34 0,89	1 0,11 1,00	9,27	
156											9 1,00 1,00	11,00	
157							1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	1 0,11 0,33	2 0,22 0,55	4 0,45 1,00	10,27	
158										5 0,62 0,62	3 0,13 1,00	10,30	1
159					1 0,13 0,13				2 0,25 0,38	3 0,37 0,75	2 0,25 1,00	9,82	1
160							1 0,13 0,13	2 0,25 0,38	3 0,37 0,75	2 0,25 1,00		8,82	1

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
161		4 0,44 0,44		2 0,22 0,66	3 0,34 1,00							3,77	
162	3 0,33 0,33	3 0,33 0,66	2 0,22 0,88				1 0,12 1,00					3,27	
163						4 0,44 0,44	2 0,22 0,66		2 0,22 0,88		1 0,12 1,00	6,55	
164					1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	3 0,43 0,71		1 0,44 0,85	1 0,15 1,00		7,01	2
165	3 0,43 0,43	1 0,14 0,57		2 0,28 0,85	1 0,15 1,00							2,00	2
166		4 0,50 0,50		2 0,25 0,75	2 0,25 1,00							2,50	1
167					1 0,13 0,13		2 0,25 0,38		3 0,37 0,75	2 0,25 1,00		8,82	1
168	3 0,34 0,34	1 0,11 0,45	1 0,11 0,56	2 0,22 0,78		1 0,11 0,89	1 0,11 1,00					3,04	
169	7 0,78 0,78		2 0,22 1,00									1,14	
170	4 0,44 0,44	3 0,33 0,77	2 0,23 1,00									1,88	
171	6 0,66 0,66	2 0,22 0,88		1 0,12 1,00								1,25	
172	7 0,78 0,78	1 0,11 0,89			1 0,11 1,00							1,14	
173							1 0,13 0,13		1 0,13 0,26	1 0,13 0,39	5 0,61 1,00	10,68	1
174			1 0,14 0,14			1 0,14 0,28	3 0,43 0,71		2 0,29 1,00			7,01	2
175	3 0,33 0,33	3 0,33 0,66	2 0,22 0,88		1 0,12 1,00							2,01	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
176	1 0,13 0,13		3 0,37 0,50	3 0,37 0,87		1 0,13 1,00						3,50	1
177	2 0,22 0,22	3 0,33 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	2 0,23 1,00							2,34	
178	4 0,45 0,45	2 0,22 0,67	1 0,11 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							1,77	
179	1 0,11 0,11	4 0,44 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	2 0,23 1,00							2,38	
180		2 0,29 0,29	2 0,29 0,58	1 0,14 0,72	1 0,14 0,86	1 0,14 1,00						3,28	2
181	3 0,34 0,34	3 0,33 0,67	1 0,11 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							1,98	
182									3 0,33 0,33	2 0,22 0,55	4 0,45 1,00	10,27	
183				1 0,11 0,11		1 0,11 0,22	2 0,22 0,44	1 0,11 0,55	2 0,22 0,77	1 0,11 0,88	1 0,12 1,00	8,20	
184	2 0,22 0,22	3 0,34 0,56	1 0,11 0,67	1 0,11 0,78	2 0,22 1,00							2,50	
185			1 0,13 0,13		4 0,50 0,63	2 0,25 0,88					1 0,12 1,00	5,16	1
186				1 0,14 0,14	1 0,14 0,28	1 0,14 0,42	3 0,44 0,86		1 0,14 1,00			6,90	
187			3 0,44 0,44	1 0,14 0,58	2 0,28 0,86		1 0,14 1,00					4,00	2
188	1 0,13 0,13	3 0,37 0,50	1 0,13 0,63	2 0,25 0,88	1 0,12 1,00							2,50	1
189						1 0,11 0,11			2 0,22 0,33	5 0,55 0,88	1 0,12 1,00	9,80	
190										1 0,11 0,11	8 0,89 1,00	10,93	
191						1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	3 0,33 0,55	1 0,11 0,66	2 0,22 0,88	1 0,12 1,00	8,34	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
192								1 0,11 0,11	1 0,11 0,22	3 0,33 0,55	4 0,45 1,00	10,34	
193									1 0,13 0,13	1 0,13 0,26	6 0,64 1,00	10,87	2
194	6 0,67 0,67	2 0,22 0,89		1 0,13 1,00								1,24	
195	4 0,45 0,45	3 0,33 0,78	1 0,11 0,89		1 0,11 1,00							1,65	
196		3 0,33 0,33	4 0,45 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							2,87	
197	3 0,33 0,33	3 0,33 0,66	2 0,23 0,89	1 0,11 1,00								2,00	
198	5 0,55 0,55	1 0,11 0,66	1 0,11 0,77	2 0,23 1,00								1,40	
199	3 0,34 0,34	2 0,22 0,56	1 0,11 0,67	1 0,11 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00						2,27	
200	2 0,25 0,25	1 0,13 0,38	4 0,50 0,88	1 0,12 1,00								2,74	
201		3 0,34 0,34	4 0,44 0,78	1 0,11 0,89	1 0,11 1,00							2,88	
202					1 0,13 0,13	5 0,62 0,75	2 0,25 1,00					6,06	
203								1 0,11 0,11	4 0,44 0,55	3 0,34 0,89	1 0,11 1,00	8,38	
204									3 0,33 0,33	4 0,44 0,77	2 0,33 1,00	9,88	
205					1 0,11 0,11				2 0,22 0,33	2 0,22 0,55	4 0,45 1,00	10,27	
206							2 0,22 0,22	1 0,11 0,33	3 0,33 0,66	2 0,22 0,88	1 0,11 1,00	9,00	
207	2 0,22 0,22	3 0,33 0,55	3 0,33 0,88	1 0,12 1,00								2,34	

TABELA 5: TABELA RESUMO DOS JULGAMENTOS OBTIDOS DE 25 JUÍZES

AFIRMAÇÃO		CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTA
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
1	f					1	1		3	5	8	7			
	p					0,04	0,04		0,12	0,20	0,32	0,28	9,81	1,85	
	pa					0,04	0,08		0,20	0,40	0,72	1,00			
2	f	3	9	3	3	4	2			1					
	p	0,12	0,36	0,12	0,12	0,16	0,08			0,04			2,67	2,82	
	pa	0,12	0,48	0,60	0,72	0,88	0,96			1,00					
3	f			2	1	2			2	4	7	5			
	p			0,09	0,04	0,09			0,09	0,17	0,30	0,22	9,57	2,56	2
	pa			0,09	0,13	0,22			0,31	0,48	0,78	1,00			
4	f			1	2			4	11	5	2				
	p			0,04	0,08			0,13	0,46	0,21	0,08		8,04	1,19	1
	pa			0,04	0,12			0,25	0,71	0,92	1,00				
5	f			1	1		3		8	2	4	6			
	p			0,04	0,04		0,12		0,32	0,08	0,16	0,24	8,44	2,78	
	pa			0,04	0,08		0,20		0,52	0,60	0,76	1,00			
6	f					1	1	1	4	6	6	6			
	p					0,04	0,04	0,04	0,16	0,24	0,24	0,24	9,42	2,14	
	pa					0,04	0,08	0,12	0,28	0,52	0,76	1,00			
7	f	7	9	6	3										
	p	0,28	0,36	0,24	0,12								2,11	0,93	
	pa	0,28	0,64	0,88	1,00										
8	f	3	11	3	4	1	1	1	1						
	p	0,12	0,44	0,12	0,16	0,04	0,04	0,04	0,04				2,36	2,14	
	pa	0,12	0,56	0,68	0,84	0,88	0,92	0,96	1,00						
9	f	6	4	5	3	4	1	1							
	p	0,25	0,17	0,21	0,12	0,17	0,04	0,04					2,88	2,16	1
	pa	0,25	0,42	0,63	0,75	0,92	0,96	1,00							
10	f		1			2	4	9	5	3	1				
	p		0,04			0,08	0,16	0,36	0,20	0,12	0,04		7,11	1,73	
	pa		0,04			0,12	0,28	0,64	0,84	0,96	1,00				
11	f	2	1	1	3	4	3	4	2	1	1				
	p	0,09	0,05	0,05	0,13	0,18	0,13	0,18	0,09	0,05	0,05		5,50	3,20	3
	pa	0,09	0,14	0,19	0,32	0,50	0,63	0,81	0,90	0,95	1,00				
12	f		1	5	2	2	7	3		1	1				
	p		0,05	0,22	0,09	0,09	0,32	0,13		0,05	0,05		5,66	3,02	3
	pa		0,05	0,27	0,36	0,45	0,77	0,90		0,95	1,00				
13	f	1	14	6	1	1		1		1					
	p	0,04	0,56	0,24	0,04	0,04		0,04		0,04			2,32	1,25	
	pa	0,04	0,60	0,84	0,88	0,92		0,96		1,00					
14	f		1			1	2	6	9	4	1				
	p		0,04			0,04	0,08	0,25	0,38	0,17	0,04		7,74	1,33	1
	pa		0,04			0,08	0,16	0,41	0,79	0,96	1,00				
15	f				1		2	4	6	7	3	1			
	p				0,04		0,08	0,17	0,25	0,29	0,13	0,04	8,34	1,95	1
	pa				0,04		0,12	0,29	0,54	0,83	0,96	1,00			
16	f					1		5	4	8	4	3			
	p					0,04		0,20	0,16	0,32	0,16	0,12	8,81	2,12	
	pa					0,04		0,24	0,40	0,72	0,88	1,00			
17	f			1		3		3	5	4	7	2			
	p			0,04		0,12		0,12	0,20	0,16	0,28	0,08	8,67	2,64	
	pa			0,04		0,16		0,28	0,48	0,64	0,92	1,00			
18	f	1	1	1	5	2	5	2	1	2	1	2			
	p	0,04	0,04	0,04	0,22	0,09	0,22	0,09	0,04	0,09	0,04	0,09	5,82	3,65	2
	pa	0,04	0,08	0,12	0,34	0,43	0,65	0,74	0,78	0,87	0,91	1,00			

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	SEM RESPOSTA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
19		2 0,09 0,09		1 0,05 0,14	3 0,13 0,27	4 0,18 0,45	7 0,32 0,77	2 0,09 0,86	2 0,09 0,95	1 0,05 1,00		6,60	2,08	3
20	8 0,32 0,32	5 0,20 0,52	6 0,24 0,76	1 0,04 0,80			2 0,08 0,88	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00			2,40	2,17	
21	1 0,04 0,04	12 0,48 0,52	4 0,16 0,68	4 0,16 0,84	1 0,04 0,88	1 0,04 0,92			1 0,04 0,96	1 0,04 1,00		2,46	1,38	
22	10 0,40 0,40	5 0,20 0,60	4 0,16 0,76	4 0,16 0,92				1 0,04 0,96	1 0,04 1,00			2,00	2,31	
23	1 0,04 0,04		4 0,16 0,20	2 0,08 0,28	5 0,21 0,49	5 0,21 0,70	3 0,13 0,83	3 0,13 0,96	1 0,04 1,00			5,55	2,76	1
24								2 0,08 0,08	4 0,17 0,25	9 0,37 0,62	9 0,38 1,00	10,17	1,09	1
25						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,13 0,21	1 0,04 0,25	5 0,21 0,46	13 0,54 1,00	10,57	1,53	1
26				1 0,04 0,04		1 0,04 0,08	2 0,28 0,16	7 0,28 0,44	8 0,32 0,76	6 0,24 1,00		8,69	1,64	
27		1 0,04 0,04		1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	2 0,08 0,20	2 0,08 0,28	8 0,32 0,60	7 0,28 0,88	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00	8,19	1,91	
28							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	5 0,20 0,28	7 0,28 0,56	11 0,44 1,00	10,29	1,58	
29				2 0,08 0,08	1 0,04 0,12	1 0,04 0,16		9 0,38 0,54	4 0,17 0,71	5 0,21 0,92	11 0,08 1,00	8,39	1,95	1
30						1 0,04 0,04			3 0,12 0,16	7 0,28 0,44	14 0,56 1,00	10,64	1,23	
31	11 0,46 0,46	8 0,34 0,80	1 0,04 0,84	1 0,04 0,88	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00						1,62	1,31	1
32		6 0,24 0,24	9 0,36 0,60	2 0,08 0,68	5 0,20 0,88		1 0,04 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00		3,22	1,51	
33	15 0,63 0,63	4 0,17 0,80	1 0,04 0,84	1 0,04 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00				1,29	1,30	1
34	20 0,80 0,80	2 0,08 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00							1,13	0,93	
35						1 0,04 0,04	2 0,08 0,12	3 0,12 0,24	3 0,12 0,36	10 0,40 0,76	6 0,24 1,00	9,85	1,89	
36					1 0,04 0,04		1 0,04 0,08	6 0,25 0,33		6 0,25 0,58	10 0,42 1,00	10,18	2,72	1
37	8 0,32 0,32	5 0,20 0,52	8 0,32 0,84	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00							2,40	2,84	1

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	SEM RESPOSTA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
38		1 0,04 0,04		2 0,08 0,12		1 0,04 0,16	1 0,04 0,20	5 0,20 0,40	3 0,12 0,52	8 0,32 0,84	4 0,16 1,00	9,33	2,46	
39	13 0,52 0,52	8 0,32 0,84	1 0,04 0,88		2 0,08 0,96	1 0,04 1,00						1,46	1,23	
40								1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,12 0,20	20 0,80 1,00	10,88	0,62	
41	1 0,04 0,04						2 0,08 0,12	3 0,12 0,24	5 0,20 0,44	5 0,20 0,64	9 0,36 1,00	9,80	2,25	
42	1 0,04 0,04						1 0,04 0,08	3 0,12 0,20	4 0,16 0,36	9 0,36 0,72	7 0,28 1,00	9,89	1,79	
43							1 0,04 0,04		2 0,08 0,12	8 0,33 0,45	13 0,55 1,00	10,59	1,15	1
44	16 0,67 0,67	1 0,04 0,71	4 0,17 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96						1 0,04 1,00	1,25	1,86	1
45							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	3 0,12 0,24	19 0,76 1,00	10,84	0,65	
46						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	5 0,20 0,32	7 0,28 0,60	10 0,40 1,00	10,14	1,72	
47	1 0,04 0,04				1 0,04 0,08				1 0,04 0,12	2 0,08 0,20	20 0,80 1,00	10,93	0,62	
48				1 0,04 0,04	4 0,16 0,20	4 0,16 0,36	3 0,12 0,48	6 0,24 0,72	5 0,20 0,92		2 0,08 1,00	7,58	2,83	
49						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,12 0,20	4 0,16 0,36	11 0,44 0,80	5 0,20 1,00	9,82	1,74	
50		1 0,04 0,04		2 0,08 0,12	2 0,08 0,20	1 0,04 0,24	4 0,16 0,40	5 0,20 0,60	6 0,24 0,84	3 0,12 0,96	1 0,04 1,00	8,00	2,56	
51	10 0,40 0,40	8 0,32 0,72	4 0,16 0,88	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00							1,81	2,06	
52		2 0,08 0,08		1 0,04 0,12	1 0,04 0,16	1 0,04 0,20	1 0,04 0,24	2 0,08 0,32	1 0,04 0,36	7 0,28 0,64	9 0,36 1,00	10,00	3,18	
53	2 0,08 0,08	2 0,08 0,16	4 0,16 0,32	6 0,24 0,56	5 0,20 0,76		2 0,08 0,84	3 0,12 0,96			1 0,04 1,00	4,25	2,38	
54							3 0,12 0,12	3 0,12 0,24	3 0,12 0,36	8 0,32 0,68	8 0,32 1,00	9,24	2,30	
55	8 0,32 0,32	7 0,28 0,60	5 0,25 0,80		3 0,12 0,92			1 0,04 1,00				2,14	1,69	
56	1 0,04 0,04	4 0,17 0,21	6 0,25 0,46	6 0,25 0,71	3 0,12 0,83	4 0,17 1,00						4,14	2,17	1

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
57						1 0,04 0,04		1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	3 0,12 0,24	19 0,75 1,00	10,84	0,65	
58						1 0,04 0,04		1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	3 0,12 0,24	18 0,76 1,00	10,84	0,65	1
59			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	3 0,12 0,28	5 0,20 0,48	4 0,16 0,64	4 0,16 0,80	5 0,20 1,00		7,63	2,93	
60	2 0,08 0,08							2 0,08 0,16	3 0,13 0,29	8 0,33 0,62	9 0,38 1,00	10,14	1,11	1
61	4 0,16 0,16	13 0,52 0,68	4 0,16 0,84	3 0,12 0,96	1 0,04 1,00							2,15	1,26	
62	15 0,63 0,63	4 0,17 0,80	1 0,04 0,84	2 0,08 0,92			1 0,04 0,96	1 0,04 1,00				1,29	1,30	1
63						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08		3 0,12 0,20	5 0,20 0,40	15 0,60 1,00	10,67	1,33	
64						1 0,04 0,04			2 0,08 0,12	6 0,24 0,36	16 0,64 1,00	10,72	1,06	
65						1 0,04 0,04			1 0,04 0,08	2 0,09 0,17	20 0,83 1,00	10,90	0,60	1
66						4 0,17 0,17	7 0,29 0,46	1 0,04 0,50	2 0,08 0,58	5 0,21 0,79	5 0,21 1,00	8,50	3,53	1
67					2 0,08 0,08			5 0,21 0,29	2 0,08 0,37	1 0,04 0,41	14 0,59 1,00	10,65	2,76	1
68	11 0,44 0,44	6 0,24 0,68	3 0,12 0,80				1 0,04 0,84				4 0,16 1,00	1,75	2,01	
69							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	4 0,18 0,26	8 0,35 0,61	9 0,39 1,00	10,19	1,41	2
70							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08		4 0,16 0,24	19 0,76 1,00	10,84	0,65	
71	11 0,44 0,44	4 0,16 0,60	8 0,32 0,92	2 0,08 1,00								1,88	1,90	
72			1 0,04 0,04				1 0,04 0,08		4 0,16 0,24	6 0,24 0,48	13 0,52 1,00	10,54	1,47	
73	8 0,32 0,32	11 0,44 0,76	4 0,16 0,92			1 0,04 0,96			1 0,04 1,00			1,91	1,19	
74			1 0,04 0,04	2 0,08 0,12	1 0,04 0,16	2 0,08 0,24	6 0,24 0,48	5 0,20 0,68	2 0,08 0,76	4 0,16 0,92	2 0,08 1,00	7,60	2,83	
75			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	3 0,13 0,25	4 0,17 0,42	5 0,21 0,63	5 0,21 0,84	2 0,08 0,92	2 0,08 1,00	7,88	2,57	1

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
76								2 0,08 0,08	2 0,08 0,16	10 0,40 0,56	11 0,44 1,00	10,35	1,20	
77	7 0,28 0,28	6 0,24 0,52	5 0,20 0,72	4 0,16 0,88	1 0,04 0,92	2 0,08 1,00						2,42	2,29	
78			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	1 0,04 0,12		7 0,28 0,40	8 0,32 0,72	2 0,08 0,80	4 0,16 0,96	1 0,04 1,00	7,81	1,91	
79						1 0,04 0,04	2 0,08 0,12	1 0,04 0,16	4 0,16 0,32	9 0,36 0,68	8 0,32 1,00	10,0	1,65	
80			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,13 0,21	5 0,22 0,43	7 0,31 0,74	3 0,13 0,87	2 0,09 0,96	1 0,04 1,00		6,73	1,89	2
81				1 0,04 0,04				3 0,13 0,17	7 0,29 0,46	6 0,25 0,71	7 0,29 1,00	9,66	1,86	1
82	1 0,04 0,04	7 0,29 0,33	4 0,17 0,50	4 0,17 0,67	2 0,08 0,75	4 0,17 0,92	2 0,08 1,00					3,50	3,27	1
83	7 0,28 0,28	8 0,32 0,60	4 0,16 0,76	2 0,08 0,84	3 0,12 0,96	1 0,04 1,00						2,19	2,04	
84	6 0,24 0,24	8 0,32 0,56	5 0,20 0,76	2 0,08 0,84	4 0,16 1,00							2,31	1,91	
85					1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	1 0,04 0,20	4 0,16 0,36	13 0,52 0,88	3 0,12 1,00	9,77	1,43	
86					1 0,04 0,04			3 0,12 0,16	4 0,17 0,33	10 0,42 0,75	6 0,25 1,00	9,90	1,47	1
87				1 0,04 0,04				3 0,12 0,16	4 0,17 0,33	10 0,42 0,75	6 0,25 1,00	9,90	1,47	1
88	5 0,20 0,20	4 0,16 0,36	10 0,40 0,76	2 0,08 0,84	3 0,12 0,96			1 0,04 1,00				2,85	1,66	
89							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	6 0,25 0,33	4 0,17 0,50	12 0,50 1,00	10,50	1,82	1
90						2 0,08 0,08	2 0,08 0,16	7 0,28 0,44	8 0,32 0,76	5 0,20 0,96	1 0,04 1,00	8,69	1,64	
91								1 0,04 0,04	4 0,16 0,20	7 0,28 0,48	13 0,52 1,00	10,54	1,34	
92	9 0,36 0,36	2 0,08 0,44	4 0,16 0,60	4 0,16 0,76	3 0,12 0,88	2 0,08 0,96			1 0,04 1,00			3,25	3,24	
93					1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,13 0,21	5 0,21 0,42	6 0,25 0,67	5 0,20 0,87	3 0,13 1,00	8,81	2,19	1
94					1 0,04 0,04		7 0,28 0,32	5 0,20 0,52	4 0,16 0,68	7 0,28 0,96	1 0,04 1,00	8,40	2,50	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
95						2 0,08 0,08	3 0,12 0,20	7 0,28 0,48	4 0,16 0,64	5 0,20 0,84	4 0,16 1,00	8,63	2,37	
96					0 3 0,12 0,12	2 0,08 0,20	4 0,16 0,36	5 0,20 0,56	4 0,16 0,72	5 0,20 0,92	2 0,08 1,00	8,20	2,83	
97								2 0,08 0,08	9 0,36 0,44	7 0,28 0,72	7 0,28 1,00	9,71	1,63	
98	2 0,09 0,09	5 0,22 0,31	7 0,30 0,61	3 0,13 0,74	2 0,09 0,83	2 0,09 0,92		1 0,04 0,96	1 0,04 1,00			3,13	2,38	2
99	3 0,12 0,12	7 0,28 0,40	3 0,12 0,52	5 0,20 0,72	5 0,20 0,92				1 0,04 0,96		1 0,04 1,00	3,33	2,68	
100	6 0,24 0,24	5 0,12 0,36	7 0,28 0,64	4 0,16 0,80	3 0,12 0,92				1 0,04 0,96	1 0,04 1,00		2,0	2,60	
101							1 0,04 0,04		7 0,29 0,33	4 0,17 0,50	12 0,50 1,00	10,50	1,77	1
102	5 0,21 0,21	7 0,29 0,50	3 0,13 0,63	4 0,16 0,79	2 0,08 0,87	3 0,13 1,00						2,50	2,61	1
103					1 0,04 0,04	2 0,09 0,13	6 0,26 0,39	5 0,22 0,61	2 0,09 0,70	4 0,17 0,87	3 0,13 1,00	8,00	2,83	2
104	10 0,40 0,40	4 0,16 0,56	4 0,16 0,72	3 0,12 0,84	1 0,04 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00				2,13	2,62	
105		1 0,04 0,04			1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	1 0,04 0,20	5 0,20 0,40	4 0,16 0,56	6 0,24 0,80	5 0,20 1,00	9,13	2,54	
106	7 0,31 0,31	4 0,17 0,48	3 0,13 0,61	2 0,09 0,70	2 0,09 0,79	1 0,04 0,83		2 0,09 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00	2,65	2,72	2
107	2 0,08 0,08	7 0,29 0,37	7 0,29 0,66	4 0,17 0,83	4 0,17 1,00							2,95	1,94	1
108		1 0,04 0,04	4 0,17 0,21	2 0,08 0,29	4 0,17 0,46	8 0,34 0,80	2 0,08 0,88	1 0,04 0,92			2 0,08 1,00	5,62	2,35	1
109	3 0,12 0,12	10 0,40 0,52	7 0,28 0,80	4 0,16 0,96	1 0,04 1,00							2,45	1,49	
110	1 0,05 0,05		3 0,13 0,18	3 0,13 0,31	2 0,09 0,40	6 0,27 0,67	2 0,09 0,76	1 0,05 0,81	1 0,05 0,86	1 0,05 0,91	2 0,09 1,00	5,87	3,35	3
111							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	4 0,16 0,32	17 0,68 1,00	10,76	1,06	
112	3 0,13 0,13	4 0,18 0,31	5 0,22 0,53	3 0,13 0,66	4 0,18 0,84	2 0,08 0,92			1 0,04 0,96	1 0,04 1,00		3,36	2,30	2
113	5 0,20 0,20	7 0,28 0,48	4 0,16 0,64	5 0,20 0,84	3 0,12 0,96		1 0,04 1,00					2,63	2,41	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI-QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
114	2 0,09 0,09		4 0,17 0,26	6 0,27 0,53	3 0,13 0,66	4 0,17 0,83	2 0,09 0,92	1 0,04 0,96			1 0,04 1,00	4,39	2,58	2
115						3 0,13 0,13	1 0,04 0,17	3 0,13 0,30	5 0,22 0,52	6 0,26 0,78	5 0,22 1,00	9,41	2,27	2
116							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	5 0,20 0,28	7 0,28 0,56	11 0,44 1,00	10,29	1,58	
117	11 0,44 0,44	3 0,12 0,56	6 0,24 0,80	4 0,16 0,96						1 0,04 1,00		2,00	2,22	
118						1 0,04 0,04	2 0,09 0,13	2 0,09 0,22	4 0,17 0,39	6 0,26 0,65	8 0,35 1,00	9,92	2,11	2
119	6 0,24 0,24	5 0,20 0,44	8 0,32 0,76	3 0,12 0,88	2 0,08 0,96	1 0,04 1,00						2,69	1,91	
120	3 0,12 0,12	3 0,12 0,24	8 0,32 0,56	5 0,20 0,76	4 0,16 0,92	1 0,04 0,96				1 0,04 1,00		3,31	1,91	
121			2 0,09 0,09	1 0,04 0,13	1 0,04 0,17	7 0,30 0,47	3 0,13 0,60	5 0,22 0,82		2 0,09 0,91	2 0,09 1,00	6,73	2,44	2
122		2 0,08 0,08	3 0,13 0,21	6 0,25 0,46	6 0,25 0,71	4 0,17 0,88	1 0,04 0,92			1 0,04 0,96	1 0,04 1,00	4,66	2,07	1
123			2 0,09 0,09		2 0,09 0,18	6 0,29 0,47	3 0,15 0,62	3 0,15 0,77	2 0,09 0,86	2 0,09 0,95	1 0,05 1,00	6,78	2,62	4
124	2 0,09 0,09	5 0,22 0,31	6 0,26 0,57	3 0,13 0,70	2 0,09 0,79	4 0,17 0,96	1 0,04 1,00					3,23	2,82	2
125	1 0,04 0,04	1 0,04 0,08			2 0,08 0,16	2 0,08 0,24	4 0,16 0,40	4 0,16 0,56	4 0,16 0,72	5 0,20 0,92	2 0,08 1,00	8,13	3,08	
126				2 0,09 0,09	1 0,04 0,13	1 0,04 0,17	6 0,26 0,43	5 0,22 0,65	3 0,13 0,78	2 0,09 0,87	3 0,13 1,00	7,83	2,46	2
127							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	5 0,20 0,36	16 0,64 1,00	10,72	1,15	
128					1 0,04 0,04		2 0,09 0,13		2 0,09 0,22	8 0,33 0,55	11 0,45 1,00	10,35	1,35	1
129					1 0,04 0,04	2 0,09 0,13	6 0,25 0,38	7 0,29 0,67	5 0,21 0,88		3 0,12 1,00	7,31	1,90	1
130	2 0,08 0,08		4 0,16 0,24	7 0,28 0,52	5 0,20 0,72	5 0,20 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00			4,44	2,11	
131							5 0,13 0,13	3 0,13 0,26	6 0,26 0,52	7 0,30 0,82	4 0,18 1,00	8,42	1,84	2
132			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08			3 0,12 0,20	2 0,08 0,28	7 0,28 0,56	7 0,28 0,84	4 0,16 1,00	9,29	2,05	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
133	, 0							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08		21 0,92 1,00	10,96	0,54	2
134				1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	6 0,26 0,34	5 0,22 0,56	2 0,09 0,65	4 0,17 0,82	2 0,09 0,91	2 0,09 1,00	7,23	2,93	2
135							1 0,04 0,04	2 0,09 0,13	1 0,04 0,17	8 0,33 0,50	12 0,50 1,00	10,50	1,25	1
136								1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,09 0,17	20 0,83 1,00	10,90	0,56	1
137	1 0,05 0,05	2 0,09 0,14	1 0,05 0,19	2 0,09 0,28	6 0,27 0,55	2 0,09 0,64	3 0,13 0,77	4 0,18 0,95			1 0,05 1,00	5,31	3,17	3
138	1 0,04 0,04	4 0,18 0,22	1 0,04 0,26	5 0,22 0,48	6 0,29 0,77	3 0,13 0,90	2 0,10 1,00					4,50	2,40	3
139					1 0,04 0,04		2 0,09 0,13	1 0,04 0,17	4 0,18 0,35	2 0,09 0,44	12 0,56 1,00	10,58	2,16	3
140								4 0,16 0,16	6 0,24 0,30	6 0,24 0,54	9 0,36 1,00	10,33	2,00	
141						2 0,08 0,08	7 0,31 0,39	5 0,21 0,60	5 0,21 0,81	2 0,09 0,91	2 0,09 1,00	7,99	2,11	2
142							1 0,04 0,04	5 0,21 0,25	10 0,41 0,66	3 0,13 0,79	5 0,21 1,00	9,10	1,66	1
143	6 0,24 0,24	66 0,24 0,48	6 0,24 0,72	4 0,16 0.88				1 0,04 0,92	2 0,08 1,00			2,58	2,14	
144	9 0,36 0,36	9 0,36 0,72	3 0,12 0,84	1 0,04 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96			1 0,04 1,00			1,88	1,55	
145	5 0,20 0,20	11 0,44 0,64	6 0,24 0,88	1 0,04 0,92			1 0,04 0,96		1 0,04 1,00			2,18	1,34	
146	11 0,44 0,44	5 0,20 0,64	4 0,16 0,80	5 0,20 1,00								1,80	2,12	
147	9 0,36 0,36	7 0,28 0,64	6 0,24 0,88		2 0,08 0,96		1 0,04 1,00					2,12	1,99	
148	10 0,40 0,40	4 0,16 0,56	4 0,16 0,72	3 0,12 0,84	2 0,08 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00				2,12	2,62	
149	14 0,56 0,56	2 0,08 0,64	2 0,08 0,72	1 0,04 0,76	4 0,16 0,92	1 0,04 0,96			1 0,04 1,00			1,39	3,30	
150				1 0,04 0,04	2 0,09 0,13	5 0,21 0,34	7 0,31 0,65	4 0,18 0,83	2 0,09 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00	7,00	2,01	2
151			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	5 0,20 0,36	5 0,20 0,56	7 0,28 0,84	3 0,12 0,96	0,04 1,00		7,20	2,50	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
152					2 0,08 0,08		5 0,20 0,28	3 0,12 0,40	5 0,20 0,60	7 0,28 0,88	3 0,12 1,00	9,00	2,68	
153					1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	3 0,13 0,29	8 0,33 0,62	8 0,33 0,95	1 0,05 1,00	9,12	1,71	1
154						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,12 0,20	3 0,12 0,32	11 0,44 0,76	6 0,24 1,00	9,90	1,56	
155			1 0,04 0,04				4 0,16 0,20	5 0,20 0,40	5 0,20 0,60	8 0,32 0,92	2 0,08 1,00	9,00	2,21	
156						1 0,04 0,04				1 0,04 0,08	23 0,92 1,00	10,95	0,54	
157				1 0,04 0,04		1 0,04 0,04	4 0,16 0,24	1 0,04 0,28	8 0,32 0,60	3 0,12 0,72	7 0,28 1,00	9,18	2,85	
158							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08		11 0,46 0,54	11 0,46 1,00	10,40	1,09	1
159					1 0,04 0,04	1 0,04 0,12		3 0,12 0,20	6 0,25 0,45	10 0,43 0,87	3 0,12 1,00	9,59	1,53	1
160						1 0,04 0,04	2 0,08 0,12	7 0,29 0,41	6 0,25 0,66	5 0,22 0,88	3 0,12 1,00	8,83	1,97	1
161		7 0,28 0,28	3 0,12 0,40	6 0,24 0,64	5 0,20 0,84	1 0,04 0,88		1 0,04 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00		3,91	2,65	
162	6 0,24 0,24	6 0,24 0,48	6 0,24 0,72	3 0,12 0,84	1 0,04 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00				2,58	2,20	
163						5 0,21 0,21	8 0,35 0,57	3 0,13 0,70	6 0,26 0,96		1 0,04 1,00	7,31	2,19	2
164			1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	1 0,04 0,12	2 0,09 0,21	6 0,26 0,47	3 0,13 0,60	7 0,32 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00	7,66	2,33	2
165	7 0,30 0,30	5 0,22 0,52	2 0,09 0,61	4 0,17 0,78	2 0,09 0,87		2 0,09 0,96		1 0,04 1,00			2,40	2,36	2
166	5 0,21 0,21	5 0,21 0,42	1 0,05 0,47	4 0,18 0,65	6 0,27 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00					3,63	3,22	2
167					3 0,13 0,13	2 0,08 0,21	7 0,31 0,52	2 0,08 0,60	5 0,22 0,82	1 0,04 0,86	3 0,14 1,00	7,42	2,53	2
168	6 0,26 0,26	6 0,26 0,52	2 0,08 0,60	5 0,22 0,82		3 0,14 0,96	1 0,04 1,00					2,41	2,69	2
169	18 0,72 0,72	2 0,08 0,80	3 0,12 0,92			1 0,04 0,96						1,19	1,02	
170	10 0,40 0,40	7 0,28 0,68	5 0,20 0,88		1 0,04 0,92		1 0,04 0,96		1 0,04 1,00			1,85	1,75	

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
171	14 0,56 0,56	5 0,20 0,76	1 0,04 0,80	3 0,12 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00					1,39	1,50	
172	12 0,48 0,48	3 0,12 0,60	2 0,08 0,68	2 0,08 0,76	1 0,04 0,80	3 0,12 0,92	1 0,04 0,96					1,70	3,55	
173							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	3 0,14 0,22	3 0,14 0,36	14 0,64 1,00	10,71	2,43	3
174	2 0,09 0,09		1 0,04 0,13		2 0,09 0,22	6 0,30 0,52	6 0,30 0,82		3 0,14 0,96	1 0,04 1,00		6,41	1,74	4
175	9 0,36 0,36	6 0,24 0,60	6 0,24 0,84	1 0,04 0,88	2 0,08 0,96		1 0,04 1,00					2,08	1,93	
176	3 0,12 0,12	1 0,04 0,16	6 0,25 0,41	8 0,34 0,75	2 0,08 0,83	3 0,12 0,95		1 0,05 1,00				3,74	1,66	1
177	8 0,32 0,32	9 0,36 0,68	2 0,08 0,76	1 0,04 0,80	2 0,08 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96			1 0,04 1,00		2,00	2,09	
178	6 0,24 0,24	7 0,28 0,52	3 0,12 0,64	4 0,16 0,80	1 0,04 0,84	3 0,12 0,96				1 0,04 1,00		2,42	2,65	
179	3 0,12 0,12	9 0,36 0,48	6 0,24 0,72	4 0,16 0,88	2 0,08 0,96		1 0,04 1,00					2,58	1,82	
180	1 0,04 0,04	4 0,19 0,23	3 0,15 0,38	4 0,19 0,57	4 0,19 0,76	2 0,09 0,85		2 0,09 0,94	1 0,06 1,00			4,12	2,85	4
181	7 0,29 0,29	6 0,25 0,54	3 0,12 0,66	4 0,17 0,83	3 0,12 0,95			1 0,05 1,00				2,33	2,63	1
182		2 0,08 0,08						1 0,04 0,12	9 0,36 0,48	5 0,20 0,68	8 0,32 1,00	9,60	1,85	
183				1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	7 0,28 0,44	4 0,16 0,60	6 0,24 0,84	3 0,12 0,96	1 0,04 1,00	7,87	2,30	
184	4 0,16 0,16	7 0,28 0,44	5 0,20 0,64	3 0,12 0,76	4 0,16 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00					2,80	2,59	
185	1 0,04 0,04	3 0,14 0,18		2 0,09 0,27	7 0,33 0,60	6 0,27 0,87	1 0,04 0,91		1 0,04 0,95		1 0,05 1,00	5,21	1,78	3
186				1 0,04 0,04	3 0,13 0,17	3 0,13 0,30	5 0,23 0,53	6 0,30 0,83		3 0,13 0,96	1 0,04 1,00	7,34	2,20	3
187			5 0,22 0,22	2 0,09 0,31	5 0,23 0,54	5 0,23 0,77	1 0,05 0,82	1 0,04 0,86	1 0,05 0,91	1 0,04 0,95	1 0,05 1,00	5,29	2,64	3
188	3 0,12 0,12	5 0,21 0,33	8 0,33 0,66	4 0,14 0,80	1 0,05 0,85	1 0,05 0,90		1 0,05 0,95	1 0,04 1,00			3,00	1,90	1
189							1 0,04 0,04	5 0,22 0,26	4 0,17 0,43	10 0,44 0,87	3 0,13 1,00	8,65	1,77	2

AFIRMAÇÃO	CATEGORIAS											VALOR ESCALAR	DESVIO SEMI QUARTIL	SEM RESPOSTAS
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
190							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08		6 0,24 0,32	17 0,62 0,94	10,79	0,98	
191						2 0,08 0,08	5 0,21 0,30	5 0,21 0,52	4 0,17 0,69	6 0,26 0,95	1 0,04 1,00	8,40	2,45	2
192							2 0,08 0,08	3 0,12 0,20	3 0,12 0,32	10 0,40 0,72	7 0,28 1,00	9,95	2,60	
193							1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	2 0,08 0,16	3 0,13 0,29	17 0,71 1,00	10,79	0,98	1
194	10 0,04 0,40	6 0,24 0,64	4 0,16 0,80	3 0,12 0,92		1 0,04 0,96					1 0,04 1,00	3,58	2,51	
195	9 0,36 0,36	6 0,24 0,60	2 0,08 0,68	1 0,04 0,72	5 0,20 0,92	1 0,04 0,96				1 0,04 1,00		2,08	3,45	
196	3 0,12 0,12	7 0,28 0,40	6 0,24 0,64	5 0,20 0,84	2 0,08 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00					2,91	2,08	
197	6 0,24 0,24	6 0,24 0,48	7 0,28 0,76	3 0,12 0,88		2 0,08 0,96				1 0,04 1,00		2,57	1,92	
198	12 0,48 0,48	4 0,16 0,64	3 0,12 0,76	3 0,12 0,88	1 0,04 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00				1,62	2,39	
199	8 0,34 0,34	4 0,18 0,52	3 0,13 0,65	4 0,18 0,83	2 0,08 0,91	1 0,04 0,95	1 0,05 1,00					2,37	2,84	2
200	2 0,08 0,08	4 0,16 0,24	10 0,40 0,64	3 0,12 0,76	4 0,16 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00					3,15	1,89	
201		6 0,24 0,24	9 0,36 0,50	8 0,32 0,92	1 0,04 0,96	1 0,04 1,00						3,22	1,44	
202	1 0,04 0,04		2 0,08 0,12	2 0,08 0,20	4 0,17 0,37	8 0,33 0,70	7 0,30 1,00					5,87	1,89	1
203						2 0,08 0,08	4 0,16 0,24	6 0,24 0,48	8 0,32 0,80	3 0,12 0,92	2 0,08 1,00	8,58	1,80	
204						1 0,04 0,04	1 0,04 0,08	4 0,16 0,24	8 0,32 0,56	7 0,28 0,84	4 0,16 1,00	9,31	1,64	
205					2 0,08 0,08			2 0,08 0,16	3 0,12 0,28	5 0,20 0,48	13 0,52 1,00	10,53	1,76	
206						1 0,04 0,04	3 0,12 0,16	2 0,08 0,24	5 0,20 0,44	6 0,24 0,68	8 0,32 1,00	9,75	2,16	
207	7 0,28 0,28	5 0,20 0,48	6 0,24 0,72	3 0,12 0,84	2 0,08 0,92	1 0,04 0,96		1 0,04 1,00				2,58	2,35	

FONTE: Pesquisa com juízes, 1973