

Instrumento *Quality of Care Scale* aplicado a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise psicométrica

Quality of Care Scale instrument applied to Care Network users for the Person with Disabilities: a psychometric analysis

Thalita Evaristo Couto Dias¹ , Amélia Augusta de Lima Friche² , Stela Maris Aguiar Lemos² 

RESUMO

Objetivo: Analisar as propriedades psicométricas do instrumento *Quality of Care Scale*, aplicado a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal. Entrevistas com 869 usuários do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foram realizadas por meio de instrumentos de caracterização sociodemográfica, classificação socioeconômica e Qualidade do Cuidado autorreferida. O instrumento para investigação da Qualidade do Cuidado, *Quality of Care Scale*, contém 19 perguntas distribuídas entre os seguintes eixos: profissionais e atendimento, acesso, necessidades sociais e informações recebidas. Foi validado no Brasil em 2014, com amostra composta por pessoas com deficiência intelectual e física. Neste estudo, as perguntas foram conduzidas pelos pesquisadores a pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva, visual ou múltipla. Para a análise psicométrica, foram utilizadas a Teoria de Resposta ao Item e a análise fatorial, além das medidas de validade convergente e confiabilidade. **Resultados:** Todos os itens foram relevantes e com discriminação aceitável para formação dos constructos de primeira ordem (eixos da Qualidade do Cuidado) e segunda ordem (indicador Qualidade do Cuidado), exceto um item de informações recebidas, que foi retirado do modelo final, por ter apresentado carga fatorial baixa. Os constructos apresentaram níveis exigidos de confiabilidade, validação convergente e ajuste adequados. **Conclusão:** A análise psicométrica do instrumento *Quality of Care Scale* revelou que o modelo final apresentado neste trabalho pode ser ampliado para medir a Qualidade do Cuidado ofertada a pessoas com deficiência intelectual, auditiva, física, visual ou múltipla, usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Qualidade dos cuidados de saúde; Avaliação em saúde; Estudos de validação; Escalas

ABSTRACT

Purpose: To analyze the psychometric properties of the Quality of Care Scale instrument applied to Care Network users for the Person with Disabilities. **Methods:** This is an observational, analytical, and cross-sectional study. Interviews with 869 users of the specialized Care Network for the Person with Disabilities component were conducted through instruments of sociodemographic characterization, socioeconomic classification, and self-reported Quality of Care. The Quality of Care Scale research instrument contains 19 questions distributed between the professional and care, access, social needs, and information received axes. It was validated in Brazil in 2014 with a sample composed of people with intellectual and physical disabilities. In this study, the questions were led by researchers to people with intellectual, physical, hearing, visual, or multiple disabilities. For psychometric analysis, we used the item of Response Theory, and factorial analysis and measures of convergent validity and reliability. **Results:** All items were relevant and with acceptable discrimination for the formation of the first order (Quality of Care axes) and second-order (Quality of Care indicator) constructs, except one information received item, which was removed from the final model for having presented low factorial load. The constructs presented the required levels of reliability, convergent validation, and proper fit. **Conclusion:** The psychometric analysis of the Quality of Care Scale instrument revealed that the final model presented in this paper can be expanded to measure the Quality of Care offered to people with intellectual, hearing, physical, visual, or multiple disabilities, users of Care Network for the Person with Disabilities.

Keywords: Disabled persons; Quality of health care; Health evaluation; Validation studies; Scales

Trabalho realizado no Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesses: Não.

Contribuição dos autores: TECD participou da coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; AALF subcoordenadora do projeto, participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo; SMAL coordenadora do projeto, participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Edital 14/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS-REDE. O presente trabalho também foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Autor correspondente: Thalita Evaristo Couto Dias. E-mail: thalitata@hotmail.com

Recebido: Outubro 17, 2019; **Aceito:** Abril 03, 2020

INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, há cerca de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo, mas as informações sobre a qualidade dos serviços oferecidos a essa expressiva população são escassas⁽¹⁾. Assim, torna-se cada vez mais necessária a investigação quanto ao acesso e a forma como as pessoas com deficiência têm recebido a assistência de que precisam.

A avaliação de serviços de saúde deve assinalar os impactos das atividades desenvolvidas, esclarecendo o funcionamento do serviço e facilitando as tomadas de decisão, por meio de correção de falhas e alteração de condutas. É interessante, contudo, obter informações também por meio dos próprios usuários, pois a Qualidade do Cuidado pode ser melhor compreendida considerando-se as experiências e sentidos dos atores envolvidos⁽²⁻⁴⁾. Dessa forma, é necessário que o instrumento utilizado esteja de acordo com a medida a que se propõe avaliar e, no caso da Qualidade do Cuidado autorreferida pelo usuário, avaliar de forma objetiva respostas subjetivas. Poucos estudos se propuseram a desenvolver instrumentos para medir a Qualidade do Cuidado⁽⁵⁻⁹⁾.

O projeto *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation* (DISQOL), criado em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), reuniu o Brasil e outros 15 centros internacionais para desenvolver instrumentos e investigar três elementos de impacto na vida das pessoas com deficiência intelectual e física: qualidade de vida, qualidade do atendimento disponível e a atitude dos familiares frente a incapacidades⁽⁵⁾. O instrumento *Quality of Care Scale*⁽⁶⁾, do projeto DISQOL, foi validado no Brasil e utilizado neste estudo, com o propósito de verificar se é possível medir a Qualidade do Cuidado a pessoas de todos os tipos de deficiência, ampliando a proposta inicial.

Para tanto, a psicomетria coloca-se como forma de verificar a validade e a confiabilidade da avaliação de características matemáticas em dados empíricos. Por meio da análise psicométrica é possível observar a qualidade das perguntas e sua distribuição em um instrumento (validade), contribuindo para a obtenção de dados consistentes e reprodutíveis (confiabilidade)^(10,11). Também no caso de instrumentos já validados, como o *Quality of Care Scale*, uma nova análise psicométrica torna-se importante quando a população do novo estudo é diferente daquela do estudo de origem, porque a confiabilidade não é uma propriedade de medida fixa, ou seja, ela pode variar em diferentes contextos⁽¹¹⁾. A nova análise psicométrica pode, então, ampliar as possibilidades de aplicação do instrumento.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar as propriedades psicométricas do instrumento *Quality of Care Scale*⁽⁶⁾ aplicado a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal, realizado com amostra por conglomerado, formada por 869 usuários do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais (RCPD-MG). Para o cálculo amostral, utilizou-se o método para estimar proporções para

populações finitas⁽¹²⁾, em três estágios: alocação proporcional da amostra pelas 13 regiões ampliadas de saúde de Minas Gerais, região de saúde e modalidade de serviço (intelectual, auditivo, físico, visual e ostomia). Foram considerados 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e 23,9% de prevalência de deficiência, segundo dados do Censo 2010. A amostra estimada pelo cálculo foi de 385, considerando a margem de erro adotada.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem um conjunto de serviços a uma população, que atuam de forma cooperativa e interdependente, por meio de seus componentes⁽¹³⁾. No caso da RCPD-MG, a atenção à saúde é coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) são ofertados os serviços de reabilitação⁽¹³⁾. Fazem parte desse componente especializado da RCPD-MG: Centro Especializado em Reabilitação (CER), Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual (SERDI), Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), Serviço de Reabilitação Física (SRF), Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada (SASPO) e Serviço de Reabilitação Visual (SRV).

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que o usuário deveria possuir vínculo com o serviço há, pelo menos, seis meses e ter comparecido em pelo menos duas consultas nesse período.

Dentre os instrumentos utilizados, o Roteiro de Entrevistas com Usuários foi elaborado pelos pesquisadores e abordou aspectos sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho e renda) e tipo de deficiência. A classificação econômica foi avaliada pelo Critério de Classificação Econômica Brasil⁽¹⁴⁾ (CCEB), distribuído entre as classes AB (A, B1, B2), C (C1 e C2) e DE.

O instrumento *Quality of Care Scale*⁽⁶⁾ avaliou a Qualidade do Cuidado autorreferida por meio de 19 perguntas, distribuídas em quatro constructos: profissionais e atendimento, acesso, necessidades sociais e informações recebidas (Quadro 1).

No estudo original⁽⁶⁾, em seu formato autoaplicado, o questionário foi respondido por pessoas com deficiência intelectual e física, com as seguintes opções de resposta: nada, médio ou totalmente. As respostas receberam pontuação em escala tipo Likert 1, 3 ou 5, respectivamente, e, ao final os pontos foram somados em valor bruto e convertidos em escala de 0 (zero) a 100.

Neste estudo, as perguntas foram conduzidas pelos pesquisadores a pessoas com deficiência intelectual, física, auditiva, visual ou múltipla, que escolheram uma entre três respostas: não, parcialmente ou sim. Essa adaptação ocorreu em função da mudança do formato autoaplicado para entrevista. Os acompanhantes (responsável, parente, cuidador ou amigo) de usuários com deficiência intelectual ou auditiva e de usuários menores de 18 anos de idade também participaram da entrevista, confirmando ou fornecendo as respostas. Posteriormente, assim como no estudo original⁽⁶⁾, utilizou-se a pontuação 1 (não), 3 (parcialmente) ou 5 (sim) para soma do valor bruto atribuído às respostas e conversão em escala de 0 (zero) a 100.

Para a maioria das perguntas do instrumento, as respostas “não” ou “sim” indicam uma avaliação negativa ou positiva quanto à Qualidade do Cuidado, respectivamente. Porém, em algumas perguntas do constructo acesso, essa relação é contrária, ou seja, a resposta “não” é positiva e a resposta “sim” é negativa. Dessa forma, os quatro primeiros itens desse constructo foram invertidos na análise, a fim de que todos ficassem na mesma direção. Na descrição e comparação entre os itens de cada constructo, os intervalos menores que 50 evidenciaram discordância quanto ao item, ou seja, indicaram a resposta negativa

Quadro 1. Descrição dos itens do instrumento *Quality of Care Scale*

Constructo	Item	Legenda
Profissionais e Atendimento	PA1	As pessoas que atendem você (usuário) são boas no seu trabalho?
	PA2	As pessoas que atendem você (usuário) sabem o suficiente sobre sua condição ou incapacidade?
	PA3	As pessoas que atendem você (usuário) satisfazem suas necessidades?
	PA4	As pessoas que atendem você (usuário) o envolvem nas decisões relativas a seu cuidado de saúde e/ou social?
Acesso	ACE1i	Você tem que esperar muito tempo para ver as pessoas que atendem você?
	ACE2i	Você tem que preencher muita papelada (muita burocracia) para que você consiga os serviços de que necessita?
	ACE3i	Você precisa lutar para obter o atendimento e o apoio que necessita?
	ACE4i	A falta de serviços onde você mora limita o atendimento e o apoio que você recebe?
	ACE5	É fácil conseguir consultas com profissionais de saúde?
	ACE6	É fácil conseguir consultas com profissionais não médicos?
Necessidades Sociais	NS1	Você tem a ajuda de que necessita para viver em sua casa?
	NS2	Você consegue ajuda para participar de atividades de lazer?
	NS3	Você consegue ajuda para participar de atividades sociais?
	NS4	Você recebe cuidado/atendimento e apoio suficientes?
	NS5	O cuidado/atendimento que você recebe faz com que você se sinta seguro(a)?
Informações Recebidas	IR1	Você recebeu informações suficientes sobre a sua incapacidade (deficiência/limitação)?
	IR2	Você tem conhecimento dos serviços e do apoio que você pode encontrar para ajudá-lo(a)?
	IR3	Você tem conhecimento sobre o dinheiro e outros benefícios que você pode receber como auxílio?
	IR4	Você recebe informações de modo que você pode compreender tudo facilmente?

dos entrevistados sobre a Qualidade do Cuidado. Os intervalos maiores que 50 evidenciaram concordância, indicando resposta positiva, e valores iguais a 50 evidenciaram parcialidade em relação às respostas.

Os dados foram obtidos entre abril e setembro de 2016, por meio de entrevistas individuais nas salas de espera de 36 serviços do componente especializado da RCPD-MG, distribuídos nas 13 regiões ampliadas de saúde. Esse cenário de realização das entrevistas foi escolhido para favorecer o encontro dos pesquisadores com os usuários. As respostas foram gravadas em áudio, registradas nos questionários e, posteriormente, categorizadas e conferidas em banco de dados, por meio do programa Excel (versão 2016).

Na análise descritiva, foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, além de medidas de posição, tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

Para criação do indicador Qualidade do Cuidado, não houve formação direta por itens (perguntas), mas por variáveis latentes (indicadores). Para tratar essa característica da estrutura de mensuração, foi utilizada a abordagem *Two-Step*⁽¹⁵⁾. Assim, foram computados os escores das variáveis latentes de primeira ordem (profissionais e atendimento, acesso, necessidades sociais e informações recebidas), por meio da análise fatorial, juntamente à Teoria de Resposta ao Item (TRI)⁽¹⁶⁾.

A TRI consiste em um conjunto de modelos matemáticos que se relacionam a um traço latente, ou seja, uma variável que não pode ser observada diretamente, mas que pode ser inferida por meio da análise de variáveis relacionadas a ela^(10,16). Nessa etapa, utilizou-se o modelo logístico de dois parâmetros: dificuldade (β) e discriminação (α). O parâmetro de dificuldade indica o quão “difícil” é uma determinada questão, ou seja, quanto maior o parâmetro de dificuldade, maior deve ser a habilidade

do indivíduo para que a resposta seja positiva^(10,16). O parâmetro de discriminação caracteriza a capacidade do item de diferenciar indivíduos com distintos níveis de concordância, ou seja, indica a qualidade individual de cada item na mensuração do traço latente, tendo sido o valor maior ou igual a 0,65 considerado na análise^(10,16). Para que o ajuste do modelo fosse possível, a escala dos itens dos constructos foi transformada em binária. Portanto, exclusivamente para a análise TRI, as respostas “parcialmente” e “sim” foram transformadas em uma única classe.

Após esse processo foi utilizada a análise fatorial, com as três categorias de respostas, na criação do indicador geral (Qualidade do Cuidado). A principal função da análise fatorial⁽¹⁷⁾ é reduzir uma grande quantidade de variáveis a um número reduzido de fatores. A carga fatorial (CF) corresponde à correlação entre as variáveis originais e os fatores (variáveis latentes). Valores de CF abaixo de 0,50 são utilizados como critério para eliminar as variáveis que não estão contribuindo com a medição do constructo⁽¹⁷⁾.

A qualidade do indicador geral (Qualidade do Cuidado) foi avaliada por meio da análise de validade convergente e confiabilidade de cada constructo. Para a validade convergente, utilizou-se o critério da variância média extraída (AVE) (percentual médio de variância compartilhada entre o constructo latente e seus itens) acima de 50%⁽¹⁷⁾. Para a análise de confiabilidade, foram considerados os valores maiores que 0,60 para o coeficiente Alfa de Cronbach (AC) (proporção da variância total da escala que é atribuída ao verdadeiro escore do constructo latente)⁽¹⁷⁾ e confiabilidade composta (CC) (grau em que um conjunto de itens de um constructo é internamente consistente em suas mensurações)⁽¹⁷⁾. Para comprovar a adequação do modelo de análise fatorial, considerou-se o valor maior ou igual a 0,50 do coeficiente de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) (proporção da

variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis)⁽¹⁷⁾.

O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do programa R (versão 3.4.4). Com base no modelo inicial, o modelo final foi formado pelos itens que apresentaram os parâmetros descritos anteriormente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC 913612. Todos os participantes de 18 anos ou mais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os de 7 a 17 anos, o Termo de Assentimento.

RESULTADOS

Dentre os usuários participantes do estudo, mais da metade era do sexo masculino (56%), apenas 10% tinha, pelo menos, o ensino médio completo, mais da metade declarou ser de raça parda ou preta (55%) e a maioria era solteira (70%). A média da idade dos usuários foi de 29 anos (DP=28), sendo que metade deles tinha até 14 anos. Os valores mínimos e máximos de idade foram 1 mês e 97 anos.

Apenas 6% dos usuários trabalhavam, sendo o motivo mais frequente ser menor de idade (59%). A maioria dos usuários apresentou classificação econômica C (58%), sendo que 33% não tinham renda pessoal e 58% tinham até um salário mínimo de renda pessoal informada. A maioria tinha renda domiciliar informada inferior ou igual a dois salários mínimos (71%).

Quanto aos tipos de deficiência, 31% tinham deficiência intelectual, 26% física, 22% múltipla (dois tipos ou mais de deficiência), 19% auditiva e 2% visual. Em 35% dos casos existia outra comorbidade associada.

Em relação à descrição dos itens de cada constructo de primeira ordem, houve discordância quanto ao item AC4i “A falta de serviços onde você mora limita o atendimento e

o apoio que você recebe?”, pois os entrevistados tenderam a responder “sim”. Houve parcialidade quanto ao item IR3 “Você tem conhecimento sobre o dinheiro e outros benefícios que você pode receber como auxílio?”, pois os entrevistados tenderam a responder “parcialmente” (Tabela 1).

Quanto à análise fatorial dos constructos de primeira ordem, apesar de o item NS1 “Você tem a ajuda de que necessita para viver em sua casa?” ter apresentado carga fatorial menor que 0,50, foi mantido por não impedir a validação do constructo. Já o item IR3, “Você tem conhecimento sobre o dinheiro e outros benefícios que você pode receber como auxílio?” foi retirado da análise por ter apresentado carga fatorial muito baixa (CF=0,36). Além disso, os itens NS4 “Você recebe cuidado/atendimento e apoio suficientes?” ($\alpha=0,50$) e NS5 “O cuidado/atendimento que você recebe faz com que você se sinta seguro(a)?” ($\alpha=0,42$), apresentaram baixa discriminação. Analisando-se o modelo final, todos os itens foram relevantes para a formação da variável latente (CF>0,50), além de terem apresentado discriminação aceitável ($\alpha>0,65$) (Tabela 2).

Na análise fatorial para o constructo de segunda ordem, Qualidade do Cuidado, todos os itens apresentaram carga fatorial superior a 0,50, exceto o indicador necessidades sociais (CF=0,49) que, entretanto, foi mantido por ser próximo de 0,50 e não prejudicar a validação do constructo (Tabela 3).

Nas medidas de verificação de validade e qualidade, todos os constructos, tanto os de primeira ordem, quanto o de segunda ordem, apresentaram níveis exigidos de confiabilidade (AC ou CC>0,60), validação convergente (AVE>0,40) e ajuste adequados (KMO>0,50) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

As políticas públicas relacionadas às pessoas com deficiência foram ampliadas no Brasil nos últimos anos, porém, essa população ainda enfrenta inúmeras barreiras, dentre elas

Tabela 1. Descrição e comparação dos itens dos constructos (n=869)

Constructo	Item	Média	DP	IC 95%
Profissionais e Atendimento	PA1	92,23	20,79	[90,91; 93,56]
	PA2	82,91	34,59	[80,38; 85,33]
	PA3	86,65	29,59	[84,70; 88,49]
	PA4	79,46	39,08	[76,99; 82,16]
Acesso	ACE1i	72,67	41,55	[69,91; 75,38]
	ACE2i	83,95	35,00	[81,70; 86,13]
	ACE3i	70,25	42,91	[67,43; 72,96]
	ACE4i	44,99	48,78	[41,71; 48,16]
	ACE5	53,74	45,29	[50,86; 56,62]
	ACE6	64,27	44,75	[61,10; 67,09]
Necessidades Sociais	NS1	85,73	33,91	[83,54; 87,98]
	NS2	72,90	43,52	[69,73; 75,95]
	NS3	73,88	42,83	[71,06; 76,76]
	NS4	74,34	41,12	[71,75; 76,93]
	NS5	75,20	41,54	[72,56; 77,68]
Informações Recebidas	IR1	76,18	41,11	[73,36; 79,00]
	IR2	64,56	45,71	[61,45; 67,66]
	IR3	51,38	47,74	[48,16; 54,66]
	IR4	81,88	34,15	[79,69; 83,89]

Legenda: n = Número de Sujeitos; DP = Desvio Padrão; IC = Intervalo de Confiança

Tabela 2. Análise fatorial e modelo logístico de dois parâmetros da Teoria de Resposta ao Item para os constructos de primeira ordem

Constructo	Item	Modelo inicial				Modelo final			
		Análise fatorial		TRI		Análise fatorial		TRI	
		CF	Com	α	β	CF	Com	α	β
Profissionais e atendimento	PA1	0,80	0,63	1,98	-2,79	0,80	0,63	1,98	-2,79
	PA2	0,63	0,40	1,40	-1,82	0,63	0,40	1,40	-1,82
	PA3	0,89	0,80	5,11	-1,51	0,90	0,81	5,11	-1,51
	PA4	0,53	0,28	0,79	-2,12	0,52	0,27	0,79	-2,12
Acesso	ACE1i	0,72	0,51	1,63	-1,12	0,72	0,52	1,63	-1,12
	ACE2i	0,59	0,35	1,91	-1,49	0,59	0,35	1,91	-1,49
	ACE3i	0,76	0,58	2,28	-0,86	0,76	0,58	2,28	-0,86
	ACE4i	0,62	0,39	1,31	0,12	0,63	0,39	1,31	0,12
	ACE5	0,63	0,39	1,51	-0,48	0,63	0,39	1,51	-0,48
	ACE6	0,59	0,35	1,05	-0,99	0,58	0,34	1,05	-0,99
Necessidades sociais	NS1	0,48	0,23	1,34	-1,86	0,47	0,22	1,34	-1,86
	NS2	0,81	0,66	3,28	-0,75	0,81	0,66	3,28	-0,75
	NS3	0,85	0,72	6,76	-0,73	0,85	0,71	6,76	-0,73
	NS4	0,77	0,60	0,50	-2,74	0,78	0,61	0,50	-2,74
	NS5	0,52	0,27	0,42	-3,14	0,52	0,27	0,42	-3,14
Informações recebidas	IR1	0,63	0,40	1,35	-1,28	0,61	0,38	1,90	-1,08
	IR2	0,69	0,47	1,59	-0,71	0,65	0,42	1,08	-0,89
	IR3	0,36	0,13	0,93	-0,30	-	-	-	-
	IR4	0,64	0,40	1,21	-2,07	0,63	0,40	1,35	-1,94

Legenda: TRI = Teoria de Resposta ao Item; CF = Carga Fatorial; Com = Comunalidade; α = Discriminação; β = Dificuldade

Tabela 3. Análise fatorial para o constructo de segunda ordem (Qualidade do Cuidado)

Constructo	Item	CF	Com	Peso
Qualidade do cuidado	Profissionais e Atendimento	0,73	0,53	0,40
	Acesso	0,74	0,55	0,40
	Necessidades Sociais	0,49	0,24	0,27
	Informações Recebidas	0,71	0,51	0,39

Legenda: CF = Carga Fatorial; Com = Comunalidade

Tabela 4. Validação dos constructos de primeira e segunda ordem

Constructos	Itens	Dim	% 1º fator	AC	CC	AVE	KMO
Primeira ordem							
Profissionais e Atendimento	4	1	46,52%	0,59	0,81	0,49	0,69
Acesso	6	1	39,11%	0,69	0,82	0,40	0,76
Necessidades Sociais	5	1	41,04%	0,60	0,82	0,40	0,61
Informações Recebidas	3	1	51,63%	0,50	0,67	0,50	0,60
Segunda ordem							
Qualidade do Cuidado	4	1	46,1%	0,58	0,70	0,46	0,68

Legenda: Dim = Dimensionalidade; AC = Alfa de Cronbach; CC = Confiabilidade Composta; AVE = Variância Média Extraída (*average variance extracted*); KMO = Kaiser-Meyer-Olkin

arquitetônicas, atitudinais e organizacionais, inclusive na área da saúde⁽¹⁸⁾. Com uma crescente exigência da sociedade quanto à qualidade dos serviços públicos prestados, estudos investigaram a Qualidade do Cuidado pela perspectiva do usuário⁽¹⁹⁻²⁴⁾, mas poucos abordaram de forma específica os serviços destinados às pessoas com deficiência. Nesse sentido, a recente implantação do cenário deste estudo, a RCPD-MG, demanda avaliações que possam revelar como os serviços estão sendo prestados e indicar os ajustes necessários.

Assim como no estudo original, os itens de profissionais e atendimento e acesso mostraram-se importantes para formação dos seus respectivos constructos e da variável latente. A maneira como a equipe conduz o atendimento tem sido apontada como fundamental para a Qualidade do Cuidado⁽²⁵⁾ e, além disso, as dificuldades em relação ao acesso levantam questões sociais

relevantes no cuidado em saúde no Brasil, principalmente no caso das pessoas com deficiência, enfatizando as desigualdades a que estão expostas^(18,26). Por tais razões podem emergir desses constructos dados relevantes sobre a Qualidade do Cuidado, indicando possibilidades de aprimoramento no atendimento e no acesso à saúde para as pessoas com deficiência.

No constructo necessidades sociais, o item NS1 (Você tem a ajuda de que necessita para viver em sua casa?) foi mantido, apesar da baixa carga fatorial, e os itens NS4 (Você recebe cuidado/atendimento e apoio suficientes?) e NS5 (O cuidado/atendimento que você recebe faz com que você se sintá seguro?) apresentaram baixa discriminação, ou seja, baixa qualidade para mensurar esse traço. Esse constructo também apresentou baixa carga fatorial para formação da variável latente. Em razão de os valores terem se apresentado próximos

aos estipulados, a manutenção desses itens não comprometeu a formação do modelo final do instrumento, porém, ressalta-se a necessidade de novas investigações em estudos futuros. Essa medida reforça a Qualidade do Cuidado, no sentido de favorecer a integração das pessoas com deficiência na sociedade, o que promove qualidade de vida, desenvolvimento da cidadania e apropriação do espaço físico e mental⁽²⁷⁾.

Em informações recebidas, o item IR3 (Você tem conhecimento sobre o dinheiro e outros benefícios que você pode receber como auxílio?) foi retirado do modelo final por ter apresentado carga fatorial muito baixa. Ao serem questionados sobre conhecimento de auxílios financeiros disponíveis, a maioria respondeu “parcialmente”. Os entrevistados comentaram que, apesar de terem conhecimento, a informação não foi de fácil acesso e a obtenção e manutenção de benefícios são processos difíceis. Também comentaram que, apesar de terem conhecimento, não conseguiram auxílios. Estudos confirmaram a complexidade do acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e apontam que o processo de elegibilidade ao benefício necessita ser revisto para evitar retrações aos direitos sociais⁽²⁸⁻³⁰⁾. A influência do grau de satisfação em relação ao acesso a auxílios financeiros pode, então, explicar a carga fatorial muito baixa do item, evocando insatisfação em lugar de conhecimento sobre o tema.

É importante destacar as diferenças entre o estudo original⁽⁶⁾ e a presente pesquisa. No primeiro, a amostra se deu por conveniência, pois o estudo estava vinculado a outros centros internacionais coordenados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que determinou um número mínimo para a amostra em cada país. Além disso, a faixa etária foi de 18 a 65 anos e os sujeitos apresentavam deficiência intelectual e física. Os participantes frequentavam, há pelo menos dois anos, serviços de saúde diversos e escolas da cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Os próprios participantes leram as questões e marcaram as respostas. Nesta pesquisa, a amostra foi probabilística por conglomerado, composta por usuários de uma rede temática, em escala estadual. Participaram usuários de todas as faixas etárias e de todos os tipos de deficiência. Para que isso fosse possível, o instrumento foi adaptado do seu formato autoaplicado para entrevista e parte dos acompanhantes dos usuários confirmaram ou forneceram respostas.

A aplicação do instrumento em uma população diferente do seu estudo de origem pode ser avaliada, a princípio, como uma limitação, porém, a sua utilização em outro contexto, com abrangência estadual e em uma rede em implantação, configura-se como inédita e pode contribuir como um avanço. Neste cenário, a participação dos acompanhantes pode ser compreendida ao se considerar que eles vivenciam, com os usuários, a rotina de atendimentos. Contudo, é importante que estudos futuros investiguem instrumentos que possam incluir, de forma direta, pessoas com deficiência de diferentes tipos e graus.

Níveis satisfatórios de validade e confiabilidade foram verificados no modelo final do instrumento aplicado à amostra estudada, ampliada quanto aos tipos de deficiência, em relação ao estudo original, que abordou usuários com deficiência física e intelectual, permitindo a utilização do instrumento na investigação da Qualidade do Cuidado a pessoas de todos os tipos de deficiência da RCPD-MG.

CONCLUSÃO

A análise das propriedades psicométricas do modelo final do instrumento *Quality of Care Scale* apresentado neste estudo mostrou-se adequada para a amostra, ampliando a possibilidade

de aplicação para investigação da Qualidade do Cuidado a pessoas com deficiência intelectual, auditiva, física, visual ou múltipla, usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization. World report on disability. Genebra: WHO; 2015.
2. WHO: World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genebra: WHO; 2006.
3. D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2006;59(1):84-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>. PMID:16915735.
4. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. 1995;48(2):109-19. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671995000200002>. PMID:8715725.
5. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. Res Dev Disabil. 2011;32(3):1212-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.030>. PMID:21277738.
6. Bredemeier J, Agranonik M, Perez TS, Fleck MPA. Brazilian version of the Quality of Care Scale: the perspective of people with disabilities. Rev Saude Publica. 2014;48(4):583-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005056>. PMID:25210817.
7. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(5):246-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)75092-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(05)75092-2).
8. Carrillo GJS, Cifuentes LAR, Jiménez OLC, Rojas EG, Herrera AMC. Pilot study for the validation of the CARE Q questionnaire version in spanish in colombian population. Rev Colombiana Enfermaria. 2009;4(4):13-22.
9. Contreras CCT, Esteban ANP, Sepúlveda LR, Baez DR, Moreno EPM. Reproducibility of a questionnaire: quality of nursing care in hospitalized patients. Rev Cuid. 2016;7(2):1338-44.
10. Cunha CM, Almeida OP No, Stackfleth RS. Principais métodos de avaliação psicométrica da confiabilidade de instrumentos de medida. Rev Aten Saúde. 2016;14(48):98-103. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol14n49.3671>.
11. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação – parte I. Texto Contexto Enferm. 2017;26(4):e1600017.
12. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Blucher; 2005.
13. Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, Vale FLBD, Lins MZS, Matos MAB, et al. O planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. Cien Saude Colet. 2019;24(6):2115-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>. PMID:31269170.
14. ABEP: Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). São Paulo: ABEP; 2014.
15. Sanchez G. PLS path modeling with R. Berkeley: Trowchez Editions; 2013.
16. Baker F. Item Response Theory: parameter estimation techniques. New York: Marcel Dekker; 1992.
17. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB, Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de

- instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(3):649-59. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>. PMID:28977189.
18. Araújo LM, Araújo AE, Ponte KMA, Vasconcelos LCA. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde: revisão integrativa. *Res Fundam Care*. 2018;10(2):549-57.
 19. Andrade AB, Bosi MLM. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saude Soc*. 2015;24(3):887-900. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015131949>.
 20. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):454-60. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>. PMID:25029057.
 21. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da Qualidade do Cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Fam Comunidade*. 2013;8(29):264-73. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)826).
 22. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da Qualidade do Cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2013;29(6):1063-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>. PMID:23778539.
 23. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Arquichan*. 2015;15(3):413-25. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.9>.
 24. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG*. 2015;122(8):1045-9. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13451>. PMID:25929823.
 25. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. *Cognitare Enferm*. 2015;20(3):636-40. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016>.
 26. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS*. 2017;29(5):e20160225. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>. PMID:29091114.
 27. Barrozo AF, Hara ACP, Vianna DC, Oliveira J, Khoury LP, Silva PL. Acessibilidade ao esporte, cultura e lazer para pessoas com deficiência. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2012;12(2):16-28.
 28. Costa ND, Marcelino MA, Duarte CMR, Uhr D. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(10):3037-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.18292016>. PMID:27783777.
 29. Silva FAB. Benefício de Prestação Continuada (BPC): um estudo acerca da sua importância para as famílias usuárias da APAE-Natal [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
 30. Macêdo AC, Oliveira LC. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. *R Katál*. 2015;18(1):32-40.