

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

**REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DA QUALIDADE DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS  
E ACOMPANHANTES**

THALITA EVARISTO COUTO DIAS

Belo Horizonte

2018

THALITA EVARISTO COUTO DIAS

**REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DA QUALIDADE DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DE USUÁRIOS  
E ACOMPANHANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Stela Maris Aguiar Lemos  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amélia Augusta de Lima Friche

Belo Horizonte

2018

D541r Dias, Thalita Evaristo Couto.  
Rede de cuidados à pessoa com deficiência em Minas Gerais  
[manuscrito]: análise da qualidade do cuidado sob a perspectiva de  
usuários e acompanhantes. / Thalita Evaristo Couto Dias. - - Belo  
Horizonte: 2018.  
55f.: il.  
Orientador (a): Stela Maris Aguiar Lemos.  
Coorientador (a): Amélia Augusta de Lima Friche.  
Área de concentração: Funcionalidade e Saúde da Comunicação  
Humana.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.  
  
1. Pessoas com Deficiência. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3.  
Avaliação em Saúde. 4. Serviços de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas.  
I. Orientador Sobrenome, Nome. II. Coorientador Sobrenome, Nome. III.  
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WB 320

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Reitora: Prof.<sup>a</sup> Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fábio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Campos

### **FACULDADE DE MEDICINA**

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.<sup>a</sup> Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora: Prof.<sup>a</sup> Eli lola Gurgel de Andrade

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS**

Coordenadora: Prof.<sup>a</sup> Amélia Augusta de Lima Friche

Subcoordenadora: Prof.<sup>a</sup> Sirley Alves da Silva Carvalho

### **COLEGIADO**

Prof.<sup>a</sup> Sirley Alves da Silva Carvalho – titular  
Prof.<sup>a</sup> Letícia Caldas Teixeira – titular  
Prof.<sup>a</sup> Stela Maris Aguiar Lemos – titular  
Prof.<sup>a</sup> Andréa Rodrigues Motta – titular  
Prof.<sup>a</sup> Amélia Augusta de Lima Friche – titular  
Bárbara de Faria Morais Nogueira – discente titular

Prof.<sup>a</sup> Luciana Macedo de Resende – suplente  
Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina Côrtes Gama – suplente  
Prof.<sup>a</sup> Adriane Mesquita de Medeiros – suplente  
Prof.<sup>a</sup> Helena Gonçalves Becker – suplente  
Prof.<sup>a</sup> Patrícia Cotta Mancini – suplente  
Cíntia Alves de Souza – discente suplente



## FOLHA DE APROVAÇÃO

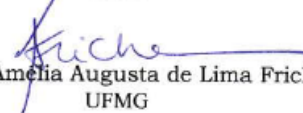
**REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:  
ANÁLISE DA QUALIDADE DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA DE  
USUÁRIOS E ACOMPANHANTES**

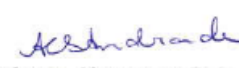
### **THALITA EVARISTO COUTO DIAS**


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, área de concentração FUNCIONALIDADE E SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA.

Aprovada em 21 de dezembro de 2018, pela banca constituída pelos

  
Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Amélia Augusta de Lima Friche  
UFMG

  
Prof(a). Roberta Alvarenga Reis  
UFRGS

  
Prof(a). Juliana Nunes Santos  
UFMG

Belo Horizonte, 21 de dezembro de 2018.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus as oportunidades que tem me proporcionado até aqui pelo caminho sem fim do conhecimento e sem nada ter deixado faltar.

À minha família, que sente junto as ansiedades, tristezas e alegrias. Que vibra, apoia e consola. Em especial ao meu grande amor, Luís, as piadas ruins e a calma para enfrentarmos juntos os desafios da vida.

Às minhas queridas orientadora e coorientadora, Stela Maris e Guta Friche, o incentivo, o carinho, a confiança e os preciosos ensinamentos. Acompanhá-las mais de perto no Mestrado foi uma grande alegria e um grande prazer. Já sinto saudades desse período!

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas, em especial à Caroline, que sempre esteve presente auxiliando nesta caminhada.

À Banca Examinadora a disponibilidade e o olhar cuidadoso desde a Qualificação.

Ao grupo de pesquisa do projeto “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura” as reuniões, instrumentalização e o fundamental apoio logístico. Em especial à Andrezza Escarce, Camila Rezende, Mônica Almeida e ao Ramon Cruz, que desbravaram comigo o período da coleta de dados.

Aos amigos Stephanie Mayra, Amanda Nocce e Ualisson Nogueira, o apoio, os conselhos e os momentos de leveza. Ter pessoas como vocês por perto, e até mesmo de longe, conforta a alma!

Aos gestores e profissionais dos serviços visitados, em especial aos participantes deste estudo, os usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais e suas famílias, a disponibilidade e paciência.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) o financiamento da pesquisa e a bolsa de mestrado.

## RESUMO

**Introdução:** promover o desenvolvimento das potencialidades e funcionalidade humana é ação fundamental para oferecer cuidado adequado e garantir acesso aos direitos das pessoas com deficiência. Assim, é de extrema importância avaliar a Qualidade do Cuidado na área da saúde, sob a perspectiva da própria população atendida, para que as relações entre usuários e os serviços de saúde sejam melhor compreendidas. **Objetivo:** investigar a Qualidade do Cuidado autorreferida pelos usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais. **Métodos:** estudo observacional, descritivo e transversal. Participaram do estudo 871 usuários de 36 serviços do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência distribuídos nas 13 regiões ampliadas de saúde. Foram utilizados três instrumentos: Roteiro de Entrevistas com Usuários e Critério de Classificação Econômica Brasil para caracterização sociodemográfica, clínica e assistencial, além do *Quality of Care Scale* para avaliação da Qualidade do Cuidado. Realizou-se análise descritiva da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para análise psicométrica do instrumento *Quality of Care Scale* foram utilizadas a Teoria de Resposta ao Item e Análise Fatorial, além de medidas de validade convergente e confiabilidade. Para verificar diferenças estatísticas entre as medianas das variáveis explicativas (sexo, faixa etária, escolaridade, renda domiciliar e tipo de deficiência) e resposta (eixos da Qualidade do Cuidado), foram utilizados os testes Kruskal-Wallis, Nemenyi e Mann-Whitney considerando nível de significância de 5%. **Resultados:** a maioria dos usuários participantes foi do sexo masculino, solteiro, que não trabalhava e possuía renda de um salário mínimo. A



maior proporção tinha Ensino Fundamental incompleto, era de cor autodeclarada parda ou preta, com renda domiciliar maior que um e até dois salários mínimos. A idade média dos usuários foi de 28,6 anos, dos quais 50,0% tinham até 14 anos. A maioria declarou deficiência intelectual. Na análise psicométrica, todos os itens foram relevantes e com discriminação aceitável para formação dos constructos, exceto um item de Informações Recebidas, que foi retirado do modelo final por ter apresentado carga fatorial muito baixa. Foram identificadas diferenças estatísticas sobre a Qualidade do Cuidado em relação ao Escore Geral, faixa etária e tipo de deficiência; Profissionais e Atendimento, faixa etária e escolaridade; Acesso, faixa etária e tipo de deficiência; Necessidades Sociais, faixa etária, escolaridade e tipo de deficiência; Informações Recebidas, escolaridade e renda domiciliar. **Conclusão:** Foi possível conhecer o perfil dos usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais, além do panorama da Qualidade do Cuidado autoreferida em relação à qualidade da equipe, acesso, necessidades sociais e informações recebidas. 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 todos os tipos de deficiência. O eixo Acesso apresentou os menores escores de Qualidade do Cuidado e, apesar das avaliações positivas, foi possível então identificar que aspectos podem ser aprimorados. Melhorar o tempo de espera para receber atendimento e a oferta de serviços no local onde o usuário reside, facilitar o acesso às consultas e medicamentos, contribuir de forma intersetorial em atividades de lazer e sociais são ações que podem contribuir para aumentar a Qualidade do Cuidado.

**Descritores:** Pessoas com Deficiência, Qualidade dos Cuidados de Saúde, Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Escalas.

## ABSTRACT

**Introduction:** promoting the development of human potentialities and functionality is a fundamental action to provide adequate care and guarantee access to the rights of persons with disabilities. Thus, it is extremely important to evaluate the Quality of Care in the health area, from the perspective of the population served, so that the relationships between users and health services are better understood. **Purpose:** to investigate the Quality of Care self-referred by the users of the Care Network to the Person with Disabilities in Minas Gerais. **Methods:** observational, descriptive and cross-sectional study. The study included 871 users of 36 services of the specialized component of the Care Network to the Person with Disabilities distributed in the 13 expanded health regions. Three instruments were used: a User Interview Roadmap and Brazil's Economic Classification Criteria for socio-demographic, clinical and care characterization, as well as the Quality of Care Scale. A descriptive analysis of the frequency distribution of the categorical variables and analysis of the measures of central tendency and dispersion of the continuous variables were carried out. For the psychometric analysis of the instrument Quality of Care Scale were used the Item Response Theory and Factor Analysis, as well as measures of convergent validity and reliability. The Kruskal-Wallis, Nemenyi and Mann-Whitney tests were used to verify the statistical differences between the medians of the explanatory variables (gender, age, schooling, household income and type of disability) and response of significance of 5%. **Results:** the majority of the participants were male, single, who did not work and had income of a minimum wage. The largest proportion had incomplete Elementary School, was brown or black, with a household income greater than one and up to two minimum wages. The average age of the users was 28.6

years, of which 50.0% were up to 14 years. Most declared intellectual disability. In the psychometric analysis, all items were relevant and with acceptable discrimination for the formation of the constructs, except for a Received Information item, which was removed from the final model because it presented a very low factorial load. Statistical differences regarding the Quality of Care were identified in relation to the General Score, age group and type of disability; Professionals and Attendance, age group and schooling; Access, age range and type of disability; Social needs, age range, schooling and type of disability; Information Received, schooling and household income. **Conclusion:** It was possible to know the profile of the users of the Care Network for the Person with Disabilities of Minas Gerais, as well as the Quality of Care panorama referred to by them in relation to the quality of the team, access, social needs and information received. The psychometric analysis of the Quality of Care Scale instrument revealed that the final model presented in this study can be expanded to measure the Quality of Care offered to people with all types of disabilities. The Access axis presented the lowest Quality of Care scores and, despite positive evaluations, it was then possible to identify which aspects could be improved. Improving the waiting time to receive care and the offer of services in the place where the user resides, to facilitate access to consultations and medicines, to contribute intersectorally in leisure and social activities are actions that can contribute to increase the Quality of Care.

**Keywords:** Disabled Persons, Quality of Health Care, Health Evaluation, Health Services, Scales.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AC - Alfa de Cronbach

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AVE - Variância Média Extraída

CC - Confiabilidade Composta

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CF - Carga Fatorial

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DISQOL - *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation*

FAPEMIG - Fundação de Amparo À Pesquisa do Estado de Minas Gerais

KMO - Coeficiente de Kayser-Meyer-Olkin

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

QC - Qualidade do Cuidado

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SASA - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

SASPO - Serviço de Atenção à Saúde ao Paciente Ostomizado

SERDI - Serviço Especializado em Reabilitação da Deficiência Intelectual

SRF - Serviço de Reabilitação Física

SRV - Serviço de Reabilitação Visual

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	15
1.1 Referências .....	18
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	20
2.1 O significado do cuidado na assistência à saúde .....	20
2.2 O significado de qualidade na assistência à saúde .....	25
2.3 Qualidade do cuidado, funcionalidade e incapacidade .....	27
2.4 Avaliação da Qualidade do Cuidado na assistência à saúde .....	30
2.5 Referências .....	33
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	37
3.1 Objetivo geral .....	37
3.2 Objetivos específicos .....	37
<b>4. MÉTODOS</b> .....	38
4.1 Delineamento .....	38
4.2 Cenário .....	39
4.3 Critério de inclusão .....	39
4.4 Critério de exclusão .....	40
4.5 Instrumentos .....	40
4.6 Recrutamento dos participantes e procedimentos de coleta de dados .....	42
4.7 Análise dos dados .....	43
4.8 Aspectos éticos .....	44
4.9 Referências .....	45

<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>47</b>
<b>7. APÊNDICES.....</b>	<b>49</b>
Apêndice A – Roteiro de Entrevista com Usuários .....	49
Apêndice B – Lista dos serviços do componente especializado da RCPD visitados pelos pesquisadores.....	50
Apêndice C – TCLE Responsáveis por sujeitos até 6 anos .....	51
Apêndice D – TCLE Responsáveis por sujeitos de 7 a 12 anos.....	51
Apêndice E - TCLE Responsáveis por sujeitos de 13 a 17 anos.....	53
Apêndice F – TCLE Sujeitos maiores de 18 anos .....	54
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>55</b>
Anexo A – Critério de Classificação Econômica Brasil.....	55
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG .....	56

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo intitulado “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura”, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais.

O projeto principal teve como objetivo identificar, conhecer e avaliar a Rede de Cuidados na perspectiva dos gestores, dos profissionais e dos usuários. O presente estudo focalizou a apreciação dos usuários e seus acompanhantes sobre a Qualidade do Cuidado. Será apresentado o resultado final do Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota o modelo conceitual de deficiência e funcionalidade como problema na função ou estrutura corporal que pode interagir de maneira dinâmica com fatores contextuais<sup>1</sup>. Em todo o mundo, cerca de 14% das pessoas convivem com alguma forma de deficiência<sup>1</sup>, e segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 6,2% dos brasileiros possuem algum tipo de deficiência<sup>2</sup>.

A atuação da esfera estadual para o funcionamento de uma rede assistencial apoia-se no modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na integralidade, descentralização e universalidade. Nesse sentido, foi criada em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais, que presta atenção integral às pessoas com deficiências auditiva, intelectual, visual, física e ostomias<sup>3</sup>.

A Rede de Cuidados compreende a deficiência com base em um modelo da funcionalidade expressa pela pessoa, como o resultado da relação entre a condição de saúde e os fatores externos, pelas condições nas quais o sujeito vive. Portanto, é necessário não só conhecer as características da própria deficiência, mas conhecer também o indivíduo e seu meio, identificando que mudanças pessoais são produzidas a partir dessa interação que engloba apoio e Qualidade do Cuidado disponíveis<sup>4</sup>.

Pode-se definir o termo “cuidado” como a oferta de atenção e proteção a alguém, incluindo bem-estar, saúde, segurança e conforto ao outro. Em todo o mundo, estima-se que mais da metade da população esteja em situação de dependência de algum tipo de cuidado, direta ou indiretamente<sup>5</sup>. Já o termo “qualidade” envolve um conceito multidimensional, caracterizando positiva ou negativamente um atributo. A OMS ressalta que qualidade em sistemas de saúde pressupõe a atenção a seis dimensões: eficácia, eficiência, atendimento centrado no usuário, acessibilidade, igualdade e segurança<sup>6</sup>.

Há estudos nacionais e internacionais que abordam a Qualidade do Cuidado, enfocando diversos aspectos, como: a utilização<sup>7-9</sup>, acesso<sup>10-12</sup>, satisfação<sup>13-15</sup> e qualidade dos serviços de saúde<sup>16-18</sup>. Com base no modelo da CIF, que considera os fatores ambientais como significativos na determinação do impacto que a deficiência terá no indivíduo, observa-se o desenvolvimento de novas tecnologias e serviços de reabilitação e atendimento às pessoas com incapacidades. Dessa forma, é importante que novos estudos avaliem a Qualidade do Cuidado de pessoas com deficiência.

Devido à recente organização e implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais e ao impacto na qualidade de vida da população



atendida, é fundamental garantir uma investigação da Qualidade do Cuidado. Respeitar a pessoa com deficiência significa valorizar a cidadania ao garantir acesso aos direitos sociais e econômicos, oferecendo o cuidado e apoio necessários para a promoção da sua funcionalidade humana e o desenvolvimento de suas potencialidades. Assim, avaliar a Qualidade do Cuidado na área da saúde sob a perspectiva da população atendida é de extrema importância para que sejam compreendidas as dinâmicas entre usuários e os serviços de saúde.

Este volume apresenta-se pelo Referencial Teórico acerca da Qualidade do Cuidado, seguido dos Objetivos e Métodos da pesquisa. Os Resultados apresentam-se em formato de três artigos: “Qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: um estudo epidemiológico”, “Análise psicométrica do instrumento *Quality of Care Scale* aplicado a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais” e “Qualidade do Cuidado segundo fatores sociodemográficos e tipo de deficiência de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais”. Em seguida encontram-se as Considerações Finais, Apêndices e Anexos.

Com base no primeiro artigo foi produzido um resumo expandido, intitulado “Qualidade do Cuidado autorreferida por usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”, que ganhou o Prêmio Excelência em Fonoaudiologia da área de Saúde Coletiva no XXVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, realizado em outubro de 2018. Já o artigo encontra-se em processo de submissão na revista CoDAS.

## 1.1 Referências

1. WHO, World Health Organization. World Report on Disability [Internet]. 2011 [Acesso em 20 Out 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/).
2. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: ciclos de vida [Internet]. 2013 [acesso em 08 Jul 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
3. BRASIL. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF) [Internet]. 2012 [acesso em 17 Jun 17]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html).
4. Sanches-Ferreira M, Lopes-dos-Santos P, Santos MA. A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito de Incapacidade Intelectual: de uma perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. Rev Bras Educ Espec. 2012;18(4):553-68.
5. Bredemeier J. Qualidade de vida, Qualidade do Cuidado e atitudes frente a incapacidades em pessoas com incapacidades físicas e intelectuais [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, 2013.
6. WHO. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 2006 [acesso em 16 Jun 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249_eng.pdf).
7. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):372-8.
8. Capilheira MF, Silva IS. Fatores individuais associados a utilização de consultas médicas por adultos. Rev Saúde Pública. 2006;40(3):436-43.
9. Weise J, Pollack A, Britt H, Trollor JN. Primary health care for people with an intellectual disability: an exploration of demographic characteristics and reasons for encounters from the BEACH programme. J Intellect Disabil Res. 2016;60(11):1119-27.
10. O'donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. Cad Saúde Pública. 2007;23(12):2820-34.
11. Souza EC. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):100-10.

12. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2006;12(1):70-82.
13. Halal IS. Avaliação da qualidade de assistência primária a saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 1994;28(2):131-6.
14. Ramos DD, Lima MA. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):27-34.
15. Traverso-Yeppez M, De Moraes NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1):80-8.
16. Gouvea CS, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil de 1992 a 1995. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(6):601-17.
17. Noronha JC. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a Qualidade do Cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(6):1781-9.
18. Hemm C, Dagnan D, Meyer TD. Identifying Training Needs for Mainstream Healthcare Professionals, to Prepare Them for Working with Individuals with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2015;28(2):98-110.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O significado do cuidado na assistência à saúde**

De forma geral, o termo cuidado significa “forma de agir com preocupação; atenção que se dedica a alguém; atividade que requer zelo”<sup>1</sup>. A temática do cuidado vem alcançando cada vez mais espaço em estudos da área da saúde em decorrência da discussão de temas como atenção integral e humanização. Um dos conceitos do cuidado em saúde é o “cuidado integral”, que parte de uma assistência menos fragmentada e que permite ao profissional a apreensão das necessidades do usuário do serviço, incorporando valores de solidariedade e considerando o outro como sujeito autônomo em busca do bem-estar<sup>2</sup>. O cuidado integral ocorre na relação interpessoal que transcende as necessidades primárias, aquelas que foram o motivo da procura do serviço. Essa é uma construção gradativa, que adota tanto os aportes tecnológicos quanto as subjetividades<sup>3</sup>.

Outros conceitos do cuidado em saúde discutem diferentes abordagens, dentre elas: pragmática do cuidado, clínica ampliada, abordagem gerencial do cuidado, abordagem emancipadora do cuidado, abordagem política do cuidado, abordagem sociológica do cuidado, abordagem cultural do cuidado e abordagem filosófica do cuidado<sup>4</sup>.

A “pragmática do cuidado” baseia-se no modelo biomédico tradicional, em que o intervencionismo pautado na cura da doença é o principal objeto de atenção. Nesse modelo, as ações do cuidado estão concentradas no poder técnico do profissional que se mostra carente de um olhar singularizado ao usuário, desenvolvendo um cuidado prescritivo obtido sem a valorização da relação

interpessoal. Já a “clínica ampliada” inclui o usuário do serviço de saúde e o seu contexto ao modelo assistencial. Essa abordagem considera o imprevisível e o singular de cada sujeito e coletividade, e agrega a participação multiprofissional para a elaboração de projetos terapêuticos individualizados. A “abordagem gerencial do cuidado” propõe o compartilhamento entre todos os profissionais do serviço pela busca do bem-estar do usuário. Mudanças na forma de atendimento passam a ser um reflexo da organização dos processos de trabalho, das ações de planejamento e decisão e da relação da equipe<sup>5</sup>.

Na “abordagem emancipadora do cuidado” há um modelo holístico que permite ao usuário o desenvolvimento de hábitos promotores do bem-estar sem a intensa utilização de tecnologias, diminuindo a distância entre profissional e usuário e estimulando o autocuidado. A “abordagem política do cuidado” traz a relação de ajuda e poder entre todos os atores envolvidos: gestores, profissionais, comunidade, família e usuário para a construção da autonomia e cidadania em busca de mudanças no modelo assistencial de saúde. A “abordagem sociológica do cuidado” compreende o trabalho e o cuidado atingidos pelas desigualdades de gênero e classe social entre os profissionais de saúde. A “abordagem cultural do cuidado” problematiza a falta de empatia na sociedade contemporânea frente a diversidade cultural, dificultando a fraternidade, solidariedade e união de quem cuida e é cuidado.

Para a “abordagem filosófica do cuidado”, é necessário recorrer a fundamentos da existência humana, pois esse conhecimento propicia uma reflexão profunda e questionadora acerca das práticas em saúde. A seguir o conceito de cuidado será tratado por meio da filosofia de Martin Heidegger, que propõe uma nova ontologia, ou seja, uma reconstrução da tradicional compreensão de homem e

mundo para um estudo da dinâmica do ser. Essa será a concepção utilizada no presente trabalho, e implica os sentidos da relação entre homem e mundo, incluindo a relação com o outro e com os objetos.

A ontologia de Heidegger promove a reflexão da essência particular do homem, o retorno à discussão do ser. O conhecimento científico, por sua vez, busca a objetividade na natureza e observa o homem como algo presente nela, como um objeto que está contido no mundo. Não é desejável, contudo, negligenciar a ciência e todos os seus importantes avanços, mas é necessário repensar o conhecimento científico como não sendo o único meio para definir o homem<sup>6</sup>.

A partir do olhar de Heidegger<sup>7,8</sup>, o “cuidado” pode operar de dois modos fundamentais. Primeiro nas relações com as coisas, em que a “ocupação” é simplesmente dada, e nas relações com o outro, em que a “preocupação” é presente. Todavia observa-se que o modo atual do cotidiano para com o outro é dado pela “indiferença”, quando esse outro deixa de ser visto pelas suas particularidades e poder de transformação, assim como acontece na “ocupação” com as coisas. Esta é uma reflexão de grande importância para a prática clínica, pois coloca em evidência o fazer na área da saúde nas situações em que o outro é colocado como um objeto a ser ajustado.

A “preocupação” é manifesta na “indiferença”, mas também na “anteposição”. Nesta o outro é visto em suas potenciais formas de ser, em que suas possibilidades de existência deixam de ser meramente uma coisa a ser ocupada, para que, apoiado no cuidado, seja transparente e livre para si. A “anteposição” para os profissionais de saúde é a preocupação realizada no cuidado propriamente dito, pois ele deixa vir à luz as possibilidades de sentido do outro. As condições de saúde do usuário não podem, portanto, ser vistas como restrição de sentido<sup>9</sup>. O fato de limitar

esse modo específico de existir impede a correspondência a outros modos de ser, obstruindo, conseqüentemente, a sua liberdade.

Considerando que as práticas clínicas também abrangem procedimentos técnicos que visam ao êxito de um dado tratamento, o cuidado em saúde amplia-se em duas dimensões: a dimensão objetiva, que detém o controle da intervenção técnico-instrumental, e a subjetiva, que desvela as possibilidades humanas e o aspecto relacional<sup>10</sup>.

Assim, quanto aos procedimentos técnicos na área da saúde, existem as chamadas tecnologias leves, leves-duras e duras<sup>11</sup>. As tecnologias leves são a dimensão subjetiva do cuidado que tornam possíveis o acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização na relação interacional considerando as possibilidades existenciais do outro. As tecnologias leves-duras são o conjunto de conhecimentos específicos que norteiam o trabalho do profissional de saúde, e as tecnologias duras são os instrumentos, equipamentos e máquinas utilizados.

O fazer do profissional da saúde baseado no cuidado pressupõe a interação entre duas pessoas, contudo a técnica por vezes minimiza essa relação. Ainda que, por exemplo, uma anamnese objetive elucidar o raciocínio clínico para tomada de decisões, a interação pode se transformar em uma conversa desumanizada caso não esteja potencializada pela tecnologia leve. Todavia é necessário atentar ao termo tecnologia, metonimicamente aproximado ao termo técnica, dado como um conjunto de procedimentos bem definidos a fim de alcançar resultados<sup>12</sup>. Essa representação perigosamente traz consigo uma fixação de meios e fins pré-definidos que contraria o pensamento de liberdade do outro, objetificando-o mais uma vez. Nesse sentido não é o nível de tecnologia leve que conduz à dimensão subjetiva do cuidado, mas a sabedoria prática que realiza a presença do outro na assistência<sup>13</sup>.

A sabedoria prática consiste em ouvir mais e dar espaço às narrativas, pois nelas são encontrados personagens, tempo, lugares, ações e sentimentos importantes na compreensão das condições de saúde. A sabedoria prática também consiste em ver mais ao buscar a linguagem não verbal, que também conversa por meio do gesto, do olhar, da respiração e da postura, por exemplo. Ainda é preciso tocar mais, e não só no sentido da palpação do ponto de vista semiológico, mas também porque o corpo se expressa de forma importante nos processos de adoecimento e, assim, tocar um local de desconforto pode auxiliar na narrativa do usuário. Ouvir, ver e tocar mais geram respostas mais adequadas no entendimento de como o sujeito vê a vida e a saúde<sup>14</sup>.

Assume-se, dessa forma, que a saúde não é só objeto, mas um modo de ser-no-mundo. A utilização ou o desenvolvimento das tecnologias torna-se uma decisão entre tantas outras, sem necessariamente gerar procedimentos sistemáticos, exercitando o estabelecimento da autonomia humana, pois as respostas para se obter saúde não são somente alcançadas por meio de perguntas feitas sob a linguagem da ciência<sup>15</sup>. Em síntese, o olhar subjetivo é pouco abordado quando as relações estão diretamente ligadas às queixas pontuais e condutas centradas em procedimentos pré-determinados, trazendo baixa resolubilidade ao tentar solucionar problemas de forma fragmentada.

Mesmo que seja complexa a desvinculação do uso exclusivo do racionalismo instrumental e da sabedoria técnica, a sabedoria prática abre espaço para a reconstrução e valorização da subjetividade dos atores envolvidos, cessando a dependência do outro sobre a assistência. Na dependência, o usuário do serviço de saúde não é capaz de escolhas, o que suprime a autonomia de seu próprio cuidado.



A fundamental relação do cuidado é possível quando o profissional dispõe uma escuta que valoriza a personalidade do usuário. O profissional deixa de ser somente o portador do discurso instrumental, acolhendo o usuário e tornando suas demandas e sua procura pelo bem-estar válidas para o norteamento da assistência<sup>16</sup>. A “filosofia do cuidado” surge, então, como um norteador para as dinâmicas de relacionamento nos serviços.

## **2.2 O significado de qualidade na assistência à saúde**

A etimologia da palavra qualidade procede do latim *qualitas*, que remete a hábitos ou disposições que distinguem um ser do outro<sup>17</sup>. A aplicação desse conceito deu-se inicialmente na relação das organizações com o mercado. Nessa perspectiva comercial, a qualidade refere-se ao “atendimento das necessidades dos clientes e do padrão de produção e serviços providos pela organização”<sup>18</sup>.

A Qualidade do Cuidado é definida como a totalidade das características de um serviço de saúde que satisfazem as necessidades declaradas ou implícitas dos usuários<sup>19</sup> e também como o julgamento do usuário sobre a excelência de um serviço de saúde<sup>20</sup>. Ela pode ser dividida em quatro dimensões: qualidade funcional ou interpessoal, qualidade técnica, qualidade do meio ambiente e qualidade administrativa. A qualidade funcional ou interpessoal refere-se à maneira como o serviço de saúde é entregue aos usuários, é a interação que ocorre entre o provedor do serviço e o usuário. A qualidade técnica é o que o usuário obtém como resultado da interação com o serviço. A qualidade do meio ambiente compreende uma combinação complexa de características ambientais, e a qualidade administrativa

são os elementos do serviço administrativo que facilitam a produção do serviço central<sup>21</sup>.

O objetivo dos cuidados de saúde é melhorar o bem-estar, e não apenas curar a doença. Assim, os resultados técnicos como, por exemplo, os resultados de um tratamento são apenas metade da resposta, pois as qualidades funcional, ambiental e administrativa influenciam a saúde emocional e a percepção dos usuários sobre a habilidade da equipe de profissionais<sup>22</sup>.

Um dos primeiros estudos na área da saúde que abordou a qualidade delimitou alguns elementos essenciais: procedimentos técnicos baseados em evidências científicas, prevenção, cooperação entre usuários e profissionais, integralidade da assistência, relação estreita e contínua entre usuário e profissional, integração e coordenação entre serviços, comunicação entre as assistências de saúde e social e acessibilidade<sup>23</sup>.

Já a OMS<sup>24</sup> sugere que um serviço de saúde de qualidade seja: eficaz, ofertando uma assistência baseada em evidências científicas que atinja resultados com base nas necessidades do indivíduo e da comunidade; eficiente, maximizando o uso dos recursos e evitando o desperdício; acessível, ofertando serviços oportunos e com distribuição geográfica apropriada; centrado no paciente, considerando as preferências, aspirações e alteridade do usuário e a cultura da comunidade; igualitário, não variando a assistência de acordo com características pessoais como gênero, raça, etnia, localização geográfica ou grau socioeconômico; seguro, oferecendo assistência que minimize riscos e danos aos usuários.

Essas características estão presentes em vários modelos de qualidade em serviços de saúde<sup>25,26</sup>, e são ainda somadas a outros elementos como competência do profissional - habilidades tanto técnicas quanto de trabalho em equipe e de

comunicação<sup>27</sup>, amenidades - estado da estrutura física do serviço em estética e conforto<sup>28,29</sup> e efetividade - relação dos impactos reais e potenciais em uma situação desejada<sup>28,30</sup>.

Outro modelo distingue a qualidade em três tipos que estão fortemente relacionados: clínica, voltada para o usuário e econômica<sup>31</sup>. A qualidade clínica diz respeito à condição técnica dos profissionais, a qualidade voltada para o usuário indica o cuidado na dimensão das relações interpessoais e subjetividade, enquanto a qualidade econômica considera os aspectos financeiros do serviço.

A qualidade nos serviços de saúde é mais comumente abordada em sua dimensão objetiva, formal, mensurável quantitativamente e, assim, generalizável. Por outro lado, em sua dimensão subjetiva predominam as vivências e os sentimentos singulares, que são qualitativamente reconhecidos. Esta multidimensionalidade do termo qualidade é chamada então de intrínseca. É essencial compreender, ainda, que a qualidade pode variar entre as pessoas dependendo do entendimento de cada uma em função da sua cultura. O conceito também se altera ao longo do tempo para um mesmo indivíduo de acordo com as suas emoções e disposição no momento da assistência<sup>32</sup>. A essa outra multidimensionalidade do termo qualidade dá-se o nome de extrínseca. A qualidade é, portanto, um conceito dinâmico, polissêmico e de difícil definição<sup>33</sup>.

### **2.3 Qualidade do cuidado, funcionalidade e incapacidade**

Apesar de os conceitos de saúde e doença permitirem vasta articulação de significados, observa-se uma representação histórica de estados objetivos simplesmente dados, em geral relacionados a uma origem biológica ou psicológica.

O que faz com que se caracterize uma incapacidade é o fato de encontrar-se limitado a possibilidades de relação do sujeito com o mundo, cerceando a correspondência a outros sentidos do modo de ser. Compreender uma experiência de incapacidade é apreender um amplo campo de sentido<sup>9</sup>.

Em 2001 a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>34</sup>, que constitui uma classificação biopsicossocial com a função de descrever as condições e estados relacionados a saúde por meio de quatro componentes: Função do Corpo, Estrutura do Corpo, Atividade e Participação e Fatores Ambientais<sup>35</sup>.

No modelo biopsicossocial os fatores fundamentais para a função e a saúde estão contidos nos aspectos biológico, pessoal ou psicológico, social e ambiental que interagem em uma visão multidimensional. A funcionalidade e a incapacidade são o resultado da relação entre as condições de saúde e os fatores contextuais. Elas são qualificadas como circunstâncias positiva e negativa, respectivamente, e avaliadas de formas objetiva e intersubjetiva pelo profissional e usuário do serviço de saúde ou seu acompanhante. Assim, duas pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não têm necessariamente a mesma condição de saúde<sup>36</sup>.

A CIF transcende o modelo tradicional biomédico que reduz a questão da incapacidade de acordo com os aspectos anatômicos e fisiológicos. Os profissionais da saúde, por exemplo, por vezes avaliam a incapacidade relacionando-a a aspectos individuais, mesmo reconhecendo que o desempenho das atividades é essencialmente relacional, tendo em vista que o mundo físico está contextualizado no ambiente. Contudo, se o ambiente é considerado como barreira ou facilitador, a causa da desvantagem pode ser melhor esclarecida, e a tomada de decisão, em

conjunto com o usuário, pode formular intervenções mais adequadas. O modelo tradicional reflete de maneira geral a falta de reconhecimento da sociedade sobre as necessidades humanas, gerando notáveis prejuízos nas possibilidades de participação social<sup>37</sup>.

Em expansão no Brasil, o emprego da CIF está presente nos serviços de saúde públicos devido a importância do modelo biopsicossocial, como acontece na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Instituída em 2012 a partir do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite<sup>38</sup>, a Rede de Cuidados oferta serviços de atenção primária, atenção especializada em reabilitação intelectual, física, auditiva, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, atenção hospitalar e de urgência e emergência. De forma coordenada, os pontos de atenção trabalham acolhimento, avaliação e diagnóstico, intervenções terapêuticas, acompanhamento, apoio e orientações aos familiares para uma assistência integral e contínua em busca de melhor qualidade de vida e inclusão das pessoas com deficiência.

Dentre suas várias aplicações, a CIF permite o levantamento de importantes questionamentos durante o encontro baseado no cuidado entre profissional e usuário, como: qual o nível de funcionalidade em que o usuário se encontra e que fatores estão envolvidos, e de que forma as intervenções escolhidas (sejam elas de sabedoria técnica ou prática, aplicadas pelo profissional ou manejadas pelo próprio usuário) podem ser realmente úteis em função do aumento da funcionalidade.

Os gestores dos serviços da Rede de Cuidados são estimulados a ofertar cursos de capacitação da CIF aos seus profissionais de saúde, porém seu estabelecimento na rotina assistencial ainda é um desafio<sup>39</sup>. Portanto, a própria

Qualidade do Cuidado que é ofertada a uma pessoa com incapacidade pode ser um facilitador ou uma barreira para o alcance de sua funcionalidade.

## **2.4 Avaliação da Qualidade do Cuidado na assistência à saúde**

O sentido amplo do termo avaliação diz respeito à atribuição de valor a algo, manifestando-se sem compromisso ou fundamentada em um método específico<sup>40,41</sup>. Assim, a avaliação de serviços ou programas de saúde demanda procedimentos bem definidos que objetivam verificar as associações entre as operações e seus resultados. A avaliação 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<sup>42,43,44</sup>.

Os estudos de avaliação no Brasil vêm sendo desenvolvidos desde a década de 80 tanto por iniciativas acadêmicas quanto por políticas que valorizam o planejamento em saúde e a racionalidade nas intervenções<sup>45</sup>. As bases teóricas que fundamentam esses estudos de avaliação da qualidade<sup>46</sup> abordam três aspectos: estrutura, processo e resultado<sup>47</sup>. A avaliação da estrutura descreve os recursos disponíveis no serviço; a avaliação do processo relaciona-se às atividades ofertadas e a competência técnica no tratamento dos problemas; e a avaliação do resultado investiga o estado de saúde do usuário ou da população como resultado da interação ou não com o serviço.

No entanto é necessário que a avaliação não seja um processo exclusivamente técnico<sup>48</sup>, pois é imprescindível incorporar a subjetividade na relação do usuário com o serviço de saúde. Nessa perspectiva há dois tipos de avaliação, a avaliação normativa e a avaliação formativa. Enquanto a primeira busca identificar o

grau de êxito técnico da assistência por meios quantitativos, a segunda averigua o sucesso prático das ações em saúde, assumindo o âmbito do cuidado como prática fundamental<sup>49</sup>.

Torna-se, portanto, insuficiente partir de critérios normativos como a correção de condições de saúde ou a diminuição da ocorrência de uma doença em uma população. Mesmo que ainda indispensáveis, esses critérios demonstram uma medida instrumental que não aborda o sentido multidimensional dos fins do cuidado<sup>44</sup>, pois privilegiam os elementos formais de uma intervenção e tratam a qualidade em sua dimensão limitada de avaliação da qualidade formal. Já a avaliação formativa reconhece nos usuários os projetos de bem-estar que clarificam os modos de ser do cuidado em saúde, manifestando a dimensão subjetiva da qualidade, que nesse sentido, traz a concepção de avaliação qualitativa<sup>50</sup>. Ou seja, a avaliação da qualidade engloba tanto a avaliação da qualidade formal em seus aspectos normativos, quanto a avaliação qualitativa em seus aspectos formativos.

Essas distinções semânticas da avaliação da qualidade são complementares, mas também importantes para auxiliar a definição de objetivos e metodologias de estudos avaliativos. Ao se investigar, por exemplo, a eficácia e a eficiência de serviços de saúde, é preciso um enfoque objetivo com a mensuração do êxito técnico e, portanto, da qualidade formal. E ao se investigar a efetividade de um serviço, é preciso transcender as expressões numéricas e julgar o sucesso prático por meio de uma avaliação qualitativa, respeitando a complexidade do cuidado em saúde<sup>51</sup>. Respeitar essa complexidade é considerar o sentido polissêmico da avaliação da qualidade e traçar estratégias que considerem que o entendimento dos atores envolvidos, principalmente os usuários, sobre a qualidade dos serviços está relacionado às suas experiências e sentidos.

Esforços para aumentar a oferta de serviços podem levar ao pensamento de que, com a expansão da cobertura, a qualidade melhorará naturalmente. No entanto existe um crescente reconhecimento de que os usuários podem estar atuando de forma perfeitamente racional quando evitam utilizar serviços de saúde de má qualidade e que a má qualidade dos cuidados pode ser uma barreira para a cobertura de saúde universal independente do acesso. Isso porque, ao se avaliar as percepções do usuário sobre a Qualidade do Cuidado, as respostas podem se basear em uma mistura de experiência individual, informações processadas ao longo do tempo e rumores entre outros usuários<sup>52</sup>. A adesão em longo prazo só é provável se os usuários considerarem que o cuidado ofertado é de boa qualidade, pois o aumento na qualidade do serviço leva a um aumento na satisfação do usuário<sup>53</sup>.

Em 2005 a OMS criou o projeto DISQOL - *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation* (Qualidade do Cuidado e Qualidade de Vida para Pessoas com Incapacidades Intelectuais e físicas: Viver Integrado, Inclusão Social e Participação como Usuários de Serviços)<sup>54</sup>. O Brasil e outros 15 centros internacionais investigaram nesse projeto três elementos de impacto na vida das pessoas com incapacidades intelectuais e físicas: qualidade de vida, qualidade do atendimento disponível e a atitude dos familiares frente a incapacidades. Um dos instrumentos utilizados no Projeto DISQOL foi validado no Brasil, o *Quality of Care Scale*<sup>55</sup>, que foi utilizado neste estudo.



## 2.5 Referências

1. Trevisan R (coord.). Michaelis: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. 2015 [acessado em 12 Mai 2017]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=cuidado>.
2. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):5-15.
3. Rangel RF, Backes DS, Ilha S, Siqueira HCH, Martins FDP, Zamberlan C. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. *Rev Rene.* 2017;18(1):43-50.
4. Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface.* 2017;21(62):553-63.
5. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface.* 2005;9(17):389-94.
6. Anéas TV. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
7. Heidegger M. *Ser e tempo*. 14 ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
8. Dubois C. *Heidegger: introdução a uma leitura*. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
9. Santos DG, Sá RN. A existência como “cuidado”: elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Ver Abordagem Gestalt.* 2013;19(1):53-9.
10. Anéas TV, Ayres JRJM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface.* 2011;38(15):651-62.
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Lalande A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
13. Ayres JRJM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface.* 2000;6(4):117-20.
14. Ayres JRJM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009;18(2):11-23.
15. Ayres JRJM. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. *Interface.* 2004;8(14):73-92.

16. Waldow VR, Borges RF. Cuidar e Humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(3):414-8.
17. Carvalho MSMV, Tonet HC. Qualidade na administração pública. *RAP Rio de Janeiro.* 1994;28(2):137-52.
18. Melo WOS et al. Gestão da qualidade na saúde. *UNINGÁ.* 2014; 18(1): 24-8.
19. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect.* 1998;1(2):82-95.
20. Bansal HS, Taylor S. Investigating the relationship between service quality, satisfaction and switching intentions. In: Wilson E, Hair Jr J. *Proceedings of the 1997 Academy of Marketing Science (AMS) Annual Conference. Developments in Marketing Science: Proceedings of the Academy of Marketing Science.* Springer, Cham, 2015.
21. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *JSR.* 2007;10(2):123-42.
22. Lu N, Wu H. Exploring the impact of word-of-mouth about Physicians' service quality on patient choice based on online health communities. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016;16:151-60.
23. Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde Debate,* 1991;33:50-53.
24. WHO. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 2006 [acesso em 16 Jun 2017]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43470/1/9241563249_eng.pdf).
25. 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.
26. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev Bras Enferm.* 1995;48(2):109-19.
27. Gattinara BC, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte y Ichilo, Bolívia. *Cad Saúde Pública.* 1995;11(3):425-38.
28. Donabedian A. *La calidad de la atención médica.* México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
29. Souza CF. A percepção dos usuários da UBS Cedro Alvorada sobre o acolhimento de demandas de pronto-atendimento e acompanhamento no PSF da

- UBS Cedro [Monografia]. 2006. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
30. Vuori HA. A qualidade da saúde. *Divulg Saúde Debate*. 1991;(3):17-25.
31. Mirshawka V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
32. Fadel MAVF, Filho GIR. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RAP Rio de Janeiro*. 2009;43(1):7-22.
33. Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):318-24.
34. WHO, World Health Organization. *World Report on Disability* [Internet]. 2011 [Acesso em 20 Out 2017]. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/).
35. Bornman J. The World Health Organization's terminology and classification: application to severe disability. *Disabil Rehabil*. 2004;26(3):182-8.
36. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.
37. Mângia EF, Muramoro MT, Lancman S. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008;19(2):121-30.
38. BRASIL. Decreto nº 7612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite [Internet]. 2011 [acesso em 17 Jun 17]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm).
39. Santos MFN. *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: percepção dos profissionais do componente da atenção especializada* [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
40. Contandriopoulos AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-46.
41. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1561-9.
42. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-48.
43. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente/Edusp; 2004.

44. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Crítica de Ciênc Soc.* 2009;85:65-82.
45. Ribeiro DF. Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do Hospital Universitário em um município paraibano [Dissertação]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
46. Reis EJFB, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saúde Pública.* 1990;6(1):50-61.
47. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome; p. 77-125.
48. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 1997;13:103-7.
49. Ayres JRCM. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(3):583-92.
50. Bosi MLM, Martinez FJM. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo participativo. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):566-70.
51. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública.* 2007;41(1):150-3.
52. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ.* 2017;95:368-74.
53. Ruyter K, Bloemer J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction: an empirical test of an integrative model. *Journal of Economic Psychology.* 1997;18:387-406.
54. Eser E, Green A, Hao Y, Kullman L, Lucas-Carrasco R, McPherson KM. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. *Res Dev Disabil.* 2011;32(3):1212-25.
55. Bredemeier J, Agranonik M, Perez TS, Fleck MPA. Versão brasileira do Quality of Care Scale: Qualidade do Cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):583-93.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Investigar a Qualidade do Cuidado autorreferida pelos usuários e acompanhantes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Descrever a Qualidade do Cuidado autorreferida por usuários e acompanhantes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais e caracterizar os usuários quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos e assistenciais;

2. Analisar as propriedades psicométricas do instrumento *Quality of Care Scale* aplicado em usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

3. Analisar a Qualidade do Cuidado autorreferida segundo o sexo, faixa etária, escolaridade, renda domiciliar e tipo de deficiência de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais.

## 4. MÉTODOS

### 4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico e com amostra probabilística por conglomerados.

A base para realização do cálculo amostral foram os pontos de atenção que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais (RCPD-MG). Para cumprir ao proposto foram realizados três estágios de seleção, estratificados pelas 13 regiões ampliadas de saúde e proporcional à população de cada uma delas, a saber:

- Primeiro sorteio: dentro de cada região ampliada de saúde, das regiões de saúde;
- Segundo sorteio: dentro de cada região de saúde, dos pontos de atenção, considerando distribuição proporcional por modalidade de serviço – auditivo, físico, intelectual, visual e ostomia;
- Terceiro estágio: definição do número de usuários a serem entrevistados, considerando a população total de cada região. Foram considerados como parâmetros para o cálculo amostral: nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e prevalência de deficiência de 23,9%, segundo dados do Censo 2010.

A amostra foi composta por 871 entrevistados, dentre eles usuários e acompanhantes (pais/responsáveis, parentes, cuidadores e amigos) atendidos na RCPD-MG.

## **4.2 Cenário**

Este estudo faz parte da pesquisa “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura”, que teve como objetivo identificar, conhecer e avaliar a Rede de Cuidados na perspectiva dos gestores, dos profissionais e dos usuários.

A RCPD, criada em 2012, oferta serviços de atenção primária, atenção especializada em reabilitação intelectual, física, auditiva, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, atenção hospitalar e de urgência e emergência. De forma coordenada, os pontos de atenção trabalham acolhimento, avaliação e diagnóstico, intervenções terapêuticas, acompanhamento, apoio e orientações aos familiares para uma assistência integral e contínua em busca de melhor qualidade de vida e inclusão das pessoas com deficiência.

Fazem parte do componente especializado da Rede: 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).

## **4.3 Critério de inclusão**

Ser usuário da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais com vínculo de no mínimo seis meses ou acompanhante acima de 18 anos de idade.

#### **4.4 Critério de exclusão**

Ter comparecido a somente uma consulta nos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais.

#### **4.5 Instrumentos**

##### **1. Roteiro de entrevista com usuários (Apêndice A)**

Roteiro elaborado pelos pesquisadores, que abordou os seguintes eixos: sociodemográfico, clínico, assistencial e satisfação do usuário. Neste estudo serão utilizados os eixos:

a) Sociodemográfico: dados do usuário e do acompanhante (no caso de usuários menores de idade ou sem condições de responder ao questionário) sobre sexo, idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho e renda.

b) Clínico: dados de caracterização da deficiência e funcionalidade em relação aos fatores pessoais e ambientais.

c) Assistencial: dados sobre serviço de referência da RCPD.

##### **2. Critério de Classificação Econômica Brasil (Anexo A)<sup>1</sup>**

Criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), classificou economicamente as famílias com base na estimativa do poder aquisitivo. O critério é baseado em um sistema de pontos em que são somados:

a) Quantidade de posse de itens da família: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregado mensalista, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira e freezer;



b) Grau de instrução do chefe de família: Analfabeto ou Fundamental I incompleto, Fundamental I completo ou Fundamental II incompleto, Fundamental II completo ou Médio incompleto, Médio completo ou Superior incompleto, Superior completo.

Quanto maior a quantidade de itens e o grau de instrução do chefe de família, maior a pontuação, que é dividida entre as classes A, B1, B2, C1, C2 e DE.

### **3. *Quality of Care Scale*<sup>2</sup>**

Instrumento validado no Brasil, é resultado do projeto da OMS, o *Quality of Care and Quality of Life for People with Intellectual and Physical Disabilities: Integrated Living, Social Inclusion and Service User Participation* - DISQOL (Qualidade do Cuidado e Qualidade de Vida para Pessoas com Incapacidades Intelectuais e físicas: Viver Integrado, Inclusão Social e Participação como Usuários de Serviços).

O questionário, que avalia a Qualidade do Cuidado recebido por pessoas com incapacidades, divide-se em quatro eixos: qualidade da equipe, acesso, necessidades sociais e informações recebidas. As perguntas levam em consideração a competência dos cuidadores em saúde, conhecimento dos cuidadores em saúde, atendimento centrado no usuário, autonomia, disponibilidade dos serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, direito ao cuidado em saúde, custo do cuidado em saúde, apoio para atividades de vida diária, apoio para atividades de lazer, apoio para atividades sociais, padrões de atendimento, segurança no cuidado em saúde, informações sobre a incapacidade, informações sobre serviços, informações sobre benefícios e clareza nas informações.

Em seu formato original, o instrumento apresenta as opções: nada, médio e totalmente distribuídas em escala tipo Likert um, três e cinco, respectivamente, para que o próprio informante marque a opção de resposta. Neste estudo as 19 perguntas foram conduzidas pelos pesquisadores, e os entrevistados puderam expressar oralmente uma entre três respostas adaptadas para este estudo: não, parcialmente ou sim. Ao final os pontos foram somados em valor bruto e convertidos em escala de 0 a 100. Os escores mais altos indicaram maior Qualidade do Cuidado. Os entrevistados tiveram ainda a escolha de comentar suas respostas caso desejassem.

#### **4.6 Recrutamento dos participantes e procedimentos de coleta de dados**

Para a coleta de dados foram realizados contatos telefônicos e via e-mail com os gestores de 36 serviços do componente especializado da RCPD selecionados para apresentação do projeto e agendamento da visita dos pesquisadores.

A aplicação dos instrumentos foi realizada por quatro bolsistas de apoio técnico instrumentalizados, que individualmente abordaram os sujeitos nas salas de espera dos serviços selecionados (Apêndice B). Os acompanhantes de usuários menores de 18 anos de idade e de usuários com deficiência intelectual participaram da entrevista confirmando ou fornecendo as respostas. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e as respostas foram registradas nos próprios questionários e gravadas em áudio por meio de gravador digital.

#### 4.7 Análise dos dados

A variável resposta foi composta pelas 19 questões sobre a Qualidade do Cuidado autorreferida pelos entrevistados, e a variável explicativa foi considerada como os tipos de deficiência, sexo, faixa etária, escolaridade e renda domiciliar.

A estatística descritiva para o primeiro artigo foi realizada por distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas, e as variáveis contínuas foram descritas por meio das seguintes medidas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos.

Na análise psicométrica do segundo artigo foi utilizada a abordagem *Two-Step* para criação do indicador Qualidade do Cuidado, computando-se 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).

Na TRI utilizou-se o Modelo Logístico de dois parâmetros, o de Dificuldade ( $\beta$ ) e Discriminação ( $\alpha$ ). 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. O parâmetro de Discriminação indicou a qualidade individual de cada item na mensuração do traço latente, tendo sido o valor maior ou igual a 0,65 considerado na análise.

Após esse processo foi utilizada a Análise Fatorial na criação do indicador geral (Qualidade do Cuidado). A qualidade do indicador foi avaliada por meio da análise de validade convergente e confiabilidade de cada constructo. Na avaliação da validade convergente utilizou-se o critério da Variância Média Extraída (AVE)

acima de 50%. Para a análise de confiabilidade foi considerado o Alfa de Cronbach (AC) e Confiabilidade Composta (CC) maiores que 0,60. O coeficiente de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) maior ou igual a 0,50 foi considerado para comprovar a adequação do modelo de Análise Fatorial.

No terceiro artigo, para verificar a existência de diferença estatística entre as medianas da variável resposta (escores geral e por eixos da QC) em relação às explicativas (sexo, idade, escolaridade, renda domiciliar e tipos de deficiência), foram utilizados os testes Kruskal-Wallis, Nemenyi e Mann-Whitney considerando o nível de significância de 5%. Dois usuários foram excluídos das análises do segundo e terceiro artigos por ausência de deficiência autodeclarada. Segundo os entrevistados, esses usuários recebiam atendimento na RCPD-MG para tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Os dados foram digitados em planilha do programa Excel (versão 2010) e conferidos. Para o processamento e análises dos dados foram utilizados os programas SPSS (versão 21) e R (versão 3.4.4).

#### **4.8 Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer ETIC 913612 (Anexo B) e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento (Apêndices C a F), e receberam esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, à possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da entrevista e quanto à garantia do sigilo das informações fornecidas.

## 4.9 Referências

1. Bredemeier J, Agranonik M, Perez TS, Fleck MPA. Versão brasileira do Quality of Care Scale: Qualidade do Cuidado na perspectiva de pessoas com incapacidades. Rev Saúde Pública. 2014;48(4):583-93.
2. ABEP, Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) [Internet]. 2014 [acesso em 10 Out 2016]. Disponível em: <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=01>.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta dissertação foram apresentados em forma de três artigos:

1. “Qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: um estudo epidemiológico” recebeu aprovação para publicação na revista CoDAS em fevereiro de 2019;

2. “*Quality of Care Scale* aplicada a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais: análise psicométrica” encontra-se em processo de submissão na revista Saúde e Sociedade;

3. “Qualidade do Cuidado segundo fatores sociodemográficos e tipo de deficiência de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integrando o projeto maior sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais, que já apresentou resultados segundo gestores e profissionais, revela agora, de forma inédita, um retrato da Qualidade do Cuidado segundo seus usuários. Este trabalho carrega consigo várias vozes e histórias de uma população que tem o direito de ser escutada e que merece ser valorizada, inclusive na própria assistência à saúde, trazendo à luz a opinião de quem vive lutas diárias.

Para tanto, o primeiro artigo buscou caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e assistencial de usuários atendidos na Rede de Cuidados. Conhecer a população foi então o primeiro passo para compreender os relatos dos entrevistados sobre a Qualidade do Cuidado. Esses resultados também podem se constituir como uma relevante fonte de dados para a gestão e para os profissionais na assistência.

Para o segundo artigo, optou-se por realizar a análise psicométrica do *Quality of Care Scale* devido às diferenças entre a proposta original e a aplicada neste trabalho. O modelo final apresentado revelou que este pode ser ampliado para medir a Qualidade do Cuidado ofertada a pessoas com todos os tipos de deficiência. Este estudo, além de validar a utilização do modelo final e garantir força aos resultados dos demais artigos aqui contidos, contribui no sentido de incentivar novas pesquisas sobre o tema.

No terceiro artigo foram identificados os escores de Qualidade do Cuidado segundo fatores sociodemográficos e tipos de deficiência dos usuários, revelando pior ou melhor Qualidade do Cuidado. A Qualidade do Cuidado foi pior avaliada pelos entrevistados: para usuários adultos e usuários com deficiência visual no

Escore Geral; usuários adultos e usuários com deficiências múltiplas no eixo Acesso; para usuários adultos, usuários com Pós-graduação e usuários com deficiência auditiva no eixo Necessidades Sociais; para o grupo alfabetização de adultos e usuários sem renda no eixo Informações Recebidas. Os entrevistados avaliaram de forma similar o eixo Profissionais e Atendimento em relação aos grupos por faixa etária e escolaridade. E o eixo Acesso recebeu, dentre os demais, os menores escores de Qualidade do Cuidado. Assim, os resultados mostraram que melhorar o tempo de espera para receber atendimento e a oferta de serviços no local onde o usuário reside, facilitar o acesso às consultas e medicamentos, contribuir de forma intersetorial em atividades de lazer e sociais são ações que podem contribuir para aumentar a Qualidade do Cuidado.

A prática do cuidado se faz presente quando o profissional dispõe uma escuta que valoriza a personalidade do usuário. O discurso puramente instrumental do profissional dá espaço ao acolhimento e à abertura da autonomia do usuário, que passa então a validar o norteamento da assistência. Não só por meio das relações entre profissionais e usuários o cuidado pode ser encontrado, mas também em uma abordagem gerencial do cuidado, que garante o segmento contínuo e ativo nos diferentes níveis de atenção por meio do conhecimento das reais necessidades da população, contribuindo para a diminuição das desigualdades em saúde.

Os resultados desta pesquisa apresentam, portanto, informações que podem ser importantes para o conhecimento do perfil dos usuários da Rede de Cuidados e da avaliação da Qualidade do Cuidado autorreferida pelos principais atores da rede. Este estudo poderá contribuir para que futuramente outras pesquisas acompanhem a evolução do componente especializado da Rede de Cuidados, e também poderá auxiliar o planejamento de ações de saúde às pessoas com deficiência.



## 7. APÊNDICES

### Apêndice A – Roteiro de Entrevista com Usuários

Número do questionário \_\_\_\_\_  
 Dados foram coletados por \_\_\_\_\_  
 Dados digitados por \_\_\_\_\_  
 Código do arquivo \_\_\_\_\_

PARTE 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS INFORMANTE E USUÁRIO	
<b>I.</b>	<b>Identificação do usuário:</b>
1.	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Endereço completo: _____ Município: _____ Data: ____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____ CEP: _____
2.	<b>Escolaridade:</b> ( ) Nunca frequentou escola ( ) Alfabetização de adultos ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado
3.	<b>Raça/Cor da Pele:</b> ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela (oriental) ( ) Indígena ( ) Parda ( ) NS ( ) NR
4.	<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado/Separado ( ) Viúvo ( ) Amigado/Amasiado
5.	<b>Trabalha:</b> ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual o seu trabalho atual? _____ Se não, qual o motivo? ( ) Deficiência ( ) Benefício ( ) Opção ( ) Afastado ( ) Afastado temporariamente ( ) Outro ____ Em caso de afastado temporariamente: ( ) com remuneração ( ) sem remuneração
6.	<b>Renda:</b> ( ) > 1 sal. mínimo ( ) 1 sal. mínimo ( ) 2 sal. mínimos ( ) 3 sal. mínimos ( ) 4 sal. mínimos ( ) 5 sal. mínimos ( ) Outro valor: _____

<b>II.</b>	<b>Dados do Informante</b>
1.	Nome: _____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade: _____
2.	<b>Informante:</b> ( ) Paciente ( ) Pais/ Responsável ( ) Parente ( ) Cuidador formal (contratado) ( ) Outro: _____
3.	O informante é a pessoa que habitualmente acompanha o usuário no sistema de saúde: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente Se não, quem acompanha? _____
4.	<b>Escolaridade:</b> ( ) Nunca frequentou escola ( ) Alfabetização de adultos ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( ) Pós graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado

<b>III.</b>	<b>Dados do domicílio do usuário</b>
1.	Critério de Classificação Econômica Brasil: ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 ( ) C1 ( ) C2 ( ) D ( ) E
2.	<b>Renda total do domicílio:</b> ( ) > 1 sal. mínimo ( ) 1 sal. mínimo ( ) 2 sal. mínimos ( ) 3 sal. mínimos ( ) 4 sal. mínimos ( ) 5 sal. mínimos ( ) Outro valor: _____
3.	<b>Plano de saúde privado:</b> ( ) Sim ( ) Não

PARTE 2: Caracterização da Deficiência (Usuário)	
<b>I.</b>	<b>Funcionalidade – Fatores Pessoais</b>
1.	Há quanto tempo possui a deficiência? _____ anos _____ meses
2.	Qual o tipo de deficiência? ( ) Física ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Visual Existe outra comorbidade associada? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? _____
3.	A deficiência dificulta a realização de atividades escolares? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
4.	A deficiência dificulta a realização de atividades de trabalho? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
5.	A deficiência dificulta a realização de atividades de lazer? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
6.	A deficiência dificulta ou impede ter filhos? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
7.	Impacta nos cuidados pessoais? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
8.	É necessário ajuda para cuidados pessoais? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
9.	É necessário ajuda para atividades de rotina? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
10.	Seu problema requer alguma assistência? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
11.	Você recebe a assistência que precisa? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
12.	A deficiência gerou alterações fisiológicas que necessitam de dispositivos especiais? ( ) Sim ( ) Não ( ) NR
13.	O que provocou o problema? ( ) Doença Qual? _____ ( ) Acidente de trabalho ( ) Nascimento ( ) Idade avançada ( ) Violência/Agressão ( ) Acidente em casa ( ) Outro _____ ( ) Acidade de trânsito - Qual? ( ) Carro ( ) Motocicleta ( ) Bicicleta ( ) _____

<b>II.</b>	<b>Funcionalidade – Fatores ambientais</b>
1.	A casa está adaptada? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
2.	A escola está adaptada? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR
3.	O trabalho está adaptado? ( ) Sim ( ) Não ( ) NA ( ) NR

**Apêndice B – Lista dos serviços do componente especializado da RCPD visitados pelos pesquisadores**

**Centro**

CER Itabirito

SASA Belo Horizonte

SASPO Sete Lagoas

SERDI Belo Horizonte

SERDI Sete Lagoas

**Centro-Sul**

SERDI Barbacena

SRF Barbacena

SRF Conselheiro Lafaiete

SRV Conselheiro Lafaiete

**Jequitinhonha**

CER Diamantina

**Leste**

SASA Governador Valadares

CER Mantena

**Leste do Sul**

SASA Ponte Nova

SERDI Ponte Nova

CER Viçosa

**Nordeste**

SASA Teófilo Otoni

SERDI Teófilo Otoni

SRF Teófilo Otoni

**Noroeste**

CER Patos de Minas

SRF Patos de Minas

**Norte**

CER Janaúba

SASA Montes Claros

SERDI Montes Claros

**Oeste**

SASA Formiga

CER Pará de Minas

**Sudeste**

CER Além Paraíba

SASA Juiz de Fora

SERDI Juiz de Fora

**Sul**

CER Alfenas

SERDI Pouso Alegre

**Triângulo do Norte**

SASA Uberlândia

SASPO Uberlândia

SERDI Uberlândia

**Triângulo do Sul**

CER Araxá

SASA Uberaba

SRV Uberaba

## Apêndice C – TCLE Responsáveis por sujeitos até 6 anos

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUESTIONÁRIO Responsáveis por sujeitos até 6 anos

O(A) senhor(a) e seu(sua) filho(a) estão sendo convidados a participarem da pesquisa **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA**. Esta pesquisa pretende conhecer e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na perspectiva dos serviços, dos profissionais e dos usuários.

Você responderá um questionário com duração média de 30 (trinta) minutos apresentado por pesquisadores / profissionais em sala disponibilizada pelo próprio serviço de saúde. Este questionário foi totalmente elaborado por pesquisadores do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você e seu(sua) filho(a) poderão retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

O(A) senhor(a) não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações ocorrerão no mesmo dia em que já estiver na unidade básica de saúde ou na escola do(a) seu(sua) filho(a). Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, ou a do(a) seu(sua) filho(a), pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido com alguma pergunta o(a) senhor(a) poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

O(A) senhor(a) não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a integridade física de seu(sua) filho(a) e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a abordagem dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado a população.

Durante toda a realização do trabalho, o(a) senhor(a) tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_,  
responsável legal de \_\_\_\_\_,

aceito participar da pesquisa, **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA** em acordo com as informações acima expostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Assinatura pais ou responsável

#### Pesquisadores:

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

.Amélia Augusta de Lima Friche - Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

#### Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## Apêndice D – TCLE Responsáveis por sujeitos de 7 a 12 anos

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUESTIONÁRIO**  
**Responsáveis e sujeitos de 7 a 12 anos**

O(A) senhor(a) e seu(sua) filho(a) estão sendo convidados a participarem da pesquisa **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA**. Esta pesquisa pretende conhecer e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na perspectiva dos serviços, dos profissionais e dos usuários.

O(A) senhor(a) e seu(sua) filho(a) responderão a um questionário com duração média de 30 (trinta) minutos apresentado por pesquisadores / profissionais em sala disponibilizada pelo próprio serviço de saúde ou na escola que seu(sua) filho(a) frequenta. Este questionário foi totalmente elaborado por pesquisadores do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

O(A) senhor(a) não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações ocorrerão no mesmo dia em que já estiver na unidade básica de saúde ou na escola do(a) seu(sua) filho(a). Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, ou a do(a) seu(sua) filho(a), pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido com alguma pergunta o senhor poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

O(A) senhor(a) não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a integridade física de seu(sua) filho(a) e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a abordagem dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado a população.

Durante toda a realização do trabalho, o(a) senhor(a) tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.  
 Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, responsável legal de \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa, **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA** em acordo com as informações acima expostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

De acordo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura pai ou responsável

De acordo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da criança

**Pesquisadores:**

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

.Amélia Augusta de Lima Friche - Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## Apêndice E - TCLE Responsáveis por sujeitos de 13 a 17 anos

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUESTIONÁRIO

#### Responsáveis por sujeitos 13 a 17 anos

O(A) senhor(a) e seu(sua) filho(a) estão sendo convidados a participarem da pesquisa **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA**. Esta pesquisa pretende conhecer e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na perspectiva dos serviços, dos profissionais e dos usuários.

O(A) senhor(a) e seu(sua) filho(a) responderão a um questionário com duração média de 30 (trinta) minutos apresentado por pesquisadores / profissionais em sala disponibilizada pelo próprio serviço de saúde ou na escola do(a) seu(sua) filho(a). Este questionário foi totalmente elaborado por pesquisadores do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

O(A) senhor(a) não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações ocorrerão no mesmo dia em que já estiver na unidade básica de saúde ou na escola do(a) seu(sua) filho(a). Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, ou a do(a) seu(sua) filho(a), pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido com alguma pergunta o(a) senhor(a) poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

O(A) senhor(a) não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a integridade física de seu(sua) filho(a) e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a abordagem dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado a população.

Durante toda a realização do trabalho, o a) senhor(a) tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.  
Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, responsável legal de \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa, **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA** em acordo com as informações acima expostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Assinatura pais ou responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura adolescente

#### **Pesquisadores:**

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

Amélia Augusta de Lima Friche - Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## Apêndice F – TCLE Sujeitos maiores de 18 anos

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA QUESTIONÁRIO

#### Sujeitos maiores de 18 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA**. Esta pesquisa pretende conhecer e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na perspectiva dos serviços, dos profissionais e dos usuários.

Caso aceite, você responderá a um questionário com duração média de 30 (trinta) minutos apresentado por pesquisadores / profissionais em sala disponibilizada pelo próprio serviço de saúde. Este questionário foi totalmente elaborado por pesquisadores do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Você não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações ocorrerão no mesmo dia em que já estiver na unidade básica de saúde. Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido(a) com alguma pergunta o(a) senhor(a) poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

Você não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a abordagem dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado a população.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.

Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa, **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA** em acordo com as informações acima expostas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_.

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

---

#### Pesquisadores:

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

.Amélia Augusta de Lima Friche - Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

#### Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## 8. ANEXOS

### Anexo A – Critério de Classificação Econômica Brasil

ABEP: Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), 2014.

#### INSTRUÇÕES:

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa.

Para aparelhos domésticos em geral, **CONSIDERAR** os seguintes casos: bem alugado em caráter permanente; bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses; bem quebrado há menos de seis meses. **NÃO DEVE CONSIDERAR:** bem emprestado para outro domicílio há mais de seis meses; bem quebrado há mais de seis meses; bem alugado eventualmente; bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

**Televisores:** CONSIDERAR APENAS os a cores. Os de uso de empregados domésticos (declaração espontânea do entrevistado), só podem ser considerados se adquiridos pela família do empregador.

**Rádios:** considerar qualquer tipo de rádio, mesmo que incorporado a outro equipamento de som ou televisor, desde que sintonize as emissoras convencionais. NÃO CONSIDERAR rádio de automóvel.

**Banheiros:** definido pela existência de vaso sanitário. CONSIDERAR TODOS os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada e os de localização fora da casa. NÃO CONSIDERAR banheiros coletivos, ou seja, utilizados por mais de uma residência.

**Automóvel:** NÃO CONSIDERAR táxis, vans, pick-ups ou qualquer veículo utilizado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) também NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.

**Empregado doméstico:** CONSIDERAR apenas os mensalistas, ou seja, que trabalham pelo menos cinco dias por semana de forma contínua/permanente. Incluir também: babás, motoristas, cozinheiras, copeiras e arrumadeiras.

**Máquina de lavar:** CONSIDERAR somente as máquinas automáticas ou semiautomáticas. NÃO CONSIDERAR o tanquinho.

**Videocassete e/ou DVD:** CONSIDERAR qualquer tipo de videocassete ou aparelho de DVD.

**Geladeira e freezer:** A pontuação será aplicada de forma independente, a saber: a) havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos 4 pontos; b) se a geladeira possuir freezer incorporado, segunda porta ou se houver no domicílio um freezer independente, serão atribuídos mais 2 pontos.

I. SISTEMA DE PONTOS					
Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	0	1	2	3	4
2. Rádio	0	1	2	3	4
3. Banheiro	0	4	5	6	7
4. Automóvel	0	4	7	9	9
5. Empregado mensalista	0	3	4	4	4
6. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
7. Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
8. Geladeira	0	4	4	4	4
9. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

II. GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA		
Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	
Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	Médio Completo / Superior Incompleto	4
Superior Completo	Superior Completo	8

III. CORTES DO CRITÉRIO BRASIL	
Classe	Pontos
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

## Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 33703914.8.0000.5149

Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos  
Departamento de Fonoaudiologia  
Faculdade de Medicina - UFMG

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de dezembro de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura**" bem como os documentos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

  
Profa. Dra. Teima Campos Medeiros Lorentz  
Coordenadora do COEP-UFMG