

Millenium, 2(16), 83-92.

pt

VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *QUALITY OF CONTRACEPTIVE COUNSELING SCALE* PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

TRANSCULTURAL VALIDATION, ADAPTATION OF *QUALITY OF CONTRACEPTIVE COUNSELLING SCALE* FOR THE PORTUGUESE POPULATION

VALIDACIÓN Y ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE *QUALITY OF CONTRACEPTIVE COUNSELING SCALE* PARA LA POBLACIÓN PORTUGUESA

Sara Palma<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-4640-6458>

Helena Presado<sup>1</sup>

Diogo Ayres-de-Campos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina | Hospital Universitário de Santa Maria, Departamento de Obstetrícia, Lisboa, Portugal

Sara Palma - saraelisabetepalma@gmail.com | Helena Presado - mhpresado@esel.pt | Diogo Ayres-de-Campos - dayresdecampos@gmail.com



**Autor Correspondente**

*Sara Elisabete Cavaco Palma*

Rua Alfredo Dinis, 16

2820-286 Charneca de Caparica - Portugal

saraelisabetepalma@gmail.com

RECEBIDO: 11 de julho de 2021

ACEITE: 28 de julho de 2021

## RESUMO

**Introdução:** O aconselhamento contraceutivo prestado às mulheres, promove a tomada de decisão e adesão a um contraceutivo. Para se poder avaliar a qualidade do aconselhamento realizado é necessário recorrer a instrumentos próprios para esse fim.

**Objetivo:** Validar e adaptar culturalmente as qualidades psicométricas da *Contraceptive Counseling Scale* de 22 Itens.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, com 172 mulheres que reuniram os critérios de inclusão. A validade fatorial do modelo e a fiabilidade foi avaliada com uma análise fatorial confirmatória e o alfa de Cronbach.

**Resultados:** A versão modificada da *QCC-PT*, com três dimensões e 15 itens, apresenta valores de ajustamento bons, ( $\chi^2(87) = 174,756$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 172$ ;  $\chi^2/df = 1,698$ ; CFI = 0,959; TLI = 0,951; RMSEA = 0,064,  $P [rmsea \leq 0,05] > 0,10$ ).

**Conclusão:** A *QCC-PPT-VM* é um instrumento sensível, fiável e válido podendo ser utilizado tanto na prática de cuidados como na investigação.

**Palavras-chave:** estudos de validação; aconselhamento; contraceutivo; mulheres; profissionais de saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** Contraceptive counselling provided to women promotes decision-making and adherence to a contraceptive. In order to be able to assess the quality of the advice provided, it is necessary to use instruments suitable for this purpose.

**Objective:** To validate and culturally adapt the psychometric qualities of the 22-item Contraceptive Counseling Scale.

**Methodology:** Quantitative study with 172 women who met the inclusion criteria. The model's factorial validity and reliability were assessed with a confirmatory factor analysis and Cronbach's Alpha.

**Results:** The modified version of the *QCC-PT*, with three dimensions and 15 items, presents good adjustment values, ( $\chi^2 (87) = 174.756$ ;  $p < 0.001$ ;  $n = 172$ ;  $\chi^2 / df = 1.698$ ; CFI = 0.959; TLI = 0.951; RMSEA = 0.064,  $P [rmsea \leq 0.05] > 0.10$ ).

**Conclusion:** The *QCC-PT* is a sensitive, reliable and valid instrument that can be used both in the practice of care and in research.

**Keywords:** validation studies; counselling; contraceptive; women; health providers

## RESUMEN

**Introducción:** El asesoramiento sobre anticonceptivos proporcionado a las mujeres promueve la toma de decisiones y la adherencia a un anticonceptivo. Para poder evaluar la calidad del asesoramiento prestado, es necesario utilizar instrumentos adecuados para tal fin.

**Objetivo:** Validar y adaptar culturalmente las cualidades psicométricas de la Escala de Consejería Anticonceptiva de 22 ítems.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, con 172 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión. La validez y confiabilidad factorial del modelo se evaluó con un análisis factorial confirmatorio y el Alfa de Cronbach.

**Resultados:** La versión modificada del *QCC - PT*, con tres dimensiones y 15 ítems, presenta buenos valores de ajuste, ( $\chi^2 (87) = 174.756$ ;  $p < 0.001$ ;  $n = 172$ ;  $\chi^2 / df = 1.698$ ; CFI = 0.959; TLI = 0,951; RMSEA = 0,064,  $P [rmsea \leq 0,05] > 0,10$ ).

**Conclusión:** *QCC-PT* es un instrumento sensible, confiable y válido.

**Palabras clave:** estudios de validación; asesoramiento; anticonceptivo; mujeres; profesionales de la salud

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, 94% das mulheres em idade fértil utilizam um método contraceutivo, sendo os contraceutivos hormonais orais o método de eleição (76%) (DGS, 2018). Contudo, 84% delas reconhecem já se ter esquecido da toma da pílula e 47%, têm a intenção de mudar de método para outro que não necessite de toma diária como a contraceção reversível de longa duração (Bayer, 2017). Atualmente, os jovens iniciam a sua atividade sexual mais cedo e têm projetos de maternidade mais tardios (Magalhães, 2007; Águas, Bombas & Silva, 2016) o que os deixa mais expostos ao risco de uma gravidez não planeada, não desejada, às infeções sexualmente transmissíveis e à Interrupção Voluntária de Gravidez. Segundo o Relatório dos Registos das Interrupções Voluntárias de Gravidez o número total de interrupções de gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas foi de 14 899, correspondendo a 96,2% do total de abortos realizados em Portugal, no ano de 2018 (DGS, 2018). Independentemente das razões apontadas para uma Interrupção Voluntária de Gravidez, o que está na sua origem é a não adesão ao contraceutivo, a descontinuidade, o uso incorreto e as necessidades insatisfeitas de Planeamento familiar (Águas, Bombas & Silva, 2016; Palma, 2017). Quando questionadas as mulheres são capazes de enumerar diversos contraceutivos, porém com pouco conhecimento

sobre os mesmos, sendo essa informação assente em crenças e em pesquisas na internet (Greene, Joshi, & Robles, 2012; Matias, 2015; Águas, Bombas & Silva, 2016; Palma, 2017).

Percebe-se a necessidade de promover aconselhamento contraceutivo como forma de proteger as mulheres de vivenciarem a experiência de uma gravidez que não planejaram e não desejaram, e que pode expô-las a situações económicas e familiares difíceis. A prevenção constitui uma importante linha de intervenção no âmbito da promoção da saúde. Constata-se um deficit na tomada de decisão contracetiva; relacionada com crenças, aspetos culturais, pobreza, pouca literacia em saúde, dificuldade nos acessos aos serviços e com os profissionais e serviços de saúde; como a pouca disponibilidade, a ineficiente resposta dos serviços (OE, 2011) e a falta de preparação dos profissionais (OE, 2011; Bellizzia, Nagaic & Sobel, 2020; Palma, Presado & Ayres-dos-Santos, 2021).

Numa revisão da literatura (Palma, Taborda, Nunes, Cardoso, & Presado, 2020), constatamos que o aconselhamento contraceutivo de qualidade favorece a adesão aos métodos contraceuticos em geral, e em particular aos reversíveis de longa duração, considerados como os métodos mais eficientes. Os profissionais de saúde nem sempre fazem aconselhamento e quando o realizam é de forma muito heterogénea, os recursos disponíveis influenciam a qualidade de resposta dos profissionais e dos serviços que muitas vezes são adaptados à realidade individual. A qualidade do aconselhamento depende da qualificação do profissional e o aconselhamento deve ser centrado nas necessidades das mulheres (Palma, Taborda, Nunes, Cardoso, & Presado, 2020; Palma, Presado & Ayres-de-Campos, 2021).

Internacionalmente, desde os anos 90 do século XX, surge a preocupação com a qualidade assistencial no planeamento familiar, motivada por um reconhecimento de que as experiências positivas das mulheres com os profissionais de saúde são essenciais para a escolha e adesão a um contraceutivo (Holt et al., 2019), tal como essenciais para a promoção na confiança no sistema de saúde (Kruk et al., 2018; Holt et al., 2018). A legislação portuguesa refere que as consultas de planeamento familiar e a distribuição de contraceuticos são gratuitos no sistema nacional de saúde. No entanto, verificam-se desigualdades regionais, acentuadas, no seu acesso o que se traduz na exposição dos mais desfavorecidos, acrescida às necessidades insatisfeitas de planeamento familiar, falta de informação, pouca adesão às consultas de aconselhamento contraceutivo, utilização de métodos menos eficazes ou ao uso incorreto/descontinuidade dos mesmos (Presado, Palma & Cardoso, 2018; Palma, 2017; Águas, Bombas & Silva, 2016). Percebe-se a importância de promover aconselhamento contraceutivo de qualidade, que promova a literacia das mulheres na tomada de decisão e adesão à contraceção adequada às suas necessidades. A problemática conduziu-nos à realização de uma pesquisa que permitisse medir a qualidade da assistência em aconselhamento contraceutivo. Nesse sentido a nossa investigação recaiu sobre a *Quality of Contraceptive Counseling Scale*, de 22 Itens (Holt et al., 2018) por responder às nossas necessidades.

Os estudos levados a cabo por Holt e seus colaboradores (Holt et al., 2018), revelam-nos que a prestação de cuidados de saúde contracetiva de alta qualidade assenta na comunicação entre a pessoa alvo de cuidados e o profissional de saúde. Essa interação deve basear-se na troca de informações e no relacionamento interpessoal (Holt et al., 2019). Estes investigadores, realizaram estudos com o intuito de conhecer as melhores práticas em aconselhamento contraceutivo, comunicação em saúde e respeito pelos direitos humanos (Holt, Dehlendorf & Langer, 2017). Nessa sequência, desenvolvem a *Quality of Contraceptive Counseling Scale* (QCC), com o objetivo de avaliar a interação das experiências da pessoa com os profissionais de saúde durante o aconselhamento contraceutivo de qualidade (Holt, Dehlendorf & Langer, 2017).

O presente estudo teve como objetivo fazer a adaptação cultural e a avaliação das qualidades psicométricas da QCC versão portuguesa (QCC-PT). **Questão de Investigação:** *Em que medida a QCC-PT, terá qualidades psicométricas adequadas para efetuar a avaliação da qualidade do aconselhamento contraceutivo?*

## 1. MÉTODOS

Começámos por solicitar autorização para a tradução, adaptação e validação da *QCC Scale* à população portuguesa, à autora, Kelsey Holt da Universidade da Califórnia em São Francisco, recebida a 18 de junho de 2020. Para esse fim utilizámos a metodologia da tradução/retradução (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000). que compreende seis etapas: a tradução, síntese, retradução do questionário (*back translation*), revisão efetuada por um comité de especialistas, pré-teste e verificação das propriedades psicométricas.

### 1.1 Tradução do idioma inglês para o português e adaptação linguística

Procedeu-se à tradução da *QCC Scale* do idioma original (inglês) para o português, mas que preservasse o mesmo significado que a versão original. Recorremos a dois tradutores que não se conheciam. Os profissionais contactados são fluentes no idioma de origem (inglês) e nativos no idioma-alvo (português). Não tinham contacto prévio com a escala, com o objetivo de criar duas traduções independentes, embora um fosse conhecedor dos objetivos e conceitos estudados. Um é professor de inglês o outro profissional de saúde.

### 1.2 Sintetização dos resultados das traduções em conjunto com os tradutores, resultando em uma única versão do instrumento

Nesta fase foi possível, em conjunto com os dois tradutores, obter-se uma versão em português, linguisticamente correta e

equivalente à versão original inglesa. Foi realizado um relatório onde descrevemos todas as diferenças ocorridas e como foram resolvidas pelos intervenientes. O novo instrumento denominou-se de *QCC-PT (Quality of Contraceptive Counseling Scale – Versão Portuguesa)*. Escala de Qualidade de Aconselhamento Contraceutivo, em português).

### 1.3 Retradução do questionário (*back translation*)

Para este fim foram selecionados mais dois tradutores, contactados telefonicamente e que não eram conhecedores da versão original do instrumento, desconheciam os conceitos em estudo e não tinham participado nas primeiras traduções. Tal como defendido pelos autores (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000), os tradutores desta etapa devem ter como língua materna a mesma que a versão original do instrumento (inglês). Os retradutores eram ambos professores de inglês-português. As retraduições foram devolvidas, uma por e-mail e a outra entregue em mão, sendo chamadas de R1 e R2. Após a receção das duas retroversões foram verificadas as compatibilidades, surgindo uma única versão da retroversão (R3).

### 1.4 Revisão por um comitê de especialistas

Os integrantes do comitê de especialistas foram convidados pessoalmente de forma intencional. Todos os elementos do comitê tinham conhecimento da finalidade da escala, dos conceitos inseridos e da língua de origem. A versão original e os instrumentos *QCC-PT* e R3, juntamente com os relatórios escritos correspondentes permitiu-lhes explicar as suas decisões. Os dados foram analisados de forma descritiva, uma vez que, realizaram-se anotações em relação aos termos decididos pelo comitê, até a obtenção de um consenso.

Assim, foi possível chegar a um acordo sobre qualquer discrepância, estabelecer equivalências semânticas, idiomáticas, experimental, cultural e conceitual, resultando a versão final a ser testada. Os peritos são todos bilingues sendo que, um deles é um dos retradutores (um professor de inglês), outro é perito em contraceção (uma professora de enfermagem) e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia (um dos tradutores).

### 1.5 Aplicação da escala *QCC-PT* num teste-piloto

Esta fase pretende avaliar a equivalência entre as versões: original e final, o que irá proporcionar a compreensão, a clareza das perguntas da escala (Vilelas, 2020) e as perceções de desvios ou erros nas traduções (Oliveira, Hildenbrand & Lucena, 2015). Aplicamos o teste-piloto em agosto de 2020, a 30 mulheres da população alvo, na consulta de Interrupção de gravidez de um Hospital central da área de Lisboa e Vale do Tejo.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Concelho de Administração do hospital em 24 de julho de 2020.

### 1.6 Amostra

A amostra foi por conveniência. Realizado convite, por contacto pessoal, a todas as mulheres com idade superior ou igual a 16 anos, soubessem ler e escrever, fluentes em português, no final da consulta de aconselhamento contraceutivo e que desejassem participar no estudo. Foram excluídas todas as outras que não se incluíam nos critérios de elegibilidade.

Cada mulher preencheu o questionário e foi entrevistada com a finalidade de se perceber a clareza e a adequação do questionário através dos significados atribuídos a cada item e o grau de dificuldade na compreensão das questões. O objetivo desta etapa foi obter conhecimento quanto à compreensão do instrumento de colheita de dados. Concluímos que 97% das mulheres não demonstrou qualquer dificuldade de compreensão ou ambiguidade na interpretação das questões. Quando entrevistadas, referiam que o questionário era claro e de fácil compreensão. As dificuldades expressas e sentidas prenderam-se com a barreira linguística e o analfabetismo.

De acordo com os autores (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000), se a concordância de respostas for igual ou superior a 80%, não é necessário verificar novamente o instrumento com o comitê de especialistas. Desta forma, foi gerada a versão final do instrumento *QCC-PT*. A *QCC-PT*, é constituída por 22 itens que se dividem em três dimensões: Troca de Informação (TI), com dez itens; Relacionamento Interpessoal (RI) com sete itens; e o Desrespeito e Abuso (DA) com cinco itens.

### 1.7 Validação da escala *QCC-PT*

As qualidades psicométricas da *QCC-PT*, que foram avaliadas através da validade e fiabilidade (Coutinho, 2014) da escala e das suas três dimensões individualmente, numa amostra de 200 mulheres. A taxa de respostas foi de 86%, resultando numa amostra final de 172 questionários (n=172), entre agosto e novembro de 2020, usando os mesmos critérios de inclusão do estudo-piloto.

Na análise das respostas da *QCC-PT*, foram eliminados 8 questionários, por não se encontrarem corretamente preenchidos (resposta duplicadas ou ausência de resposta), sem se verificar um padrão nas respostas dadas, nem no tipo de participantes. A análise dos dados para avaliação das qualidades psicométricas da *QCC-PT* foi feita com recurso ao *Software R® (The R Project for Statistical Computing)* (R Core Team, 2020), mais especificamente, a estimativa do modelo fatorial foi realizada através da *Package “Lavaan” (Latent Variable Analysis) Version 0.6-7* (Yves Rosseel, 2012).

A análise da sensibilidade dos itens foi avaliada através dos coeficientes de assimetria ( $g_1$ ) e achatamento ( $g_2$ ), considerando-se que os itens com valores, em módulo, não superiores a 3 e 7, respetivamente, não se distanciam da normalidade, ou seja, apresentam sensibilidade psicométrica (Marôco, 2014; Curado, Marôco, Vasconcellos, Gouveia & Thoyre, 2017). A validade de construto foi avaliada por meio da validade fatorial e convergente, com recurso à análise fatorial confirmatória, com estimação *robust weighted least squares* (RWLS). Para que a escala *QCC-PT* seja considerada válida, consideramos que todos os itens constituintes deveriam apresentar pesos fatoriais superiores ao valor de referência (0,40). A qualidade do ajustamento do modelo aos dados foi avaliada através de índices empíricos: Estatística do Teste de Qui-quadrado de ajustamento ( $\chi^2/df$ ) < 5, *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker Lewis Index* (TLI) superiores a 0,9 *Root Means Square Error of Approximation* (RMSEA) inferior a 0,05. A fiabilidade das dimensões criadas foi estimada através do alfa de Cronbach, considerando uma fiabilidade aceitável se  $\alpha \geq 0,70$ . A fiabilidade compositória (FC) e a variância extraída média (VEM) foram calculadas como indicadores da validade convergente, onde  $FC \geq 0,70$  e  $VEM \geq 0,50$  (Marôco, 2014).

A estimativa da fiabilidade foi baseada nas correlações médias entre itens da *QCC-PT*, ponderadas pelas respetivas variâncias, considerando-se a fiabilidade aceitável se  $\alpha \geq 0,70$ . Consideramos, igualmente, uma fiabilidade compósita (FC)  $\geq 0,70$  e uma variância extraída média (VEM)  $\geq 0,50$  como indicadores de validade convergente. No que concerne à validade discriminante, consideramos que estava presente para os fatores em que a VEM era superior ao quadrado da correlação entre fatores (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Marôco, 2014).

Numa primeira fase do estudo, o modelo fatorial da *QCC-PT*, composta por três dimensões e 22 itens, ajustada à amostra de 172 mulheres, apresentou valores de qualidade de ajustamento sofríveis ( $\chi^2/df = 2,566$ ; CFI= 0, 869; TLI= 0,853; RMSEA = 0,097,  $P(RMSEA \leq 0,05) < 0,001$ , pelo que se realizou a refinação do modelo inicial.

Retiraram-se os itens 2, 3, 4, e 10 da dimensão um (Troca de Informação), inicialmente com 10 itens que passou a ter seis. Os itens 13 e 14 da dimensão dois (Relacionamento Interpessoal), de sete itens passa a ser constituída por cinco. Na terceira dimensão (Desrespeito e Abuso), retirou-se o item 18, ficando no final com quatro itens. Inicialmente com cinco. Houve a necessidade do refinamento do modelo inicial por apresentarem problemas de sensibilidade com valores elevados dos coeficientes de assimetria e curtose ( $|g_1| > 3$  e  $|g_2| > 7$ ) e pesos fatoriais baixos ( $< 0,4$ ).

A escala *QCC-PT* modificada é constituída por 15 itens e três dimensões: Troca de Informação (TI), com seis itens; Relacionamento Interpessoal (RI), com cinco itens e Desrespeito e Abuso (DA), com quatro itens. A dimensão TI, reflete as informações que são fornecidas às mulheres sobre as opções de métodos contraceptivos e acompanhamento, bem como as informações que partilham com os profissionais de saúde sobre as suas preferências e necessidades. A dimensão RI, abrange itens relacionados à privacidade, confidencialidade, respeito, confiança e empatia e a dimensão DA inclui a forma como os profissionais de saúde tratam as mulheres, discriminação e abuso físico (Tabela 1).

**Tabela 1** - Descritores da dimensão troca de informação (TI), relacionamento interpessoal (RI) e desrespeito e abuso (DA)

DIMENSÕES Itens	Opções de Resposta			
<b>TROCA DE INFORMAÇÃO (TI)</b>				
1. Durante a consulta de aconselhamento contraceptivo/planeamento familiar pude expressar a minha opinião acerca das minhas necessidades.	1 Concordo Completamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo Completamente
2. Recebi informação sobre medidas de prevenção contra as infeções sexualmente transmissíveis.				
3. Compreendi as reações corporais relativas ao uso do método contraceptivo.				
4. Compreendi como utilizar os diferentes métodos abordados na consulta.				
5. Recebi informação acerca de como agir se quisesse interromper o método que escolhi.				
6. O prestador de cuidados explicou-me o que fazer se experienciasse alguma reação ao método que escolhi (como por exemplo: alergia, náuseas, vômitos, dores, metrorragias...).				
<b>RELACIONAMENTO INTERPESSOAL (RI)</b>				
7. Senti que a informação que partilhei com a prestadora de cuidados seria confidencial.	1 Concordo Completamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo Completamente
8. O prestador de cuidados deu-me o tempo que necessitava para refletir/explorar as minhas opções contraceptivas.				
9. Senti que o prestador de cuidados demonstrou interesse sobre o meu estado de saúde global quando falávamos dos métodos contraceptivos.				
10. O prestador de cuidados esteve interessada/demonstrou interesse nas minhas opiniões.				
11. Eu senti-me escutada/ouvida pelo prestador de cuidados.				
<b>DESRESPEITO E ABUSO (DA)</b>				

12. Eu senti que o prestador de cuidados demonstrou pouco interesse devido à sua tendência para julgar as pessoas.	1 Concordo Completamente	2 Concordo	3 Discordo	4 Discordo Completamente
13. Eu senti repreensão pela minha idade.				
14. O prestador de cuidados fez-me sentir desconfortável ao abordar a minha vida sexual (por exemplo: início da vida sexual ativa, preferências sexuais, número de parceiros sexuais e números de filhos).				
15. O prestador de cuidados observou-me ou tocou-me de uma forma que me deixou desconfortável.				

## 2. RESULTADOS

As qualidades psicométricas da *QCC-PT* modificada, foram avaliadas através do cálculo de sensibilidade, validade e fiabilidade dos itens das três dimensões da escala, numa amostra de 172 mulheres, que se inseriram nos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. As mulheres tinham idades situadas entre os 21-30 anos, eram maioritariamente portuguesas, solteiras e com o ensino secundário. Na tabela 2, apresentamos os resultados estatísticos dos itens da escala *QCC-PT*: medianas, máximos, mínimos, medidas de forma ( $g_1$  e  $g_2$ ), tal como os seus rácios críticos.

**Tabela 2** - Mediana, máximos, mínimos, medidas de forma (assimetria -  $g_1$  e curtose -  $g_2$ ), com os respetivos rácios críticos ( $g_1/SEg_1$  e  $g_2/SEg_2$ , para os 15 itens da escala *QCC-PT* (n=172).

Dimensão	Itens	Me	$g_1$	$g_1/SEg_1$	$g_2$	$g_2/SEg_2$	Min	Max
TI	1	1	1,608	5,109	3,846	2,723	1	4
	2	2	0,686	2,180	-0,650	-0,460	1	4
	3	2	0,528	1,676	-0,620	-0,439	1	4
	4	2	0,681	2,163	-0,462	-0,327	1	4
	5	2	0,696	2,210	-0,327	-0,232	1	4
	6	2	0,597	1,897	-0,750	-0,531	1	4
RI	7	1	1,372	9,873	2,060	2,869	1	4
	8	1	1,272	9,152	1,003	1,397	1	4
	9	1	1,044	7,512	-0,016	-0,022	1	3
	10	1	1,180	8,491	0,362	0,504	1	3
	11	1	1,433	10,310	1,496	2,084	1	4
DA	12	4	-1,915	-3,123	4,656	1,545	1	4
	13	4	-1,975	-3,221	4,040	1,340	1	4
	14	4	-2,142	-3,493	5,199	1,725	1	4
	15	4	-2,644	-4,311	7,024	2,662	1	4

Os pesos fatoriais de cada dimensão da escala *QCC-PT* e o Alfa de Cronbach por dimensão, são apresentados na tabela 3. A consistência interna da dimensão TI apresenta valores de Alfa de Cronbach = 0,86, menos elevado que a dimensão RI (Alfa de Cronbach = 0,89) e a dimensão DA (Alfa de Cronbach = 0,87). A FC nas três dimensões é de: FCTI = 0,863; FCRI = 0,901 e FCDA = 0,87. A validade convergente estimada através da VME oscila entre (TI) 0,52; (RI) 0,65 e (DA) 0,629. Todos os valores superiores aos de referência.

**Tabela 3** - Pesos fatoriais obtidos através da análise fatorial confirmatória e consistência interna (alfa de Cronbach) dos três fatores da *QCC-PT*

Itens	Dimensões da escala <i>QCC-PT</i>		
	TI	RI	DA
	$\alpha = 0,86$	$\alpha = 0,89$	$\alpha = 0,87$
	Pesos Fatoriais		
Item 1	0,491		
Item 2	0,681		
Item 3	0,806		
Item 4	0,813		
Item 5	0,848		
Item 6	0,622		

Item 7	0,665
Item 8	0,637
Item 9	0,914
Item 10	0,904
Item 11	0,868
Item 12	0,706
Item 13	0,902
Item 14	0,844
Item 15	0,705

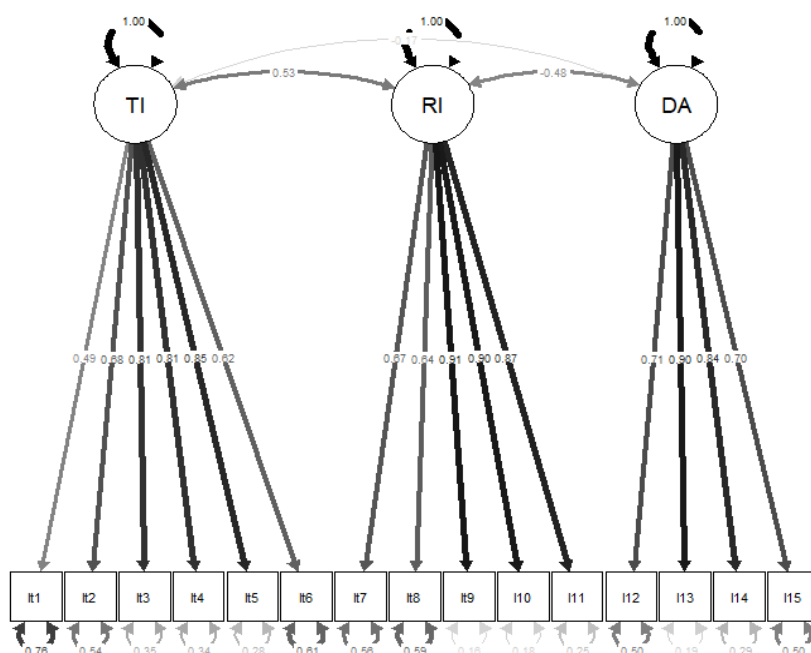
As correlações entre TI e RI e entre DA e RI são de média magnitude e a correlação entre DA e TI é desprezível, conforme tabela 4.

**Tabela 4** - Correlação de Pearson entre as três dimensões da escala QCC-PT

	TI	RI	DA
TI	1		
RI	0,526	1	
DA	-0,165	-0,48	1

Verifica-se uma correlação negativa entre a dimensão DA e as outras duas, o que já era expectável. Facto relacionado com a forma como as questões estão formuladas na dimensão DA.

Na figura 1 estão apresentados os modelos com os três fatores da *QCC-PT* com os respetivos pesos fatoriais e índices de qualidade de ajustamento que suportam as dimensões da escala (Figura 1).



**Figura 1** - Modelo fatorial confirmatório da escala QCC-PT

### 3. DISCUSSÃO

Usando métodos convencionais de tradução e adaptação de questionários foi possível desenvolver uma versão da *QCC scale* que se adapta à realidade portuguesa – a escala *QCC-PT*. Na primeira fase do estudo o modelo fatorial da *QCC-PT*, composta por três

dimensões e 22 itens, ajustada à amostra de 172 mulheres, apresentou valores de qualidade de ajustamento sofríveis ( $\chi^2/df = 2,566$ ; CFI = 0,869; TLI = 0,853; RMSEA = 0,097,  $P(RMSEA \leq 0,05) < 0,001$ , pelo que se realizou a refinação do modelo inicial. A fiabilidade das três dimensões da *QCC-PT* apresenta valores de Alfa de Cronbach bons, podendo-se dizer que a escala apresenta uma boa consistência interna com um alfa estandardizado superior ao de referência. Para a FC consideramos valores superiores a 0.70 como bom indicador de fiabilidade o que foi constatado na escala em análise (FCTI = 0,863; FCRI = 0,901 e FCDA = 0,87). A validade avaliada através do VEM apresentou valores superiores aos de referência (VEMTI = 0,52; VEMRI = 0,65 e VEMDA = 0,629). Das três dimensões da escala só a dimensão TI e a RI é que estão positivamente correlacionadas com correlações de intensidade moderada e estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ). A correlação entre a dimensão DA e TI é negativa e desprezível, apenas estatisticamente significativo ao nível de 5% ( $p = 0,044$ ) e a entre DA e RI moderadamente negativa e estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). As relações negativas devem-se à forma como as questões da DA se encontram formuladas em relação às das TI e RI.

O ajustamento final do modelo *QCC-PT* é bom com todos os pesos fatoriais acima do valor de referência (0,40) e as estatísticas de qualidade do ajustamento apresentando bons valores ( $\chi^2(87) = 174,756$ ;  $p < 0,001$ ;  $n = 172$ ;  $\chi^2/df = 1,698$ ; CFI = 0,959; TLI = 0,951; RMSEA = 0,064,  $P[rmsea \leq 0,05] > 0,10$ ). Assim, como indica a figura 1, a dimensão 1 com 6 itens, a 2 com 5 e a 3 com 4 itens, permite concluir que esta escala apresenta validade fatorial, sensibilidade e fiabilidade na amostra.

A *QCC-PT* contribui para avaliar as experiências das mulheres com os serviços e profissionais de saúde durante o aconselhamento contraceutivo. Com esta escala os profissionais de saúde podem avaliar e propor melhorias na qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado às mulheres alvo de cuidados. Essa avaliação faz-se em três dimensões: Troca de informação; Relacionamento interpessoal e o Desrespeito e abuso. A *QCC scale*, foi desenvolvida por investigadores norte americanos e aplicada no México, prevê etapas para o aconselhamento contraceutivo de alta qualidade e que respeitam os princípios dos direitos humanos como a privacidade, confidencialidade, não discriminação, tal como conceitos de comunicação em saúde onde são incluídos o respeito, a empatia e a confiança. Considerando a elevada importância deste tipo de instrumentos, a escala foi aplicada a um grupo de mulheres portuguesas na sua versão modificada e apresenta uma adequada sensibilidade, fiabilidade e validade fatorial, pelo que pode ser considerada como um instrumento que deve ser utilizado não só na sua componente prática durante o aconselhamento contraceutivo, mas também na sua aplicação na investigação. O ajustamento do modelo fatorial permite-nos propor uma versão modificada do instrumento (*QCC-PT*), a utilizar para identificar problemas e propor intervenções ajustadas e em parceria com as mulheres alvo de cuidados.

## CONCLUSÃO

O objetivo da contraceção é proteger as mulheres das gravidezes não desejadas. A qualidade do aconselhamento contraceutivo é fundamental para garantir a diminuição da sua ocorrência. Sabe-se que, um grande número de mulheres que realiza uma interrupção voluntária de gravidez estava a fazer contraceção, o que, denota a existência de falhas no aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde. A escolha de um contraceutivo deve ser assente no conhecimento e a principal fonte de informação baseia-se no aconselhamento contraceutivo de qualidade que garanta os direitos das mulheres, os aspetos socioculturais, económicos, promova a escolha, o uso adequado e a continuidade do método selecionado. Consideramos essencial conhecer a forma como as mulheres percebem o aconselhamento que lhes é dirigido de forma a adequá-lo às suas necessidades reprodutivas individuais.

Constatamos uma lacuna de estudos portugueses que avaliem a qualidade do aconselhamento contraceutivo realizado à população, razão pela qual consideramos pertinente a validação e adaptação transcultural da *QCC-PT*, visto permitir avaliar as três dimensões mais importantes da qualidade do aconselhamento contraceutivo: troca de informação, relacionamento interpessoal, e desrespeito e abuso. A escala permite avaliar as experiências das mulheres durante o aconselhamento contraceutivo, sendo um instrumento importante para avaliação e melhoria destes cuidados em Portugal.

### Limitações na validação e adaptação transcultural da *QCC Scale* para a População Portuguesa

Existiram aspetos que consideramos interessantes de investigar, mas que no presente contexto não foram contemplados, nomeadamente as influências culturais, a escolaridade e a idade das mulheres.

### Implicações para a prática e para a investigação

Acreditamos ser imperativo a aplicação da *QCC-PT* a contextos epidemiológicos e clínicos diferentes não só na interrupção voluntária de gravidez, mas também, em consultas de contraceção/planeamento familiar e saúde escolar com o intuito de serem implementadas intervenções ao nível do aconselhamento contraceutivo centrados na mulher. Esta escala contribui, igualmente, para o desenvolvimento de investigação que vise os cuidados, de qualidade, ao nível da saúde sexual e reprodutiva. Sugere-se, igualmente, que sejam sensibilizados os profissionais e os dirigentes das unidades de saúde para a temática do aconselhamento contraceutivo como um fator promotor de boas práticas de cuidados.



### Contribuições dos autores

1. Conceção, projeto: Sara Palma, Helena Presado, Diogo Ayres-de-Campos;
2. Análise e interpretação dos dados: Sara Palma e Helena Presado;
3. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sara Palma e Helena Presado;
4. Aprovação final da versão a ser publicada: Sara Palma, Helena Presado, Diogo Ayres-de-Campos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port.* 10 (3):184-192. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a02.pdf>.
- Bayer (2017). Pílula contraceptiva: o método mais utilizado mas também muito esquecido. Geração milénio e contraceção: Porque nos esquecemos? *Raio X Jornal de Saúde On-line*. Disponível em: <http://raiox.pt/pilula-contracetiva-metodo-utilizado-tambem-esquecido/>.
- Bellizzia, S., Mannava, P., Nagaic, M., & Sobel, H.L. (2020). Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. Volume 101, Issue 1, January 2020, pp, 26-33.
- Beaton, D.E.; Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for Processo f cross-Cultural Adaptation of self-Report Measures. *SPINE*, Dec 15; 25(24), pp 3186- 3191. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. 2.ª edição-reimpressão. Coimbra: Almedina, 2014. p.421. ISBN 978-972-40-5137-6.
- Curado, M.A.S, Marôco, J.P., Vasconcellos, T., Gouveia, L.M. & Thoyre, S. (2017). Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem*, Série IV. nº12-jan/fev/mar.2017. pp 131-142. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16070>.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: 2018*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-dos-registos-das-interrupcoes-da-gravidez-2018.aspx>.
- Greene, M., Joshi, S., & Robles, O. (2012). *UNFPA: By choice, not by chance: Family planning, human rights and development*. New York (NY): United Nations Population Fund (UNFPA). Disponível em: [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN\\_SWOP2012\\_Report.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf)
- Holt, K., Zavala, I., Quintero, X., Hessler, D., & Langer, A. (2019). Development and validation of the Client-Reported Quality of Contraceptive Counseling Scale to measure quality and fulfillment of rights in family planning programs. *Stud Fam Plann.* 2019 Jun;50(2), 137-158. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sifp.12092>.
- Holt, K., Zavala, I., Quintero, X., Mendonza, D., McCormick, M.C., Dehlendorf, C., Lieberman, E., & Langer, A. (2018). "Women's preferences for contraceptive counseling in Mexico: Results from a focus group study," *Reproductive Health* 15(1): 128. Disponível em: <https://reproductive-healthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0569-5>.
- Holt, K., Dehlendorf, C., & Langer, A., (2017). "Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement," *Contraception* 96(3): 133–137. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.005>.
- Kruk, M.E., Gage, A.D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H.H., Roder-DeWan, S., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S.V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L.R.; Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E.T., Liljestrand, J., & Pate, M. (2018). "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution," *The Lancet Global Health Commission* 6(11): e1196–e1252. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X(18)30386-3/fulltext).
- Magalhães, R. (2007). Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. *Adolescência & Saúde*. volume 4. nº 1. fevereiro 2007. 23-32. Acedido a 16/07/2019. Disponível em: [www.adolescenciaesaude.com](http://www.adolescenciaesaude.com).
- Marôco, J.P. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicação* (2ªed.). Pêro Pinheiro, Portugal: report Number.
- Marôco, J.P. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?: Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 69-90. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFi-le/763/706>.
- Matias, S.P. (2015). *Conhecimentos e comportamentos dos jovens do ensino superior Português em relação à contraceção de emergência* (Dissertação de Mestrado), Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Instituto politécnico do Porto. Porto. [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7891/1/DM\\_SandraPereiraMatias\\_2015.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7891/1/DM_SandraPereiraMatias_2015.pdf).

- Oliveira, A.F., Hildenbrand, L. & Lucena, R.S. (2015). Adaptação transcultural de instrumentos de medida e avaliação em saúde: estudo de metodologias. *ACRED*, 5(10), pp 13-33. Disponível em: <file:///C:/Users/sarae/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/DialnetAdaptacaoTransculturalDeInstrumentosDeMedicaoEAvali-5626625.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>.
- Palma, S.E.C. (2017). *Interrupção Voluntária da Gravidez: o porquê desta escolha...* (Dissertação de Mestrado), Escola Superior Enfermagem Lisboa. Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/209923>.
- Palma, S., Taborda, A., Nunes, N., Cardoso, M., & Presado, M.H. (2020). Aconselhamento Contracetivo na Interrupção Voluntária de Gravidez: Revisão da Literatura. Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e desafios. *Ludomedia*, vol 3 (2020) Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/issue/view/3>.
- Palma, S., Presado, M., H. & Ayres-de-Campos, D., (2021). Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal. *New Trends in Qualitative Research*, 8, p.707–714. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>
- Presado, M.H., Palma, S., & Cardoso, M., (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de interrupção voluntária da gravidez. *Investigação Qualitativa em Saúde*, (vol. 2). In *Proceedings por 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, (pp. 414-422). Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1803/1756>.
- R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. Disponível em: <https://www.R-project.org/>.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (3ªed) Lisboa: Edições Sílabo.
- Yves Rosseel (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. Disponível em: <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>.