

Cuidado Centrado no Paciente: Aplicação e Validação do Client-Centred Care Questionnaire no Brasil

Fernanda Gonçalves
Renato Rodrigues da Silva
Adriane Vieira
Patrícia Lourdes Silva

Resumo

O cuidado centrado no paciente é um dos seis atributos da qualidade em saúde estabelecidos pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos, em 2001. Nesse modelo, o foco do cuidado é o paciente, que deve ser informado e participar ativamente das decisões sobre seu tratamento. O objetivo deste estudo foi validar o questionário *Client-Centred Care Questionnaire* (CCCQ) para avaliar a implantação desse modelo. O questionário passou pelas etapas de tradução, avaliação por um painel de especialistas, retrotradução, simplificação e validação. Foi realizado um pré-teste com 20 pacientes e, em seguida, aplicado a 143 pacientes ou acompanhantes com mais de 8 dias de internação. Os dados dos questionários foram analisados estatisticamente, utilizando métodos como *Average Variance Extracted* (AVE), alfa de Cronbach e confiabilidade composta. O estudo demonstrou que os pacientes percebem o modelo de cuidado centrado e se sentem parte do processo e poderá ser utilizado para avaliação periódica da evolução da implantação do modelo sob a perspectiva do paciente e das competências desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o diálogo no cuidado centrado.

Palavras-chave: Cuidado centrado no paciente; Estudo de Validação; Qualidade da assistência à saúde.

Abstract

Patient-centered care is one of the six attributes of healthcare quality established by the Institute of Medicine in the United States in 2001. In this model, the focus of care is the patient, who must be informed and actively participate in decisions about their treatment. The objective of this study was to validate the Client-Centred Care Questionnaire (CCCQ) to assess the implementation of this model. The questionnaire underwent stages of translation, evaluation by a panel of experts, back-translation, simplification, and validation. A pre-test was conducted with 20 patients, followed by the application of the questionnaire to 143 patients or companions with more than 8 days of hospitalization. The data from the questionnaires were statistically analyzed using methods such as Average Variance Extracted (AVE), Cronbach's alpha, and composite reliability. The study demonstrated that patients perceive the patient-centered care model and feel part of the process, and it could be used for periodic assessment of the model's implementation from the patient's perspective, as well as the competencies developed by healthcare professionals for communication in patient-centered care.

Keywords: Patient-centered care; Validation Study; Quality of healthcare.

1. Introdução

O cuidado, de forma geral, se caracteriza pela atenção, responsabilidade e zelo dedicados às pessoas em diferentes contextos. Quando aplicado à saúde, o cuidado ganha a dimensão da integralidade, envolvendo não apenas competências e tarefas técnicas, mas também acolhimento, construção de vínculos e escuta ativa (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

O modelo de cuidado centrado no paciente orienta os profissionais de saúde a trabalharem de forma colaborativa com o paciente, adaptando o tratamento às suas necessidades individuais, e não apenas à doença. Esse conceito transforma o paciente em um participante ativo, capacitando-o a adquirir conhecimento sobre seu estado de saúde e a tomar decisões informadas sobre seu tratamento (MOREIRA, 2010).

Com a adoção crescente de estratégias de cuidado centrado, tem havido uma maior concentração em melhorar a experiência do paciente, incluindo fatores como qualidade do cuidado e satisfação. Nesse cenário, a segurança e a excelência na experiência do paciente se tornaram prioridades estratégicas para as organizações de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, as práticas educativas voltadas para a prevenção e controle das condições de saúde têm sido repensadas, com o paciente sendo reconhecido como o centro do processo de cuidado, valorizando sua autonomia (ANDERSON; FUNNEL, 2010). Esse modelo estabelece um processo de corresponsabilização entre o paciente e os profissionais de saúde, levando em consideração fatores psicossociais, comportamentais e clínicos (ANDERSON *et al.*, 2000).

O diálogo e o empoderamento compõem uma filosofia eficaz para intervenções educativas, abordando não apenas os aspectos clínicos, mas também os componentes psicossociais da vida dos pacientes. Isso os posiciona como agentes transformadores de suas realidades e corresponsáveis pelo autocuidado (ANDERSON *et al.*, 2000). Como afirmam Cyrino, Schraiber e Teixeira (2009), ao focar na autonomia do paciente, o diálogo e o empoderamento promovem o autocuidado e melhoram as condições de saúde.

Uma forma eficaz de avaliar a implementação da cultura de cuidado centrado no paciente dentro de uma organização é por meio da análise da relação entre pacientes e profissionais de saúde. Essa análise pode esclarecer o valor atribuído ao cuidado e orientar o trabalho da equipe para evitar um atendimento mecânico e despersonalizado (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005).

A necessidade de instrumentos validados no Brasil para avaliar o cuidado centrado no paciente motivou a proposta de tradução, adaptação cultural e validação de questionários estrangeiros, como a Escala de Competências de Cuidado no Diálogo (SCHOOT; PROOT; WITTE, 2006) e o Questionário de Cuidado Centrado no Paciente (WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006).

Na ausência de instrumentos nacionais adequados, questionários desenvolvidos em outros contextos podem ser adaptados, desde que sejam validados para o uso na nova cultura (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005; CRUCIANI *et al.*, 2011). A

adaptação cultural de instrumentos já testados quanto às suas qualidades psicométricas oferece várias vantagens, como a possibilidade de comparar dados entre diferentes amostras e economizar tempo para o pesquisador (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012).

O estudo desenvolvido por Tineke Schoot, Luc De Witte, Ruud Ter Meulen e Ireen M. Proot, entre 2003 e 2005, resultou no *Client-Centred Care Questionnaire* (CCCQ), criado com base na perspectiva de clientes em atendimento domiciliar. O objetivo do instrumento é medir o cuidado centrado no paciente em diferentes organizações, avaliando os efeitos de intervenções destinadas a melhorar a centralidade no cliente dos serviços de saúde (SCHOOT *et al.*, 2005a).

A versão do Questionário de Cuidado Centrado no Paciente, inicialmente em holandês (Anexo A), foi posteriormente traduzida para o inglês (BOSMAN *et al.*, 2008). Esse questionário visa avaliar a perspectiva do paciente em relação ao cuidado recebido, sendo curto, de fácil compreensão e adaptado para diferentes níveis educacionais. Ele contém 15 itens que abrangem expectativas e valores dos pacientes, sendo cada item pontuado em uma escala Likert de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente). O instrumento foi testado com 107 respondentes em três agências de assistência domiciliar no sul da Holanda.

2. Referencial Teórico

O conceito de cuidado centrado no paciente estabelece que o indivíduo doente deve ser o agente central nas intervenções terapêuticas, desempenhando um papel ativo em seu tratamento. A participação do paciente é fundamental para alcançar os resultados de saúde esperados, e sua atuação junto à equipe de saúde é determinante para o sucesso das intervenções (ALBUQUERQUE, 2016; MEAD; BOWER, 2000; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Essa perspectiva altera o paradigma tradicional de cuidado, caracterizado por uma relação de poder entre profissionais de saúde e pacientes, substituindo-o por uma abordagem dialógica e colaborativa, em que o paciente é considerado um participante autodeterminado e protagonista de seu processo terapêutico (EPSTEIN; STREET JUNIOR, 2011; LEVINSON; LESSER; EPSTEIN, 2010).

Nessa mesma linha de pensamento, Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017) reforçam que o cuidado centrado no paciente é essencial para a construção de uma relação mais simétrica entre o paciente e os profissionais de saúde. Essa simetria não apenas humaniza o atendimento, mas também facilita a comunicação, criando um ambiente em que o foco está nas necessidades individuais do paciente, permitindo uma abordagem mais holística e integrada ao cuidado. De forma complementar, o modelo de cuidado centrado no paciente contribui significativamente para melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a segurança do paciente e reduzir a incidência de eventos adversos, que podem ter consequências graves ou até levar ao óbito (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; WHO, 2016; RATHERT; WYRWICH; BOREN, 2013).

Além disso, o *Institute for Patient and Family-Centered Care* (IPFCC, 2017) introduz uma visão ampliada do conceito de cuidado centrado no paciente, ao destacar a importância da participação ativa da família no processo de adoecimento e tratamento.

Segundo essa abordagem, o cuidado centrado não apenas reconhece o paciente como um ser integral, cujas necessidades ultrapassam os aspectos biológicos da doença, mas também promove uma relação intersubjetiva entre profissionais, pacientes e suas famílias, estabelecendo um suporte emocional, informativo e colaborativo durante todo o processo terapêutico (COULTER; ELLINS, 2006).

O conceito de cuidado centrado no paciente ainda enfrenta desafios na sua implementação plena nos serviços de saúde, especialmente em sistemas que seguem modelos tradicionais de assistência. O modelo convencional, muitas vezes criticado por ser excessivamente tecnicista e fragmentado, contrasta com a necessidade crescente de uma abordagem que privilegie a integralidade do ser humano e suas diversas dimensões (KITZINGER; KOLB, 2018; MCCORMACK; MCCANCE, 2017). A adoção de práticas centradas no paciente demanda um esforço contínuo para reorganizar as equipes multiprofissionais, integrando a comunicação eficaz e a colaboração ativa entre todos os envolvidos no cuidado, com destaque para a participação do paciente e sua família.

3. Metodologia

O método de investigação escolhido foi o de levantamento, do tipo transversal, de um hospital privado localizado em um município do Estado de Minas Gerais. O hospital passava por mudanças na gestão e percebia a necessidade de avaliar como estava o andamento da implementação do cuidado centrado no paciente na cultura organizacional. A coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 dezembro de 2019, com a prévia autorização dos autores do questionário original. A população-alvo era pacientes ou acompanhantes com mais de 8 dias de internação no hospital. O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair et al. (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados no instrumento, totalizando 55. Os critérios de inclusão foram: pacientes ou acompanhantes com mais de 8 dias de internação. Foram excluídos os pacientes ou acompanhantes com menos de 8 dias de internação. A técnica de seleção foi aleatória e não-probabilística, resultante da disponibilidade de participar do estudo. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e da instituição de ensino a qual a pesquisa estava vinculada, sob o número de parecer 3.444.608, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi realizado tradução e adaptação cultural do questionário e na validação os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 20.0®, e Smartpls 2.1 e Microsoft Excel®.

3.1. Tradução e adaptação cultural do questionário

A tradução e adaptação de instrumento de pesquisa requer rigor metodológico, de forma que os valores refletidos por um instrumento e os significados de seus componentes se mantenham equivalentes entre culturas diferentes (COMREY; LEE, 1992). O pesquisador deve atentar-se às diferenças culturais nas definições de palavras, crenças e comportamentos relacionados ao construto estudado. Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propuseram diretrizes claras e de fácil aplicação para a

tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos ou escalas na pesquisa em cuidados de saúde. O processo do Questionário Cuidado Centrado no Paciente incluiu os seguintes passos, conforme orientações Guillemin, Bombardier e Beaton (1993):

- **Tradução inicial:** realizada por pelo menos dois tradutores bilíngues e biculturais, com experiência nas culturas dos países envolvidos.
- **Síntese I:** comparação entre as duas traduções e a versão original, feita por um terceiro tradutor bilíngue.
- **Painel de especialistas:** discussão das discrepâncias para a obtenção de uma versão preliminar traduzida.
- **Retrotradução cega:** realizada por dois tradutores cuja língua materna seja a do idioma original da escala (back-translation).
- **Síntese II:** comparação das versões retrotraduzidas com a original e obtenção de uma versão pré-final da escala.
- **Teste piloto:** aplicação da versão pré-final em uma amostra de 10 a 40 sujeitos.

3.2. Etapas da tradução e adaptação cultural do questionário

Nesta seção, descrevem-se as etapas do processo de tradução e adaptação cultural do questionário de cuidado centrado no paciente. O Quadro 2 apresenta uma síntese dessas etapas:

1. **Solicitação de autorização aos autores** para tradução e aplicação do instrumento.
2. **Recebimento da autorização dos autores** para proceder com a tradução e aplicação.
3. **Solicitação de orçamento a empresas de consultoria linguística** para a tradução do questionário.
4. **Envio do questionário ‘Cuidado Centrado no Paciente’ para tradução.**
5. **Recebimento das traduções iniciais:** feitas por dois tradutores bilíngues e biculturais, sem conhecimento prévio do objetivo da pesquisa.
6. **Comparação das traduções com a versão original,** conduzida por um terceiro tradutor bilíngue. Essa síntese teve como objetivo alinhar as traduções, ajustando trechos com divergências linguísticas.
7. **Refinamento linguístico:** sugeriram-se alterações em algumas perguntas e substituições de termos, exceto na terminologia técnica.
8. **Painel de especialistas:** formado por dois clientes com ensino fundamental, dois com ensino médio e dois com ensino superior, todos pacientes com mais de uma internação e mais de oito dias de hospitalização. O painel discutiu as discordâncias e realizou ajustes culturais e semânticos necessários. Quando os termos não se adequaram à realidade cultural ou aos serviços de saúde locais, foram modificados ou excluídos.
9. **Retrotradução cega da versão preliminar:** realizada por dois tradutores cuja língua materna era o holandês. Foram comparadas as retrotraduções para verificar a existência de disparidades semânticas, o que levou a uma nova revisão de alguns trechos.
10. **Obtenção da versão simplificada pré-final:** após discussão e refinamento com a orientadora, a versão foi aprovada para o pré-teste.
11. **Pré-teste da versão final:** realizado com uma amostra de 20 pacientes e 20 profissionais de saúde em um hospital com perfil similar ao hospital Gama.

12. **Validação interna dos instrumentos do pré-teste:** no instrumento 'Cuidado Centrado no Paciente', o primeiro item medido foi o AVE (Average Variance Extracted), cujo valor foi 0,44, inferior a 0,50, levando à exclusão de itens com cargas fatoriais menores, como “Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido algo que não é possível” e “Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos”.
13. **Início da aplicação dos questionários:** após a validação interna e exclusão de itens com baixa carga fatorial. O Quadro a seguir apresenta o instrumento traduzido e simplificado do questionário de cuidado centrado no paciente.

Quadro 2 – Versão simplificada traduzida, adaptada culturalmente e simplificada do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1) Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2) Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3) Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4) Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimento e cuidado recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.					
5) Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6) Os profissionais de saúde foram claros sobre qual 7) atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
8) Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
9) Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
10) Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de 11) atendimento e cuidado fornecido.					
12) Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.					
Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1) Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2) Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3) Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4) Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimento e cuidado recebidos e					

obtivemos esclarecimentos quando solicitado.					
5) Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6) Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7) Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
8) Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
9) Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.					
10) Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.					

Fonte: Elaborado pelos autores.

4. Resultados

4.1. Análise da validade do instrumento

Para validar os instrumentos, primeiramente analisou-se a qualidade de mensuração dos construtos, ou seja, se os itens de cada construto medem com precisão o conceito que representam. Para isso, foram verificadas a validade convergente, que avalia o grau de correlação entre duas medidas do mesmo conceito, e a confiabilidade, que avalia aspectos como coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade.

Para verificar a validade convergente, utilizou-se a Variância Média Extraída (AVE), que indica o quanto, em média, as variáveis estão positivamente correlacionadas com o construto que representam. Segundo Fornell e Larcker (1981), valores de AVE superiores a 0,50 indicam uma validade convergente adequada. Por exemplo, se os itens de um questionário sobre "cuidado centrado no paciente" se correlacionam bem entre si, isso significa que o questionário está medindo corretamente o conceito de cuidado centrado no paciente.

A confiabilidade foi avaliada utilizando o alfa de Cronbach e a confiabilidade composta, ambos usados para verificar se a amostra está livre de vieses e se as respostas são confiáveis em conjunto. De acordo com Fornell e Larcker (1981) e Hair Junior (2009), valores de alfa de Cronbach e confiabilidade composta superiores a 0,8 são considerados bons, enquanto valores entre 0,7 e 0,8 são aceitáveis. O alfa de Cronbach mede a consistência interna dos itens, ou seja, se eles tendem a ser respondidos de maneira similar, indicando coerência no instrumento.

Na escala de cuidado centrado no paciente, o AVE obteve um valor de 0,580, e o alfa de Cronbach foi de 0,900. Quanto à confiabilidade composta, o valor foi de 0,911. Em ambos os casos, esses valores indicaram que o instrumento é confiável e adequado para validação. Tais resultados sugerem que os itens do questionário medem com precisão o conceito de cuidado centrado no paciente, e que as respostas dos

participantes são consistentes. O Quadro 4 apresenta os dez itens da versão simplificada do instrumento:

Quadro 4 – Itens do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Itens do instrumento Cuidado Centrado no Paciente
CCP01- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
CCP02- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção às minhas necessidades e atenderam as chamadas ao leito.
CCP03- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.
CCP04- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtiveram os esclarecimentos quando solicitado.
CCP05- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.
CCP06- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.
CCP07- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
CCP08- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
CCP09- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
CCP010- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

4.2. Estatística descritiva da escala cuidado centrado no paciente

O cálculo da amostra foi realizado seguindo as recomendações de Hair Junior (2009), que sugere um tamanho mínimo de amostra equivalente a cinco vezes o número de itens a serem avaliados nos instrumentos. No presente estudo, o perfil da amostra compreendeu 143 respondentes.

Entre os participantes, 59,1% responderam ao questionário diretamente, enquanto 27,3% foram representados por familiares, 8,2% por cuidadores e 5,5% por outras pessoas. Em relação ao gênero, 64,8% dos respondentes eram do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. Esses dados refletem uma predominância de mulheres, alinhada com o controle de acesso do Hospital Gama, onde 75,6% dos pacientes e acompanhantes são mulheres e 25,4% são homens.

A faixa etária dos respondentes variou entre 18 e 24 anos (5,1%), 25 a 34 anos (13,3%), 35 a 44 anos (15,3%), 45 a 54 anos (20,4%), 55 a 64 anos (18,4%) e 65 anos ou mais (27,6%). No que diz respeito ao nível de escolaridade, 44,2% dos respondentes tinham ensino médio completo, 1,1% eram não alfabetizados, e 33,7% estavam cursando ou já haviam concluído o ensino superior.

Em relação aos itens do instrumento de cuidado centrado no paciente, o item CCP05 apresentou a maior média (4,90), seguido pelos itens CCP04, CCP06 e CCP09, com médias entre 4,85 e 4,87. Os itens CCP02 e CCP03 obtiveram médias de 4,81 e 4,78, respectivamente. O item CCP08 apresentou uma média de 4,73, enquanto o item CCP01 obteve a média mais baixa (4,67), ainda que com uma tendência positiva.

Tabela 1 – Medidas descritivas (média, desvio padrão e intervalo de confiança para os itens do instrumento cuidado centrado no paciente)

Item	N	Média	DP	IC(95%)
CCP01	141	4,67	0,75	[4,54 : 4,79]
CCP02	143	4,81	0,49	[4,73 : 4,89]
CCP03	142	4,78	0,58	[4,69 : 4,88]
CCP04	142	4,87	0,40	[4,80 : 4,93]
CCP05	143	4,90	0,34	[4,85 : 4,96]
CCP06	143	4,86	0,51	[4,78 : 4,94]
CCP07	143	4,73	0,73	[4,61 : 4,85]
CCP08	143	4,86	0,48	[4,78 : 4,94]
CCP09	143	4,86	0,48	[4,78 : 4,94]
CCP10	143	4,85	0,47	[4,78 : 4,93]

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O item **CCP01** obteve a menor média (4,67) e o maior desvio padrão (0,75), o que indica uma maior dispersão dos dados em torno da média. Isso significa que a afirmativa "Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais" apresentou maior variabilidade nas respostas, sugerindo diferentes percepções dos pacientes em relação a esse aspecto.

Por outro lado, o item **CCP05** obteve a maior média (4,90) e o menor desvio padrão (0,34), o que demonstra uma maior consistência nas respostas. A afirmativa "Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado" foi a que apresentou menor variabilidade, indicando que, nesse aspecto, os pacientes têm uma percepção mais uniforme e positiva sobre o incentivo à participação ativa no processo de cuidado.

Tabela 2 – Percepção dos pacientes com relação a frequência das afirmativas

relacionadas ao instrumento cuidado centrado no paciente

Declarações afirmativas sobre o cuidado	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Frequente	4 Quase sempre	5 Sempre
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.	0,7%	2,1%	6,4%	11,3%	79,5%
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção às minhas necessidades e atenderam as chamadas ao leito.	0,0%	0,0%	4,2%	10,5%	85,3%
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.	0,0%	2,1%	2,1%	11,3%	84,5%
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimento e cuidado recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.	0,0%	0,0%	2,1%	9,2%	88,7%
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.	0,0%	0,0%	1,4%	7,0%	91,6%
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.	0,0%	2,1%	0,7%	6,3%	90,9%
7- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.	2,1%	0,7%	2,1%	11,9%	83,2%
8- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.	0,0%	1,4%	1,4%	7,0%	90,2%
9- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.	0,0%	1,4%	1,4%	7,0%	90,2%
10- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.	0,0%	1,4%	1,4%	9,1%	88,8%

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5. Discussão

O questionário de cuidado centrado no paciente (WITTE *et al.*, 2006) foi aplicado para avaliar os principais valores dos clientes em relação ao atendimento centrado no cliente, com base em um estudo qualitativo sobre atendimento domiciliar de enfermagem (SCHOOT *et al.*, 2005a). O instrumento foi testado com clientes de três agências de *homecare* no sul dos Países Baixos e, posteriormente, traduzido para o inglês e adaptado para pacientes que recebiam cuidados assistenciais em casa (BOSMAN *et al.*, 2008). A consistência interna do questionário foi confirmada, com um alfa de Cronbach de 0,912. Além disso, o item 7 foi removido devido à formulação

inversa. A pontuação média por item foi de 3,9, com um mínimo de 3,5 e um máximo de 4,5, e os pacientes indicaram que se sentiam ouvidos pelos profissionais de saúde, algo que apreciaram bastante. No presente estudo, o alfa de Cronbach de 0,90 manteve-se próximo aos resultados das validações anteriores de Witte *et al.* (2006) e Bosman *et al.* (2008).

Com base nas pontuações médias da versão brasileira adaptada e simplificada do instrumento, pode-se afirmar que a percepção dos pacientes foi positiva em relação ao cuidado centrado. Os escores indicaram que as necessidades e desejos dos pacientes foram considerados, e que houve um entendimento mútuo entre médicos e pacientes sobre o tratamento e suas abordagens, com decisões e responsabilidades sendo compartilhadas. Este cenário reflete o trabalho de mudança cultural no Hospital Gama, focado no cuidado centrado no paciente, que beneficia tanto a assistência quanto a experiência do cliente.

Os pacientes que avaliaram o cuidado centrado mostraram-se satisfeitos com os serviços prestados pelo Hospital Gama, em todos os parâmetros da avaliação. O questionário “cuidado centrado no paciente” contribuiu significativamente para a avaliação da qualidade do atendimento, independentemente da necessidade futura do paciente, utilizar o serviço novamente. Essa voz dada ao paciente encontra ressonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca promover serviços de qualidade, resolutivos e comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários (FERREIRA *et al.*, 2016).

Com base na análise dos dados coletados, algumas práticas centrais foram identificadas: o envolvimento do paciente e da família no processo de cuidado, a atenção aos desejos dos pacientes, o incentivo ao autocuidado e a sensibilização em relação às decisões compartilhadas. Essas práticas refletem a criação de um relacionamento de empatia e cuidado entre a equipe multiprofissional, o paciente e seus familiares (TADDEO *et al.*, 2012).

Uma das afirmações mais bem avaliadas no questionário foi: “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado”. Isso sugere que a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes está sendo satisfatória, com os pacientes e suas famílias tendo a oportunidade de contribuir com informações que podem enriquecer o tratamento, e que muitas vezes não eram previamente conhecidas pela equipe multiprofissional.

De acordo com Chibante (2018), para que o paciente seja realmente protagonista do seu cuidado, ele deve ter acesso a todas as informações necessárias para o tratamento, de modo que possa adotar hábitos saudáveis e participar ativamente das decisões. Nesse contexto, a comunicação e a educação em saúde desempenham um papel essencial ao promoverem o engajamento e a parceria entre pacientes e profissionais. Chibante (2018) também ressalta que o cuidado centrado no paciente torna-o mais ativo em seu próprio cuidado, superando a postura passiva que muitos pacientes adotavam no passado devido ao acesso limitado às informações e ao controle excessivo dos profissionais sobre o processo de cuidado.

O compartilhamento de decisões entre profissionais de saúde, pacientes e familiares foi destacado pelos participantes do questionário como uma habilidade já aplicada na implementação do cuidado centrado. Estudos anteriores mostram que, quando os

pacientes participam das decisões relacionadas ao seu tratamento, os resultados clínicos são mais efetivos (BROCA; FERREIRA, 2012).

Entretanto, a afirmação “Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais” foi a que obteve o escore mais baixo, indicando que, em alguns casos, os pacientes ainda sentem que suas preferências não são totalmente consideradas. É importante destacar que o desejo do paciente de obter informações e compartilhar responsabilidades no cuidado está cada vez mais presente, reforçando a ideia de que aqueles que assumem um papel mais ativo no cuidado têm melhores resultados. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as ferramentas e o apoio necessários para que os pacientes possam assumir esse protagonismo (CHIBANTE, 2018).

6. Implicações e contribuições

O cuidado centrado no paciente reconhece e valoriza os diferentes sujeitos envolvidos, oferecendo uma assistência individualizada, integral e humanizada, que envolve pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e da validade interna do questionário demonstraram elevada consistência e adequação das medições realizadas, o que reforça a relevância do instrumento para a prática clínica.

O questionário cuidado centrado no paciente revelou que os pacientes se percebem como parte ativa do cuidado e do atendimento centrado. O questionário adaptado resultou em um instrumento de avaliação breve e relativamente simples de ser respondido, sendo útil tanto para avaliar diretamente o cuidado centrado quanto para identificar, de forma indireta, áreas que necessitam de melhorias no atendimento e na prática assistencial.

A reaplicação periódica desse instrumento é essencial para verificar o fortalecimento da cultura do cuidado centrado no paciente, evidenciando os avanços e os desafios no processo de mudança cultural dentro das organizações de saúde. Por exemplo, os resultados podem ser utilizados para adaptar políticas de atendimento em áreas que receberam menores pontuações, como o envolvimento do paciente nas decisões sobre seu tratamento, fornecendo dados concretos para ajustes específicos. Além disso, o questionário pode servir como um mecanismo para direcionar a formação continuada de profissionais de saúde, destacando as competências que precisam ser desenvolvidas ou aprimoradas, como a comunicação empática e o incentivo à autonomia do paciente.

Foi observado que o processo de comunicação no cuidado ao cliente foi otimizado, estimulando relações de confiança, favorecendo a compreensão mútua e promovendo interações humanas mais efetivas. Entretanto, um dos maiores desafios para a plena implementação do cuidado centrado está no próprio paciente, que muitas vezes não assume o papel de protagonista no cuidado devido a fatores como baixa escolaridade e dificuldade de acesso a informações essenciais.

Portanto, a mudança cultural necessária para a implementação do cuidado centrado no paciente envolve não apenas a equipe de saúde e o hospital, mas também a educação e a conscientização do próprio paciente sobre sua importância no processo de cuidado. A comunicação assistencial desempenha um papel fundamental nesse

contexto, contribuindo para o aprimoramento do desempenho do cuidado centrado e agregando valor a uma cultura organizacional mais humanizada, que reflete as diversas perspectivas e necessidades dos pacientes. Essa transformação garante que o cuidado oferecido seja verdadeiramente centrado nas necessidades e preferências dos pacientes, promovendo resultados de saúde mais positivos e uma experiência de cuidado mais satisfatória.

As implicações deste estudo são significativas tanto para a prática assistencial quanto para a gestão de serviços de saúde. A validação do questionário "Cuidado Centrado no Paciente" possibilita a introdução de um instrumento confiável e adaptado à realidade brasileira, que pode ser utilizado para avaliar a percepção dos pacientes sobre a centralidade do cuidado nos mais diversos contextos hospitalares. Isso inclui desde unidades de internação até serviços de urgência, possibilitando que gestores tenham uma ferramenta prática para monitorar a qualidade do atendimento e identificar pontos de intervenção prioritários.

Além disso, o uso deste questionário pode ser ampliado para outras áreas da saúde, como na avaliação de serviços ambulatoriais e no atendimento primário, sempre com o foco em promover um cuidado mais humanizado. O questionário fornece dados concretos para a formulação de políticas que visem a melhoria contínua do atendimento, ajudando a identificar áreas específicas que necessitam de maior atenção, como a comunicação entre equipe e paciente ou a incorporação das necessidades e expectativas individuais no plano de cuidado.

A possibilidade de reaplicação periódica do instrumento permite acompanhar a evolução do processo de implantação do modelo de cuidado centrado no paciente ao longo do tempo, facilitando ajustes na formação e atuação da equipe de saúde.

Este estudo também contribui para a literatura científica ao apresentar uma versão adaptada e validada de um instrumento internacional, tornando-o aplicável à realidade brasileira. Isso abre a possibilidade de comparações com dados de outros países, favorecendo o benchmarking entre diferentes instituições de saúde e promovendo o intercâmbio de boas práticas. Os profissionais de saúde, ao utilizarem o questionário como ferramenta de avaliação, podem refletir sobre suas próprias práticas e buscar aprimorar suas interações com os pacientes, criando um ciclo contínuo de melhoria na qualidade assistencial.

Por fim, a adoção de um modelo de cuidado centrado no paciente, orientado pelas percepções dos próprios usuários do sistema de saúde, reforça o papel ativo do paciente no processo de cuidado e estimula a corresponsabilização. Isso não só beneficia o paciente, mas também melhora a satisfação dos profissionais de saúde, que têm a oportunidade de prestar um atendimento mais gratificante e alinhado com os princípios da humanização. Ao tornar o paciente protagonista de seu cuidado, cria-se um ambiente onde a comunicação é mais eficiente, a confiança é fortalecida e os desfechos clínicos são otimizados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. **Direitos humanos dos pacientes**. Curitiba: Juruá, 2016.

ANDERSON, Robert M.; FUNNEL, Martha M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 3, p. 277-282, jun. 2010.

ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha M.; FITZGERALD, James Thomas; MARRERO, David G. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care**, Nova York, v. 23, n. 6, p. 739-43, jul. 2000.

BATALDEN, Maren; BATALDEN, Paul; MARGOLIS, Peter; SEID, Michael; ARMSTRONG, Gail; OIPARI-ARRIGAN, Lisa; HARTUNG, Hans. Coproduction of healthcare services. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 25, n. 7, p. 509-517, jul./set. 2016.

BEATON, Dorcar E.; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos Bosi. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Maryland, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Aparecida. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Enfermagem**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMASIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, dez. 2012.

BOSMAN Rachel; BOURS, Garrie J. J. W.; ENGELS, Jeannyy; WITTE, Luc P. de. Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, **Nova York**, v. 45, n. 4, p. 518-525, abr. 2008.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2012.

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho. **O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização**: subsídios para a autonomia no processo de viver com DCNTS. 2018. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

COMREY, Andrew Laurence; LEE, Howard B. **A first course in factor analysis**. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992.

COULTER, A.; ELLINS, J. Patient-focused interventions: A review of the evidence. London: **Health Foundation**, 2006. Disponível em:

<https://www.health.org.uk/publications/patient-focused-interventions>. Acesso em: 5 out. 2024.

CRUCIANI, Fernanda; ADAMI, Fernando; ASSUNCAO, Nathalia Antiqueira; BERGAMASCHI, Denise Pimentel. Equivalência conceitual, de itens e semântica do *Physical Activity Checklist Interview* (PACI). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-34, jan. 2011.

CYRINO, Antonio Pithon; SCHRAIBER, Lilia Blima; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, jul./set. 2009.

EPSTEIN, R. M.; STREET JR, R. L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 2, p. 100-103, 2011. DOI: 10.1370/afm.1239.

EPSTEIN, R. M.; STREET JUNIOR, R. L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 9, n. 2, p. 100-103, 2011.

FERREIRA, Gímerson Erick; DALL'AGNOL, Clarice Maria; PORTO, Adrize Rutz. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160057, 2016.

FORNELL, Claes; LARCKER, David. F. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, n. 1, p. 39-50, fev. 1981.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Cclaire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: litereture review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Nova York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, dez. 1993.

HAIR JUNIOR, Joseph F. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm>. Acesso em: 5 out. 2024.

LEVINSON, W.; LESSER, C. S.; EPSTEIN, R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. **Health Affairs**, v. 29, n. 7, p. 1310-1318, 2010. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.0450.

MARVEL, Kim; EPSTEIN, Ronald M.; FLOWERS, Kristine; BECKMAN, Howard. Soliciting the patient's agenda: have we improved? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999.

MCCORMACK, B.; MCCANCE, T. **Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice**. 2. ed. Wiley-Blackwell, 2017. ISBN 978-1-118-99057-5.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00098-8.

MOREIRA, Virginia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V.. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 932-942, out. 2017.

PINHEIRO Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2005.

RATHERT, C.; WYRWICH, M. D.; BOREN, S. A. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. **Medical Care Research and Review**, v. 70, n. 4, p. 351-379, 2013. DOI: 10.1177/1077558712465774.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, nov. 2019.

SANT'ANNA, Ilza Martins. **Por que avaliar? Como avaliar?: critérios e instrumentos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SANTOS, José Luís Guedes dos; PESTANA, Aline Lima; GUERRERO, Patrícia; MEIRELLES, Betina Schlindwein Hörner; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013.

SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; TER MEULEN, Rude; WITTE, Luc P. de. Actual interaction and client-centredness in homecare. **Clinical Nursing Research**, Pensilvânia, v. 14, n. 4, p. 370-393, nov. 2005.

SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; WITTE, Luc P. de. Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg: de ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. **Verpleegkunde, Vondellaan**, v. 21, n. 3, p. 175-185, out. 2006.

SIMPSON, Michel; BUCKMAN, Robert; STEWART, Moira; MAGUIRE, Peter; LIPKIN, Mack; NOVACK, James Till. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **British Medical Journal**, Londres, v. 303, n. 6814, p. 1385-1387, nov. 1991.

TADDEO, Patricia da Silva; GOMES, Kilma Wanderley Lopes; CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatália Meneses de Amorim; OLIVEIRA, Giselle Cavalcante de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923- 2930, nov. 2012.

TORRES, Heloísa de Carvalho; HORTALE, Virginia A.; SCHALL, Virginia T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, dez. 2005.

TRAJKOVSKI, Susa; SCHMIED, Virginia; VICKERS, Margaret; JACKSON, Debra. Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 17-18, p. 2477-2487, set. 2012.

VIEIRA, Adriane; SILVA, Patrícia Lourdes; ITUASSU, Laura Trindade; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; ROQUETE, Fátima Ferreira Roquete. Competências Gerenciais na área da Saúde. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 12., 2015, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: ABED, 2015. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/15622590.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

WITTE, Luc P. de; SCHOOT, Tineke; PROOT Ireen. Development of the client-centred care questionnaire. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, p. 62-68, set. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A WHO global expert consultation on "A Decade of Patient Safety: formulating a draft global patient safety action plan 2021–2030". Geneva: **World Health Organization**, 2021. 9 p. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_6-en.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.