

GESTÃO DE COMPETÊNCIAS DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

COMPETENCE MANAGEMENT OF HEALTH TEAMS FOR PATIENT-CENTERED CARE

GESTIÓN DE HABILIDADES DE EQUIPOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Patrícia Lourdes Silva, MSC

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
patricialourdes.ufmg@gmail.com

Adriane Vieira, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
vadri.bh@gmail.com

Maria Clara Rodrigues de Paula, BEL

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
mariaclarardepaula@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar as competências associadas à prática do cuidado centrado no paciente. Focaliza um hospital privado de Belo Horizonte, Minas Gerais, consistindo em um *survey* de natureza transversal. Procedeu-se à coleta de dados por meio de uma versão resumida e adaptada do instrumento “Cuidado no Diálogo: Escala de Competência”. A amostra compõe-se de 148 profissionais de saúde e os valores revelaram-se consistentes, adequados e favoráveis à validação do instrumento. Os profissionais revelaram conhecer os pressupostos que sustentam o modelo, porém o conjunto de comportamentos associados ao cuidado centrado ainda não está totalmente incorporado às práticas assistenciais, persistindo dificuldades associadas ao exercício da comunicação e ao diálogo no cuidado com o envolvimento entre profissional, paciente e família. A consciência da necessidade de melhoria é um pré-requisito para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de competências, em associação com o investimento em treinamento e desenvolvimento profissional, paralelamente com a mudança da cultura organizacional.

Palavras-chave: Comparação Transcultural; Estudo de Validação; Cuidado Centrado no Paciente.

ABSTRACT

This article aimed to analyze the analyzes for the practice of patient-centered care in a private hospital located in Belo Horizonte. This is a cross-sectional survey. Data collection was performed using a summarized and adapted version of the instrument 'Care in Dialogue: Competence Scale'. 148 health professionals were part of the sample. The values were consistent, adequate and accepted for instrument validation. The professionals revealed knowledge about the purchases that support the model, but the set of behaviors associated with centered care are not yet fully incorporated into care practices, with difficulties persisting in exercising communication and dialogue in care with involvement between professional, patient and family. Awareness of the need for improvement is a prerequisite for changing behavior and developing skills, associated with investment in training and professional development, as well as changing the organizational culture.

Keywords: Cross-Cultural Comparison; Validation Study; Patient-Centered Care.

RESUMEN

Este artículo tuvo como objetivo analizar los análisis para la práctica de la atención centrada en el paciente en un hospital privado ubicado en Belo Horizonte. Esta es una encuesta transversal. La recolección de datos se realizó mediante una versión resumida y adaptada del instrumento 'Care in Dialogue: Competence Scale'. 148 profesionales de la salud formaron parte de la muestra. Los valores fueron consistentes, adecuados y aceptados para la validación del instrumento. Los profesionales revelaron conocimientos sobre las compras que sustentan el



modelo, pero el conjunto de comportamientos asociados al cuidado centrado aún no están plenamente incorporados a las prácticas asistenciales, persistiendo dificultades para ejercer la comunicación y el diálogo en el cuidado con involucramiento entre profesional, paciente y familia. La conciencia de la necesidad de mejora es un requisito previo para el cambio de comportamiento y el desarrollo de habilidades, asociado a la inversión en formación y desarrollo profesional, así como al cambio de la cultura organizacional.

Palabras clave: Comparación Transcultural; Estudio De Validación; Atención Centrada En El Paciente.

1 INTRODUÇÃO

Humanização do atendimento é um tema relevante e atual, tendo em vista a importância de promover um cuidado que proporcione maior satisfação e conforto, cujo foco não esteja apenas na doença, mas também no ser humano como um todo, incluindo os aspectos que envolvem o paciente em seu processo de saúde-doença. Uma maneira de solucionar isso passa pelo cuidado centrado no paciente, muitas vezes descrito como medicina centrada no paciente ou cuidado centrado no paciente/pessoa e família (FERREIRA, 2021; TERP; WEIS; LUNDQVIST, 2021).

Muitos dos princípios em que se baseia a Política Nacional de Humanização estão relacionados ao conceito de cuidado centrado no paciente, uma vez que enfatizam a participação e o engajamento do paciente e valorizam a escuta para entender às diferentes necessidades daquele que é assistido (BRASIL, 2010).

O modelo cuidado centrado surgiu com o intuito de incentivar os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado às suas necessidades individuais, e não à doença em si. O conceito torna o paciente um participante ativo, empoderando-o em relação a seu estado de saúde e permitindo-lhe adquirir conhecimento e discernimento vinculados aos acontecimentos que envolvem seu organismo (NALDERMICI et al., 2017).

Nos últimos anos, as práticas educativas orientadas para a prevenção e o controle das condições de saúde vêm questionando o modelo biomédico, até então preponderante nas organizações de saúde, cuja abordagem contempla a patogenia e o tratamento centrado na figura do médico especialista, configurando-se, portanto, como curativo, fragmentado e hospitalocêntrico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

O modelo cuidado centrado no paciente posiciona o usuário do serviço de saúde no centro da construção de seu cuidado, com o objetivo de contextualizar a realidade vivenciada e de valorizar a autonomia (AHN; EUN, 2021). Trata-se de um processo de corresponsabilização entre o paciente e o profissional da área da saúde, que deve levar em consideração os aspectos psicossociais, comportamentais e clínicos (AHN; EUN, 2021).

Apesar da popularidade do termo cuidado centrado no paciente, há pouco consenso quanto à exatidão de seu conceito. Por isso, ao longo do tempo, passou a ser descrito também por meio de formas alternativas, por exemplo: cuidado centrado no relacionamento, cuidado personalizado, cuidado centrado no usuário/cliente e cuidado centrado na pessoa (SCHOLL et al., 2014; PLUUT, 2016). Neste trabalho, optou-se por usar o termo cuidado centrado no paciente por ser o mais comum na literatura, levando-se em consideração que não se deve reduzir a pessoa a seus sintomas e/ou doenças e que o cuidado exige uma abordagem holística, incorporando as dimensões contexto de uma pessoa e sua expressão e preferências e crenças individuais (CASTRO et al., 2016).

No cuidado centrado no paciente, este revela-se como um participante ativo do processo de cuidado e corresponsável por seu tratamento. Assim, todas as decisões devem ser compartilhadas entre a equipe de saúde, o

paciente e seus familiares. Introduce-se aqui a dimensão da integralidade, agregando o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos como elementos inerentes a sua constituição. Ressalta-se, ainda, que não se limita apenas ao paciente, passando a incluir os familiares e os cuidadores envolvidos e aqueles que não convivem com a doença, além das atividades de prevenção e promoção da saúde (NALDERMICI et al., 2017).

O modelo do cuidado centrado no paciente orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado a suas necessidades individuais, e não à doença em si. O paciente é transformado em um participante ativo, empoderado em relação a seu estado de saúde, podendo ter conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seu organismo. Uma abordagem centrada também pode melhorar os resultados de saúde relacionados à melhoria da qualidade do tratamento (ROSLAND et al., 2018). Nesse sentido, ele exige uma mudança cultural das organizações de saúde e do perfil dos profissionais que exercem os cuidados, de modo a desenvolver as competências necessárias a tal tipo de cuidado. O diálogo e o empoderamento compõem uma filosofia eficaz para as intervenções educativas em condições de saúde, pois também abordam os componentes psicossociais da vida dos pacientes, considerando-os agentes transformadores de suas realidades e corresponsáveis pelo seu autocuidado (HEGGDAL et al., 2021).

O conceito de competência tem sido amplamente difundido no mundo do trabalho e aplicado em variadas áreas de conhecimento. Na saúde, apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, como também por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento do profissional (VIEIRA et al., 2016). De modo geral, trata-se de uma forma de identificar se a organização está inserindo a cultura do cuidado centrado na vida de seus pacientes, a qual consiste em analisar de maneira sistêmica a relação entre pacientes e profissionais, a fim de esclarecer o real valor atribuído ao cuidado na jornada de ambos. É importante orientar o modo de trabalho dos profissionais, para evitar a mecanicidade; ou seja, que a equipe se distancie emocionalmente das necessidades dos pacientes, tratando-os apenas como mais um caso (FERREIRA, 2021).

O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar as competências associadas à prática do cuidado centrado no paciente em um hospital privado de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidado Centrado no Paciente

O modelo de cuidado centrado no paciente é relativamente novo e ainda contempla dissensos quanto a sua aplicação. Entre as décadas de 1960 e 1970 ocorreram mudanças nas práticas médicas, dentre elas a forma de relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes (JOTERRAND; AMODIO; ELGER, 2016). Desde então, alguns estudos têm sido conduzidos no sentido de aprimorar esse novo modelo de cuidado em países como Holanda, Inglaterra, Canadá, EUA, Austrália e Brasil.

Na Holanda, desde a década de 1980, uma mudança generalizada pode ser observada em perspectivas sobre o cuidado. Isso está parcialmente ligado à individualização na sociedade e ao aumento da autoafirmação

entre os clientes, o que contribuiu para a introdução de conceitos vinculados aos cuidados centrados no cliente (SCHOOT; PROOT; DE WITTE, 2006).

Na Inglaterra, a reforma do sistema realizada em 2000 estabeleceu como objetivos: oferecer uma ampla gama de serviços e adaptá-los às necessidades e preferências do paciente; responder às diferentes necessidades das diferentes populações; melhorar a qualidade dos serviços; e minimizar os erros. Tais propostas vão ao encontro do foco do cuidado na pessoa (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000).

Em 2001, no Canadá, criou-se a “The Commission on the Future of Health Care in Canada”, cujo objetivo era engajar os cidadãos canadenses em um diálogo nacional sobre o futuro do sistema de saúde. O relatório final, publicado em 2002, inclui o cuidado centrado no paciente como um dos eixos a serem contemplados. De modo particular, recomendava a criação de uma rede capaz de promover o letramento em saúde da população, apoiada em informações confiáveis e na consulta dos pacientes (ROMANOW, 2002).

Nos EUA a reforma do sistema de saúde que ocorreu em 2010, com a Lei de Assistência Acessível, comumente designada *Affordable Care Act (ACA)*, ou *Obamacare*, estabeleceu a *National Quality Strategy (NQS)*, a qual funciona como um guia orientador para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, com o propósito de desenvolver indicadores e mensurar resultados (PETENATE; LAJOLO, 2013). O objetivo central é descrito como melhorar a qualidade do cuidado, tornando-o mais confiável, acessível, seguro e centrado no paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

Na Austrália a reforma do sistema de saúde realizada em 2010 considerou a experiência vivenciada pelos pacientes como um dos itens importantes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. No ano seguinte, o governo elaborou um plano para redirecionar o serviço de saúde, denominado *National Healthcare Agreement*, com objetivos de longo prazo para melhorar os resultados, incluindo entre os indicadores de monitoramento a experiência da população com os serviços (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

No Brasil o cuidado centrado no paciente foi introduzido, principalmente, por médicos atuantes em Atenção Primária à Saúde (APS), com especialidade em medicina de família e comunidade. Na APS, as pessoas, frequentemente, apresentam-se com problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados a uma rede causal ou circunstância, que acabam por expor a insuficiência da abordagem centrada na doença. Com isso, os médicos de família e comunidade incorporam o cuidado centrado no paciente em razão das características próprias da abordagem que praticam na APS, não restringindo sua atenção a nenhum grupo populacional nem a nenhum tipo de problema, doença ou intervenção. Eles acompanham as pessoas ao longo do tempo, gerenciando uma variedade de problemas de saúde ou doenças e considerando, ainda, o contexto delas e a relação com o problema ou doença. O cuidado centrado no paciente pode ser utilizado em todos os cenários de prática por médicos de todas as especialidades, pois a ampliação do foco é sempre possível e pode, como hipótese, qualificar o cuidado prestado pelos serviços de saúde (CASTRO; KNAUTH, 2022).

Em síntese, esse modelo envolve: enfoques multiprofissionais; parcerias; respeito aos desejos do paciente a partir de suas necessidades sociais, emocionais e físicas; apoio; informação e educação em saúde; comunicação; participação do paciente e de sua família; estímulo; respeito à dignidade e à privacidade; e busca de conforto físico e emocional. Assim, é preconizado que deve prever o acolhimento do paciente, uma escuta qualificada e detalhada e orientações terapêuticas a respeito de todo o processo, envolvendo o paciente efetivamente no cuidado e respeitando as dimensões do cuidado centrado no paciente. Os profissionais da saúde

devem levar em conta suas necessidades físicas e emocionais e estabelecer uma relação de parceria com ele, diminuindo as assimetrias desta relação e garantindo a participação do doente nas tomadas de decisão, incluindo as terapêuticas (ALBUQUERQUE et al., 2017).

O Institute of Medicine (2015) enumera as oito dimensões do cuidado centrado no paciente:

1. Respeito pelos valores, preferências e necessidades dos pacientes – reconhecer cada paciente como único e seguir um plano que atenda a suas especificidades.
2. Coordenação e integração do cuidado – reduzir o sentimento de vulnerabilidade dos enfermos.
3. Informação e educação – aprimorar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições e tratamentos possíveis.
4. Conforto físico – melhorar a experiência do paciente.
5. Auxílio emocional e alívio do medo e ansiedade – empoderar o paciente.
6. Envolvimento de familiares e amigos – reconhecer que eles assumem papel fundamental na experiência do paciente.
7. Continuidade e transição – oferecer aos pacientes condições para que façam parte do cuidado.
8. Acesso ao cuidado – fazer com que os pacientes possam acessá-lo quando necessário.

Este modelo requer empatia e profissionais de saúde mais atentos e informativos que sejam capazes de abandonar o status de autoridade para estabelecer uma relação de parceria, solidariedade e colaboração (EPSTEIN; STREET JUNIOR, 2011). Pondera-se que o cuidado centrado no paciente é uma concepção holística baseada em relações particularizadas entre o profissional da saúde e o paciente (STEWART, 2001). Ou seja, cada paciente tem uma identidade única, relacionada a sua experiência, o meio em que vive e sua condição física, social, emocional e espiritual (MALTA; DO CARMO, 2020).

O paciente deve nortear os cuidados a ele oferecidos e por ele recebidos. Estudo observacional realizado por Pluut (2016) constatou que os cuidados centrados no paciente envolvem comunicação, parceria, aproximação, promoção da saúde e interesse na vida do paciente e que, a partir da aplicação concreta de tais requisitos, é possível apurar maior satisfação por parte dos pacientes, diminuição dos sintomas e menores queixas.

2.2 Desenvolvimento de Competências para o Cuidado Centrado no Paciente

A competência do indivíduo não é um estado nem se reduz a um conhecimento específico. Trata-se, sim, do resultado do cruzamento de três eixos: a formação da pessoa; sua formação educacional; e sua experiência profissional. O conceito ampliado passou a focar também as realizações e as entregas no contexto em que a pessoa está inserida. Assim, o trabalho não significa mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente a um cargo, passando a abranger o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa (VIEIRA et al., 2016; MEETZ et al., 2021).

Vieira e outros (2016) afirmam que as competências exigidas do profissional da área da saúde se apresentam como: saber agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação, visando atender às necessidades de assistência.

Os princípios que orientam a prática do cuidado centrado no paciente são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado (PICKER INSTITUTE, 2017).

Para realizar o cuidado centrado, é necessário que o profissional apresente competências diferenciadas, como: capacidade para gerenciar conflitos; resolatividade; domínio de argumentação; comunicação assertiva; negociação; tomada de decisão; educação; e desenvolvimento profissional. Tais requisitos são essenciais para a qualificação na estratégia, de modo a obter a qualidade do cuidado do paciente, destacando a importância da retomada dos princípios básicos da relação profissional de saúde-paciente para desenvolver o cuidado centrado (AHN; EUN, 2021).

Essas competências são necessárias para que o profissional de saúde mantenha uma comunicação fluida e escute o paciente, encontrando formas participativas adequadas para lidar com o tratamento. Cabe ao profissional de saúde o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente, e não apenas na doença. Os efeitos positivos de uma boa relação envolvendo o profissional de saúde e o paciente propiciam a melhora da qualidade do cuidado, com resultados imediatos sobre o estado deste (MEETZ et al., 2021).

Devido à importância do desenvolvimento de competências, é necessário investir nos recursos humanos em saúde, envolvendo os seguintes aspectos: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas dos serviços de saúde; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam uma formação crítica e reflexiva e uma integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde, por meio de uma educação permanente em saúde (HERTELENDY et al., 2021).

O eixo norteador para tais transformações concebe o papel do profissional de saúde como o de cuidador, preconizando a transformação das práticas em saúde e da tutela para o acolhimento e o cuidado. Nessa perspectiva, em termos de políticas públicas, tem-se a Política Nacional de Humanização (PNH), ou Humaniza Sistema Único de Saúde, a qual se apresenta como uma estratégia para alcançar maior qualificação da atenção e da gestão dos processos de trabalho em saúde, por meio de um projeto de corresponsabilidade e da qualificação dos vínculos profissionais, e destes com os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004).

O encontro de subjetividades na relação entre o profissional de saúde e o paciente constitui um poderoso instrumento capaz de contribuir para a emancipação dos envolvidos e de possibilitar uma participação mais ativa destes na produção da saúde. Com relação à formação e ao desenvolvimento profissional, entende-se que se faz imprescindível adotar metodologias de ensino-aprendizagem que ultrapassem o saber técnico-científico oferecido pelas instituições formadoras, passando a incluir o desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano, considerando o paciente, a comunidade, os colegas de trabalho e a dele (NORMAN; TESSER, 2021).

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O método de investigação escolhido contemplou o levantamento, do tipo transversal, de um hospital privado de Belo Horizonte, Minas Gerais. Com base em um survey do tipo transversal, os dados podem ser

coletados em um único momento e usados não só para descrever, como também para determinar as relações entre as variáveis (BABBIE, 2005). O hospital passava por mudanças na gestão e percebia a necessidade de incentivar os profissionais da saúde a se engajarem na mudança da cultura organizacional e no aprimoramento da estratégia de cuidado centrado no paciente.

A coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 de dezembro de 2019, mediante prévia autorização dos autores do questionário original. A população-alvo compunha-se de 1.262 profissionais de saúde (equipe multiprofissional) do hospital. O cálculo da amostra obedeceu às recomendações de Hair *et al.* (2009) de prever um tamanho mínimo cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos, fixando-se em 55 indivíduos.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde (equipe multidisciplinar) com mais de seis meses de contratação e trabalhar nas unidades de internação do hospital. Foram excluídos aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou que não estavam presentes nos dias da aplicação. 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 à qual a pesquisa estava vinculada, sob o número de parecer 3.444.608. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa atendeu aos aspectos éticos e legais sobre a Resolução que envolve seres humanos na qualidade de participante da pesquisa, individual ou coletivamente, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

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®.

O questionário, traduzido e validado, foi originalmente elaborado pelos pesquisadores Tineke Schoot, Luc De Witte, Ruud Ter Meulen, e Ireen M. Proot, da Maastricht University, que realizaram uma pesquisa qualitativa entre 2003 e 2005 cujo objetivo era avaliar o cuidado centrado no paciente a partir de sua perspectiva e dos enfermeiros (SCHOOT *et al.*, 2005). Desse estudo surgiu o Care in Dialogue Competence Scale (Cuidado no Diálogo - Escala de Competências) (SCHOOT; PROOT; DE WITTE, 2006).

O questionário é curto e de fácil compreensão. A versão original contém 36 itens direcionados ao profissional de saúde, envolvendo a trajetória de aprendizado do cuidado, operacionalizada por competências em uma escala consistindo em três conjuntos: a) Competência comunicação – diz respeito ao processo de cuidado no diálogo, consistindo em 18 itens comportamentais; b) Gestão compartilhada – diz respeito ao apoio à participação do cliente, com 10 itens comportamentais; e c) Proatividade – envolve 8 itens comportamentais. Cada item foi pontuado em uma escala Likert de 4 pontos, variando de 1 “Discordo totalmente” a 4 “Concordo totalmente”.

A versão original foi traduzida e, a partir da ajuda de um painel de especialistas, foi reduzida para 11 itens. O painel foi formado por profissionais de saúde com mais de cinco anos na instituição, contemplando, majoritariamente, a tradução de palavras ou perguntas que não se enquadravam na realidade cultural do país ou que também não estavam relacionadas ao tipo de serviço prestado no hospital. Também se avaliaram a realidade do processo de trabalho e a quantidade de perguntas a serem mantidas, para evitar a desmotivação do respondente. O Quadro 1 mostra a versão final do questionário utilizado para a realização do teste piloto.

Quadro 1 - Cuidado no Diálogo - Escala de Competência (versão resumida e adaptada).

Versão final em português/Brasil
<p>Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente (CDC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente. 2. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais. 3. Ao implementar o cuidado, adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente. 4. Avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.
<p>Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente (CGC)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado. 2. Incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado. 3. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas. 4. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.
<p>Competência 3: Comportamento Proativo (CPR)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais. 2. Estou aberto às críticas dos clientes. 3. Estou aberto às críticas dos colegas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para validar o instrumento, analisou-se primeiramente a qualidade da mensuração dos construtos, a partir de um estudo de validação convergente, que avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas e a confiabilidade dos dados, considerando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade.

Com o objetivo de verificar a validade convergente, utilizou-se a *Average Variance Extracted* (AVE), ou Variância Média Extraída, que indica o quanto, em média, as variáveis se correlacionam positivamente com o respectivo construto. Valores de AVE acima de 0,50 indicam validade convergente adequada (MONROE; CAI, 2015). Utilizaram-se, ainda, as medidas Alfa de Cronbach (AC) e a Confiabilidade Composta (CC), para avaliar se a amostra está livre de vieses ou, ainda, se o conjunto das respostas são confiáveis. Valores superiores a 0,8 são considerados bons, enquanto aqueles situados entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis (MONROE; CAI, 2015). O instrumento obteve uma AVE igual a 0,549, AC igual a 0,829 e CC igual a 0,830, valores considerados adequados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A versão final do instrumento foi aplicada a uma amostra de 148 respondentes, composta por profissionais de saúde das unidades de internação. Quando estes não tinham condição de ler e escrever, o acompanhante foi convidado a fazer a avaliação. O cálculo da amostra foi realizado com base nas recomendações de Hair e outros (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

A amostra dos 148 respondentes ficou assim constituída:

a) Quanto à formação acadêmica: técnicos de enfermagem (31,1%), médicos (22,3%), enfermeiros (18,2%), fisioterapeutas (16,2%), farmacêuticos (3,4%), psicólogos (2,7%), nutricionistas (2,0%), acadêmicos de enfermagem (1,4%), acadêmicos de medicina (0,7%) e assistentes sociais (1,4%).

b) Quanto à idade: entre 25 e 34 anos (51,0%), acima de 65 anos (0,7%), entre 35 e 44 anos (20,4%), de 18 a 24 anos (11,5%), de 45 a 54 anos (11,6%) e de 55 a 64 anos (1,4%).

c) Quanto à qualificação dos correspondentes, nível técnico (27,0%), superior (35,0%), pós-graduação ou MBA (37,0%), mestrado (0,5%) e doutorado (0,5%).

A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas para os itens do Cuidado no Diálogo - Escala de Competência (versão resumida e adaptada): média, desvio-padrão e intervalo de confiança.

Tabela 1 - Medidas descritivas do Cuidado no Diálogo - Escala de Competências (versão resumida e adaptada)

Item	Média	DP	IC (95%)
1. Levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.	4,60	0,63	[4,50; 4,70]
2. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.	4,28	0,83	[4,15; 4,41]
3. Ao implementar o cuidado, adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente.	4,17	0,79	[4,04; 4,30]
4. Avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.	3,84	1,06	[3,67; 4,02]
5. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.	3,96	1,07	[3,79; 4,13]
6. Incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.	4,04	1,16	[3,85; 4,23]
7. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.	4,16	0,97	[4,01; 4,32]
8. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.	4,14	0,90	[4,00; 4,29]
9. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.	4,47	0,71	[4,36; 4,59]
10. Estou aberto às críticas dos clientes.	4,70	0,57	[4,60; 4,79]
11. Estou aberto às críticas dos colegas.	4,70	0,56	[4,61; 4,79]

Fonte: Elaborada pelos autores.

O item 1 obteve a maior média (4,60) e o menor desvio-padrão (0,63), indicando o quão “confiável” é esse valor. Assim, a afirmativa “Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente” obteve menor variabilidade de respostas.

O item 4 obteve a menor média (3,84) e o maior desvio-padrão (1,06), indicado maior dispersão dos dados em torno da média. Assim, a afirmativa “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” obteve alta variabilidade de respostas.

O item 5 também apresentou a mesma característica, com menor média (3,96) e o maior desvio-padrão (1,07). A afirmativa “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” obteve alta variabilidade de respostas.

Com base na pontuação dos escores médios, pode-se afirmar que, na percepção dos profissionais de saúde, as competências relacionadas ao cuidado centrado no paciente são colocadas em ação, porém não na proporção de vida.

De modo geral, os escores demonstram que os profissionais de saúde conhecem os pressupostos que sustentam o modelo, mas que esse conhecimento ainda não está totalmente incorporado na prática. Eles também informam que encontram dificuldade para exercerem a comunicação e o diálogo, bem como a gestão compartilhada do cuidado, conforme preconizado pelo modelo. Identifica-se, portanto, a necessidade de

promover o treinamento da equipe clínica em técnicas de comunicação, que possam facilitar a tomada de decisão e o autogerenciamento do paciente (ROSLAND *et al.*, 2018; PICKER INSTITUTE, 2017; PLUUT, 2016).

As afirmativas “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” e “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” apresentaram os escores mais baixos, demonstrando que os profissionais não exercem estas ações suficientemente. Os resultados apontam que os profissionais de saúde precisam dialogar com o paciente e os familiares e compartilhar informações para a tomada de decisões. Conforme Batalden *et al.* (2016), quando o paciente é envolvido nas decisões referentes ao seu tratamento, os desfechos clínicos são mais efetivos. No entanto, compartilhar decisões na prática de saúde exige dos profissionais responsabilidades éticas, dada a assimetria do conhecimento técnico existente na relação com o paciente. Assim, torna-se imprescindível que eles apresentem claramente as evidências e incertezas científicas acerca de alternativas de tratamento.

Realizada de forma efetiva entre profissionais, pacientes e familiares, a comunicação é um elemento estratégico para o cuidado, pois pode favorecer o compartilhamento de decisões e a coprodução dos serviços de saúde, segurança do paciente, bem como os resultados clínicos (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019; PLEWNIA; BENGEL; KONER, 2016).

A afirmativa “Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente” foi a mais bem avaliada, demonstrando que os profissionais levam em conta as preferências dos pacientes. Por vezes, o paciente está inseguro sobre o tratamento e não se sentem à vontade para fazer perguntas. Outras vezes, o próprio profissional de saúde acaba não dando ao paciente a oportunidade de falar. A empatia, habilidade essencial do cuidar, constitui um componente fundamental do tratamento dispensado ao cliente. O baixo grau de concordância em relação a estas ações, por sua vez, sugere a carência de empatia do profissional de saúde com seu paciente ou que o profissional deixa de passar algum detalhe do tratamento por falta de uma escuta ativa (SANTANA *et al.*, 2018; RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

O conhecimento científico e a habilidade técnica do profissional são importantes, mas de pouco adiantará se ele não apresentar um bom relacionamento interpessoal – ou seja, ser empático e assertivo. É necessário que os profissionais da saúde encontrem o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico (TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

O item “Incentivo ao cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” apresentou a avaliação mais baixa, indicando que este comportamento é desempenhado pelas equipes, mas necessita de refinamento. Conforme estudo realizado por Sousa *et al.* (2020), é preciso utilizar a comunicação como ferramenta de qualidade, com a finalidade de alcançar maior eficiência e eficácia na assistência à saúde.

A autoavaliação realizada pelos profissionais de saúde permitiu identificar possíveis discrepâncias no desempenho profissional e na capacidade de prestar o cuidado centrado no paciente. Assim, espera-se que o instrumento de autoavaliação contribua para a reflexão dos profissionais de saúde quanto a suas práticas, podendo-se constituir em um processo reforçador das aprendizagens e promotor de competências associadas ao modelo do cuidado centrado no paciente.

A prática do cuidado centrado no paciente tem como elemento chave o diálogo, que consiste em trocas de informações, consensos e experiências, com o intuito de comunicar-se melhor e escutar ativamente o paciente

e o familiar (MEETZ et al., 2021). Cabe à organização de saúde investir no conhecimento, desenvolvimento e treinamento de seus profissionais, para que eles possam fornecer esse cuidado integral ao paciente.

Os resultados do estudo evidenciam que a filosofia do cuidado centrado está sendo incorporada aos poucos, sugerindo um processo de educação permanente, para que ocorra uma mudança sólida na prática dos profissionais. A consciência da necessidade de melhoria é um pré-requisito para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de competências. Nesse sentido, o instrumento adaptado e validado pode contribuir para um processo de mudança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento Cuidado no Diálogo – Escala de Competência (versão resumida e adaptada), analisou a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente mediante a autoavaliação de suas competências. Tal ferramenta pode ajudar a identificar o nível de desempenho da competência do profissional e as necessidades de treinamento. O estudo mostrou que os profissionais de saúde consideram que a implantação do modelo centrado no paciente está em andamento e pode ser melhorada.

Verificou-se que a comunicação efetiva e a gestão compartilhada para a tomada de decisões junto com o paciente são algumas competências a serem desenvolvidas. O processo de comunicação entre os membros das equipes pode ser otimizado por meio das interações humanas, do estímulo à relação de confiança, do reconhecimento profissional, da melhora do entendimento do outro e do compartilhamento de informações entre os membros da equipe e os pacientes e seus familiares. Acredita-se que essas competências devem ser potencializadas por meio do processo de mudança cultural da organização e da educação permanente.

Após a realização de ações de treinamento e desenvolvimento, considera-se importante que o instrumento seja reaplicado, a fim de verificar se houve ou não o fortalecimento da cultura do cuidado centrado, evidenciando o desdobramento do processo de mudança cultural.

Identificou-se como limitação do estudo a escassez sobre o tema “Cuidado centrado no paciente”, principalmente no Brasil, bem como sobre os caminhos para a implementação e avaliação da sua efetividade no contexto de saúde brasileiro. Recomenda-se a necessidade de fomentar novos estudos sobre a mudança de cultura organizacional com relação ao cuidado centrado no paciente e ao acompanhamento e avaliação deste desenvolvimento ao longo do tempo no hospital investigado e em outros.

Os achados desta pesquisa propiciam uma reflexão sobre a criação de estratégias orientadas para o alinhamento das percepções em torno de uma mudança organizacional em direção ao cuidado centrado no paciente. Para futuros estudos, sugere-se a combinação de métodos quantitativos e qualitativos, contribuindo, assim, para ampliar o debate do tema.

Artigo submetido para avaliação em 25/11/2022 e aceito para publicação em 09/03/2023

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **National Strategy for Quality Improvement in Health Care**: 2014 Annual Progress Report to Congress. Rockville: AHRQ, 2014.

ALBUQUERQUE, M. V. de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdpTz64rx5GSn/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

ALMEIDA FILHO, N de; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de saúde e doença. In: ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

AHN, J.Y; EUN, Y. The effect of nursing competence on patient-centered care among nurses caring for patients with chronic disease: the mediating effect of burnout and the moderating effect of nursing work environment. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 33, n. 2, p. 134-144, 2021.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Patient-centred care: improving quality and safety through partnerships with patients and consumers**. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2011.

BATALDEN, M. et al. Coproduction of healthcare services. **BMJ Quality & Safety**, v. 25, n. 7, p. 509-517, 2016. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/25/7/509.short>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BABBIE, E. **Métodos de Pesquisas em Survey**. Belo Horizonte-MG: Editora UFMG. p.101. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: a clínica ampliada. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 02 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

CASTRO, E. M. et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 1923-1939, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399116303214>. Acesso em: 02 mar. 2023.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R. Papel dos atributos dos profissionais médicos na produção da abordagem centrada na pessoa em atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 803-812, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n2/803-812/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

FERREIRA, J. D. O. et al. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 147-163, 2021. Disponível em: [/rcp/article/view/23011/13726](http://rcp/article/view/23011/13726). Acesso em: 02 mar. 2023.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Editora Bookman; 2009.

HEGGDAL, K. et al. Health-care professionals' assessment of a person-centred intervention to empower self-management and health across chronic illness: Qualitative findings from a process evaluation study. **Health Expectations**, v. 24, n. 4, p. 1367-1377, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.13271>. Acesso em: 02 mar. 2023.

HERTELENDY, A. J. et al. A new core competency for healthcare administrators: discussing the need for emergency and disaster management education in the graduate healthcare administration curriculum. **The Journal of Health Administration Education**, v. 38, n. 3, p. 709, 2021. Acesso em: 02 mar. 2023.

INSTITUTE OF MEDICINE. **The eight principles of patient-centered care**. Oneview Resources Blog, 2022. Disponível em: <https://www.oneviewhealthcare.com/blog/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

JOTERRAND, F.; AMODIO, A.; ELGER, B. Patient education as empowerment and self-rebiasing. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 4, p. 553-561, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27179973/> Acesso em: 02 mar. 2023.

MALTA, M.; DO CARMO, E. D. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 41-51, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611>. Acesso em: 02 mar. 2023.

METZ, A. et al. Implementation practice in human service systems: Understanding the principles and competencies of professionals who support implementation. **Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance**, v. 45, n. 3, p. 238-259, 2021. Disponível em: <https://implementation.fpg.unc.edu/wp-content/uploads/Metz-et-al.-Implementation-Practice-in-Human-Service-Systems-Understanding-the-Principles-and-Competencies-of-Professionals-Who-Support-Implementation.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

MONROE, S.; CAI, L. Evaluating structural equation models for categorical outcomes: a new test statistic and a practical challenge of interpretation. **Multivariate Behavioral Research**, v. 50, n. 6, p. 569-583, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697283/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

NALDEMIRCI, O. *et al.* Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/318917073_Deliberate_and_emergent_strategies_for_implementing_person-centred_care_A_qualitative_interview_study_with_researchers_professionals_and_patients. Acesso em: 02 mar. 2023.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform**. Norwich: The Stationery Office, 2000.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Health and social care act 2012**. Norwich: The Stationery Office, 2012.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Medicina de família e prevenção quaternária: uma longa história. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2502-2502, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2502/1588>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PETENATE, A. J.; LAJOLO, C. **Qualidade de serviços de saúde no SUS: relatório final**. Rio de Janeiro: Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente, 2013.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care**. Bethesda: Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017.

PLEWNIA, A.; BENGEL, J.; KÖRNER, M. Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. **Patient Education and Counseling**, v. 99, n. 12, p. 2063-2070, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399116303135>. Acesso em: 02 mar. 2023.

PLUUT, B. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 4, p. 501-515, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088218/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

RODRIGUES, J. L. S. Q.; PORTELA, M. C.; MALIK, A. M. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NbjdSZYLx5yxyLtZ963R7LC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

ROMANOW, R. J. **Building on values: the future of health care in Canada**. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

ROSLAND, A. et al. Patient-centered medical home implementation and improved chronic disease quality: a longitudinal observational study. **Health Services Research**, v. 53, n. 4, p. 2503-2522, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052009/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SANTANA, M. J. et al. How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867327/>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SCHOLL, I. et al. An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. **PloS one**, v. 9, n. 9, e-107828, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0107828&type=printable>. Acesso em: 02 mar. 2023.

SCHOOT, T. et al. Actual interaction and client-centredness in homecare. **Clinical Nursing Research**, Pensilvânia, v. 14, n. 4, p. 370-393, 2005. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1054773805280093?casa_token=e0y86J9QeqgAAAA:mLfRuprKOFLYN6BSHQxYc9rwNOg3jrFabksOyezJWLKJ_KDyc0Suw7EMkvYxtH0aqefYqyl1Dfwc. Acesso em: 02 mar. 2023.

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

SOUSA, J. B. A. et al. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6467-6479, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11713>. Acesso em: 02 mar. 2023

TEREZAM, R.; REIS-QUEIROZ, J.; HOGA, L. A. K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.3, p. 669-70, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mgVBxzyYCCsDtD5VssdfWn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2023.

TERP, K.; WEIS, J.; LUNDQVIST, P. Parents' views of family-centered care at a pediatric intensive care unit—a qualitative study. **Frontiers in Pediatrics**, v. 9, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.725040/full>. Acesso em: 02 mar. 2023.

VIEIRA, A. *et al.* Construção de uma escala de auto e heteropercepção profissional. **Revista de Administração FACES Journal**, v.15, n.2, p. 9-24, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1940/194046160002/html/>. Acesso em: 02 mar. 2023.