

# CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE/PESSOA

---

**Ana Cláudia Mandolesi Pádua**

**Bianca Gonçalves de Almeida Pereira**

**Bruna Lanes Martins**

**Carina Carvalho Silvestre**

**Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá**

## 1 | INTRODUÇÃO

Cuidado centrado no paciente é um conceito que tem ganhado força e se transformado nos últimos anos. Há registros de que a sua primeira definição tenha sido feita por Edith Balint, em 1969, significando “compreender o paciente como um ser humano único”. Mais recentemente, em 2001, o relatório “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”, elaborado pelo *Institute of Medicine* (IOM), incorporou o cuidado centrado no paciente como um elemento principal para aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do paciente. Neste documento, a definição do termo é “a prestação de cuidado de forma

respeitosa, respondendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores norteiam todas as decisões clínicas”.

É válido destacar que não há um consenso sobre qual a terminologia mais adequada para se referir a esta abordagem. A literatura tem apontado que não há diferença conceitual quando se opta pelo termo “cuidado centrado no paciente” (*patient centered care*) ou “cuidado centrado na pessoa” (*person centred care*). Recentemente, contudo, têm ocorrido esforços para reconhecer a integralidade da pessoa e, por conseguinte, promover a transição para “cuidado centrado na pessoa”, visando abarcar não apenas as necessidades e preferências clínicas, mas também outros aspectos relevantes (GOMES, 2016; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2016). Assim, no presente capítulo, será utilizado o termo cuidado centrado no paciente/pessoa.

Uma revisão da literatura (KITSON et al, 2013) realizou um levantamento dos principais elementos presentes em

estudos sobre o cuidado centrado no paciente/pessoa e destacou três principais temas: (i) participação e envolvimento dos pacientes no cuidado, (ii) relação entre o paciente e o profissional de saúde e (iii) contexto em que são oferecidos os cuidados. Existem outros atributos do cuidado que se relacionam com os temas acima e refletem a essência do conceito de cuidado centrado no paciente/pessoa: cuidado holístico, individualizado, respeitoso e empoderado (MORGAN, YODER, 2012).

O cuidado holístico é descrito como reconhecimento e valorização das pessoas, como um todo, uma junção dos seus aspectos sociais, biológicos, espirituais e psicológicos. A prestação do cuidado holístico permite compreender como uma doença afeta a pessoa como um todo para atender melhor suas necessidades. O cuidado individualizado visa considerar as necessidades de cada paciente de forma única, visando fornecer um atendimento personalizado. Essa individualização não pode ser atingida sem o conhecimento e a compreensão adequada da situação de cada paciente, além de reconhecer sua tomada de decisão e sua capacidade de assumir o controle do seu cuidado. O cuidado deve ser feito pela necessidade de cada paciente, ao invés de padrões e rotinas institucionais. O respeito é um importante atributo e considerado a força motriz desse conceito. Os pacientes possuem o direito às suas escolhas em saúde, desde as mais básicas, como preferências na alimentação, a seus horários, visitas e sua privacidade (MORGAN, YODER, 2012; SANTANA *et al.*, 2018).

O empoderamento, por sua vez, tem o intuito de capacitar e engajar o paciente na tomada de decisões, incentivando sua autonomia e confiança. É necessário usar estratégias para ajudar o paciente a obter informações, interpretá-las, além de, apoiar suas escolhas fazendo com que o paciente se sinta responsável e capaz de se envolver de maneira efetiva no seu cuidado (MORGAN, YODER, 2012; SANTANA *et al.*, 2018). Neste contexto, em 2021 foi publicado o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021- 2030 da Organização Mundial de Saúde. Este apresenta como missão o impulsionamento de políticas, estratégias e ações baseadas na ciência, experiência do paciente, configuração do sistema e parcerias para eliminar todas as fontes de risco e danos evitáveis aos pacientes e profissionais de saúde.

Em 2023, o dia mundial da segurança do paciente, celebrado em 17 de setembro, traz como tema “Engajar os pacientes para a segurança do paciente”, visando, dentre outros pontos, capacitar pacientes e familiares a se envolverem ativamente em seus próprios cuidados e na melhoria da segurança dos cuidados de saúde. Aliado a isso, considerar a centralidade do cuidado, a individualidade do paciente, suas necessidades e preferências também é um elemento-chave da prática clínica baseada em evidências, compondo a tríade de domínios juntamente com a experiência clínica e a melhor evidência científica disponível (JARDIEN-BABOO *et al.*, 2021).

Desafios importantes para a efetiva implementação do cuidado centrado no paciente/pessoa e consequente melhoria da qualidade e performance do sistema de saúde se

apresentam. Essa implementação demanda ações significativas nas diretrizes para maioria dos sistemas de saúde, uma vez que é necessário considerar uma implementação realista nas diferentes configurações da prática (MORGAN, YODER, 2012; SANTANA *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2019). No Brasil, o cuidado centrado no paciente/pessoa se constitui em um movimento incipiente e sua prática ainda encontra obstáculos no nosso sistema de saúde, onde é pouco identificado como uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019). Destarte, é fundamental compreender os fatores intervenientes para a implementação do cuidado centrado no paciente/pessoa bem como seu impacto na cultura organizacional.

## **2 | FATORES INTERVENIENTES PARA O CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE/PESSOA**

Oferecer cuidados de saúde que respeitem e atendam às necessidades dos pacientes e cuidadores é essencial para promover resultados de cuidados positivos e percepções de qualidade de atendimento, cumprindo assim um aspecto significativo do requisito de cuidados centrados no paciente/pessoa (KWAME; PETRUCKA, 2021), favorecendo uma boa experiência ao paciente. Nessa perspectiva, reconhecer os fatores que podem afetar o cuidado centrado no paciente/pessoa é uma necessidade premente, a fim de que profissionais e organizações de saúde não só acompanhem um movimento mundial, mas, especialmente, adequem suas práticas profissionais àquilo que é considerado direito do paciente e um exercício de cidadania.

Um primeiro componente nesse contexto é a comunicação entre a tríade paciente-profissional-organização, que, construída nos preceitos do cuidado centrado no paciente/pessoa, favorece a obtenção de resultados positivos.

A comunicação efetiva é essencial para a prestação de cuidados e recuperação do paciente e, muitas vezes, considerada pelos pacientes um cuidado mais significativo do que o cuidado físico (JOLLAEE; JOLLAEE; TSCHUDIN; BAHRANI; NIKBAKHT, 2010).

A comunicação efetiva pode ser considerada um diálogo onde todas as partes envolvidas, pacientes, cuidadores, profissionais de saúde, falam e são ouvidos sem interrupções; fazem perguntas para obter clareza nas informações, expressam suas opiniões, trocam informações e percepções e compreendem inteiramente o que os outros querem dizer (BOYKINS, 2014). Atesta-se que a comunicação efetiva é imperativa nas interações clínicas, uma vez que o processo saúde-doença afeta a qualidade de vida do paciente e traz preocupações antes não conhecidas (HENLY, 2016).

Em busca de estabelecer uma comunicação efetiva, é importante destacar a comunicação centrada no paciente. Também conhecida como comunicação centrada na pessoa ou comunicação centrada no cliente, esta é definida como um processo que convida e encoraja os pacientes e seus familiares a participarem ativamente e negociarem a tomada

de decisões sobre suas necessidades de cuidado (MCCABE, 2004). A comunicação centrada no paciente é crucial na promoção do cuidado centrado no paciente/pessoa e requer que os pacientes e seus cuidadores se envolvam no processo de cuidar. Assim considera-se que o cuidado centrado no paciente/pessoa pode ser aprimorado por meio da comunicação centrada no paciente, pois valoriza a dignidade e os direitos dos pacientes (MCLEAN, 2007). Através da comunicação aberta e colaboração, onde as informações e os planos de cuidados são compartilhados entre os prestadores de cuidados, pacientes e suas famílias, a prestação de cuidados torna-se centrada no paciente (MCLEAN, 2007).

Assim, estabelecer uma comunicação efetiva e centrada no paciente é essencial para a construção de relatórios clínicos completos e revelações mais precisas sobre o paciente (RUBEN, 2016; MCLEAN, 2007), influenciando na redução de incertezas, valorização dos interesses e necessidades do paciente, aumento do envolvimento do paciente na tomada de decisões, melhora na adesão do paciente aos planos de tratamento, aumento do apoio social, da segurança e da satisfação do paciente com o atendimento (RUBEN, 2017; BELLO, 2017; MCLEAN, 2007).

Incluir a organização de saúde nesse processo de comunicação, completando a tríade inicialmente referida, é levantar a compreensão da necessidade de um suporte para que essa comunicação efetiva e centrada no paciente aconteça.

Estudos apontam que, dentre as barreiras para o cuidado centrado no paciente/pessoa e o processo de comunicação, estão o dimensionamento de pessoal insuficiente, a sobrecarga de trabalho, o modelo de gestão autoritária, atitudes pessoais/profissionais negativas – arrogância, desejo de poder, superioridade, grosseria, etc, (PAPADOPOULOS; LAZZARINO; KOULOGLIOTI; AAGARD; AKMAN; ALPERS ET AL, 2020; MCCABE, 2004; KWAME; PETRUCKA, 2021) e a ênfase no cuidado centrado na tarefa (MCLEAN, 2007; KWAME; PETRUCKA, 2021; YOO; LIM; SHIM, 2020). A compreensão de como esses processos se instalam, são discutidos e solucionados, aponta para a valorização ou não de uma comunicação efetiva e centrada no paciente pela organização de saúde.

Revisão integrativa que sintetizou a literatura sobre as características de pacientes, médicos e relações médico-paciente consideradas “difíceis” apontou que, na percepção de médicos e/ou acadêmicos de medicina são difíceis os pacientes com condições clínicas como doenças psicossomáticas e crônicas; sintomas e queixas como dor; emoções fortes; problemas na obtenção e no compartilhamento de informações, nas tomadas de decisão, na adesão ao plano terapêutico e no seu autocuidado; e certas características sociodemográficas e de vulnerabilidade. Para os pacientes ou seus familiares, foram considerados difíceis os médicos que não os escutavam, eram preconceituosos e pareciam não se importar com seus filhos, entre outros aspectos (CRUVINEL; GROSSEMAN, 2023). Apesar de retratar a relação entre paciente e uma categoria profissional, se trata de situação passível de ser encontrada na relação do paciente com outras categorias profissionais.

As barreiras relacionadas à comunicação limitam os esforços dos profissionais de saúde para fornecerem cuidados que atendam às necessidades dos pacientes e cuidadores (KWAME; PETRUCKA, 2021). Defende-se que a qualidade das interações é o que importa e não a quantidade de tempo gasto com os pacientes e seus cuidadores (MCCABE, 2004). Assim, passar longos períodos com os pacientes nem sempre resulta em relações positivas, já que a implementação do cuidado centrado no paciente/pessoa não requer tempo adicional (MCCABE, 2004). Portanto, a equipe precisa ser encorajada a desenvolver autoconsciência, autorreflexão e o compromisso de garantir que os pacientes recebam os cuidados necessários, tendo a comunicação efetiva e centrada no paciente como um importante mediador desse processo, apoiado por missão, valores e cultura organizacional compatíveis.

A partir do exposto, levanta-se um segundo componente, a prática interprofissional colaborativa, que se caracteriza pelos seus processos de comunicação mais efetivos entre profissionais da equipe, definição de objetivos comuns, tomada de decisões compartilhadas, reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, autonomia, horizontalidade das relações de trabalho (AGRELI et al., 2016), onde pacientes e família também são incluídos (UCHÔA-FIGUEIREDO et al, 2022).

A fim de fortalecer a introdução dessa prática e sua multiplicação por meio do ensino, no Canadá, o grupo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), identificou seis domínios de competências para a prática interprofissional colaborativa, dentre as quais se destacam duas que enfatizam o cuidado centrado no paciente/pessoa: i) o domínio “cuidado centrado nos pacientes/clientes/famílias/comunidade” que compreende a integração e valores, o engajamento dos pacientes, famílias e comunidade no processo de cuidado, a partir da elaboração de metas que considerem as demandas dos pacientes, propiciando que eles sejam ativos no cuidado; nesse processo as informações devem ser sempre compartilhadas em linguagem de fácil compreensão, incentivando que eles participem do processo de discussão e de tomada de decisões; e ii) o domínio “comunicação interprofissional” considerada como essencial para que diferentes profissões se comuniquem entre si, de forma colaborativa, responsiva e responsável; para isso é necessário que a equipe seja capaz de estabelecer princípios para a comunicação no trabalho em equipe e que haja escuta ativa entre os membros da equipe, incluindo pacientes/clientes/famílias/ comunidade; nesse processo a comunicação pode e deve ser mediada por tecnologias que propiciem um melhor cuidado centrado nos pacientes/clientes/famílias/ comunidade (BAINBRIDGE; ORCHARD; WOOS, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde os profissionais de saúde devem ser capazes de trabalhar de forma colaborativa em equipes ou grupos interprofissionais a fim de diminuir os erros em saúde e a mortalidade populacional, alterar o tempo e a duração das internações e, ainda, melhorar o uso de recursos clínicos e o acesso aos serviços (OMS, 2010). Como desfechos esperados do trabalho interprofissional colaborativo aponta-se, como principais,

a segurança do paciente, a qualidade da assistência, o cuidado centrado no paciente/pessoa e o melhor custo/efetividade e experiências aos envolvidos (OMS, 2010; Gittel, et al., 2013; Earnest; Brandt 2014).

A disponibilidade e qualificação de recursos humanos e incentivos de recursos financeiros relacionados ao paciente, portanto, são identificados como requisito eminente para os profissionais de saúde oferecerem um cuidado centrado no paciente/pessoa (LEIDNER; VENNEDEY; HILLEN, 2021). Nessa perspectiva, um terceiro componente a ser destacado é a qualificação e formação do profissional. Tal componente permeia a capacidade do profissional em implementar o cuidado centrado no paciente/pessoa, incluindo a identificação e solução de possíveis fatores que interferem ou dificultam o processo.

Evidências apontam que as competências que afetam o cuidado centrado no paciente/pessoa incluem empatia, autoliderança, habilidades de comunicação, profissionalismo, priorização e gerenciamento (JEONG; PARK, 2019; BOYKINS, 2014; LEE, 2020; SLATER; MCCANCE; MCCORMACK, 2015). Assume-se ainda que grande parte dos profissionais de saúde possuem falta de conhecimento, habilidades e atitude para fornecerem efetivamente informações de saúde aos pacientes e seus cuidadores com baixa alfabetização em saúde. Nesse ponto, enfatiza-se a necessidade de treinamento (COLEMAN; HUDSON; MAINE, 2013) para possibilitar avaliação e identificação dessa população pelos profissionais de saúde, possibilitando o uso de diferentes estratégias que permitam melhor comunicação e, por conseguinte, um cuidado centrado no paciente/pessoa. Considera-se, portanto, que a competência de alfabetização em saúde possui alta associação com o cuidado centrado no paciente/pessoa exercendo influência significativa no modo como o cuidado é prestado (YANG, 2022).

A associação entre as competências cuidado centrado no paciente/pessoa, trabalho em equipe e participação do paciente no cuidado já é comprovada. Assim, indica-se que melhorar a competência para cuidados centrados no paciente/pessoa é um dos fatores para promover a participação do paciente e, consequentemente, obter cuidados de saúde mais seguros (HWANG; KIM; CHIN, 2019).

Reforça-se que determinantes organizacionais, como por exemplo, existência de políticas externas, recursos financeiros, dimensionamento de pessoal, comunicação intersetorial e sistemas de compensação baseada na entrega de valor ao paciente, também influenciam medidas de implementação e como acontece o cuidado centrado no paciente/pessoa (LEIDNER; VENNEDEY; HILLEN, 2021).

Estudo realizado com mais de 190 pacientes com dor crônica revelou que estes gostariam que os profissionais de saúde os indagassem sobre como a dor afeta suas atividades diárias, relacionamentos, responsabilidades de trabalho, objetivos e sonhos usando perguntas abertas. Essas perguntas facilitam a revelação emocional, aumentam os sentimentos de apoio e permitem a construção de vínculos. Além disso, priorizam o

conhecimento subjetivo do próprio paciente, podem aprofundar a troca de informações e favorecer a comunicação entre o profissional e o paciente, bem como facilitar a revelação da dor (KARIN; BECKER, 2020). Muito mais do que apenas querer tratar a dor, o papel do profissional deve estar em compreender o impacto desta na vida da pessoa, auxiliando na construção de propostas terapêuticas multifacetadas. Isso favorece e revela a entrega de valor e melhora a experiência do paciente na sua relação com os serviços de saúde.

De fato, para implementação do cuidado centrado no paciente/pessoa são necessárias mudanças no paradigma assistencial, substituindo a centralização do cuidado na doença para a centralização no paciente. As decisões políticas e de financiamento devem estar alinhadas diretamente com as necessidades e valores do paciente para apoiar a colaboração e a cooperação entre os que prestam o cuidado. Destaca-se, ainda, que a atuação dos profissionais deve ser ampliada ao longo dos ciclos assistenciais, apoiada por tecnologias da informação, visando aumentar a continuidade do cuidado durante a jornada do paciente pelos profissionais de saúde, considerando também as fronteiras setoriais (LEIDNER; VENNEDEY; HILLEN, 2021).

Sem a pretensão de querer esgotar a discussão ora apresentada, afirma-se que pensar nos fatores que interferem no cuidado centrado no paciente/pessoa exige aceitar sua característica multidimensional e varia de acordo com o ambiente da assistência e nível de atividade desenvolvida.

Nesse aspecto, ao avaliar tais fatores, é importante assumir a conexão existente entre o atendimento individualizado aos pacientes, envolvimento do paciente nos cuidados, apoio físico e emocional, integração de cuidados médicos e não médicos, acesso aos cuidados e coordenação e continuidade do cuidado (SCHOLL et al, 2018). Para além disso, é imperativo assumir a relação existente entre a experiência do paciente e a coexistência multidimensional do cuidado centrado no paciente/pessoa, considerando sua interação com as características dos pacientes, familiares, profissionais, organização de saúde, inserido em um contexto político e filosófico do sistema de saúde.

### **3 | IMPACTO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE/PESSOA NA CULTURA ORGANIZACIONAL**

A cultura se manifesta guiando as ações dos grupos que compõem a sua estrutura sem que, na prática, os trabalhadores tenham consciência da sua capacidade de moldar comportamentos. Com base no referencial teórico de Fleury e Fischer (2013), é através do estudo da cultura que se conhecem os significados atribuídos pelos grupos às “coisas”, relações e ações, com a complexidade dos fenômenos individuais e sociais que ocorrem dentro das organizações. Assim, a cultura modela processos de trabalho, legitima poderes, guia as tomadas de decisão, exemplifica modos de fazer o trabalho, influencia as práticas profissionais e a adesão às propostas, através de todos os seus elementos simbólicos.

As características institucionais, determinadas pelo modo como as ações e serviços estão organizados sistemicamente, repercutem na operacionalização das práticas de cuidado em saúde. Dessa forma, pode-se dizer que as políticas, a organização dos processos, a disponibilidade de recursos, a identidade organizacional (missão, visão, valores), o planejamento estratégico, a liderança e as características individuais dos profissionais que compõem cada um dos times de trabalho, exercem influência no modo como uma instituição planeja e implementa suas atividades.

O modelo assistencial de uma cultura organizacional que preconiza a prática do cuidado centrado no paciente/pessoa produz efeitos positivos sobre os resultados clínicos. Estimular uma cultura de cooperação entre as áreas e entre os profissionais viabiliza a integração do cuidado, assim como colabora com rupturas de paradigmas relacionados ao paternalismo, crenças e culturas de um modelo centralizado no saber médico, que muitas vezes exclui o protagonismo do paciente em seu próprio cuidado.

Neste cenário organizacional, a comunicação é o elemento chave para a mudança e/ou consolidação da cultura de cuidado centrado no paciente/pessoa. A forma como a comunicação é desenvolvida e moldada pela cultura organizacional pode determinar o sucesso ou fracasso da relação entre profissionais de saúde e profissionais e pacientes, como por exemplo no compartilhamento de decisões nos serviços de saúde, na continuidade do cuidado, no aumento da literacia em saúde e para maior adesão ao plano terapêutico.

Deve-se considerar neste contexto o impacto das lideranças e de suas relações hierárquicas, da infraestrutura institucional, do papel da tecnologia na organização das informações relacionadas aos cuidados e do ambiente mais ou menos centrado nas pessoas, assim como a qualidade e a segurança nos processos. A insuficiência de recursos e a sobrecarga de serviços, também contribuem para um cuidado com baixa participação dos pacientes e familiares, mais centrada nos interesses institucionais e dos profissionais de saúde. O reconhecimento de aspectos contextuais é essencial quando se quer promover mudanças.

A declaração de direitos do paciente também precisa ser lembrada como um documento que deve estar disponibilizado nos serviços de saúde, influenciando e respaldando a cultura organizacional para modelos de assistência centrados na pessoa, além de relatar os aspectos legais e normativos relacionados ao acesso à informação, ao conhecimento da condição de saúde através do letramento, à decisão compartilhada, ao apoio à autogestão e ao acesso do paciente aos registros dos profissionais.

Na compreensão de uma cultura organizacional que preconiza o cuidado centrado no paciente/pessoa, para o alcance deste objetivo, é necessário trabalhar os conceitos em ações cotidianas, por meio de treinamento, capacitações, disponibilidade de recursos materiais e humanos, fortalecimento da comunicação institucional, discussão dos casos clínicos entre os profissionais da equipe multidisciplinar para planejamento da assistência, adesão à análise dos indicadores e notificações e acompanhamento de eventos adversos para que sejam promovidas as melhorias no cotidiano de trabalho.



Se cultura organizacional é entendida como um conjunto de elementos (crenças, valores e normas) que influenciam o clima de uma empresa, os fatores contextuais (estrutura, práticas e comunicações moldadas pela cultura organizacional) também influenciam o cuidado de saúde, assim como o processo de interação entre os seus envolvidos. Donabedian já enfatizava as relações interpessoais como um componente fundamental nos cuidados de saúde, podendo constituir entrave ou facilitação no cuidado centrado no paciente/pessoa.

Segundo Starfield (2011) o termo cuidado centrado no paciente/pessoa se relaciona à parceria do profissional com o paciente, baseada na interação e no conhecimento das necessidades e problemas vividos por ele. Neste sentido, se o profissional não deve se ater a olhar apenas para as doenças, mas também atender às necessidades do indivíduo de forma ampla, subentende-se que o mesmo cuidado deve ser preconizado pela Instituição para com os profissionais que nela atuam, ou seja, olhar de forma integrada os colaboradores em seus aspectos sociais, emocionais, físicos, intelectuais e com as suas diferentes necessidades ao longo do desempenho de suas atividades.

Para o *Picker Institute*, os princípios que orientam a prática do cuidado centrado no paciente/pessoa 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. Diversos fatores podem interferir na qualidade destas práticas entre os profissionais de saúde e entre profissionais e pacientes, abrangendo desde características individuais dos sujeitos a circunstâncias do contexto (fluxo do processo de trabalho, sobrecarga dos profissionais; a infraestrutura adequada ou não para preservação da privacidade; o nível de hierarquização das relações profissionais e a assimetria do conhecimento/informação).

Se o serviço de saúde não conseguir implementar o cuidado centrado também para a pessoa do profissional, como componente da cultura organizacional, através de práticas de cultura justa, aprendizado e melhoria contínua, além de ouvir suas preocupações, considerar a satisfação e experiências, nos diferentes pontos críticos de contato dos profissionais, dificilmente conseguirá sustentar a centralidade no cuidado ao paciente/pessoa.

Para o IHI - *Institute for Healthcare Improvement*, a assistência à saúde deve oferecer aos pacientes e familiares esperança, confiança e segurança, porém, isso só pode vir da interação/relação destes com uma força de trabalho que se sinta esperançosa, confiante e segura, em um ambiente de trabalho que preza pela equidade e pela justiça. A alegria no trabalho torna-se um recurso essencial no ato do cuidar. De acordo com o sociólogo Aaron Antonovsky, que nos ensinou a pensar a saúde como mais do que apenas a ausência de doença, aplicando-se para a sensação de que a vida é compreensível, gerenciável e significativa, despertar a alegria no trabalho é ir além da ausência de esgotamento, diz

respeito a conexões com significado e propósito, reduzindo o esgotamento ao mesmo tempo em que constrói a resiliência que os profissionais de saúde necessitam para a assistência segura, com qualidade e centrada no paciente. Isso apoia a psicologia da mudança e os ciclos de melhoria organizacionais.

Em resumo, os serviços de saúde que adotam uma cultura centrada nas pessoas valorizam os seus profissionais, criam espaços para desenvolvimento e escuta com segurança psicológica, o que impacta diretamente em uma assistência com foco em qualidade, segurança e melhoria contínua nos processos de cuidado.

### **3.1 Influência dos processos de acreditação e certificação em qualidade e segurança, para a cultura do cuidado centrado no paciente/pessoa**

O processo de acreditação em saúde contribui para promover mudanças organizacionais, usando uma abordagem que avalia o nível de progresso alcançado (maturidade, conforme cada metodologia divide) e com base em um referencial conceitual validado (requisitos e critérios previamente definidos). Por meio do compromisso com a política da qualidade estabelecida pela instituição, os profissionais se engajam e reforçam a cultura de melhoria contínua e, se esta traz consigo diretrizes relacionadas ao cuidado centrado no paciente, a assistência ficará mais robusta, integrada e direcionada.

A busca por metodologias de gestão que apoiem os sistemas de saúde com a questão da qualidade do cuidado e da segurança do paciente contribuem para um tratamento com menor risco de incidência de eventos adversos. Envolver e engajar os pacientes e seus familiares no cuidado da sua saúde potencializa este processo, coopera para a corresponsabilização em relação ao próprio cuidado e à segurança dos processos, dependendo do grau de assimetria de conhecimento entre o profissional de saúde e o paciente, assim como fortalece vínculos e confiança.

Certificações de qualidade em saúde, sejam elas exemplificadas no sistema nacional ou internacional, reforçam as boas práticas de comunicação efetiva e o compartilhamento de decisões nas práticas do cuidado centrado no paciente/pessoa, legitimam a participação do paciente e seus familiares/ acompanhantes no planejamento terapêutico, assim como na elaboração de estratégias para prevenção de incidentes. O cuidado centrado no paciente/pessoa e a segurança são dimensões da qualidade indissociáveis e complementares.

## **CONCLUSÃO**

O cuidado centrado no paciente/pessoa e a experiência do paciente são elementos interligados e essenciais para promover a qualidade dos serviços de saúde. Para alcançar resultados positivos, nessa abordagem, é fundamental considerar uma série de aspectos que abrangem desde o engajamento da liderança até o envolvimento das equipes de saúde.

O engajamento da liderança é crucial para estabelecer uma cultura organizacional

voltada para o cuidado centrado no paciente/pessoa. Líderes comprometidos podem promover mudanças, alinhar políticas e recursos, e incentivar práticas que valorizem a comunicação, a empatia e o respeito no atendimento aos pacientes. A liderança também desempenha um papel fundamental na promoção da alegria no trabalho, criando um ambiente de trabalho positivo, oferecendo suporte aos profissionais de saúde e incentivando a melhoria contínua.

Os processos de acreditação hospitalar desempenham um papel importante na promoção do cuidado centrado no paciente/pessoa. Essas iniciativas estabelecem diretrizes e critérios que incentivam a implementação de boas práticas de comunicação, compartilhamento de decisões e envolvimento dos pacientes e suas famílias. A busca por certificações de qualidade em saúde fortalece o compromisso com a segurança do paciente e reforça a importância do cuidado centrado no paciente/pessoa como dimensão inseparável da qualidade.

A comunicação efetiva, empática e centrada no paciente é um pilar fundamental para a experiência positiva do paciente. Através da comunicação aberta, os pacientes se sentem ouvidos, compreendidos e envolvidos no processo de cuidado. Os profissionais de saúde devem demonstrar empatia, demonstrar interesse genuíno pelo paciente e respeitar suas necessidades e preferências. A comunicação clara e acessível, livre de jargões técnicos, permite que os pacientes compreendam melhor sua condição de saúde, participem ativamente das decisões e sigam os planos de tratamento.

O valor percebido pelo cliente é um aspecto fundamental da experiência do paciente. O cuidado centrado no paciente/pessoa visa atender às necessidades, expectativas e valores individuais de cada paciente. Quando os pacientes percebem que são tratados com dignidade, respeito e consideração, experimentam um maior nível de satisfação e confiança nos serviços de saúde.

A alegria no trabalho e o engajamento das equipes também desempenham um papel fundamental na promoção do cuidado centrado no paciente/pessoa. Profissionais de saúde satisfeitos e engajados são mais propensos a fornecer um cuidado de qualidade, demonstrar empatia e trabalhar em colaboração interdisciplinar. Investir no bem-estar dos profissionais de saúde, oferecer treinamentos em habilidades de comunicação e promover uma cultura de trabalho saudável contribuem para uma experiência positiva tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

Em suma, o cuidado centrado no paciente/pessoa e a experiência do paciente são construídos a partir de um conjunto de elementos interconectados, incluindo o engajamento da liderança, os processos de acreditação hospitalar, a comunicação efetiva e centrada no paciente, a empatia, o respeito, o valor percebido pelo cliente, a alegria no trabalho e o engajamento das equipes. Ao abordar e promover esses aspectos, as organizações de saúde podem proporcionar uma assistência de qualidade, centrada nas necessidades e expectativas individuais dos pacientes, resultando em uma experiência positiva e

satisfatória para todos os envolvidos.

## CASE

No Hospital Andradas, a cultura institucional e a liderança comprometida com a excelência do cuidado centrado no paciente/pessoa têm sido uma prioridade há muitos anos. A alta liderança reconhece a importância de proporcionar uma experiência positiva aos pacientes, levando em consideração suas necessidades, preferências e valores individuais.

Maria, uma mulher de 60 anos, foi diagnosticada com uma doença cardíaca crônica e precisava realizar uma cirurgia de revascularização do miocárdio. Ela estava ansiosa e preocupada com o procedimento, bem como com sua recuperação e qualidade de vida pós-operatória. Ao chegar ao hospital, Maria foi recebida por uma equipe de atendimento dedicada, liderada pela enfermeira Ana, que já conhecia o histórico de Maria. Ana ouviu atentamente as preocupações de Maria e tomou notas sobre suas preferências e necessidades específicas. Isso ajudou a criar uma conexão inicial de confiança e mostrou à Maria que sua experiência como paciente era valorizada.

Enquanto isso, o Dr. Miguel, cirurgião cardíaco renomado e diretor médico do hospital, também era engajado e valorizava o cuidado centrado no paciente/pessoa. Ele se encontrou com Maria antes do procedimento para explicar detalhadamente os riscos, benefícios e alternativas do tratamento. Ele também encorajou Maria a fazer perguntas e compartilhar suas preocupações. O Dr. Miguel transmitiu empatia e compaixão, demonstrando o compromisso da equipe médica em cuidar do bem-estar de Maria. Durante a cirurgia, Maria recebeu atenção individualizada, com a equipe cirúrgica e de enfermagem monitorando de perto sua condição e garantindo seu conforto. A equipe também se comunicou de forma clara e aberta com Maria e sua família durante o procedimento, atualizando-os sobre seu progresso.

Após a cirurgia, a equipe de enfermagem continuou os cuidados, considerando as preferências de Maria em relação ao medicamento, à dieta e às atividades diárias. Eles explicaram os passos do processo de recuperação e responderam a todas as perguntas de Maria e de sua família. Além disso, eles garantiram que Maria tivesse acesso a terapias complementares, como terapia ocupacional e fisioterapia, para ajudá-la a recuperar sua funcionalidade e qualidade de vida.

A cultura institucional do hospital, fortalecida pela liderança exemplar do Dr. Miguel, se refletiu em todos os aspectos do cuidado prestado a Maria. A equipe era treinada para fornecer um atendimento compassivo, enfatizando a importância da comunicação eficaz, empatia e envolvimento ativo do paciente. Durante sua estadia no hospital, Maria sentiu-se valorizada como pessoa e como paciente. Ela experimentou um cuidado atencioso e personalizado, onde suas necessidades e preferências foram consideradas em cada etapa

do processo. A abordagem centrada no paciente, combinada com uma cultura institucional sólida, criou uma experiência positiva para Maria e sua família, ajudando-a a se sentir segura, confiante e apoiada durante sua jornada de tratamento e recuperação.

Esse caso ilustra como a cultura institucional e a liderança influenciam o cuidado centrado no paciente/pessoa e a experiência do paciente. Quando a alta liderança demonstra um compromisso genuíno com a excelência no cuidado, e uma cultura institucional é construída em torno do respeito, compaixão e envolvimento do paciente, os profissionais de saúde são capacitados a fornecer um cuidado que atenda às necessidades individuais dos pacientes, promovendo uma experiência positiva e uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON PERSON-CENTERED CARE et al. Person-centered care: A definition and essential elements. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 1, p. 15-18, 2016.

BALINT, Enid. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 17, n. 82, p. 269, 1969.

GOMES, Patricia Helena Goulart. **O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde**: as estratégias utilizadas pelos governos, 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press (US); 2001.

JARDIEN-BABOO, S. et al. Integrative literature review of evidence-based patient-centred care guidelines. **Journal of Advanced Nursing**, v. 77, n. 5, p. 2155-2165, 2021.

KITSON, A. et al. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 69, p. 4-15, 2013.

MORGAN, Stephanie; YODER, Linda H. A concept analysis of person-centered care. **Journal of holistic nursing**, v. 30, n. 1, p. 6-15, 2012.

**Organização Mundial da Saúde**. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021.

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**, v. 24, p. 4263-4275, 2019.

SANTANA, M. J. et al. How to practice person-centred care: A conceptual framework. **Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018.

- Ahmad N, Ellins J, Krelle H, Lawrie M. Person centred care: from ideas to action: Bringing together the evidence on shared decision making and self-management support. London: The Health Foundation; 2014.
- Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Arrigan LO, Hartung R. Coproduction of healthcare services. *BMJ Qual Saf* 2016;25(7):509-517.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-1748.
- FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. *Cultura e poder nas organizações*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldermici O, Elan M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci* 2017;31(4):662-673.
- Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Glob J Health Sci* 2015;8(6):65-74.
- Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. *Quadro Conceitual do IHI para Aumentar a Alegria no Trabalho. IHI White Paper*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. (Disponível em [ihi.org](http://ihi.org))
- Picker Institute. *Principles of patient-centered care*. 2017.
- SILVA, D. *Helping measure person-centred care*. Londres: Health Foundation, 2014.
- STARFIELD ,B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *The Permanente Journal*, Portland, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011.
- The Health Foundation. *Person centred care made simple: what everyone should know about person centred care*. London: The Health Foundation; 2014.
- Zhao J, Gao S, Wang J, Liu X, Hao Y. Differentiation between two healthcare concepts: person-centered care end patient-centered.
- Karin L. Becker, Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients, *Applied Nursing Research*, Volume 53, 2020, 151248, ISSN 0897-1897, <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151248>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189719307992>)
- Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, *et al*. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implement Sci* 2018;13:40.doi:10.1186/s13012-018-0731-zpmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29523167>
- Kwame, A., Petrucka, P.M. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* 20, 158 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Ilardo, M.L.; Speciale, A. The Community Pharmacist: Perceived Barriers and Patient-Centered Care Communication. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 536. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020536>

Gittel, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships [Editorial]. *Journal of Interprofessional Care*, *27*(3), pp. 210-213.

Organização Mundial da Saúde. (2010). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS. Recuperado em 20 de julho, 2021, [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3019:marco-paraacao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-paraacao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844)

Earnest, M., & Brandt, B. (2014). Aligning practice redesign and interprofessional education to advance triple aim outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, *28*(6), pp. 497-500.

Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, *20* (59),: 905-16. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>

Jee-In Hwang, Sung Wan Kim, Ho Jun Chin. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate, *Asian Nursing Research*, Volume 13, Issue 2, 2019, Pages 130-136, ISSN 1976-1317. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.03.001>.

Slater PF, McCance T, McCormack B. Exploring person-centered practice within acute hospital settings. *IPDJ*. 2015;5(9):1–8

Jeong H, Park MH. A predictive model on patient-centered care of hospital nurses in Korea. *J Korean Acad Nurs*. 2019;49(2):191–202. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.2.191>.

Boykins AD. Core communication competencies in patient-centered care. *ABNF J*. 2014;25(2):40–5.

Lee JS. Factors affecting patient-centered nursing of regional public hospital nurses. Unpublished doctoral dissertation, Gangneung-Wonju National University, Gangneung, 2020

Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun*. 2013;18(1):82–102.

Sanya Grover, Aoife Fitzpatrick, Farah Tabassum Azim, Patrocinio Ariza-Vega, Paule Bellwood, Jane Burns, Elissa Burton, Lena Fleig, Lindy Clemson, Christiane A. Hoppmann, Kenneth M. Madden, Morgan Price, Dolores Langford, Maureen C. Ashe. Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review, *Patient Education and Counseling*, Volume 105, Issue 7, 2022, Pages 1679-1688, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399121007254>)

Leidner C, Vennedey V, Hillen H On behalf of the CoRe-Net Co-applicants, *et al*

Implementation of patient-centred care: which system-level determinants matter from a decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations

Anna M. Kerr, Charee M. Thompson, A longitudinal study of third-year medical students' communication competence, communication anxiety, and attitudes toward patient-centered care, *Patient Education and Counseling*, Volume 105, Issue 5, 2022, Pages 1298-1304, ISSN 0738-3991, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399121006133>)

Nkrumah, J., Abekah-Nkrumah, G. Facilitators and barriers of patient-centered care at the organizational-level: a study of three district hospitals in the central region of Ghana. *BMC Health Serv Res* 19, 900 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4748-z>

Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS One*. 2020 Jul 9;15(7):e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>.

Papadopoulos I, Lazzarino R, Koulouglioti C, Aagard M, Akman O, Alpers LM, Apostolara P, Araneda Bernal J, Biglete-Pangiliinan S, Eldar-Regev O, Gonzalez-Gil MT, Kouta C, Zorba A. Obstacles to compassion-giving among nursing and midwifery managers: An international study. *Int Nurs Rev*. 2020 Aug;11:1–13

Yang, Y. Effects of health literacy competencies on patient-centered care among nurses. *BMC Health Serv Res* 22, 1172 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08550-w>

Bello P. Effective communication in nursing practice: A literature review. BSc Nursing Thesis. Arcada; 2017. Available at <https://core.ac.uk/download/pdf/84798372.pdf> Accessed 20 Jan 2021.

Ruben BD. Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Commun*. 2016 Jan 2;31(1):1–11. doi:<https://doi.org/10.1080/10410236.2014.923086>.

McLean A. The person in dementia: A study of nursing home care in the US. Toronto, University of Toronto Press; 2007.

Henly SJ. Health communication research for nursing science and practice. *Nurs Res* [Editorial] 2016;257–8. doi:<https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000171>.

Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht NA. Caring relationship: the core component of patients' rights practice as experienced by patients and their companions. *J Med Ethics Hist Med*. 2010;3(4):1–7.

McCabe C. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):41–9.

Boykins AD. Core communication competences in patient-centered care. *The ABNF J*. 2014 Apr 1;25(2):40–5.

Uchôa-Figueiredo RL et al. Prática Interprofissional Colaborativa: reflexão do constructo à prática. In: Batista, Nildo Alves; Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha (org.). Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa / Organizadores: Nildo Alves Batista e Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Lucia-Uchoa-Figueiredo/publication/364422031\\_Educacao\\_Interprofissional\\_no\\_Brasil\\_formacao\\_e\\_pesquisa/links/6355b9f112cbac6a3eeb8d26/Educacao-Interprofissional-no-Brasil-formacao-e-pesquisa.pdf#page=12](https://www.researchgate.net/profile/Lucia-Uchoa-Figueiredo/publication/364422031_Educacao_Interprofissional_no_Brasil_formacao_e_pesquisa/links/6355b9f112cbac6a3eeb8d26/Educacao-Interprofissional-no-Brasil-formacao-e-pesquisa.pdf#page=12)