

VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



Editora Omnis Scientia
ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE
Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A886 Atualidades sobre a saúde [livro eletrônico] / Organizadores
AlAnderson Alves Ramalho, Tatiane Dalamaria. – Triunfo, PE:
Omnis Scientia, 2021.
280 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-33-9

DOI 10.47094/978-65-88958-33-9

1. Pandemia – Covid-19. 2. Educação em saúde. 3. Saúde
pública. I. Ramalho, AlAnderson Alves. II. Dalamaria, Tatiane.
CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O sistema de saúde, atualmente, enfrenta o avanço da morbimortalidade por Covid-19, suas consequências, além do aumento de agravos e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Neste sentido, a difusão de informações científicas adequadas em qualidade e tempo oportunos é primordial para promoção da saúde. O e-book “Atualidade sobre saúde” reforça a relevância da atualização em saúde por meio da Educação continuada e permanente em Saúde e confirma a importância da multidisciplinaridade e intersectorialidade do setor.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 9, intitulado “COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	14
A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/14-18	
CAPÍTULO 2.....	19
OS DESAFIOS DE EQUIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 E AS FUNÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	
Arthemis Vieira Benevides Ferreira	
Luiz Henrique Abreu Belota	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/19-26	
CAPÍTULO 3.....	27
OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL	
Halana Lirena Naoma Lima de Oliveira	
Josimara do Nascimento	
Jesus Santiago Ramirez Gonzalez	
Hamona Tainara Tuane Lima de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/27-34	
CAPÍTULO 4.....	35
POTENCIAL USO DA SALIVA COMO RECURSO CONFIÁVEL PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO POR SARS-CoV-2	
Suellem Maria Arrais de Oliveira	
Danilo Resende dos Santos	
Éric Ribeiro Silva	
Leydianne Leite de Siqueira Patriota	
Thiago Henrique Napoleão	
Lidiane Pereira de Albuquerque	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/35-45	
CAPÍTULO 5.....	46
O OLHO COMO ROTA DE TRANSMISSÃO DA COVID-19	
Thais Gomes Silva	
Jailma de Araújo Freire	
Marianna Cals Vasconcelos De Francesco	

Matheus Correia Lacerda
Natasha Stephanie Magalhães Rodrigues
Renato Brito Oliveira Martins
Juliana de Lucena Martins Ferreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/46-57

CAPÍTULO 6.....58
A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO
PACIENTE EM PÓS ALTA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jessica Juliane Nascimento dos Santos
Antonia Nágila Ferreira Avelino
Lara Stephany Bezerra Pereira
Maria Islaine Portela de Miranda
Maria José Pereira de Araujo
Roberta Melo de Sousa
Samuel de Sousa Ribeiro
Vitória Régia Alves Mesquita
Francisca Alessandra da Silva Souza
Nataniel Lourenço de Souza
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/58-69

CAPÍTULO 7.....70
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS SEQUELAS PÓS-
COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado
Francisco Gustavo Rodrigues de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/70-75

CAPÍTULO 8.....76
MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Mariana Vieira Garcia de Carvalho
Bruna Rocha Soares de Almeida
Julian Reis da Silva
Silvano Araújo Ferreira Junior
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/76-83

CAPÍTULO 9.....84
COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS
ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

Carla Andréa Avelar Pires

Rhyan Meninea do Rego
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto
Amanda Gabay Moreira
Luiz Lima Bonfim Neto
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/84-93

CAPÍTULO 10.....94
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE
AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Helton Camilo Teixeira
Gustavo Henrique Nery
Larissa Alves Simões
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Viviane Amorim Rodrigues
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Renato Castro de Oliveira
Fabiana Ferreira Schumann
Midiã Quirino Roberto
Barbara Mayara Souza Vasconcelos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/94-105

CAPÍTULO 11.....106
CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR ENTRE O FAMILIAR E O
PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Helton Camilo Teixeira
Ana Cristina Rodrigues de Souza
Gustavo Henrique Nery
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Maison André Miranda Barbosa
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/106-117

CAPÍTULO 12.....118
AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva

Adriane Vieira
José Ricardo de Paula Xavier Vilela
Carla Aparecida Spagnol
Ester Eliane Jeunon
DOI:10.47094/978-65-88958-33-9/118-129

CAPÍTULO 13.....130

PROCESSO DE ENFERMAGEM SOB A LUZ TEÓRICA-METODOLÓGICA DE CALLISTA ROY APLICADO AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Carla Passos Almeida
Luciana Rodrigues Prata Santana
Allan Dantas dos Santos
Andreia Centenaro Vaez
Damião da Conceição Araújo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/130-139

CAPÍTULO 14.....140

IMPACTOS DO USO ATIVO E PASSIVO DO CIGARRO POR GESTANTES NA SAÚDE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Maikon de Souza
Rafael Marabotti Fiorio
Renata Vilela de Almeida Gomes
Tiago Stancioli Tonoli
Victória Pagung
Mateus Gonçalves Prata dos Reis
Caio Lucas Franco Inocêncio
Isadora Cardozo Bragatto
João Lucas Bertoli Sepulchro
Marcela Souza Lima Paulo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/140-148

CAPÍTULO 15.....149

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira
Adriana Barbieri Feliciano
Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo
Sueli Fatima Sampaio
Luciana Nogueira Fioroni
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/149-159

CAPÍTULO 16.....	160
AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA: UM NOVO INSTRUMENTO	
Adriane Vieira	
Plínio Rafael Reis Monteiro	
Karla Rona da Silva	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/160-174	
CAPÍTULO 17.....	175
TENDÊNCIA TEMPORAL E AGLOMERADOS ESPACIAIS DE RISCO DA	
MORTALIDADE POR ACIDENTES DE MOTOCICLETA NO ESTADO DE SERGIPE,	
BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO	
Edilza Fraga Santos	
Thiago de Jesus Santos	
Carla Passos Almeida	
Allan Dantas dos Santos	
Andreia Centenaro Vaez	
Shirley Verônica Melo Almeida Lima	
Karina Conceição Gomes Machado de Araújo	
Damião da Conceição Araujo	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/175-185	
CAPÍTULO 18.....	186
A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA TRIÁDE PACIENTE – FAMÍLIA	
– EQUIPE DE SAÚDE	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/186-192	
CAPÍTULO 19.....	193
OFICINAS DE CONCEITOS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE NO SERVIÇO DE	
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA	
Claudia Feio da Maia Lima	
Aline de Souza Laranjeira	
Adson Silva França	
Carla Sande Lobo	
Marcia Jovelina de Jesus	
Tainá Santos Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/193-200	
CAPÍTULO 20.....	201
O CUIDADO DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA	

Fábio Batista Miranda
Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Sônia Maria Alves da Silva
Francisca da Silva Garcia
Ana Carolina de Moraes Cruz
Antônia Evilânna Cavalcante Maciel
Hélio Holanda da Silva Silvério
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/201-215

CAPÍTULO 21.....216

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NOS IDOSOS: UMA LEITURA HOLÍSTICA ATRAVÉS DA ENFERMAGEM

Rogério de Moraes Franco Júnior
Thays Peres Brandão
Acleverson José dos Santos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/216-226

CAPÍTULO 22.....227

UTILIZAÇÃO DE ARTEFATO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: TRILHA DAS FRUTAS

Sara de Andrade Frederico
Carlos Henrique Linhares Ripardo
Andréa Carvalho Araújo Moreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/227-234

CAPÍTULO 23.....235

CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA

Vanessa Pereira Junqueira
Bárbara Lima Pessoa
Fernanda Teles Santos
Paula Carolina Santos Soledade
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/235-242

CAPÍTULO 24.....243

PERFIL COMPORTAMENTAL DE ESCOLARES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Robertto Zaffalon Júnior
Keitha Jaine Sousa da Costa
Thayanara Mendonça Lima

Pedro Bruno Lobato Cordovil
Rosane Silva dos Santos
Gileno Edu Lameira de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/243-254

CAPÍTULO 25.....255
ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO DE DISPLASIA NO QUADRIL: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR E ARTROSCOPIA

Aline Prates Correia
Kawan Moreira Santana
Mayra da Rocha Santos Freire
Ariel de Almeida Franco
Thiago Rodrigues Lisboa
Raério Rocha Leite
Lucia Friggi Pagoto
Thiago Regis Libório
Sérgio Silva de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/255-261

CAPÍTULO 26.....262
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Ariane de Assis Ramos
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/262-275

AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva¹;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-8857-4487>

Adriane Vieira²;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

José Ricardo de Paula Xavier Vilela³;

Universidade Corporativa Unimed.

<https://orcid.org/0000-0001-5317-0247>

Carla Aparecida Spagnol⁴;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0003-1588-2109>

Ester Eliane Jeunon⁵.

Faculdade Pedro Leopoldo (FPL), Pedro Leopoldo, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0002-5158-015>

RESUMO: este artigo teve por objetivo descrever a adaptação transcultural do questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de natureza aplicada. Quanto ao objetivo se caracteriza com descritivo e o procedimento adotado foi a pesquisa com survey transversal. Para a tradução e adaptação cultural da escala foram avaliados a equivalência conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. A versão final do questionário com 10 itens foi aplicada a uma amostra de 143 pacientes de um hospital privado. A testagem revelou um *Alfa de Cronbach* de 0,90 e Confiabilidade Composta de 0,91. Os valores foram consistentes, adequados e favoráveis para a validação do instrumento. O estudo mostrou que os participantes percebem a existência de práticas relacionadas ao cuidado centrado, como envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo ao autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas. Conclui-se que o questionário pode auxiliar na avaliação periódica da evolução da implantação do modelo de assistência ou cuidado centrado no paciente, e equipar gestores e profissionais de saúde com um instrumento que forneça insumos para a tomada de decisão sobre estratégias de mudanças e alinhamentos entre indicadores de desempenho e percepções dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Comparação transcultural. Estudo de validação. Cuidado centrado no paciente.

ASSESSMENT OF PATIENT-CENTERED CARE: CROSS-CULTURAL ADAPTATION OF A QUESTIONNAIRE

ABSTRACT: this article aimed to describe the cross-cultural adaptation of the Patient-Centered Care Questionnaire to Brazilian Portuguese and to analyze the validity and reliability of the adaptation. This is a study with a quantitative approach and an applied nature. As for the objective, it is characterized with descriptive and the procedure adopted was the research with cross-sectional survey. For the translation and cultural adaptation of the scale, conceptual, semantic, operational, item, measure and functional equivalence were evaluated. The final version of the 10-item questionnaire was applied to a sample of 143 patients from a private hospital. The test revealed a Cronbach's Alpha of 0.90 and Composite Reliability of 0.91. The values were consistent, adequate and favorable for the validation of the instrument. The study showed that the participants perceive the existence of practices related to centered care, such as patient and family involvement in care; attention to the patient's wishes; encouraging self-care; and awareness of shared decisions. It is concluded that the questionnaire can assist in the periodic evaluation of the evolution of the implementation of the patient-centered care model, and equip managers and health professionals with an instrument that provides inputs for decision-making on strategies changes and alignments between performance indicators and patients' perceptions.

KEY-WORDS: Cross-cultural comparison. Validation study. Patient-centered care.

INTRODUÇÃO

A assistência centrada no paciente, ou o cuidado centrado, foi descrita por Balint (1969) para se referir ao processo de compreensão do paciente como um ser humano único. Ao longo do tempo ele passou a ser descrito também por meio de termos alternativos, como '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 aos seus sintomas e/ou doenças, e que o cuidado exige uma abordagem holística, incorporando as dimensões: contexto de uma pessoa e sua expressão; preferências; e crenças individuais (CASTRO *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos o conceito de cuidado centrado geralmente está vinculado a um modelo médico de atendimento centrado no paciente, no Reino Unido ele está mais associado à atenção primária, enquanto na Escócia ele diz respeito a um relacionamento onde a mutualidade predomina (SANTANA *et al.*, 2018). Portanto, o cuidado centrado introduz 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 ele não se limita apenas ao paciente, mas inclui familiares e cuidadores que estão envolvidos, aqueles que não convivem com a doença, bem como atividades de prevenção e promoção da saúde (NALDERMICI *et al.*, 2017).

Desde o final da década de 1970, organizações de saúde e agências regulatórias e de pesquisa passaram a promover a ideia de cuidado centrado no paciente. Nos anos 2000, o assunto mereceu atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), que desenvolveu estruturas de política para

cuidados de saúde centrados, destacando o foco na pessoa como uma peça chave para a qualidade da atenção à saúde (PLEWNIA; BENGEL; KÖRNER, 2019).

O modelo de cuidado centrado no paciente orienta 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 paciente é transformado em um participante ativo, empoderado em relação ao seu estado de saúde, podendo ter conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seu organismo. Além disso, uma abordagem centrada pode melhorar os resultados de saúde relacionados à melhoria da qualidade do tratamento (ROSLAND *et al.*, 2018), ao aumento da satisfação do paciente, à diminuição dos custos relacionados aos cuidados de saúde (LIANG *et al.*, 2018), e à maior adesão e diminuição da utilização de cuidados de saúde (CASTO *et al.*, 2016).

A implementação eficaz do cuidado centrado no paciente tem exigido grandes esforços das organizações, requerendo que serviços e funções sejam redesenhados e reestruturados para serem mais condizentes com o que o modelo exige (SANTANA *et al.*, 2018). Elas também precisam repensar as práticas educativas dos profissionais de saúde, promovendo a reflexão sobre os modos de trabalho. O objetivo final é evitar a mecanicidade e o distanciamento emocional, de forma a se considerar o usuário do serviço como centro da construção de seu cuidado (LANOUE; ROTER, 2018; YEH; WU; TUNG, 2018).

No modelo cuidado centrado o paciente passa a ser visto como especialista de seu próprio corpo, e seu conhecimento experiencial se torna complementar ao conhecimento dos profissionais, além de muito importante para o sucesso do tratamento e melhoria da qualidade do atendimento (DOBRINA; TENZE; PALESE, 2018).

Profissionais de saúde imbuídos do novo papel podem também empoderar os pacientes, gerando um novo paradigma de prática clínica (AHMED *et al.*, 2018). Empoderar, nesse caso significa capacitar ou promover o desenvolvimento e fortalecimento das habilidades físicas, mentais e sociais dos pacientes, de modo a alcançar a autogestão no tratamento. Ao fornecer aos pacientes informações e opções suficientes para fazer escolhas ele é capacitado a conduzir a assumir a corresponsabilidade por sua saúde e bem-estar. Isso promove não somente a autoeficácia do paciente, como um melhor relacionamento com os profissionais de saúde (CASTRO *et al.*, 2016).

Uma forma de identificar se a organização está promovendo a cultura da assistência ou cuidado centrado no paciente consiste em analisar a relação entre pacientes e profissionais, a fim de esclarecer o real valor atribuído ao cuidado na jornada de ambos. Essa análise exige a disponibilização de instrumentos de avaliação, orientados para a melhoria do cuidado centrado no paciente, sendo crucial que as medidas adotadas reflitam os principais componentes da qualidade da decisão centrada no paciente. Além disso, o desenvolvimento de tais medidas permite a documentação do processo de tomada de decisão e leva a um maior desenvolvimento e disseminação de intervenções eficazes, destinadas a promover a tomada de decisão de qualidade superior (PLEWNIA; BENGEL; KÖRNER, 2019).

A partir de uma busca na literatura especializada, foi constatada a inexistência de inquéritos ou questionários validados para a população brasileira. Essa lacuna teórica fez emergir a proposta de traduzir, adaptar culturalmente e validar o *Client-Centred Care Questionnaire* (DE WITTE; SCHOOT;

PROOT, 2006a), cuja versão original está em língua holandesa (*Vragenlijst Clientenperspectief op Vraaggerichtheid Van de Zorg*) (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006b). O objetivo geral deste trabalho, portanto, foi descrever o processo de adaptação transcultural do Questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação.

Na falta de instrumentos nacionais é possível utilizar questionários elaborados em outras línguas, desde que sejam validados e adaptados à cultura em que serão usados (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2005; CRUCIANI, 2011). O processo de adaptação apresenta vantagens consideráveis, pois, na maioria das vezes, os itens do instrumento já foram testados quanto às qualidades psicométricas, possibilitando a comparação dos dados obtidos em diferentes amostras e contextos, além de economizar tempo e trabalho para o pesquisador (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

MATERIAIS E MÉTODO

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa do tipo aplicado. O objetivo do estudo foi descritivo com uso de procedimento do tipo *survey* transversal (BABBIE, 1999).

A coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 dezembro 2019, com a prévia autorização dos autores do questionário original. O local onde foi realizado o teste piloto da versão pré-final do questionário em análise foi denominado de Hospital Gama, a fim de garantir o anonimato da organização. Trata-se de um hospital de grande porte, sem fins lucrativos, que presta assistência médica ambulatorial e hospitalar a usuários da região metropolitana de Belo Horizonte.

Em 2014 o Hospital Gama obteve a certificação ISO 9001:2008, em 2015 a certificação ONA. Em 2016 foi implantado o Programa Selo de Excelência de Assistência Hospitalar, e em 2018 o mapa estratégico foi redefinido, colocando o cliente no centro do negócio e investindo em sua experiência, como forma de impactar o crescimento sustentável. Nesse contexto implantou-se o cuidado centrado no paciente, sendo essa uma inovação recente e que por isto mesmo deve ser acompanhada e avaliada com a finalidade de corrigir possíveis desvios e superar dificuldade. O contato para a realização da pesquisa foi feito com a diretoria do hospital e a proposta foi bem recebida.

Participaram da fase de teste piloto do questionário 20 pacientes e da fase final de validação do instrumento 143. O cálculo da amostra levou em consideração as recomendações de Hair *et al.* (2009), de contar um tamanho mínimo de cinco vezes o número de itens do instrumento. Os critérios de inclusão foram: pacientes adultos entre o dia da alta (ainda no hospital) e 4 semanas pós alta. Foram excluídos do estudo os pacientes em precaução de contato ou isolamento, assim como os readmitidos.

A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital e da instituição de ensino a qual a pesquisa estava vinculada, sob o número de parecer 3.444.608, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

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 neste estudo foi originalmente elaborado por Tineke Schoot, da *Zuyd University of Applied Sciences*, Luc De Witte, da *University of Sheffield*, Ruud Ter Meulen, da *University of Bristol/United Kingdom*, e Ireen M. Proot, da *Maastricht University*, por meio de uma pesquisa qualitativa realizada entre os anos de 2003 e 2004, tendo por objetivo avaliar

o cuidado centrado no paciente. Os 15 itens do questionário foram gerados a partir de entrevistas com pacientes sobre seus principais valores em relação aos cuidados recebidos. Na sequência foi conduzido um estudo piloto com uma amostra de 107 clientes em três organizações de atendimento domiciliar. Desse estudo surgiu o *Client-Centred Care Questionnaire* (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006a), cuja versão original (*Vragenlijst Clientenperspectief op Vraaggerichtheid Van de Zorg*) está em língua holandesa.

O questionário é curto e de fácil compreensão, mesmo para pessoas de baixo nível educacional. A versão original contém 15 itens direcionados ao paciente, envolvendo suas expectativas e valores. Os itens apresentam um aspecto da demanda de cuidado e da relação de cuidado. Cada item é pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Discordo totalmente’ e 5 para ‘Concordo totalmente’.

A tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa requer rigor metodológico, de forma que os valores refletidos por um instrumento e os significados de seus componentes se mantenham equivalentes entre uma cultura e outra (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

O pesquisador deve ficar atento às diferenças culturais das definições de palavras, crenças e comportamentos relacionados ao construto estudado. No presente estudo, seguiu-se as orientações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), que propuseram uma orientação clara e de fácil utilização para a tradução, adaptação transcultural e estudo de validação de instrumentos ou escalas para a pesquisa em cuidados de saúde em seis passos: conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional.

Para validar o instrumento, primeiramente analisou-se a qualidade de mensuração dos construtos, ou seja, se os itens mediam com precisão seu respectivo conceito. Para tal, foi realizado um estudo de validação convergente, que avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas e a confiabilidade dos dados, que avalia 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 seu respectivo construto. valores de AVE acima de 0,50 indicam validade convergente adequada (MONROE; CAI, 2015).

Utilizou-se as medidas Alfa de Cronbach e a Confiabilidade Composta 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 coeficientes entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis (MONROE; CAI, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresenta-se a seguir cada passo percorrido no processo de tradução e validação.

Primeiramente foi feita a tradução inicial da versão holandesa do questionário, por dois tradutores bilíngues e biculturais, com experiência na cultura dos dois países envolvidos (Holanda e Brasil) não cientes dos objetivos da pesquisa. Cabe destacar que apesar do questionário ter sido publicado em inglês, o estudo de validação do mesmo só ocorreu na versão em holandês. A Tabela 1 apresenta a tradução que foi totalmente coincidente.

Tabela 1: Tradução inicial da versão holandesa do questionário *Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg* para o português brasileiro.

Versão em holandês	Versão em português/Brasil (Tradutor 1)	Versão em português/Brasil (Tradutor 2)
01. Ik merk dat de zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta os meus desejos pessoais.	Eu noto que os cuidadores levam em conta meus desejos pessoais.
02. Ik merk dat de zorgverleners echt naar mij luisteren.	Reparei que os prestadores de cuidados estão mesmo a ouvir-me.	Eu percebo que os cuidadores realmente me ouvem.
03. Ik merk dat zorgverleners rekening houden met wat ik hen verteld heb.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta o que lhes disse.	Eu percebo que os cuidadores levam em conta o que eu disse a eles.
04. Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke zorg ik behoefte heb.	Tenho muitas oportunidades para dizer que tipo de cuidados preciso.	Tenho ampla oportunidade de dizer que cuidado preciso.
05. Ik merk dat zorgverleners mijn besluit respecteren als ik het niet met hen eens ben.	Reparei que os prestadores de cuidados de saúde respeitam a minha decisão se eu discordar deles.	Percebo que os profissionais de saúde respeitam minha decisão se eu discordar deles.
06. Ik vind dat zorgverleners duidelijk zijn over wat zij kunnen en mogen.	Penso que os prestadores de cuidados de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer.	Eu acho que os profissionais de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer.
07. Ik vind dat de zorgverleners soms te snel zeggen dat iets niet mogelijk is.	Acho que os prestadores de cuidados de saúde por vezes dizem demasiado depressa que algo não é possível.	Eu acho que os cuidadores às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.
08. Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de zorg die ik nodig heb.	Tenho muitas oportunidades de contribuir com o meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados de que preciso.	Tenho ampla oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados que preciso.
09. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf te doen wat ik zelf kan.	Eu tenho muitas oportunidades para fazer o que eu mesmo posso.	Tenho ampla oportunidade de fazer o que posso fazer.
10. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over welke zorg ik krijg.	Terei muitas oportunidades de co-decidir sobre os cuidados que estou a ter.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir que cuidados receberei.
11. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe vaak ik zorg krijg.	Eu tenho muitas oportunidades de co-decidir sobre a frequência com que recebo cuidados.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir com que frequência recebo cuidados.
12. Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over hoe de zorg wordt uitgevoerd.	Terei ampla oportunidade de co-decidir sobre a forma como os cuidados serão prestados.	Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestados.
13. Ik kan meebepalen op welk tijdstip de zorgverleners mij komen helpen.	Posso ajudar a determinar quando é que os prestadores de cuidados irão ajudar-me.	Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar.
14. Ik vind dat er voldoende met mij overlegd wordt over wie de zorg verleent.	Acho que há consulta suficiente comigo sobre quem presta os cuidados.	Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados.
15. Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf de zorg te regelen en te organiseren.	Tenho muitas oportunidades para organizar e organizar os cuidados pessoalmente.	Tenho ampla oportunidade de organizar e organizar os cuidados.

Fonte: elaborado pelos autores.

Na sequência realizou-se a comparação entre as duas traduções. O principal foco foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido realizadas alterações na formulação de algumas perguntas e trocas de alguns termos, com exceção da terminologia técnica. Em seguida foi formado um painel de especialistas, com o objetivo de discutir as discrepâncias para obtenção de uma versão traduzida preliminar.

O painel foi formado por dois clientes de nível fundamental de escolaridade, dois de nível médio e dois de nível superior. Os de nível médio e superior também eram profissionais de saúde e foram pacientes do hospital em estudo em mais de uma internação, com mais de oito dias. No momento em que houve discordância da tradução de palavras ou de perguntas que não se enquadravam na realidade cultural do país, e que também não estavam relacionadas ao tipo de serviço prestado no hospital, optou-se por sua modificação ou retirada. Foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo a opção mais apropriada.

Também foi avaliada a quantidade de perguntas a serem mantidas para evitar a desmotivação do respondente. Dessa forma-se obteve-se a versão final do questionário para a realização do teste piloto (Tabela 2).

Tabela 2: Versão final do questionário para o teste piloto

Versão final em português/Brasil
1. Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
2. Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.
3. Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.
4. Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos os esclarecimentos solicitados.
5. Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.
6. Os profissionais de saúde foram claros sobre quais atendimentos e cuidados são autorizados a fornecer ou não.
7. Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.
8. Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
9. Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
10. Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos.
11. Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
12. Foi fácil de entender a informação passada pelos profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao realizar a análise do teste piloto com os 20 pacientes se obteve uma AVE (*Average Variance Extracted*) = 0,44, que é menor que 0,50. Nessa situação, eliminou-se as variáveis que possuíam cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados mais dois itens, o 7 e o 10, resultando no questionário exposto na Tabela 3.

Tabela 3: Versão traduzida e adaptada culturalmente do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Item	Cuidados que recebeu dos profissionais de saúde
CCP01	Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
CCP02	Eu percebo que os profissionais de saúde dão atenção e atendem as chamadas ao leito.
CCP03	Eu percebo que os profissionais de saúde levam em conta o que eu digo.
CCP04	Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos os esclarecimentos solicitados.
CCP05	Eu percebo que os profissionais de saúde me respeitam e me tratam com cortesia.
CCP06	Os profissionais de saúde foram claros sobre quais atendimentos e cuidados são autorizados a fornecer ou não.
CCP07	Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
CCP08	Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
CCP09	Eu fui informado e esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
CCP010	Foi fácil de entender a informação passada pelos profissionais de saúde.

Fonte: elaborado pelos autores.

A versão final do instrumento foi aplicada em uma amostra de 143 respondentes, compostas na sua maioria por pacientes, quando estes não tinham condição de ler e escrever, o acompanhante foi convidado a fazer a avaliação. O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair *et al.* (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

Sobre o perfil da amostra dos 143 respondentes, 64,8% eram do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. A idade situou-se entre as faixas etárias de 18 e 24 anos (5,1%), de 25 a 34 anos (13,3%), de 35 a 44 anos (15,3%), de 45 a 54 anos (20,4%), de 55 a 64anos (18,4%) e 65 anos ou mais (27,6%). Dos participantes 44,2% têm o ensino médio completo, apenas 1,1% é não alfabetizado e 33,7%, estão cursando ou tem curso superior.

A Tabela 4 apresenta as medidas descritivas para os itens do Questionário Cuidado Centrado no Paciente: média, desvio padrão e intervalo de confiança.

Tabela 4: Medidas descritivas para os itens do Questionário Cuidado Centrado no Paciente

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

Fonte: elaborado pelos autores.

Dos itens que compõem o Questionário Cuidado Centrado no Paciente, tem-se a maior média observada para o CCP05, 'Percebo que os profissionais de saúde me respeitam e me tratam com cortesia' (4,90), com o menor desvio padrão (0,34) indicando o quão confiável é esse valor. Na sequência estão os itens: CCP04, 'Eu e meus familiares fomos escutados e obtivemos esclarecimentos quando solicitado' (4,87); CCP06, 'Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e

cuidados eles são autorizados a fornecer ou não'; CCP08, 'Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer'; e CCP09, 'Eu sempre fui informado e esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido'; todos com média 4,86.

O item que obteve menor média foi CCP01, 'Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais' (4,67), com o maior desvio padrão (0,75) indicado uma maior variabilidade de respostas. Na sequência está CCP07, 'Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei' (4,73), com elevado desvio padrão (0,73); e CCP03, 'Eu percebo que os profissionais de saúde levam em conta o que eu digo' (4,78). Todas as médias ficaram dentro do intervalo de confiança calculado.

O questionário original, validado numa amostra de 107 clientes em três agências de *homecare* no sul dos Países Baixos (DE WITTE; SCHOOT; PROOT, 2006b) apresentou uma Confiabilidade Composta de 0,54 e um Alfa de Cronbach de 0,94. Na adaptação para a língua portuguesa, com uma amostra de 143 pacientes e familiares do Hospital Gama, o resultado da Confiabilidade Composta foi de 0,91 e o Alfa de Cronbach de 0,90, ficando próximas do resultado anterior.

Em relação aos resultados obtidos na aplicação do questionário no Hospital Gama é possível afirmar que a percepção dos pacientes foi positiva no que se refere às práticas associadas ao modelo cuidado centrado, medidas através dos 10 itens.

Constatou-se que os pacientes percebem que os profissionais de saúde os tratam com respeito e cortesia, que exercem a escuta, fornecem esclarecimentos sobre o tratamento com clareza, e dão autonomia ao paciente para agir e se movimentar quando se sente capaz. Em síntese, o respeito, a escuta e a clareza na comunicação estiveram presentes no relacionamento, indicando que o trabalho desenvolvido no Hospital Gama, em relação à mudança de cultura voltada para o cuidado centrado do paciente tem obtido êxito, apresentando capacidade de promover a melhoria da qualidade do atendimento e o aumento da satisfação do paciente, conforme aponta a literatura (ROSLAND *et al.*, 2018; VAN DER HEIDE *et al.*, 2018).

As principais práticas relacionadas ao cuidado centrado identificadas pela pesquisa foram: envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo do autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas. Tais práticas resumem a relação de empoderamento, autonomia e co-responsabilização assumida entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família (YEH; WU; TUNG, 2018; DOBRINA; TENZE; PALESE, 2018).

Durante muito tempo os pacientes assumiram uma postura passiva em relação ao tratamento, o que ocorria tanto pelo acesso limitado às informações que tinham, quanto pela atitude paternalista dos profissionais de saúde, que controlavam tudo o que deveria ser feito, muitas vezes, sem o envolvimento do paciente nas decisões do cuidado (SANTANA *et al.*, 2018; NALDERMICI *et al.*, 2017).

Para o paciente estar de fato no centro e participar ativamente do seu próprio cuidado é essencial que tenha acesso às informações sobre seu tratamento, e autonomia para tomar suas próprias decisões sobre a adesão e co-responsabilização, com a orientação correta, clara e precisa dos profissionais de saúde (CASTRO *et al.*, 2016). Nesse cenário, a comunicação e a educação em saúde assumem papel fundamental, reforçando o engajamento e a parceria entre profissionais, pacientes e familiares (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016; LEVINSON; LESSER; EPSTEIN, 2019).

Os itens do questionário que obtiveram médias mais baixas, ainda que acima de 4,6, informam

que os profissionais de saúde podem desenvolver ainda mais a capacidade de escuta e de levar em consideração o sentimento, o autoconhecimento e a própria experiência do paciente durante o tratamento. É oportuno ressaltar que o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades deve se mostrar presente no cuidado, reforçando a ideia de que aqueles pacientes engajados e questionadores assumem progressivamente o protagonismo de seu cuidado (SANTANA *et al.*, 2018; PLEWNIA; BENGEL; KONER, 2019). Cabe, portanto, aos profissionais da área da saúde oferecer oportunidades que os pacientes e familiares exerçam esse papel (LANOUE; ROTER, 2018; YEH; WU; TUNG, 2018).

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi descrever a adaptação transcultural do questionário Cuidado Centrado no Paciente para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade desta adaptação. A versão final do questionário com 10 itens foi aplicada a uma amostra de 143 pacientes de um hospital privado. A testagem revelou um *Alfa de Cronbach* de 0,90 e Confiabilidade Composta de 0,91. Os valores são consistentes, adequados e favoráveis para a validação do instrumento.

Os participantes perceberam a existência de práticas relacionadas ao cuidado centrado no hospital investigado, tais como: envolvimento do paciente e da família no cuidado; atenção aos desejos do paciente; incentivo ao autocuidado; e sensibilização sobre as decisões compartilhadas.

Este estudo tem o potencial de contribuir na avaliação periódica da evolução da implantação do modelo de cuidado centrado em organizações hospitalares, e de municiar gestores e profissionais de saúde com informações que podem estimular a elaboração de estratégias de mudanças nos processos e na cultura organizacional, bem como na educação e na conscientização das equipes de saúde e dos pacientes sobre seus papéis.

Acredita-se que esse tipo de instrumento, e de pesquisas decorrentes do seu uso, podem potencializar o processo de comunicação por meio das interações humanas e estimular a relação de confiança e a melhoria dos resultados.

Como limitações do estudo pode-se destacar o tamanho e perfil da amostra. Para futuras pesquisas sugere-se verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos de paciente de hospitais privados e públicos, e se o nível social e o grau de escolaridade são fatores cruciais para um posicionamento atitudinal e perceptivo diferenciado. Outra possibilidade é aplicar o instrumento em maior número de pacientes, aumentando a representatividade da amostra. Sugere-se, ainda, combinar com estudos quantitativos com qualitativos, com objetivo de conhecer mais profundamente as expectativas dos pacientes sobre mudanças na forma de cuidado e, talvez, poder introduzir novos itens de avaliação ao questionário validado.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AHMED, S. *et al.* How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: a scoping review. **BMJ Open**, v. 8, n. 7, p. e021525, 2018.
- BALINT, E. The possibilities of patient-centered medicine. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 17, n. 82, p. 269, 1969.
- BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 23-32, 2017.
- 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.
- CRUCIANI, F. *et al.* Equivalência conceitual, de itens e semântica do Physical Activity Checklist Interview (PACI). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 19-34, 2011.
- DE WITTE, L.P.; SCHOOT, T.; PROOT, I. Development of the cliente centred care questionnaire. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, p. 62-68, 2006a.
- DE WITTE, L.P.; SCHOOT, T.; PROOT, I. **Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg**. Holanda, Zuyd University of Applied Sciences, 2006b. <https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/client-centred-care-questionnaire/>.
- DOBRINA, R.; TENZE, M.; PALESE, A. Transforming end-of-life care by implementing a patient-centered care model: Findings from an action research project. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 20, n. 6, p. 531-541, 2018.
- FERREIRA, G. E.; DALL'AGNOL, C. M.; PORTO, A. R. Repercussions of proactivity in the management of care: Perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160057, 2016.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993.
- HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Editora Bookman; 2009.
- LEVINSON, W.; LESSER, C. S.; EPSTEIN, R. M. Developing physician communication skills for patient-centered care. **Health Affairs**, v. 29, n. 7, p. 1310-1318, 2010.
- LIANG, H. *et al.* The patient-centered oncology care on health care utilization and cost: A systematic review and meta-analysis. **Health Care Management Review**, v. 45, n. 4, p. 364-376, 2020.
- LANOUE, M. D.; ROTER, D. L. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees. **Patient Education and Counseling**, v. 101, n. 6, p. 1143-1146, 2018.

- 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.
- NALDEMIRCI, Ö. *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.
- PLEWNIA, A.; BENDEL, 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.
- 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.
- ROSLAND, A. M. *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.
- SANTANA, M. J. *et al.* How to practice person-centred care: a conceptual framework. **Health Expectations**, v. 21, n. 2, p. 429-440, 2018.
- SCHOLL, I. *et al.* An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. **PloS one**, v. 9, n. 9, p. e107828, 2014.
- TORRES, H. C.; VIRGINIA A. H.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005.
- VAN DER HEIDE, I. *et al.* Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. **Health Policy**, v. 122, n. 1, p. 36-43, 2018.
- YEH, M. Y.; WU, S. C.; TUNG, T. H. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. **Applied Nursing Research**, v. 39, p. 11-17, 2018.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem do enfermeiro 95, 97, 104
Acesso à saúde 14, 16, 19, 21
Ácido ribonucleico (rna) 76, 77
Acolhimento 95, 96, 104, 106, 119, 153, 154, 156, 169, 170
Adaptação transcultural 118, 121, 122, 127
Adolescentes 83, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 266, 268
Alimentação saudável 207, 227, 229, 233, 241
Alimentos industrializados 235, 237, 239, 240, 241, 250, 253
Alimentos ultraprocessados 235, 237, 241, 242
Ambiente hospitalar 186, 188, 189, 190, 191
Ansiedade 17, 27, 31, 32, 101, 112, 135, 136
Antropometria 235
Aprendizagem ativa 149
Artroscopia 255, 257, 259
Atenção à saúde de idosos 227
Atenção primária à saúde 70, 71, 74
Atividade curricular (ac) 149, 150
Atuação profissional 186
Atuação profissional do psicólogo 186
Ausência e/ou insuficiência de recursos 14
Autocuidado 17, 118, 126, 127, 133, 136, 152, 203, 205, 209, 212, 214
Autonomia pessoal 202

B

Biomarcadores 36, 37, 38, 41
Biomecânica 255, 257
Bronquiolite obstrutiva 130, 131

C

Campanhas preventivas 76
Características anatômicas específicas 262
Ciências sociais 19, 20, 21, 25
Complexidade de saúde 193, 195
Complicações da covid-19 70
Conceito de saúde 19, 33
Condições de vulnerabilidade 19, 24, 31
Condições sociais 15, 23, 262
Contato materno com tabaco durante a gestação 141
Coronavírus 14, 15, 18, 33, 34, 36, 43, 74
Cotidiano médico 46
Cotidiano social 46
Covid-19 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 150
Covid-19 e as manifestações oculares 46, 48
Cuidado à saúde 83, 159, 193
Cuidado centrado no paciente 118, 119, 120, 121, 122
Cuidado da população idosa 227, 233
Cuidados de enfermagem 130, 132
Cuidados respiratórios 58, 60

D

Danos físicos da covid-19 70
Degradação das funções dos pulmões 130
Desenvolvimento 141, 145, 234, 255, 257, 265, 268
Desenvolvimento motor e cognitivo 262
Desigualdades sociais 19
Detecção do vírus sars-cov-2 24, 35
Dieta saudável 227
Dietas inadequadas 243, 250
Displasia do desenvolvimento do quadril (ddq) 255, 257
Displasia pélvica 255, 256, 258
Disseminação do vírus 21, 46, 53, 55
Doença crônica não transmissível 243
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 130, 131
Doenças crônicas 6, 138, 210, 228, 231, 236, 237, 239, 248, 252

E

Educação em saúde 73, 106, 126, 156, 198, 221, 223, 225, 227, 229, 230, 232, 233
Educação interprofissional 193, 195
Emergências psiquiátricas 95, 96, 97, 104
Encurtamento femoral 256, 257, 260
Enfermeiro 95, 97, 98, 107, 110, 111, 116
Enfisema 130, 131
Ensino-pesquisa-extensão e serviço 193, 197
Envelhecimento 76, 82, 202, 205, 214, 215, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 267, 269
Envelhecimento populacional 201, 202, 209, 212, 214, 217
Enzima transcriptase reversa 76, 77
Epidemias 22, 23, 25, 27, 30, 31
Equidade em saúde 19, 20, 21, 23
Equipe de saúde 194
Escala 136, 145, 160
Estado nutricional 228, 234, 235, 237, 238, 239, 242
Estratégias de igualdade 14, 17
Estudantes 252
Estudo de validação 118
Exposição da gestante ao tabaco 140, 144, 145

F

Familiares no processo terapêutico 106
Fatores de risco 22, 85, 88, 131, 243, 245, 246, 247, 250, 251, 252, 253
Feminização 76
Fisioterapia 58, 60, 61, 64, 67, 68, 162, 260
Fonoaudiologia 262, 264
Formação profissional 101, 173, 193, 197, 200
Fortalecimento do sistema único de saúde (sus) 193
Frequência alimentar 235

G

Gestação 141
Gestão da clínica 149
Gestão do cuidado 149, 150, 151
Grupo de vírus 70, 71
Grupos terapêuticos 106

H

Hábitos alimentares 227, 229, 230, 236, 243
Hipertensão arterial sistêmica 231, 243, 244, 247, 251, 254
Hospitais públicos 160, 171
Hospital privado 118, 127, 160
Humanização 106, 156, 157, 189

I

Impactos econômicos 14, 16
Imunidade 37, 39, 40, 42, 78, 89, 266
Infecção da covid-19 70
Infecção sexual 84
Ingestão de calorias 235, 236, 237
Instituições de saúde universitárias 160, 161
Instrumento de avaliação 159, 160
Integridade de órgãos, sistemas e funções 59, 68
Interprofissionalidade 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
Intervenção da psicologia 186
Isolamento social 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 30, 33, 228

L

Limitação do fluxo aéreo 130, 131
Linfócitos tcd4 76, 86, 89, 90
Luxação do quadril 256, 258

M

Manutenção do emprego 14
Medicina social e urbana 19
Medidas de controle 15, 46
Mestrado profissional 149
Modelo de assistência 118
Monitoramento respiratório 58, 60
Motricidade orofacial 262, 263, 265, 268
Multiprofissionalidade 193, 195, 196, 197, 198, 199

N

Necrose avascular do fêmur 256
Nutrição adequada 227, 228

O

Oficinas educativas 193, 196
Oftalmologia 46, 48, 49, 50, 53, 55
Osteotomia 256, 258
Osteotomia periacetabular 255, 257
Osteotomias acetabulares 256, 260

P

Paciente bipolar 106
Pacientes pós-covid 19 59
Pacientes soropositivos 84
Padrões alimentares 235, 236
Pandemia 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 62, 67, 68, 70, 71, 150
Pandemia no cotidiano dos oftalmologistas 46
Panorama epidemiológico 76

Patologias 85, 86, 88, 89, 208, 211, 212, 231, 234, 250, 253, 255, 257
Perfil epidemiológico da aids 76
Pessoas socialmente vulneráveis 14
Política pública do sus 149, 157
População vulnerável socialmente 14, 78
Portfólio reflexivo 149, 150
Práticas de segurança 46, 53, 55
Práticas em saúde 149, 150, 151
Precauções clínicas 46, 48
Prevenção 47, 48, 252
Prevenção de complicações 130, 131
Prevenção do hiv 76
Problemas mentais 14
Procedimentos técnicos 95
Processo de ensino-aprendizagem 149, 151, 161
Processo de envelhecimento 203, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 214, 217, 227, 232
Processo de sexualidade 216
Processo educacional 149, 151
Processo saúde-doença 19, 20, 86, 114, 134, 137, 203
Produtos industrializados 235, 236, 241
Profissionais da atenção primária à saúde 70
Profissionais de saúde 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 47, 50, 51, 53, 72, 73, 82, 112, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 147, 156, 186, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 206, 207, 218, 233
Profissional fisioterapeuta 59, 68
Programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) 193, 194
Programas de residência em saúde 160, 169
Promoção de saúde 17, 32, 130, 131
Proteoma salivar 36, 41
Psicologia 33, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 205, 213

Q

Qualidade de vida 17, 60, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 109, 113, 114, 131, 133, 147, 170, 172, 173, 203, 205, 209, 210, 212, 213, 221, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 238, 257
Quantificação de imunoglobulinas 35

R

Reabilitação pulmonar 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68
Reações emocionais 27, 32
Reconhecimento na democratização 14
Recursos financeiros 14
Relação terapêutica 95, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114
Residências em saúde 160, 161
Residentes médicos 160, 164
Resposta imune 35, 37, 39, 40, 42, 77
Retrovírus sars-co-v-2 27, 29
Risco de exposição 46

S

Saliva 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 267, 269
Saneamento básico 14, 16, 23, 24, 25
Saúde de indivíduos e de populações 149
Saúde de mãe e filho 140
Saúde do idoso 202
Saúde infantil 141
Saúde mental da sociedade 27, 29
Saúde ocular 46, 48, 53

Sedentarismo 243, 248, 250, 251, 252
Sequelas 27, 58, 60, 64, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 96, 187, 189, 257
Serviço ambulatorial 67, 193, 196, 197
Serviços especializados em saúde mental 106, 109
Serviços hospitalares 95, 97, 104
Sexualidade 108, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Sexualidade idosa 216, 218, 220, 222, 223, 224
Sífilis 84, 85, 91
Sífilis secundária 84, 87
Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) 76, 77
Síndrome de down 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
Síndrome pós-cuidados intensivos 70
Síndromes respiratórias agudas 70, 71
Sistema de informação de agravos de notificação (sinan) 76, 78
Sistema de saúde privado 19
Sistema de saúde pública 19
Sistema estomatognático 262, 263, 265
Sistema único de saúde 70
Sofrimento psicológico 27
Substituição dos alimentos 235, 236
Surtos epidêmicos 19, 23

T

Tabagismo 141
Teoria de enfermagem 130, 132
Terapêutica 95, 97, 103, 107
Testes de sífilis 84, 91
Trabalho interprofissional 193, 196
Transmissão do vírus 40, 46, 47, 53, 55, 89
Transprofissionalidade 193, 195, 196, 198
Transtorno afetivo bipolar 106, 108, 111, 115
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) 141, 142
Transtornos de saúde mental 27, 32
Tratamento clínico de morbidades 227

U

Unidade de terapia intensiva 66, 70, 74
Unidades básicas de saúde 70
Uso materno ativo e passivo do tabaco 140, 142

V

Ventilação mecânica invasiva 67, 70
Vida do idoso 227, 234
Virilidade 216, 223
Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 37, 40, 76, 85, 86



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 
<https://editoraomnisscientia.com.br/> 
@editora_omnis_scientia 
<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 
+55 (87) 9656-3565 