

## II SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

---

*Gestão em Saúde em Tempos de COVID-19: cenários e perspectivas*  
9 e 10 de dezembro de 2021

---

### ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO QUESTIONÁRIO CUIDADO NO DIÁLOGO – ESCALA DE COMPETÊNCIA

Patrícia Lourdes Silva, Universidade Federal de Minas Gerais/Unimed-BH; Adriane Vieira,  
Universidade Federal de Minas Gerais, Carla Aparecida Spagnol

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

#### INTRODUÇÃO

Partindo do senso comum, o cuidado se caracteriza pela atenção, responsabilidade e zelo dedicados às pessoas e coisas em lugares e tempos distintos. Já o cuidado em saúde introduz a dimensão da integralidade, que permeia as práticas a ela associados. Ele não se restringe apenas às competências e tarefas técnicas, mas agrega a isso o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos como elementos inerentes a sua constituição (PINHEIRO; MATTOS, 2005). O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado a suas necessidades individuais, e não à doença em si. O conceito transforma o paciente em um participante ativo dos processos assistenciais de seu estado de saúde, permitindo que ele adquira conhecimento, discernimento e tome decisões em relação aos procedimentos clínicos que envolvem seu organismo (MOREIRA, 2010). À medida que os serviços de saúde passaram a adotar estratégias de cuidado centrado, as partes interessadas se concentraram em melhorar a experiência do paciente, contemplando elementos sobre qualidade da saúde e satisfação do paciente. Nesse contexto, fatores como segurança e excelência na experiência do paciente se tornaram prioridades alinhadas ao planejamento estratégico e à gestão do cuidado da organização de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

#### OBJETIVO

Este artigo teve por objetivo descrever a adaptação transcultural do questionário ‘Cuidado no Diálogo – Escala de Competência’ para o português brasileiro e analisar a validade e a confiabilidade da adaptação.

#### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa. Quanto aos fins se caracteriza com descritivo e o método adotado foi o survey transversal. Para a tradução e adaptação cultural do questionário foram avaliadas a equivalência conceitual, semântica, operacional, de itens, de medidas e funcional. O questionário em questão é o *Zorg in Dialoog - Competentie Schaal*, traduzido como ‘Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências’, elaborado e validado por Schoot *et al.* (2005a; 2005b) e Schoot *et al.* (2006), cuja versão original está em língua holandesa. A versão da escala original consiste em três conjuntos perfazendo um total de 29 itens: Competência comunicação (1) diz respeito ao processo de cuidado no diálogo, consistindo em 14 itens comportamentais; Competência gestão compartilhada (2) que diz

respeito ao apoio à participação do cliente, com 7 itens comportamentais; e Competência proatividade (3) que envolve 8 itens comportamentais. Cada item é pontuado em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 para ‘Discordo totalmente’ e 5 para ‘Concordo totalmente’. A amostra de profissionais foi composta de 148 profissionais de saúde, vinculados ao Hospital Gama, nome fantasia adotado 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. 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®. a coleta de dados ocorreu entre 8 de outubro a 1 dezembro 2019

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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. Na sequência realizou-se a comparação entre as duas traduções. Em seguida foi formado um painel de especialistas, com o objetivo de discutir as discrepâncias para obtenção de uma versão traduzida preliminar, composto: 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos, 1 psicólogo. Um teste piloto foi realizado com a participação de 20 profissionais de saúde. A versão final do instrumento foi aplicada em 148 profissionais de saúde. A confiabilidade do questionário mostrou a consistência interna com um alfa de Cronbach para Competência 1 = 0,81, Competência 2 = 0,78, Competência 3 = 0,74, sendo que 11 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 18) da competência (1) foram removidos; 3 itens (7, 9 e 10) da competência (2); e os itens 2 e 3 da competência (3) também foi removido do questionário, devido à baixa carga fatorial. A Tabela 4 apresenta as medidas descritivas.

**Tabela 4** - Medidas descritivas para os itens do ‘Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências’

Item	Média	DP	IC (95%)
CDC01. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.	4,60	0,63	[4,50: 4,70]
CDC02. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.	4,28	0,83	[4,15: 4,41]
CDC03. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.	4,17	0,79	[4,04: 4,30]
CDC04. Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.	3,84	1,06	[3,67: 4,02]
CGC05. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.	3,96	1,07	[3,79: 4,13]
CGC07. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.	4,04	1,16	[3,85: 4,23]
CGC06. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado	4,16	0,97	[4,01: 4,32]
CGC08. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.	4,14	0,90	[4,00: 4,29]
CPR09. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.	4,47	0,71	[4,36: 4,59]
CPR10. Estou aberto às críticas dos clientes.	4,70	0,57	[4,60: 4,79]
CPR 11. Estou aberto às críticas dos colegas.	4,70	0,56	[4,61: 4,79]

Fonte: elaborado pelos autores.

De modo geral os resultados demonstram que os profissionais de saúde revelam conhecimento sobre os pressupostos que sustentam o modelo de cuidado, mas que eles ainda não estão totalmente incorporado em sua prática, especialmente no que se refere a dificuldade de exercer a comunicação e diálogo, a gestão compartilhada do cuidado na tomada de decisão e o comportamento proativo da equipe, conforme preconizado pelo cuidado centrado no paciente (TRAJKOVSKI et al., 2012). Nas afirmativas “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” e “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” apresentaram os escores mais baixos, demonstrando que os profissionais não exercem estas ações sempre. A afirmativa “Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente”, por sua vez na foi a mais bem avaliada, demonstrando que os profissionais levam em conta as preferências dos pacientes.

## CONCLUSÃO

O processo de adaptação cultural do Questionário Cuidado no Diálogo – Escala de Competências para o português brasileiro foi adequado. O instrumento aplicado a amostra se revelou de fácil compreensão pelos participantes do estudo, confiável e válido para a auto-avaliação do cuidado no diálogo. Os resultados obtidos no hospital em estudo mostraram que é vital criar condições favoráveis que possam potencializar a comunicação eficaz e a decisão compartilhada, entre pacientes e familiares, para assim, promover o cuidado centrado no paciente mais presente no atendimento. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde precisam dialogar com o paciente e familiar, e compartilhar informações para a tomada de decisões.

## REFERÊNCIAS

- MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.
- PINHEIRO R; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2005.
- SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013.
- 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.
- SCHOOT, T. *et al.* Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.19, p.169-176, 2005a.
- SCHOOT, T. *et al.* Actual interaction and client-centredness in homecare. **Clinical Nursing Research**, v.14, n.4, p.370-393, 2005b.
- SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; WITTE, Luc P. de. Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg: de ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. **Verpleegkunde**, Vondellaan, v. 21, n. 3, p. 175-185, out. 2006.

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