

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**ROBERTA MARIA SAVIETO**

**Adaptação do CARE *Approach* para o contexto brasileiro – Abordagem CARE –  
versão brasileira: proposta de ensino de empatia para profissionais de saúde**

**Ribeirão Preto**

**2023**

ROBERTA MARIA SAVIETO

**Adaptação do CARE *Approach* para o contexto brasileiro – Abordagem CARE –  
versão brasileira: proposta de ensino de empatia para profissionais de saúde**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da  
Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações  
da USP (BDTD)

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto para obtenção do título de  
Doutora em Saúde Pública

Orientador: Prof Dr João Mazzoncini de Azevedo  
Marques

**Ribeirão Preto**

**2023**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Saviato, Roberta Maria

Adaptação do CARE *Approach* para o contexto brasileiro - Abordagem CARE - versão brasileira: proposta de ensino de empatia para profissionais de saúde. Ribeirão Preto, 2023.

184 p.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Marques, João Mazzoncini de Azevedo.

1. Empatia. 2. Ensino. 3. Saúde. 4. Formação e capacitação de recursos humanos. 5. Estudos de validação.

Nome: Saviato, Roberta Maria

Título: Adaptação do *CARE Approach* para o contexto brasileiro – Abordagem CARE  
– versão brasileira: proposta de ensino de empatia para profissionais de saúde

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de  
Ribeirão Preto para obtenção do título de Doutora  
em Saúde Pública.

Aprovada em: 30/04/2024

Banca Examinadora

Prof Dr: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof Dr: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof Dr: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof Dr: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Peço licença a tantos queridos que tenho em minha vida, para dedicar este trabalho a uma única pessoa.

Escrevo essa dedicatória ao meu filho, Conrado. Ele me ensina e me inspira, todos os dias, a tentar ser melhor, a tentar fazer melhor, simplesmente porque existe.

Talvez, no “avançado” dos seus 7 anos de idade não entenda exatamente o que é um “doutorado” ou porque a mamãe trabalha e estuda tanto. Mas, tenho certeza de que ele entende o quanto de amor coloco nessas “tarefas” e, principalmente, o tanto que esse amor reverbera em nossa relação.

E, pensando bem, esse é um importante ensinamento que quero deixar para ele: Coloque amor e intenção em todas atividades de sua vida. Colha amor à sua volta.

Ainda, respeito, coerência e verdade me parecem ser aspectos fundamentais dos legados que também quero deixar para ele. Tenha respeito por todos, seja coerente com sua verdade e dedique-se com amor.

Dessa mesma forma, esforço-me cotidianamente para ser seu exemplo e, como consequência, de respeito, coerência, verdade e amor, espero que lhe mostre o quanto a empatia pode torná-lo melhor.

Assim, espero fazer minha parte no meu “micromundo” e, coerentemente, ensinar um ser humano a ser mais empático!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, as forças do universo que, de alguma forma, ajudaram-me neste percurso.

Agradeço ao Professor João Mazzoncini de Azevedo Marques por aceitar me guiar nesta jornada e me abrir portas “uspianas” novamente. Agradeço por sua parceria, suporte, conversas e reuniões.

Até chegar no Professor João, preciso expressar minha gratidão ao Professor Stewart Mercer (mesmo que lá da Escócia não veja este documento), que desde 2014 me apoia para as transformações brasileiras de seus materiais.

Também agradeço ao Dr Leonardo Moscovici, que esteve presente na concepção da proposta de projeto desta tese, assim como agradeço a Dra Naira Hojajj, por desde que soube, apoiar, de muitas formas, esta empreitada.

Ainda na área profissional-acadêmica, agradeço, mais uma vez num espaço formal, a honra de ter tido professoras, parceiras, cúmplices como a Dra Maria Júlia Paes da Silva e a Dra Eliseth Ribeiro Leão. Posso dizer que tenho muita sorte por tê-las (e mantê-las) em meu caminho por tanto tempo.

Também expresso meu agradecimento à Júlia Mininel, que além de fundamental para este trabalho, já foi aluna, orientanda e virou amiga.

Incluo em meus agradecimentos Sabrina Bomfim, que acompanhou minha trajetória neste projeto ainda como estagiária e Letícia Bernardes, que me ajudou com figuras e companhia. Essas três últimas representam muitos alunos que fizeram parte do meu cotidiano profissional, mas permaneceram de forma especial.

No campo pessoal, agradeço aos meus pais, Sônia e Marcos, que sempre vibraram por meus sonhos e conquistas e, principalmente, sempre fizeram muito esforço para apoiá-los.

Agradeço às “Eternas”, amigas desde a época da faculdade, por mais de 22 anos de tantas histórias, companheirismo e amor e à Carolina Carvalho, por ter uma admiração incentivadora a meu respeito.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

*You may say I'm a dreamer*

Você pode dizer que sou um sonhador

*But I'm not the only one*

Mas eu não sou o único

*I hope someday you'll join us*

Eu espero que algum dia você se junte a nós

*And the world will live as one*

E o mundo viverá como um só

Trecho da música "*Imagine*" de John Lennon e Yoko Ono, 1971.

## RESUMO

Saviato RM. Adaptação do CARE *Approach* para o contexto brasileiro – Abordagem CARE – versão brasileira: proposta de ensino de empatia para profissionais de saúde [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023.

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil suscita ações efetivas e de baixo custo, como investimento em aspectos comportamentais e relacionais dos profissionais, a fim de alcançar maior qualidade em saúde. A empatia se encaixa neste requisito, especialmente no contexto de cuidado centrado na pessoa/paciente. Esta pesquisa teve como objetivos: adaptar a CARE *Approach*, uma ferramenta escocesa para ensino de empatia a profissionais de saúde, para o contexto brasileiro; apresentar proposta de treinamento da CARE *Approach* no ensino de profissionais de saúde, tanto de forma remota quanto de forma presencial. Foram cumpridas três etapas para execução da adaptação transcultural: tradução inicial por profissional da saúde proficiente em inglês; avaliação dessa tradução por comitê de especialistas multiprofissional, formado por um representante de cada categoria (enfermagem, medicina, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional); revisão da versão traduzida com as sugestões do comitê, realizada por dois especialistas da área linguística, capazes de fazer retrotradução e revisão gramatical. O processo de adaptação foi embasado na psicometria, com seleção de etapas pertinentes à natureza do material, que se trata de livro-texto. As propostas de treinamento foram descritas, com destaque para sua duração de seis semanas, o papel do facilitador e as discussões em pequenos grupos baseadas em leitura prévia do material. Trata-se de um estudo pioneiro no cenário nacional, em que foi concluída a adaptação, resultando na Abordagem CARE – versão brasileira (*CARE Approach – brazilian version*).

**Palavras-chave:** Empatia. Ensino. Saúde. Formação e capacitação de recursos humanos. Estudos de validação.



## ABSTRACT

Saviato RM. Adaptation of the CARE Approach to the Brazilian context – CARE Approach – Brazilian version: proposal for teaching empathy to healthcare professionals [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023.

Strengthening Primary Health Care in Brazil calls for effective, low-cost actions, such as investing in the behavioural and relational aspects of professionals in order to achieve higher quality health care. Empathy fits this requirement, especially in the context of person/patient-centred care. This research aimed to: adapt the CARE Approach, a Scottish tool for teaching empathy to health professionals to the Brazilian context; present CARE Approach's training proposal for teaching healthcare professionals, both remotely and in person. Three stages of cross-cultural adaptation were performed: initial translation by a health professional proficient in English; evaluation of this translation by a multiprofessional expert committee formed by a representative of each category (nursing, medicine, nutrition, speech therapy, physiotherapy, psychology, and occupational therapy); review of the translated version with the suggestions of the committee, performed by two specialists in the linguistic area capable of back-translation and grammatical review. The adaptation process was based on psychometrics, with the selection of stages pertinent to the nature of the material, which is a textbook. The training proposals were described, with emphasis on their six-week duration, the role of the facilitator and the small group discussions based on prior reading of the material. This is a pioneering study on the national scene, in which the adaptation was completed, resulting in the CARE Approach - Brazilian version.

**Keywords:** Empathy. Teaching. Health. Human resources qualification and training. Validation studies.

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1. Esquema representativo dos aspectos da empatia .....	24
Tabela 1. Avaliação do comitê de especialistas em cada módulo da proposta de tradução da CARE <i>Approach</i> .....	31
Quadro 1. Planejamento das atividades da Abordagem CARE – versão brasileira na modalidade remota .....	33
Quadro 2. Planejamento das atividades da Abordagem CARE – versão brasileira na modalidade presencial .....	35

## APRESENTAÇÃO

Antes de apresentar a tese, quero contar um pouco da minha trajetória até chegar nela.

Eu fiz a graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), na cidade de São Paulo, entre 2002 e 2005. Lá, tive a honra e o prazer de ser um pouco “atrevida” e procurar, logo no primeiro ano, a Professora Maria Júlia, que encantou toda a minha turma ao ministrar uma disciplina chamada “Fundamentação do Processo de Cuidar”, no segundo semestre do curso. Ela nos falou um pouco de pesquisa e eu pensava: “Quero fazer isso!”. Muito gentilmente, ela marcou uma reunião com muitos alunos interessados (imagino que tinham cerca de 10 a 15 alunos da minha turma) para ouvi-la aprofundar na explicação sobre o que era exatamente pesquisa. Depois dessa reunião, a maioria desistiu da ideia de fazer pesquisa... alguns foram procurar outros professores para estudar temas pelos quais tinham afinidades, outros foram em busca de bolsas de projetos já prontos e poucos continuaram com a ideia...eu estava entre eles...

E foi assim que comecei estudando uma prática complementar (na época, mais conhecida como alternativa, hoje, chamada de integrativa), o Toque Terapêutico. Foi assim que segui sob orientação da Professora Maria Júlia e colhi muitos frutos, ainda na graduação: dois projetos com ratos na EEUSP, um com camundongos na Faculdade de Medicina da USP, três artigos publicados e uma bolsa de Iniciação Científica (PIBIC-USP) do CNPq.

Olhando em retrospectiva, agora, percebo que não foi pouca coisa... Mas, quando me formei, eu queria muito trabalhar de enfermeira. E assim foi... acabei me especializando em Emergência, vivendo muitos plantões em serviços públicos e privados, trabalho em datas e horários não convencionais. Entretanto, generosa como sempre, a Professora Maria Júlia sempre permitiu que eu frequentasse as reuniões do seu Grupo de Pesquisa sobre Comunicação e Saúde na EEUSP, o GPCOM, onde permaneci por mais de uma década, ouvindo, aprendendo e contribuindo. Até que tive a certeza que estava pronta para entrar no mestrado. Quis o destino que, bem nesse momento, a Professora estivesse em fase de aposentadoria e sem vaga para me orientar.

E então a Professora Eliseth Leão (ou somente Lis) apareceu. Em 2013 me candidatei ao processo seletivo da primeira turma do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, fui aprovada e a “ganhei” como orientadora. Então reavivamos nossa memória: eu até já havia tido aula com ela, na época da graduação e ambas tivemos a mesma “escola” Maria Júlia, que fora sua orientadora de mestrado e doutorado.

Assim, o tema do meu mestrado, não poderia fugir muito da área de relacionamento interpessoal e comunicação humana. Mas eu queria estudar um pouco mais emergência, afinal era minha área de atuação. Então, no mestrado estudei empatia em enfermeiros de pronto-socorro. Tive a oportunidade de aprender um pouco mais sobre pesquisa e validação de instrumentos, contatar pesquisadores internacionais e publicar dois artigos.

Quando terminei o mestrado, eu já tinha certeza de que queria fazer doutorado e continuar estudando empatia. E, depois de muitas mudanças na vida pessoal, incluindo o nascimento do Conrado, o mesmo pesquisador internacional que foi parte do meu mestrado (Professor Stewart Mercer, da Escócia) me apresentou ao Professor João, ao Dr Leonardo Moscovici e à CARE *Approach*.

Dessa forma, tive a possibilidade de concorrer e ser aprovada no processo seletivo do programa de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da USP Ribeirão. Mesmo com pandemia, isolamento social e disciplinas *online*, consegui concretizar meu projeto e me aprofundar nos estudos sobre empatia.

Mais uma vez, quando olho em retrospectiva, percebo que não foi pouca coisa que eu consegui... como fruto do meu caminho acadêmico, deixei a assistência e fui para a docência... e saí da docência e fui para a pesquisa.

Hoje, percebo que trabalho exatamente com o que queria, quando terminei o 3º colegial (porque em 1999 não era ensino médio). Eu queria muito estudar e escrever no meu trabalho! Estou extremamente feliz e grata pela trajetória que percorri!

Pela frente, apesar da incerteza do futuro sobre o qual nenhum de nós tem controle, levo a certeza de amar o que faço e fazer com amor, esperando pela colheita desses frutos que planto com o doutorado.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
1.1 Sistemas de Saúde Orientados por Valor, Cuidado Integrado e Centrado nas Pessoas e Atenção Primária à Saúde .....	15
1.2 Cuidado Integrado Centrado nas Pessoas e Empatia .....	16
1.3 Cuidado Integrado e Centrado nas Pessoas nas Políticas Nacionais de Humanização, Atenção Básica e Atenção Especializada .....	17
1.4 Implementação da Abordagem CARE para profissionais do SUS, como tecnologia relacional de baixo custo .....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	23
3.1 Empatia .....	23
3.2 A empatia e modelos de Cuidado Centrado nas Pessoas/paciente na Atenção Primária .....	26
<b>4 MÉTODO</b> .....	28
4.1 Tipo de estudo .....	28
4.2 Local do estudo .....	28
4.3 Aspectos éticos .....	28
4.4 População e amostra .....	29
4.5 Operacionalização da coleta .....	29
4.6 Instrumentos de coleta .....	30
<b>5 RESULTADOS</b> .....	31
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	38

<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	56
Anexo I - CARE <i>Measure</i> – versão brasileira .....	56
Anexo II - CARE <i>Measure</i> – profissionais .....	58
Anexo III - Abordagem CARE – versão brasileira .....	60
Anexo IV - Artigo referente ao processo de adaptação submetido na revista <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> .....	158
<b>APÊNDICES</b> .....	173
Apêndice A - Autorização do Professor Stewart Mercer .....	173
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	175
Apêndice C - Carta convite ao comitê de especialistas .....	178
Apêndice D - Instrumento de avaliação do comitê de especialistas .....	179
Apêndice E - Orientação para navegação na pasta .....	182
Apêndice F - Avaliação de percepção após conclusão do treinamento .....	183

## 1.INTRODUÇÃO

### 1.1. Sistemas de Saúde Orientados por Valor, Cuidado Integrado e Centrado nas Pessoas e Atenção Primária à Saúde

Nas duas últimas décadas houve uma grande expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, levando ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Este movimento está de acordo com o que, internacionalmente, foi defendido na Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978) e, mais recentemente, pactuado na Declaração de Astana (Brasil, 2021a; Brasil, 2021b) e na proposta de *“Integrated and People Centred Health Services”* (“IPCHS” - “Serviços de Saúde Integrados e Centrados nas Pessoas”, em português) (WHO, 2016).

Instituições e pesquisadores ligados à Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que os Sistemas de Saúde sejam organizados e avaliados - ou seja, que seu “valor” seja medido - conforme a sua contribuição para o bem-estar da sociedade (representado como um agregado de medidas de satisfação com a vida expressadas pelos seus cidadãos). Para isso, devem perseguir objetivos gerais de: a) melhoria da saúde; b) equidade; c) eficiência; d) capacidade de resposta; e) proteção financeira (Smith, et al 2023).

Para atingir esses objetivos, recomenda-se que pagadores e provedores de serviços (incluindo os profissionais de saúde) usem a proposta de IPCHS, que foi desenvolvida e coordenada pela OMS a partir de revisões extensas da literatura, com participação expressiva de outras instituições, técnicos, clínicos e pesquisadores (WHOa, 2015; WHOb, 2015).

Essa proposta, em tradução livre, “Apela a reformas para reorientar os serviços de saúde, colocando os indivíduos, as famílias, os prestadores de cuidados e as comunidades no seu centro, apoiados por serviços ágeis que respondam melhor às suas necessidades e que sejam coordenados dentro e fora do setor saúde, independentemente da situação do país ou do estado de desenvolvimento. Estas reformas também incorporam uma abordagem de direitos humanos, consagrando o acesso aos cuidados de saúde como um direito básico, sem distinção de etnia, religião, gênero, idade, deficiência, crença política e condição econômica ou social...” (WHO,2016). Dessa forma, extraímos que a reorientação dos sistemas de saúde para

sua organização com base em uma APS expandida, resolutiva e coordenadora dos cuidados oferecidos individualmente e para populações específicas, é fortemente recomendada (WHO, 2015a; WHO, 2015b; WHO, 2016; WHO, 2018).

Evidências mostram que a implementação da proposta de IPCHS pode beneficiar de forma ampla e significativa o cuidado em saúde (e a própria saúde), pois tem potencial de proporcionar melhores literacia, autocuidado, acesso aos serviços, desfecho e satisfação aos usuários, além de maior satisfação dos profissionais, eficiência dos serviços e redução de custos (WHOa, 2015; WHO,2016).

## **1.2. Cuidado Integrado Centrado nas Pessoas e Empatia**

Dentro dessa proposta, de acordo com a OMS (WHO,2016), “Serviços de Saúde Centrados nas Pessoas” consideram os indivíduos, suas famílias e comunidades como participantes do sistema de saúde, de forma que tenham ponderadas suas necessidades e preferências, para além de suas doenças. Também, é fundamental que ofereçam educação e suporte para instrumentalizar os pacientes e seus cuidadores a decidirem sobre o próprio cuidado, além de fornecer subsídios para ações políticas e sanitárias. Os “Serviços de Saúde Integrados” representam a continuidade de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da cadeia dos diversos tipos e locais de serviços (WHO,2016).

Nesse sentido, para desenvolver a IPCHS, a “Co-produção de Saúde” é a estratégia mais ampla, que compreende o compartilhamento de informações e decisões entre indivíduos, suas famílias, comunidade e profissionais, provedores e sistemas de saúde embasados numa relação de longo prazo, recíproca e igualitária (WHO, 2016). Dessa forma, a saúde, em seu mais amplo significado, é desenvolvida de forma conjunta pelo usuário (e as pessoas que o cercam) e pelo profissional (com todo o sistema em que ele está inserido).

A importância desse cuidado integrado centrado na pessoa se dá a partir de dois conjuntos de observações:

- a) Fornece valores filosóficos, éticos e morais – o direito e o estímulo à autonomia e à participação de cada pessoa nas decisões sobre a sua saúde, baseados nos seus valores e objetivos de vida pessoais, ou seja, os “pacientes” dos serviços de saúde devem ser tratados como “pessoas” na



sua integralidade e o seus cuidados de saúde devem ser personalizados (Entwistle et al, 2013; WHO, 2015b; Entwistle et al, 2022; Mitchell et al, 2022; Mitchell et al, 2023)

- b) Implica em melhores desfechos de saúde física e mental e interação social, encontrados tanto no cuidado individual como no cuidado coletivo de diferentes populações. Esses melhores desfechos relacionam-se com a compaixão (Tzreciak et al, 2017) e “empatia terapêutica” (Howick et al, 2018), um dos componentes necessários do cuidado centrado na pessoa, junto com acesso, continuidade, coordenação, trabalho em equipe e empoderamento do paciente (Hardman, Hewick, 2019).

A empatia terapêutica pode ser descrita como a capacidade de compreender o outro, comunicá-lo dessa compreensão e agir de uma maneira útil e terapêutica para ajudá-lo (Mercer, Reynolds, 2002; Howick et al, 2018). A compaixão está associada à resposta emocional à dor ou sofrimento de outra pessoa, envolvendo um desejo autêntico de ajudar (Tzreciak et al, 2017). O atendimento por profissionais mais empáticos e compassivos – que viabilizam concretamente a participação das pessoas nas decisões sobre o seu próprio cuidado, levando em consideração o seu contexto de vida e as suas prioridades e preferências - tende que sejam vistos como mais confiáveis, com conseqüente maiores aderência ao tratamento e participação ativa dos pacientes, de forma a promover melhores desfechos (Mercer, Reynolds, 2002; Michie et al, 2003; Mercer et al, 2004; Hibbard et al, 2013; Stewart et al, 2013; Bikker et al, 2015; WHO, 2015a; Alvarez et al, 2016; Tzreciak et al, 2017; WHO, 2018; Patel et al, 2019; Greene, Wolfson, 2023).

### **1.3. Cuidado Integrado e Centrado nas Pessoas nas Políticas Nacionais de Humanização, Atenção Básica e Atenção Especializada**

Nacionalmente, as portarias do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010) e sobre as Políticas Nacionais de Atenção Básica (Brasil, 2017) e de Atenção Especializada (Brasil, 2023), reforçam a importância do Cuidado Integrado e Centrado nas Pessoas, inclusive na APS, para o funcionamento adequado da Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Na PNH, a autonomia dos indivíduos e comunidade é fortemente incentivada, considerando seu protagonismo e corresponsabilidade do compartilhamento dos

processos de gerir e cuidar de sua saúde (Brasil, 2010). A Política da Atenção Básica reforça a importância dos múltiplos determinantes e condicionantes de saúde na formação da singularidade de cada pessoa, que deve ter suas necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais atendidas pelo conjunto integral dos serviços, considerando o Cuidado Centrado na Pessoa como estratégia para compreensão e definição dessas necessidades (Brasil, 2017). Por fim, a Política de Atenção Especializada realça, em seu artigo quarto, que o modelo de atenção deve ser centrado nas necessidades de saúde e cuidado do usuário, por meio de seu próprio envolvimento, além de fomentar articulação com a APS para ampliar resolutividade e aprimorar a gestão dos recursos (Brasil, 2023).

Tudo isso significa que já temos em nosso país direcionamentos claros para desenvolvimento do Cuidado Integrado Centrado nas Pessoas, em diversos níveis de atendimento, de maneira que incrementar seu pleno funcionamento, inclusive considerando a empatia dos profissionais de saúde, torna-se uma responsabilidade.

#### **1.4. Implementação da Abordagem CARE para profissionais do SUS, como tecnologia relacional de baixo custo**

Para que o nosso SUS perpetue-se público e universal e supere seus desafios relacionados a dificuldades com recursos, é importante que haja investimento em ações efetivas e de baixo custo. Como possibilidade para alcance de maior qualidade de saúde (e, conseqüente menor pressão sobre o sistema) sem elevados aumentos de despesas, destaca-se o investimento em aspectos comportamentais e relacionais dos profissionais, que tem demonstrado, em diversos estudos, melhores resultados de satisfação e saúde dos pacientes (Mercer, Reynolds, 2002; Kelley et al, 2014; Walsh et al, 2019; Goddard, Oxlad, 2022; Tietbohl, 2022).

Acolher o outro, comunicar-se adequadamente e demonstrar empatia e compaixão são habilidades que, comprovadamente, contribuem para melhor reestabelecimento da saúde e são muito valorizadas por quem está na posição de quem é cuidado, até mais do que a prontidão em resolver questões exclusivamente físicas ou realizar procedimentos (Mercer et al, 2012; Dambha-Miller et al, 2018; Mercer et al, 2018).

Encontramos, recentemente, como avanço do Modelo Biopsicossocial (Engel, 1980), o Modelo Biopsicossociotécnico (Card, 2022), que propõe considerar a

importância de vários determinantes de saúde e sua complexa e dinâmica relação com o conceito de saúde, de forma a ressaltar a relevância da implementação do Cuidado Centrado nas Pessoas.

Dessa maneira, o atendimento em saúde embasado na empatia, pode promover a clareza necessária ao profissional para que reconheça que seu paciente possui uma ampla rede de influenciadores em seu estado de saúde, incluindo a própria percepção sobre sua saúde. Tantos fatores devem ser considerados e avaliados, de forma individual e correlacional.

Ainda, este referencial pode alicerçar o desenvolvimento de habilidades e atitudes, por vezes considerados subjetivos, em capacitações técnicas, já que esses distintos aspectos estão sempre interrelacionados quando se considera uma abordagem clínica centrada na pessoa.

Para tanto, encontramos indicações da necessidade de contínuos estudos sobre empatia, uma vez que ela tem a capacidade de refinar as relações humanas e aumentar a resiliência pessoal em situações adversas, tanto no atendimento, quanto na formação de profissionais da área da saúde (Wiseman, 2007; Mercer et al, 2012; Kelley et al, 2014; Provenzano et al, 2014; Mercer et al, 2016; Dambha-Miller et al, 2018; Mercer et al, 2018; Walsh et al, 2019; Zhou et al, 2021; Goddard, Oxlad, 2022; Tietbohl, 2022).

O conceito de empatia abarca várias vertentes, no entanto, todas consideram a capacidade intencional do indivíduo em compreender os sentimentos de outra pessoa e manifestar-lhe tal compreensão. Desta forma, é sempre embasada em três pilares: afetivo ou emocional – transporte para o lugar do outro, como na expressão em inglês *“walk a mile on his moccasins”* (“andar uma milha com seus mocassins”); cognitivo – compreensão intelectual dos sentimentos alheios; comportamental – manifestação da compreensão adquirida no pilar cognitivo (Hojat et al, 2002; Derksen et al, 2013; Mercer et al, 2016).

Existem algumas habilidades que devem ser desenvolvidas nos profissionais de saúde para a concretização da relação empática e compassiva com os pacientes, como: escuta ativa, clarificação de conteúdo, confirmação do discurso, identificação da emoção e solicitação de correção, que coincidem, inclusive, com as habilidades de manutenção de comunicação efetiva (Hojat et al, 2002; Wiseman, 2007; Ak et al, 2011; Derksen et al, 2013; Provenzano et al, 2014; Manso et al, 2021) e, ainda, permeiam os componentes das diversas estratégias de cuidado centrado na pessoa (Lines et al,

2015; Rodrigues et al, 2019) que já são reconhecidas por potencializar o atendimento em saúde, especialmente na atenção primária (Martin, Felix-Bortolotti, 2014; The Health Foundation, 2014; Alcântara e Moraes, 2023)

No entanto, ainda existem lacunas para serem respondidas. Como ensinar efetivamente habilidades de comunicação e comportamento empático para profissionais da saúde, com qual estratégia de ensino e, ainda, qual o tempo de retenção de tais ensinamentos, são perguntas que permanecem sem respostas definitivas.

A despeito da convicção da possibilidade de ensinar comportamento empático no contexto de atendimento em saúde (Kelley et al, 2014; Kelm et al, 2014; Sarmiento et al, 2017; Gholamzadeh et al, 2018; Tietbohl, 2022), são diversas as estratégias utilizadas nesta prática, como treinamento de habilidades de comunicação verbal e não verbal, prática de *role play* (encenação), aplicação de paciente simulado, atividades de simulação realística, inclusão de artes e exercícios diversos de tomada de perspectiva do outro, como também apontou uma revisão sistemática recente, que verificou o ensino de empatia somente para médicos (Zhou et al, 2021).

Ainda, o tempo que as informações oferecidas por capacitações permanecem retidas no comportamento dos profissionais é um campo praticamente inexplorado (Moore et al, 2018; Ding et al, 2020).

Já sabemos que o ensino de empatia para profissionais de saúde é necessário, além de possível, e que sua manutenção é também dependente de fatores culturais (Cotta Filho et al, 2020). No entanto, ainda carecemos de estudos que nos mostrem de forma longitudinal o impacto de tal ensinamento, bem como direcionem estratégias para sua perpetuação, já que, sabidamente, ao longo da atuação profissional, os aspectos relacionais e a empatia acabam sendo sobrepujados por outras questões técnicas (Manso et al, 2021).

Dessa forma, apesar da relativa facilidade com que encontramos informações sobre empatia e seu ensino para profissionais da saúde, escassas são as referências mundiais (tampouco brasileiras) capazes de embasar atuação prática e operacionalização de pesquisas científica nessa temática.

Na Escócia, em 2014, foi elaborada a abordagem *CARE Approach* por estudiosos da empatia, que já haviam desenvolvido uma escala para que o paciente pudesse avaliar a empatia do profissional de saúde que o atende, a *CARE Measure* (Bikker et al, 2014).

A CARE *Approach* é uma estratégia que contém passos específicos para que os profissionais de saúde reflitam, incorporem e aprimorem suas habilidades de relacionamento e comunicação, focando na empatia e no Cuidado Centrado na Pessoa (Bikker et al, 2014), que se apresenta como uma ferramenta útil e fundamental para atender às demandas relacionais e de baixo custo de nossa sociedade. Entretanto, ela não foi traduzida e adaptada para a realidade nacional.

## 2.OBJETIVOS

- Adaptar a *CARE Approach* para o contexto brasileiro;
- Apresentar proposta de treinamento da *CARE Approach* no ensino de profissionais de saúde, tanto de forma remota quanto de forma presencial

### 3.REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Empatia

Darwin, ao refletir sobre os seres vivos e a convivência entre todos os animais (incluindo humanos), já afirmava a importância da empatia nas diversas relações (ser humano-ser humano; ser humano-animais; ser humano-conservação) (Prato-Previde, 2022).

Nos últimos 15 anos, a empatia vem sendo mais amplamente discutida, especialmente nos campos da psicologia, filosofia, neurociência e enfermagem. Entretanto, apesar do grande volume de publicações e embasamentos teóricos, sua definição carece de consenso científico (Sampaio et al, 2009; Eklund, Meranius, 2021).

Na tentativa de identificar uma linha comum nas diversas possibilidades conceituais, uma revisão que considerou artigos teóricos identificou quatro aspectos, presentes em todos os 52 artigos incluídos na pesquisa, como inerentes ao processo empático: compreensão, sentimentos, compartilhamento das emoções alheias e diferenciação entre si e o outro. Esses quatro atributos estão interrelacionados, de forma que sentir, compreender e compartilhar emoções alheias estão associadas à aproximação do outro, enquanto a diferenciação está na base desse processo, já que é necessário ter clareza da distinção entre si mesmo e outro ser, para só então reconhecer suas emoções e situações (Eklund, Meranius, 2022).

Nos seres humanos, já é sabido que, de acordo com as fases do desenvolvimento neurológico, a primeira capacidade que aparece é a afetiva e, após anos, junto com o amadurecimento do córtex pré-frontal, o aspecto cognitivo evolui (van Dongen, 2020). Ainda, existem estudiosos de pediatria que recomendam mostrar afeição, oferecer conforto e brincar com crianças desde os primeiros meses de vida para ajudar a construir cérebros mais empáticos (French, 2017).

Mais uma relevante perspectiva acerca da empatia é a possibilidade de ser desenvolvida e fomentada, contrariamente a se manter como um estático traço de personalidade. Atualmente, já se sabe, em definitivo, que o comportamento empático é o resultado de uma intenção (Zaki, 2014), ou seja, é uma atitude voluntária, que depende de situações pessoais/contextuais, resultado de uma escolha embasada numa análise de custo-benefício. Assim, da mesma forma que empatizar pode gerar

culpa ou *burnout*, também pode gerar sensação de prazer e diminuição da solidão, de modo que tal avaliação é considerada no momento da interação para execução do processo envolvido na empatia (Ge et al, 2023).

Neste trabalho, como breve apresentação anterior, consideramos a empatia como uma operação consciente, combinada com esforço direcionado para a capacidade de se colocar no lugar do outro por meio da imaginação, envolvendo compreensão das perspectivas e sentimentos alheios, com utilização dessa compreensão para guiar as próprias ações. Neste conceito autoral, englobamos os aspectos afetivo, cognitivo e comportamental, que correspondem ao completo desenvolvimento da empatia, além de entendermos que ela se dá por um processo, em forma de ampliação gradativa da área de ação, representada por círculos concêntricos, conforme esquematizado na Figura 1.



Figura 1. Esquema representativo dos aspectos da empatia. Elaborado pelos autores. Ribeirão Preto, 2023.

Na área da saúde, a empatia é reconhecidamente um atributo fundamental para melhor relação profissional-paciente e melhor desfecho clínico, associada com resultados como melhor satisfação do paciente e do profissional, maior competência clínica do profissional e redução do potencial de burnout (Zhou et al, 2021). Também, já foi identificado que médicos com maiores níveis de empatia prescrevem menos antibiótico (família das penicilinas) e possuem menos dúvidas com relação à prescrição de medicamentos (Kristensen et al, 2022).



Ainda, com relação aos encontros entre profissional da saúde e paciente, estes reportam a necessidade de aqueles apresentarem comportamento empático, abertura para diálogo (Baggio et al, 2009), sensibilidade e habilidades de comunicação (Cypress, 2014) em detrimento à obviedade de possuírem capacidade técnica para concretizar seu atendimento.

Sob essa perspectiva, foi desenvolvida na Escócia, em 2004, a escala *CARE Measure* (Mercer et al, 2004), fundamentada nos três aspectos da empatia considerados aqui (afetivo, cognitivo e comportamental) (Mercer, Reynolds, 2002), com o intuito de que pacientes pudessem avaliar profissionais de saúde durante seus atendimentos.

Em 2014, o instrumento foi validado no Brasil (Scarpellini et al, 2014) (Anexo I) e, em 2019, foi adaptada nacionalmente a escala *CARE* profissionais-versão brasileira (Saviato et al, 2019) (Anexo II), para que os profissionais de saúde pudessem fazer sua auto-avaliação de empatia sob a mesma ótica, de forma a permitir comparações, alinhamentos e convergências.

Coerentemente com a *CARE Measure*, o mesmo grupo de autores elaborou uma ferramenta para ensino e desenvolvimento de empatia em profissionais de saúde, denominada *CARE Approach* (Bikker et al, 2014).

Trata-se de uma abordagem para promover interações empáticas centradas na pessoa, no contexto de atendimento em saúde, com o objetivo de ajudar os profissionais a refletir, praticar, manter e melhorar suas habilidades de comunicação e usar essas habilidades de forma eficaz para ajudar a empoderar e capacitar o paciente (Bikker et al, 2014).

Tanto a *CARE Measure* quanto a *CARE Approach* foram elaboradas a partir da inclusão da empatia nas relações estabelecidas entre profissionais e pacientes, considerando: compreensão da situação, perspectiva e sentimentos dos pacientes; comunicação e checagem desse entendimento; ação terapêutica com base nesse entendimento (Mercer, Reynolds, 2002; Bikker et al, 2014).

A *CARE Approach* foi desenvolvida em formato de livro-texto impresso (Bikker et al, 2014) e digital (University of Glasgow, 2014), ambos com acesso aos vídeos citados ao longo do texto. Possui 133 páginas de explicação teórica e 34 vídeos com exemplos de situações de atendimento a pacientes. Todo o conteúdo é baseado no Cuidado Centrado na Pessoa, dividido em seis módulos, com quatro componentes interativos, que direcionam o atendimento em saúde e promovem a interação

empática: Conectando, Avaliando, Respondendo e Empoderando, e formam a sigla CARE. Tais etapas são recomendadas para utilização nas situações diversas de interação entre paciente e profissional de saúde, detalhadas a seguir:

Conectando - como o relacionamento está ainda no início, recomenda-se que o profissional demonstre disponibilidade para envolvimento ativo com o paciente, de forma a deixá-lo confortável para compartilhar suas reais preocupações, com sugestão dos seguintes passos: estabelecer interação, reconhecer o paciente como pessoa, entender sobre comunicação não verbal efetiva, permitir que o paciente conte a sua história;

Avaliando – prática constante de escuta ativa e reflexiva pelo profissional, com o intuito de obter informações sobre perspectivas e sentimentos do paciente, que possam oferecer subsídios necessários para seu acompanhamento/tratamento;

Respondendo – resposta do profissional às questões identificadas na etapa da avaliação, de forma que o paciente possa compreender que suas preocupações foram assimiladas e que as ações do profissional serão executadas no sentido de ajudá-lo;

Empoderando - corresponde ao momento final de auxílio aos pacientes, para que possam se sentir responsáveis pelo seu próprio cuidado e no controle de sua saúde.

### **3.2 A empatia e modelos de Cuidado Centrado nas Pessoas/paciente na Atenção Primária**

Historicamente, a relação do paciente com o sistema de saúde e seus profissionais, foi pautada no modelo cartesiano e biomédico, que o enxergava como a própria doença e alvo de medidas que deveriam ser tomadas, sem questionamentos, para curá-la ou amenizá-la. Entretanto, esse modelo não se mostrou suficiente (tampouco coerente) para abarcar o modelo de APS e a ESF adotadas com o SUS (Raimundo, Silva, 2020).

Considerando que a atenção primária é fortemente embasada no relacionamento profissional-paciente de longo prazo (Lin, 2021), não há compatibilidade com um modelo assistencial centrado no médico (ou em outro profissional), com foco em resolução de queixas. Assim, é necessário que um paradigma seja alterado, com profunda transformação do padrão assistencial.

Nesse contexto, apareceram os modelos Centrados no Paciente e Centrados na Pessoa, num esforço de endereçar demandas de saúde associadas a fatores sociais, ambientais, emocionais, entre outros (Ahmed et al, 2023). Além da necessidade de enxergar o paciente e todas as condições que permeiam sua vida, o Cuidado Centrado nas Pessoas está associado com alta qualidade do cuidado. Segundo o *Institute of Medicine* (IOM, 2021), esses modelos de cuidado demonstram respeito e sensibilidade às preferências, necessidades e valores de cada indivíduo, com garantia de que estejam na base das decisões clínicas.

O foco é a capacidade dessas abordagens direcionadas para vontades, necessidades e possibilidades do paciente gerarem maior potencial de engajamento com o próprio cuidado e com a própria saúde, de forma que as decisões sejam tomadas de forma compartilhada. Assim, maior qualidade de saúde é alcançada, já que todo o processo de cuidado faz sentido para a realidade do paciente (Ahmed et al, 2022).

Ressaltamos que, apesar de terem aspectos conceituais distintos, o Cuidado Centrado no Paciente e o Cuidado Centrado nas Pessoas possuem muitas semelhanças já evidenciadas nos seguintes temas: atendimento coordenado, foco individualizado e holístico, tomada de decisão compartilhada, respeito, envolvimento, relacionamento, comunicação e empatia (Eklund et al, 2019).

Em consonância, alguns aspectos chave do Cuidado Centrado nas Pessoas no contexto da atenção primária à saúde foram apontados. Dentre eles, a necessidade de treinamento de profissionais da saúde para desenvolvimento e manutenção de habilidades de comunicação efetiva e empatia. Dessa forma, a empatia do profissional de saúde aparece como o aspecto inicial e fundamental do alcance de melhor saúde (Ahmed et al, 2022).

## **4.MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo metodológico para adaptação de uma ferramenta de ensino/educação de empatia para profissionais da área da saúde, a *CARE Approach*, tanto de seu texto quanto dos seus vídeos.

Um estudo é considerado metodológico quando tem por objetivo a tradução, adaptação cultural e/ou construção, avaliação e validação de material (Polit, Beck, 2018). Neste caso, mesmo que o objeto de adaptação não se trate de um instrumento de avaliação de construtos subjetivos, optamos por seguir recomendações da Psicometria, pois entendemos que a simples tradução livre poderia carecer do rigor científico necessário para posterior divulgação e proposta de aplicação da abordagem, objetivo desta pesquisa.

Assim, selecionamos e seguimos algumas etapas pertinentes à natureza do material em questão, aplicáveis nesta situação, embasadas na Psicometria (Beaton et al, 2000; Cardoso et al, 2021), mediante conhecimento e anuência do autor original da *CARE Approach*, Professor Stewart Mercer (Apêndice A).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado numa instituição de saúde de extra-porte, localizada na cidade de São Paulo e local de trabalho da discente.

### **4.3 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em questão, conforme a resolução nº 466 de 12/12/12, com número do CAAE: 45490321.1.0000.0071. Os participantes expressaram sua concordância em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) enviado de forma eletrônica, via plataforma *Google Forms*®. O consentimento na participação foi obtido após o participante assinalar na opção “aceito participar” do documento.

#### 4.4 População e amostra

Para participação na etapa de adaptação da abordagem, foram escolhidos, por conveniência, sete profissionais representantes de cada categoria da equipe multiprofissional: Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: experiência na prática assistencial; experiência no ensino de graduação e pós-graduação; fluência na língua inglesa.

#### 4.5 Operacionalização da coleta

Para execução da adaptação transcultural proposta no estudo, foram percorridas as seguintes etapas psicométricas de Beaton, et al (2000):

1-Tradução do livro-texto e das legendas dos vídeos por profissional da saúde fluente e proficiente em inglês;

2-Avaliação por comitê de especialistas: O conteúdo da tradução do livro-texto e dos vídeos foi avaliado pelos sete profissionais participantes do estudo;

3-Revisão do conteúdo por dois profissionais especialistas na língua inglesa.

Na sequência do passo 1, o material traduzido e os vídeos legendados foram enviados para os participantes, após confirmação de participação prévia feita em contato telefônico ou via *e-mail*. Então, todos receberam uma carta-convite (Apêndice C) enviada por meio eletrônico, junto com *link* do *Google Forms*® (que direcionava para TCLE e instrumento de avaliação) e *link* do *Google Drive*® (que direcionava para uma pasta com os materiais necessários para completa avaliação).

Após o término de todas as avaliações, foram acatadas as sugestões de alteração apresentadas pelo comitê de especialistas para os módulos classificados como “Regular” ou “Ruim”. Consideramos finalizada a avaliação quando os módulos receberam apenas classificação de “Muito bom” ou “Bom”, conforme trabalhos semelhantes encontrados na literatura, que consideram esse tipo de avaliação (Ferreira, 2006; Matos et al, 2019).

As sugestões apontadas pelos participantes, então, foram incluídas no material inicialmente proposto, resultando na Abordagem CARE – versão preliminar, que foi

enviada para avaliação dos dois profissionais linguistas, especialistas em tradução português-inglês, para revisão independente de gramática, ortografia e retrotradução.

Ao final desta terceira e última conferência, obtivemos a Abordagem CARE – versão brasileira (Anexo III).

#### **4.6 Instrumentos de coleta**

Para realizar avaliação da proposta da tradução da *CARE Approach*, os membros do comitê de especialistas receberam por e-mail a carta-convite e um *link* do *Google Forms*®, que continha uma explicação sobre o projeto, o TCLE e, somente após confirmação de concordância em participar, eram direcionados para resposta ao instrumento de avaliação proposto para a pesquisa (Apêndice D).

No mesmo *e-mail*, os especialistas receberam um *link* do *Google Drive*®, que os encaminhava para uma pasta, contendo os seguintes documentos: *CARE Approach* original, tradução proposta do *CARE Approach*, vídeos traduzidos e roteiro dos diálogos traduzidos do vídeo. Ainda, o *e-mail* continha uma orientação para ajudar os especialistas a transitar pelos arquivos (Apêndice E).

## 5.RESULTADOS

A avaliação do material traduzido foi realizada por sete profissionais: enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, médico e terapeuta ocupacional, sendo todos atuantes em universidade pública, tanto no ensino de cursos de graduação quanto de pós-graduação e na assistência a pacientes. Quanto ao gênero, 71,4% (5) eram mulheres e 28,6% (2), homens.

O período para conclusão da avaliação do material foi de 97 dias. Foram enviados lembretes, via *e-mail*, mensais nos dois primeiros meses e semanais após esse período, reforçando o prazo final para entrega.

Não houve nenhuma resposta "Ruim" em nenhum dos módulos avaliados. O Módulo 6 e os Vídeos foram classificados apenas com "Muito bom" ou "Bom". Cinco participantes responderam a avaliação do Módulo 6. A tabela 1 mostra a avaliação do comitê de especialistas em cada módulo.

	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Total
<b>Módulo 1</b>	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 2</b>	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 3</b>	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 4</b>	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 5</b>	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 6</b>	2 (40%)	3 (60%)	-	-	5 (100%)
<b>Vídeos</b>	4 (57,1%)	3 (42,9%)	-	-	7 (100%)

Tabela 1 - Avaliação do comitê de especialistas em cada módulo da proposta de tradução da CARE Approach. Ribeirão Preto, 2023.

No Módulo 1, foram apontados os seguintes pontos de melhoria: uso de sinônimos para evitar repetições; mudança da frase “*se estamos acostumados a...*” para “*se estivermos habituados a...*”; na introdução, substituição da palavra “*conversas*” por “*comunicação*”, de “*praticantes*” por “*profissionais de saúde*” e do

termo “*management*”, que inicialmente foi traduzido como “*gestão*”, por “*gerenciamento do cuidado*”.

Já no Módulo 2, as seguintes sugestões foram apontadas: troca da palavra “*encarar*” por “*prestar atenção*”, da expressão “*gravar isso em suas anotações*” por “*anotar isso no seu prontuário*” e “*digitando uma anotação*” por “*anotando*”. A tradução para a palavra “*role*” foi sugerida como “*profissão*” e não “*papel*”, como feito inicialmente.

Quanto ao Módulo 3, as seguintes propostas apareceram: utilizar apenas uma tradução para a palavra “*attending*” que ao longo do material havia sido traduzida de vários modos; trocar “*peessoa inteira*” por “*peessoa como um todo*”; alterar a expressão “*smille through gritted teeth*” que havia sido traduzida literalmente, para “*sorriso torto*” e “*problemas médicos*” para “*problemas de saúde*”.

No Módulo 4, foi sugerido mudar o termo “*conexão*” para “*vínculo*” e substituir a palavra “*insincero*” por “*falso*”. No Módulo 5, modificar a frase “*O que aprecia a imagem maior significa*” para “*compreender a situação de forma mais ampla ou como um todo significa*” e no Módulo 6 não houve necessidade de nenhuma mudança.

Ao longo do material foi sugerida a tradução do termo “*Empowering*”, anteriormente deixado em inglês, para “*Empoderamento*”.

Na avaliação do vídeo 1 do módulo 2, foi sugerida alteração de “*Eu tenho a ficha do clínico geral*” para “*Eu tenho seu prontuário*” e corrigir a patologia, “*long extension of knee*”, que havia sido traduzida como “*fazer a flexão do joelho*” para “*extensão total do joelho*”. No vídeo 2 do mesmo módulo, a paciente refere dor no dedo (*toe*) e não especifica que é no primeiro dedo, como foi colocado na proposta de adaptação.

No áudio do módulo 5, vídeo 5.2, foi relatada dificuldade de escutar as falas da atriz, com som mais distante e abafado e em vários Módulos foi apontada a necessidade de alteração de “*orientado*” para “*centrado*” e de “*praticante*” para “*profissional de saúde*”.

Ainda, com relação às legendas dos vídeos, foi sugerido realizar padronização para as legendas, como sempre dar espaço entre as vírgulas e acrescentar reticências no final da fala para demonstrar que ela continua.

As sugestões apontadas pelos participantes foram consideradas e incluídas no material inicialmente proposto, resultando na Abordagem CARE – versão preliminar, que foi enviada para avaliação dos dois especialistas bilíngues, para avaliação de



ortografia e gramática, configurando então, a versão final denominada Abordagem CARE – versão brasileira (Anexo III).

A versão final dos vídeos, após realização das alterações apontadas nas avaliações, está disponível no seguinte link:

<https://drive.google.com/drive/folders/18sdzBjsiB8QyMli5QEELAzIG3HXB7QJ1?usp=sharing>

O artigo científico oriundo desse processo de adaptação está descrito no Anexo IV.

Após finalização do processo de adaptação, foi elaborada proposta de treinamento da Abordagem CARE – versão brasileira no ensino de profissionais de saúde, tanto de forma remota (*online*) quanto de forma presencial.

Neste projeto, consideramos profissionais de saúde que atuam na assistência direta a pacientes como público-alvo pois, junto com o treinamento, propomos que os participantes respondam à CARE *Measure* – profissionais antes e depois de sua finalização, possibilitando parâmetros de auto-avaliação. Para tanto, é necessário que durante o período do treinamento, os participantes atuem no atendimento direto de pacientes, o que nem sempre é possível no contexto da graduação ou em atividade profissional distanciada da assistência.

O quadro 1 contém a proposta das aulas, incluindo conteúdo, modalidade e duração para a forma remota.

<b>Atividade</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Modalidade</b>	<b>Duração</b>
Aula 1	-Resposta à CARE <i>Measure</i> - profissionais -Apresentação da ferramenta -Apresentação do Módulo 1 -Discussão exercícios do Módulo 1	<i>Online</i> - síncrona	90 min
Leitura prévia	-Módulo 2 (págs 13-19) -Execução individual dos exercícios do Módulo 2 -Assistir vídeos do Módulo 2 (3min36s)	Assíncrona*	1 semana

Aula 2	-Discussão dos exercícios do Módulo 2 (assistir aos vídeos juntos)	<i>Online</i> - síncrona	90 min
Leitura prévia	-Módulo 3 (págs 20-28) -Execução individual dos exercícios do Módulo 3 -Assistir vídeos do Módulo 3 (7min)	Assíncrona*	1 semana
Aula 3	-Discussão dos exercícios do Módulo 3 (assistir aos vídeos juntos)	<i>Online</i> - síncrona	90 min
Leitura prévia	-Módulo 4 (págs 29-35) -Execução individual dos exercícios do Módulo 4 -Assistir vídeos do Módulo 4 (4min45s)	Assíncrona*	1 semana
Aula 4	-Discussão dos exercícios do Módulo 4 (assistir aos vídeos juntos)	<i>Online</i> - síncrona	90 min
Leitura prévia	-Módulo 5 (págs 36-43) -Execução individual dos exercícios do Módulo 5 -Assistir vídeos do Módulo 5 (5min21s)	Assíncrona*	1 semana
Aula 5	-Discussão dos exercícios do Módulo 5 (assistir aos vídeos juntos)	<i>Online</i> - síncrona	90 min
Leitura prévia	-Módulo 6 (págs 44-51) -Execução individual dos exercícios do Módulo 6	Assíncrona*	1 semana

	-Assistir vídeos do Módulo 6 (5min48s)		
Aula 6	-Discussão dos exercícios do Módulo 6 (assistir aos vídeos juntos) -Resposta à CARE <i>Measure</i> - profissionais -Avaliação do treinamento	Online - síncrona	90 min

\*as atividades assíncronas serão acompanhadas por um grupo em aplicativo de mensagens  
Quadro 1. Planejamento das atividades da Abordagem CARE – versão brasileira na modalidade remota.

De uma aula para outra, os participantes deverão realizar a leitura prévia, assistir aos vídeos e realizar os exercícios propostos que serão discutidos na atividade seguinte. Dessa maneira, a aula síncrona não será o primeiro contato com o assunto e o tempo será investido em discussão dos vídeos e os exercícios, com o intuito de promover reflexão sobre as experiências.

Essa estratégia é proposta por contemplar aspectos da aprendizagem de adultos embasada em metodologias ativas, já comprovadas como promotoras de maior engajamento, maior nível de compreensão e, conseqüentemente, maior nível de aprendizagem (Fornari, Poznanski, 2015).

A proposta de treinamento no formato presencial também possui programação de seis encontros e atividades de leitura prévia, conforme descrito no Quadro 2.

Atividade	Conteúdo	Modalidade	Duração
Aula 1	-Resposta à CARE <i>Measure</i> - profissionais -Apresentação da ferramenta -Apresentação do Módulo 1 -Discussão exercícios do Módulo 1	Presencial	90 min
Leitura prévia	-Módulo 2 (págs 13-19) -Execução individual dos exercícios do Módulo 2	Assíncrona*	1 semana

	-Assistir vídeos do Módulo 2 (3min36s)		
Aula 2	-Discussão dos exercícios do Módulo 2 (assistir aos vídeos juntos)	Presencial	90 min
Leitura prévia	-Módulo 3 (págs 20-28) -Execução individual dos exercícios do Módulo 3 -Assistir vídeos do Módulo 3 (7min)	Assíncrona*	1 semana
Aula 3	-Discussão dos exercícios do Módulo 3 (assistir aos vídeos juntos)	Presencial	90 min
Leitura prévia	-Módulo 4 (págs 29-35) -Execução individual dos exercícios do Módulo 4 -Assistir vídeos do Módulo 4 (4min45s)	Assíncrona*	1 semana
Aula 4	-Discussão dos exercícios do Módulo 4 (assistir aos vídeos juntos)	Presencial	90 min
Leitura prévia	-Módulo 5 (págs 36-43) -Execução individual dos exercícios do Módulo 5 -Assistir vídeos do Módulo 5 (5min21s)	Assíncrona*	1 semana
Aula 5	-Discussão dos exercícios do Módulo 5 (assistir aos vídeos juntos)	Presencial	90 min
Leitura prévia	-Módulo 6 (págs 44-51) -Execução individual dos	Assíncrona*	1 semana

	exercícios do Módulo 6 -Assistir vídeos do Módulo 6 (5min48s)		
Aula 6	-Discussão dos exercícios do Módulo 6 (assistir aos vídeos juntos) -Resposta à CARE <i>Measure</i> - profissionais -Avaliação do treinamento	Presencial	90 min

\*as atividades assíncronas serão acompanhadas por um grupo em aplicativo de mensagens  
 Quadro 2. Planejamento das atividades da Abordagem CARE – versão brasileira na modalidade presencial.

Ambas propostas são pensadas para grupos pequenos, entre oito e 15 participantes, de forma a permitir maior espaço para discussão e reflexões comentadas e coletivas.

Sugerimos ainda, que no término da Aula 6, após finalização do conteúdo do treinamento, todos os participantes sejam convidados a responder uma avaliação de percepção, tanto de conteúdo quanto de forma (Apêndice F).

A intenção é que essa avaliação seja útil para análise da proposta executada, indicando fortalezas e oportunidades de melhoria. De forma indireta, essa avaliação do treinamento também pode potencializar autorreflexões dos participantes, relacionadas à própria conduta e prática assistencial.

## 6.DISCUSSÃO

Historicamente, a adaptação de instrumentos elaborados em uma outra cultura e/ou idioma se detinha à simples tradução do original. Nos últimos 35 anos, pesquisadores de diferentes áreas têm sugerido que a avaliação semântica constitui apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação transcultural (Wright, Giovinazzo, 2000).

É necessária a combinação da tradução literal com contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão (Reichenheim, Moraes, 2007). Assim, segundo a Psicometria (Beaton et al, 2000), o processo de adaptação transcultural de instrumentos de avaliação de aspectos psicológicos ou subjetivos deve ser dividido em seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, avaliação por comitê de especialistas, retrotradução, pré-teste e análise do conteúdo, que visam garantir qualidade da tradução e da validação do material, de modo que a reprodutibilidade do conceito seja mantida mesmo em diferentes culturas (Wright, Giovinazzo, 2000; Maneesriwongul, Dixon, 2004; Reichenheim, Moraes, 2007; Matos et al, 2019).

No entanto, como esta pesquisa não realizou a adaptação de uma escala psicométrica ou de medidas auto-reportadas, mas de um livro-texto, não houve necessidade de realização de todas as etapas citadas, de forma que realizamos tradução inicial, avaliação por comitê de especialistas (representados pelos profissionais da equipe multiprofissional) e revisão da tradução por profissionais da área linguística, capazes de executar retrotradução e avaliação gramatical.

Optamos por esses passos por representarem mais do que a simples tradução do conteúdo e considerarem avaliações de especialistas e de profissionais, uma vez que nossa intenção é a futura oferta do conteúdo em formato de curso para profissionais de saúde e, por isso, merece refinamento em seu processo de adaptação transcultural.

Essa atitude também foi reforçada pela dificuldade em encontrar publicações científicas com esse tipo de percurso metodológico, justificando nossa necessidade de aproximação com poucos trabalhos recentes de relativa semelhança (Matos et al, 2019; Cardoso et al, 2021). Além disso, encontramos recomendações de que adaptações de programas sigam claramente etapas específicas embasadas em modelos teóricos e conjunturas culturais, a fim de contribuir qualificadamente para avanço da ciência (Castro et al, 2004).

A análise toda mostra que a tradução em alguns módulos acabou sendo literal e, para melhor entendimento da língua portuguesa, poderiam ser usadas outras expressões. Percebemos também, que algumas frases e termos careciam de aprimoramento, bem como deveriam ser corrigidos erros de concordância. O fato de que palavras em inglês podem ter vários significados em português dificulta, muitas vezes, a escolha da melhor expressão ou palavra a ser utilizada.

Outro ponto complicador e muito divergente entre os dois idiomas é a forma como as frases são montadas, pois a sequência dos elementos em inglês é bastante distinta do português e não podem ser traduzidas de forma literal. Dessa maneira, ratificamos a importância de seguirmos etapas pré-determinadas e já conhecidas, como as citadas anteriormente, a fim de não compartilharmos material de qualidade questionável, contando com a avaliação linguística especializada.

Em relação aos vídeos, no primeiro deles a tradução do diagnóstico do paciente poderia ser feita com outras palavras para melhor sentido. O áudio de um dos vídeos apresenta o som abafado, que já vem do original, e mesmo com a legenda, foi apontada dificuldade no entendimento do que a profissional fala.

As legendas se apresentaram claras, com bom tamanho, facilitando a leitura e a expressão da verdadeira ideia a ser transmitida. As sugestões de inclusão do espaçamento entre as vírgulas e de reticências quando a fala ainda não tiver acabado foram acatadas e incluídas na versão final do desta pesquisa

Quanto à própria ferramenta, um aspecto relevante, que representa uma das principais potências específicas da *CARE Approach* (e da *CARE Measure*) é o fato de considerar todos os pilares da empatia em seu conteúdo (cognitivo, afetivo e comportamental), o que não é encontrado em outras estratégias de ensino ou ferramentas de medida de empatia reportadas (Zhou et al, 2021).

Outra potência da *CARE Approach* está em seu conteúdo, que apesar de ser separado pelos módulos que formam a sigla CARE, consideram o aprendizado de forma encadeada e evolutiva, de modo que a concretização do processo empático de atendimento em saúde corresponde à contínua ampliação dos aspectos da interação. Essa característica é apontada como uma efetiva estratégia para oferecer um treinamento de empatia, que deve permitir acompanhamento longitudinal e progressivo dos aprendizados, inclusive com confecção de portfólios, que permitam anotações e reflexões por parte dos profissionais para aprofundar as conexões entre teoria e prática (Zhou et al, 2021). Tais espaços para reflexões e anotações também

estão incluídos em diversos momentos da Abordagem CARE – versão brasileira, atribuindo ainda mais potência à ferramenta e ao seu treinamento.

Entretanto, são escassos os relatos de aplicação e avaliação dessa ferramenta, embora seja recomendada pelo sistema de saúde Escocês, que é pautado no Cuidado Centrado nas Pessoas e na comunicação empática (Heywood et al, 2012; Bikker et al, 2014). O grupo que desenvolveu o *CARE Approach* fez uma avaliação de sua implementação piloto na Escócia, encontrando bons resultados na sua aplicação e aumento dos níveis de empatia (Fitzgerald et al, 2014).

De qualquer forma, já é sabido que a melhor forma de ensinar/fomentar comportamento empático em profissionais da saúde é por meio de um programa educacional, que possui grande potencial para afetar o comportamento do profissional (Nembhard et al, 2023).

No entanto, a lacuna entre o que o paciente espera e o que o médico considera empatia na atenção primária, permanece. Um estudo qualitativo evidenciou que pacientes consideram fundamental a união de conhecimento com habilidades de comunicação nas relações interpessoais. Com desejo de terem suas emoções reconhecidas e endereçadas, permanecem atentos às expressões faciais e linguagem corporal do profissional. Já os médicos, entendem que seu comportamento empático é expressado pelo atendimento clínico e consideram que o tempo e as queixas principais inviabilizam a empatia (Al-Habbal, Arawi, 2020).

Dessa maneira, evidenciamos a necessidade da implementação de treinamentos, que atendam questões fundamentais acerca de relacionamentos interpessoais empáticos no contexto da saúde, como discutido nesta tese. Entretanto, assim como o conceito de empatia se mantém alvo de discussões de alinhamento, a metodologia mais adequada para que empatia seja ensinada, desenvolvida e/ou fortalecida prossegue com mais indefinições.

Apesar de divergentes, algumas experiências são citadas na literatura. Um estudo piloto da Alemanha mostrou a adaptação de um método de treinamento sul-africano para profissionais que vivenciam o contexto de atendimento perinatal. Ele possui seis horas contínuas de duração e se baseia em simulação de atendimentos e *debriefing*, com inclusão de momentos de explicação teórica. Apesar de ter se mostrado capaz de elevar os níveis de empatia, a escala utilizada foi criada apenas para o estudo e não foram realizadas avaliações psicométricas para verificação de



validação, apenas análise de confiabilidade pelo alpha de Cronbach (Knapp et al, 2018).

Além de ser específico para profissionais da área de obstetrícia, a carga horária total e as estratégias utilizadas, somadas à dificuldade de ser avaliado de forma objetiva (dentro da subjetividade), configuram um problema à sua replicação e crença com relação aos resultados obtidos.

Outro treinamento foi descrito nos Estados Unidos da América, alicerçado num *workshop* de 90 minutos sobre aspectos comunicacionais para posterior avaliação da empatia de graduandos de medicina. Obtiveram aumentos pontuais em aspectos afetivos e cognitivos, mas não evidenciaram mudança de comportamento (Dorough et al, 2021). Esses achados parecem reforçar que a empatia não pode ser “reduzida” a um *workshop* de 90 minutos sobre comunicação. Também, talvez as elevações encontradas em atributos específicos foram resultadas de maior sensibilização pelo tema. Assim, encontramos reforço de nossa proposta, que além de incluir conteúdo sobre outros temas que não somente comunicação, prevê seis semanas com encontros de 90 minutos de duração, leitura prévia com discussão síncrona e apoio por grupo de mensagens.

Na Nova Zelândia encontramos outro exemplo de treinamento para profissionais de saúde. Trata-se de uma proposta imersiva, auto-guiada, com duração de oito semanas e conteúdos específicos da cultura do país. Contém provérbios Maori, oficinas de meditação e prevê alteração da estrutura física das unidades hospitalares (Hales et al, 2021). Entendemos que não é reproduzível e direcionado especialmente para o próprio país, além de gerar maior custo para os serviços devido à mudança estrutural necessária. Ainda, não contempla a presença de um facilitador, o que pode ser um fator desfavorável em sua aplicação.

Na literatura brasileira, também são poucos os estudos sobre ensino de empatia a profissionais de saúde. Temos um treinamento piloto para desenvolvimento de empatia voltado para graduandos de psicologia e embasado em experiências pessoais, de forma que sua completa compreensão e reprodutibilidade sejam comprometidas (Rodrigues et al, 2014).

Existe o relato da adaptação de uma ferramenta oriunda do ambiente empresarial, chamada Mapa de Empatia, focada na experiência do usuário, que contém exercícios de tomada de perspectiva e autorreflexão, aplicada para graduandos de medicina (Peixoto, Moura, 2020; Sousa et al, 2021). Neste escopo, as

atividades devem ser feitas após o atendimento, o que não configura propriamente um programa de ensino.

Ainda, encontramos um programa de gerenciamento de estresse aplicado em estudantes de medicina, que incluía o ensino de empatia por meio de teoria de relacionamento interpessoal, além de práticas de yoga, meditação e psicodrama (Catarucci et al, 2022). Essa atividade estava centrada em um treinador específico e não tinha foco no desenvolvimento e aperfeiçoamento de empatia no contexto de atendimento em saúde.

Atualmente, observamos reforço constante em alterar o ensino tradicional, com foco na transmissão do conhecimento e focado no professor, para modelos que promovam aprendizagem ativa, sejam centrados no estudante e levem o aluno a refletir sobre o conteúdo e associar teoria à prática, de modo que a chave para seu maior aprendizado seja a conexão do conteúdo com a “vida real” (Joshi et al, 2022).

Nesse sentido, explicitamos que nossa proposta de treinamento considera aspectos de aprendizagem ativa e colaborativa, evidenciados pelas discussões após leitura prévia de material realizada em pequenos grupos. Temos previsto que o professor tenha papel de facilitador, promova debates, instigue inquietações e auxilie os participantes do curso a encontrarem sentido no conteúdo e, especialmente, em sua aplicação na prática profissional. Assim, o condutor do treinamento será muito mais do que um expositor de conteúdo.

Mais uma consideração relevante sobre a Abordagem CARE – versão brasileira, é que por se mostrar mais completa, tem maior potencial de desenvolvimento de empatia nos profissionais e, dentro de um modelo de assistência à saúde centrado na pessoa/paciente, é capaz de subsidiar habilidades do profissional reconhecer inclusive o paciente que prefere um modelo mais biológico e paternalista.

De forma válida e genuína, nem todos os pacientes querem estar com o poder decisório em suas mãos em todos os momentos, mesmo num contexto holístico de empoderamento (Lines et al, 2015). Entretanto, ao reconhecer, validar e compartilhar essa necessidade com o próprio paciente, o profissional demonstra todo seu potencial empático e endereça as questões da melhor forma possível.

Portanto, até para situações em que o cuidado centrado na pessoa/paciente parece não fazer sentido, a empatia faz.

Algumas limitações foram encontradas nesta pesquisa. A primeira se relaciona à dificuldade em referenciar metodologia para adaptação de livro-texto para

culturas/contextos diferentes. Enquanto para adaptação de instrumentos de avaliação de atributos subjetivos os passos são muito bem definidos pela Psicometria, a adaptação de outros tipos de materiais, que não necessariamente avaliam alguma característica e/ou não apresentam escore final permanece obscura e até privada de rigor científico.

Outra limitação é que a proposta apresentada neste estudo é direcionada para profissionais de saúde atuantes na assistência direta e não focada em outros exercícios ou graduandos. Entretanto, pode ser adaptada para esses últimos, desde que estejam em período de estágio e/ou prática assistencial durante o treinamento. Ainda, se não estiverem na prática, é possível excluir a *CARE Measure* – profissionais do início e do final, com ônus da perda de parâmetros de auto-avaliação. Também, reforçamos que apesar de contextualizarmos na APS, a Abordagem CARE – versão brasileira é pertinente a qualquer área de atenção direta a pacientes.

De qualquer forma, ressaltamos o pioneirismo deste trabalho, principalmente em caráter nacional, já que é o primeiro estudo brasileiro desta natureza. Como perspectiva futura, temos expectativa de sua aplicação e concretização do treinamento e, principalmente, da avaliação de seu efeito em profissionais de saúde e pacientes, proporcionando reflexão, formação e aprimoramento do comportamento empático na assistência em saúde.

## 7.CONCLUSÃO

Foi realizada a adaptação da CARE *Approach* para o contexto brasileiro, originando a Abordagem CARE – versão brasileira, após passos específicos e embasados na Psicometria. Ainda, foram apresentadas duas propostas de treinamento, remota e presencial, da Abordagem CARE – versão brasileira.

## REFERÊNCIAS

Ahmed A, van den Muijsenbergh METC, Vrijhoef HJM. Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health Soc Care Comm*. 2022, Nov;30(6):e3328-e3341. doi:10.1111/hsc.13913.

\_\_\_\_\_. Person-centred care in the Dutch primary care setting: Refinement of middle-range theory by patients and professionals. *PLoS One*. 2023, Mar;18(3):e0282802. doi:10.1371/journal.pone.0282802.

Ak M, et al. Communication skills training for emergency nursing. *Int J Med Sci* 2011;8(5):397-401. doi:10.7150/ijms.8.397.

Alvarez C, et al. The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res*. 2016;16,85. doi:10.1186/s12913-016-1328-3.

Alcântara CM, Moraes MAB. As contribuições do método clínico centrado na pessoa em publicações brasileiras: uma revisão de literatura. *OLEL*. 2023, Aug;21(8):9941-64. doi:10.55905/oelv21n8-113.

Al-Habbal K, Arawi T. Physicians' empathy levels in a primary care setting: perceptions of patients and their physicians, a qualitative study. *Fam Pract*. 2020, Nov;37(6):834-838. doi:10.1093/fampra/cmaa073.

Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões do cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):381-6.

Beaton DE, et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91. doi:10.1097/00007632-200012150-00014.

Bikker AP, Cotton P, Mercer SW. *Embracing Empathy in Helathcare*. London: Radcliffe Publishing; 2014.

Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Mercer SW. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Fam Pract.* 2015;16,149. doi:10.1186/s12875-015-0374-y.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ed 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. p 72.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2436, 21 setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017 set.

\_\_\_\_\_. e-Gestor - Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]; 2021a. [Acesso 16 março 2022]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.html>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]; 2021b. [Acesso 16 março 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 1604, 18 outubro 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES). 2023 out.

Card AJ. The biopsychosociotechnical model: a systems-based framework for human-centered health improvement. *Health Syst.* 2023;12(4):387-407. doi:10.1080/20476965.2022.2029584.

Cardoso GV, Sarchis APC, Britto PAA. Translation and cross-cultural adaptation of six short screening questions on biopsychosocial aspects of chronic pain. *Brazil J Pain.* 2021, Jan;4(1):37-42. doi:10.5935/2595-0118.20210009.

Castro FG, Barrera Jr M, Martinez Jr CR. The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prev Sci.* 2004, Mar;5(1):41-5. doi:10.1023/b:prev.0000013980.12412.cd.

Catarucci FM, Carvalho TH, Andrews S, Burdmann EA, Patrício KP. Empatia em estudantes de Medicina: efeitos de um programa de gerenciamento do estresse. *Rev Bras Educ Med.* 2022; 46(2):e056

Cotta Filho CK, et al. Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: scoping review. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e180567. doi:10.1590/Interface.180567.

Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families and their nurses. *Adv Emerg Nurs.* 2014;636(2):164-76.

Dambha-Miller H, et al. Patients' views on interactions with practitioners for type 2 diabetes: a longitudinal qualitative study in primary care over 10 years. *Br J Gen Pract.* 2018;68(666):e36-e43. doi:10.3399/bjgp17X693917.

Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013;63(606):e76–e84. doi:10.3399/bjgp13X660814.

Ding X, et al. Effectiveness of empathy clinical education for children's nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today.* 2020;85:104260. doi:10.1016/j.nedt.2019.104260.

van Dongen JDM. The empathic brain of psychopaths: from social science to neuroscience in empathy. *Front Psychol.* 2020, Apr;11,695. doi:10.3389/fpsyg.2020.00695.

Dorough RJM, Adamuti-Trache M, Siropaides CH. Association of medical student characteristics and empathy after a communication workshop. *J Patient Exp.* 2021, Dec;8. doi:10.1177/23743735211065273.

Eklund JH, et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019, Jan;102(1):3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029.

Eklund J H, Meranius MS. Toward a consensus on the nature of empathy: A review of reviews. *Patient Educ Couns.* 2021, Feb;104(2):300-307. doi:10.1016/j.pec.2020.08.022.

Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535-44. doi:10.1176/ajp.137.5.535.

Entwistle VA, et al. Unifying and universalizing Personalised Care? An analysis of a national curriculum with implications for policy and education relating to person-centred care. *Patient Educ Couns.* 2022;105(12):3422-8. doi:10.1016/j.pec.2022.07.003.

Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *Am J Bioeth.* 2013;13(8):29-39. doi:10.1080/15265161.2013.802060.

Ferreira E. Adaptação cultural da "Burn Specific Health Scale – Revised" (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.

Fitzgerald NM, et al. Enhancing empathy in healthcare: mixed-method evaluation of a pilot project implementing the CARE Approach in primary and community care settings in Scotland. *J Compassion Health Care.* 2014;1,6. doi:10.1186/s40639-014-0006-8.

Fornari A, Poznanski A. *How to guide for active learning.* Berlin: Springer; 2021.

French G. How to encourage empathy from birth: neurological roots and the importance of responsive practice. *Childlinks.* 2017;2:7-11.



Ge Y, et al. Benefit-cost trade-offs-based empathic choices. *Person Indiv Differ.* 2023;200:111875. doi: 10.1016/j.paid.2022.111875.

Gholamzadeh S, et al. The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Med Educ.* 2018;18,198. doi:10.1186/s12909-018-1297-9.

Goddard G, Oxlad M. Caring for individuals with Type 1 Diabetes Mellitus who restrict and omit insulin for weight control: Evidence-based guidance for healthcare professionals. *Diab Res Clin Prac.* 2022;185:109783. doi:10.1016/j.diabres.2022.109783.

Greene J, Wolfson D. Physician perspectives on building trust with patients. *Hastings Cent Rep.* 2023;53(Suppl 2): S86-S90. doi:10.1002/hast.1528.

Hales C, et al. Improving the quality of patient care and healthcare staff well-being through an empathy immersion educational programme in New Zealand: protocol of a feasibility and pilot study. *Methods Protoc.* 2021, Dec;4(4):89. doi:10.3390/mps4040089.

Hardman DI, Howick J. The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centered care. *Eur J Person Center Care.* 2019; 7(2):351-357. doi:10.5750/ejpch.v7i2.1689.

Heywood S, Fitzgerald N, Winterbottom J. Supporting communication skills and behaviours in healthcare staff: evaluation of two pilots: The CARE Approach and Practice based small group learning – Summary report. NHS Education for Scotland. 2012. Create consultancy.

Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(2):207-14. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061.

Hojat M, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002, Oct;77(10 Suppl):S58-60. doi:10.1097/00001888-200210001-00019.

Howick J, Bizzari V, Dambha-Miller H. Oxford Empathy Programme. Therapeutic empathy: what it is and what it isn't. *J R Soc Med*. 2018, Jul;111(7):233-236. doi:10.1177/0141076818781403. Erratum in: *J R Soc Med*. 2018, Oct;111(10):383.

Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: IOM Committee on Quality of Health Care in America; 2001.

Joshi T, et al. Team-Based Learning among healthcare professionals: A Systematic Review. *Cureus*. 2022;14(1):e21252. doi:10.7759/cureus.21252.

Knapp C, et al. Adapting a perinatal empathic training method from South Africa to Germany. *Pilot Feasib Stud*. 2018;4(101). doi:10.1186/s40814-018-0292-6.

Kelley JM, et al. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One*. 2014;9(4):e94207. doi:10.1371/journal.pone.0094207.

Kelm Z, et al. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14,219. doi:10.1186/1472-6920-14-219.

Kristensen T, et al. Profiles of GPs with high and low self-reported physician empathy—personal, professional, and antibiotic prescribing characteristics. *BMC Prim Care*. 2022;23,243. doi:10.1186/s12875-022-01847-z.

Lin KW. Trust and relationships remain at the heart of primary care. *Ann Fam Med*. 2021, Nov-Dec;19(6):482-483. doi:10.1370/afm.2752.

Lines LM, Lepore M, Wiener JM. Patient-centered, Person-centered, and Person-directed Care: they are not the same. *Med Care*. 2015, Jul;53(7):561-3. doi:10.1097/MLR.0000000000000387.

Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004, Oct;48(2):175-86. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x.

Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200394. doi:10.1590/interface.200394.

Martin CM, Félix-Bortolotti M. Person-centred health care: a critical assessment of current and emerging research approaches. *J Eval Clin Pract*. 2014, Dec;20(6):1056-64. doi:10.1111/jep.12283.

Matos SRL, et al. Consensus for vaginal stenosis prevention in patients submitted to pelvic radiotherapy. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221054. doi:10.1371/journal.pone.0221054.

Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52:S9-S13.

Mercer SW, et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004, Dec;21(6):699-705. doi:10.1093/fampra/cmh621.

Mercer SW, et al. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract*. 2012;13,6. doi: 10.1186/1471-2296-13-6.

Mercer SW, et al. General practitioners' empathy and health outcomes: A prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Ann Fam Med*. 2016;14(2):117-24. doi:10.1370/afm.1910.

Mercer SW, et al. Multimorbidity and socioeconomic deprivation in primary care consultations. *Ann Fam Med*. 2018;16(2):127-31. doi:10.1370/afm.2202.

Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):197-206. doi:10.1016/s0738-3991(02)00194-5.

Mitchell P, Cribb A, Entwistle V. Vagueness and variety in person-centred care. *Wellcome Open Res*. 2022, Jun;7,170. doi:10.12688/wellcomeopenres.17970.1.

\_\_\_\_\_. A wide vocabulary for person-centred care. *Future Healthc J*. 2023, Mar;10(1):82-84. doi:10.7861/fhj.2022-0096.

Moore PM, et al. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;7:CD003751. doi:10.1002/14651858.CD003751.pub4.

Nembhard IM, et al. A systematic review of research on empathy in health care. *Health Serv Res*. 2023;58(2):250-263. doi:10.1111/1475-6773.14016.

Patel S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(8):e0221412. doi:10.1371/journal.pone.0221412.

Peixoto JM, Moura EP. Health Empathy Map: Creation of an Instrument for Empathy Development. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 44(1): e029

Polit DF, Beck CT. *Fundamentos da pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Prato-Previde E, Basso Ricci E, Colombo ES. The complexity of the human–animal bond: empathy, attachment and anthropomorphism in human–animal relationships and animal hoarding. *Animals*. 2022;12(20):2835. doi:10.3390/ani12202835.

Provenzano BC, et al. A empatia médica e a graduação em medicina. *Rev HUPE*. 2014;13(4):19-25. doi:10.12957/rhupe.2014.13941.

Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Rev Mosaico*. 2020; 11(2):109-116.

Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Publ*. 2007;41(4):665-73. doi:10.1590/S0034-89102006005000035.

Rodrigues JLSQ, Portela MC, Malik AM. Agenda para a pesquisa sobre cuidado centrado no paciente no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019;24(11):4263-75. doi:10.1590/1413-812320182411.04182018.

Rodrigues MC, et al. Implementação e avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia em estudantes de psicologia. *Est Pesq Psicol*. 2014;14(3):914-32. doi:10.12957/epp.2014.13891.

Sampaio LR, Camino CPS, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicol Cienc Prof*. 2009;29(2):212-27. doi:10.1590/S1414-98932009000200002.

Sarmiento PB, et al. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2017;59:59-65. doi:10.1016/j.nedt.2017.08.012.

Saviato RM, et al. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. *Rev Latin-Am Enferm*. 2019;27:e3151. doi:10.1590/1518-8345.3049.3151.

Scarpellini GR, et al. Escala CARE de empatia: tradução para o português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(1):51-8. doi:10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58.

Smith PC, et al. Building on value-based health care: towards a health system perspective. *Health Policy*. 2023, Sep;138:104918. doi:10.1016/j.healthpol.2023.104918.

Sousa LUR, Moura EP, Peixoto JM, et al. The Health Empathy Map as an instrument of reflection in a non-care teaching scenario. *Rev Bras Educ Med*. 2021; 45(4):e195

Stewart MA, et al. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe Medical Press Ltda; 2013.

The Health Foundation. *Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care*. London: The Health Foundation; 2014.

Tietbohl CK. Empathic validation in physician-patient communication: An approach to conveying empathy for problems with uncertain solutions. *Qual Health Res*. 2022;32(3):413-425. doi:10.1177/10497323211056312.

Trzeciak S, Roberts BW, Mazzairelli AJ. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Med Hypotheses*. 2017;107:92-97. doi:10.1016/j.mehy.2017.08.015.

University of Glasgow. *The CARE Approach A learning tool for healthcare professionals* [Internet]; [Acesso 18 janeiro 2023]. Disponível em: <https://www.gla.ac.uk/researchinstitutes/healthwellbeing/research/generalpractice/careapproach/>.

Walsh S, et al. Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Ir J Med Sci*. 2019;27:1971-6. doi:10.1007/s11845-019-01999-5.

Wiseman T. Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *Adv Nurs Sci*. 2007;30(3):61-72. doi:10.1097/01.ANS.0000286630.00011.e3.

World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978. [Acesso 12 março 2022]. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

\_\_\_\_\_. Service Delivery and Safety. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report, 2015a. [Internet]. Disponível em: [https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2015/04/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.7\\_eng.pdf](https://integratedcarefoundation.org/wp-content/uploads/2015/04/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf).

\_\_\_\_\_. Service Delivery and Safety. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report, 2015b. [Internet]. Disponível em: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document\\_final.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf).

\_\_\_\_\_. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. Sixty-ninth world health assembly, A69/39, Provisional agenda item 16.1, 15 April 2016. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf).

\_\_\_\_\_. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>.

Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm.* 2000;1(12):54-65.

Zaki J. Empathy: A motivated account. *Psyc Bulletin.* 2014;140(6):1608-47. doi:10.1037/a0037679.

Zhou YC, et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2021;21,292. doi:10.1186/s12909-021-02697-









<p><b>8.Explicar coisas claramente</b></p> <p>(respondendo completamente às questões do(da) paciente, explicando claramente, dando informações adequadas para ele(ela); não sendo vago).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>9.Ajudar o (a) paciente a manter o controle</b></p> <p>(conversando sobre o que o(a) paciente pode fazer para melhorar a saúde; encorajando-o(a) ao invés de ficar “dando sermão”).</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>10.Planejar junto com o(a) paciente o que será feito</b></p> <p>(conversar sobre as possibilidades, envolver o(a) paciente nas decisões na medida em que ele (ela) quer estar envolvido(a); não ignorar os seus pontos de vista)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Anexo III - Abordagem CARE – versão brasileira**

### **A Abordagem CARE/CARE *Approach* Brasil**

#### **Uma ferramenta de aprendizado para profissionais de saúde**

#### **CONTEÚDO**

##### **INTRODUÇÃO**

Bem-vindo à Abordagem CARE

O que é a Abordagem CARE?

Estrutura da ferramenta de aprendizado

Agradecimentos

Sobre os autores

Sobre os autores da versão brasileira

Informações adicionais

##### **MÓDULOS**

MÓDULO 1 O que você traz para o encontro

MÓDULO 2 Conectando

MÓDULO 3 Avaliando

MÓDULO 4 Respondendo

MÓDULO 5 Empoderando

MÓDULO 6 Juntando tudo

Referências

##### **APÊNDICES E INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

APÊNDICE 1 A Medida CARE

APÊNDICE 2 Centramento na pessoa

APÊNDICE 3 Contexto dos roteiros dos filmes

APÊNDICE 4 Antecedentes da Abordagem CARE

APÊNDICE 5 Transcrição das gravações de áudio dos exercícios

APÊNDICE 6 Bibliografia adicional

Perguntas frequentes

Leitura adicional

##### **A PLANILHA DA Abordagem CARE**

##### **POSSÍVEIS RESPOSTAS**

## INTRODUÇÃO

### Bem-vindo à Abordagem CARE

Conversas entre pacientes e profissionais de saúde estão no âmago dos cuidados de saúde. Tais conversas acontecem todos os dias no NHS [*National Health Service* – Serviço de Saúde Nacional]<sup>1</sup>, quando os pacientes consultam seu clínico geral, comparecem a uma consulta ambulatorial, consultam seu fisioterapeuta, ou consultam seu enfermeiro por causa de uma doença menos séria ou para gerenciamento de uma doença crônica. A lista de oportunidades para conversas sobre saúde é quase infinita, dada a ampla gama de profissionais que trabalham no NHS e as diferentes maneiras pelas quais os encontros podem acontecer. No curso de uma carreira, um profissional de saúde provavelmente terá centenas de milhares de encontros clínicos.

Embora esses encontros possam às vezes ser bem diretos, a época em que o profissional de saúde simplesmente transmitia conhecimentos técnicos e conhecimento para um paciente receptivo e passivo desapareceu há muito tempo. No mundo de hoje, pacientes e cuidadores esperam estar envolvidos em uma parceria com profissionais em seus cuidados de saúde e desejam ser informados e estar envolvidos em decisões. O encontro pode ser um fenômeno complexo, onde as duas partes trazem experiência e conhecimento e se engajam em uma conversa sobre um determinado problema ou conjunto de problemas. A marca do cuidado de saúde de alta qualidade é responder de maneira eficaz às necessidades de cada paciente, e a boa comunicação entre médico e paciente é uma parte fundamental disto.

Pesquisas mostram que os pacientes classificam regularmente a empatia e aspectos humanos do cuidado como prioridades principais (Mercer, Reynolds, 2002; Mercer et al, 2004, 2007). Ser um profissional de saúde eficaz requer domínio não só dos aspectos técnicos do cuidado, mas também dos aspectos humanos. A Abordagem CARE tem como foco os aspectos humanos do cuidado e a maneira como as palavras usadas e as sugestões e respostas não-verbais são vitalmente importantes na criação de encontros satisfatórios e facilitadores. A Abordagem CARE visa ajudá-lo a desenvolver, praticar e refletir sobre a comunicação empática, centrada na pessoa. Este manual é uma ferramenta para ajudá-lo a desenvolver e melhorar isso.

---

<sup>1</sup> NHS – *National Health Service*- refere-se ao Sistema de Saúde vigente no Reino Unido e na Escócia, de onde se origina a *CARE Approach*.

Esperamos que a Abordagem CARE inspire e apoie você nos seus encontros com as pessoas com quem você se importa no seu trabalho - isto é, seus pacientes. No entanto, você pode até acabar descobrindo que a Abordagem CARE ajuda nas interações com colegas e amigos!

### **O que é a Abordagem CARE?**

A Abordagem CARE é uma estrutura abrangente para interações empáticas e centradas na pessoa no cuidado à saúde. É derivada da *CARE Measure* (Apêndice 1), que é uma medida amplamente usada para avaliar como o paciente classifica o encontro clínico e foi validada no Brasil em 2014 (Scarpellini et al, 2014) (Apêndice 2). Enquanto a *CARE Measure* é usada para medir como os pacientes experimentam os aspectos interpessoais dos encontros clínicos, a Abordagem CARE foi desenvolvida especificamente para ajudar os profissionais a refletir, praticar, manter e melhorar suas habilidades de comunicação e usar essas habilidades de forma eficaz para ajudar a empoderar e capacitar o paciente. Este recurso de aprendizagem foi desenvolvido para ser usado por uma ampla gama de profissionais de saúde em todo o NHS na Escócia. Pode ser usado por indivíduos, grupos ou organizações. Está disponível gratuitamente dentro do Sistema Nacional de Saúde. A Abordagem CARE pode ser usada em combinação com a *CARE Measure* ou pode ser usada como uma ferramenta de aprendizado independente.

A *CARE Measure* (e, portanto, a Abordagem CARE) é baseada em uma definição ampla de empatia relacional no contexto clínico, definida como a habilidade de:

1. Compreender a situação, a perspectiva e os sentimentos do paciente (e seus significados).
2. Comunicar esse entendimento e verificar sua precisão; e
3. Agir com o paciente com base nesse entendimento de forma útil (terapêutica) (Reynolds, 2000; Mercer, Reynolds, 2002).

A Abordagem CARE possui quatro componentes interativos:

**Conectando**

**Avaliando**

**Respondendo**

**Empoderando**

As maneiras como os componentes da Abordagem CARE se relacionam de modo geral com os (dez) itens que compõem a *CARE Measure* são mostrados na Tabela 1. A tabela também descreve aspectos das habilidades interpessoais dos profissionais que mais se relacionam com cada um dos componentes da Abordagem CARE. O princípio fundamental subjacente à Abordagem CARE é a flexibilidade. Cada encontro é único – nunca aconteceu antes e nunca acontecerá novamente - e assim exige consciência, sensibilidade, aceitação incondicional do paciente e de suas necessidades, e uma capacidade de estar presente e responder no momento. Também é influenciado pelo contexto. O que pode ser útil e apropriado em uma avaliação psiquiátrica profunda pode ser muito diferente da troca entre um profissional de saúde e um paciente que compareceu para retirar uma amostra de sangue. Como tal, a Abordagem CARE não pretende ser um conjunto rígido de regras a ser aplicado da mesma forma em todos os encontros, mas sim um amplo conjunto de princípios orientadores a serem aplicados dependendo da situação e circunstância.

No Brasil, também está disponível a CARE Measure – profissionais (Apêndice 3), oriunda da dissertação de mestrado e artigo “Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia” (Saviato et al, 2019).

### **Estrutura da ferramenta de aprendizado**

A Abordagem CARE baseada na internet consiste em seis módulos, cada um deles desenvolvendo o módulo anterior.

- O Módulo 1 é sobre o que você (como pessoa) traz para o encontro em termos de posturas, crenças e valores.
- Os Módulos 2,3,4 e 5 descrevem os quatro componentes da Abordagem CARE. Estes módulos descrevem os principais aspectos de cada componente e explicam como cada um opera e como pode ser aplicado e desenvolvido na prática.
- O Módulo 6 é sobre "juntar todos os componentes" e demonstrar a Abordagem CARE em ação. É sobre o espírito da Abordagem CARE.

Para facilitar a explicação e compreensão da Abordagem CARE, os componentes são separados e apresentados em sequência. No entanto, rapidamente ficará claro que "conectar", por exemplo, não é necessariamente um domínio exclusivo do início de um encontro, e que o profissional e o paciente podem se conectar e

reconectar (talvez aprofundando a conexão) muitas vezes durante um único encontro ou ao longo de vários encontros sucessivos.

Ao longo dos módulos, sugestões de exercícios, gravações de áudio e vídeos de encontros de pacientes-profissionais são incluídos para ilustrar certos pontos, para facilitar o aprendizado e a reflexão, e ajudá-lo a responder em relação ao seu próprio ambiente de trabalho. Os vídeos dos encontros são simulados e mostram interações entre atores-pacientes e profissionais de saúde reais. Uma planilha é fornecida em um documento Word para registrar suas respostas.

Por favor, observe que no decorrer deste manual nós nos referimos ao paciente de forma intercambiável como ele ou ela.

## **Agradecimentos**

Os seguintes atores e médicos apareceram nos vídeos:

- Paddy Bonner
- Alicia Devince
- Pene Herman-Smith
- Sarah McCardie
- Phil Cotton
- Fiona McNeney
- Stewart Mercer
- Karen Pirie

Os vídeos foram feitos na Unidade de Produção de Mídia da Universidade de Glasgow. O desenvolvimento da Abordagem CARE foi patrocinado pelo Programa de Autogerenciamento da Unidade de Moléstias de Longa Duração, do Governo Escocês.

A formatação deste documento para uso na web foi realizada por Jane Goodfellow, General Practice and Primary Care, Universidade de Glasgow.

As imagens dos desenhos animados são reproduzidas por cortesia de Adam Murphy.

## **Sobre os autores**

A Abordagem CARE foi desenvolvida pelo Professor Stewart Mercer, Professor Phil Cotton e sua equipe na Universidade de Glasgow.



-**Stewart Mercer** é clínico geral, professor de pesquisa de cuidados primários na Universidade de Glasgow e internacionalmente reconhecido por sua pesquisa sobre o encontro clínico. Uma lista completa de publicações de Stewart e sua pesquisa atual pode ser encontrada aqui.

-**Phil Cotton** é clínico geral, professor de aprendizagem e ensino e leciona na Universidade de Glasgow, onde também é vice-diretor da escola de medicina ao nível de graduação.

-**Annemieke Bikker** é assistente de pesquisa na Universidade de Glasgow, Clínica Geral e Cuidados Primários, e já havia anteriormente pesquisado sobre interações entre profissionais-pacientes , comunicação verbal e não verbal e suas ligações com os resultados de tratamentos de saúde.

-**Maria Higgins** também é assistente de pesquisa na Universidade de Glasgow, Clínica Geral e Cuidados Primários, e também já pesquisou sobre interações entre profissionais-pacientes e necessidades de cuidados médicos para solicitantes de instituições de longa permanência para idosos.

## **Sobre os autores da versão brasileira**

A versão adaptada para o contexto brasileiro foi realizada com autorização do responsável pelo projeto original, Stewart Mercer, como parte de tese de doutorado de Ms Roberta Maria Savieto e Prof Dr João Mazzoncini de Azevedo Marques.

**Roberta Maria Savieto** é enfermeira, Mestre em Enfermagem e discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (finalização em 2024).

**João Mazzoncini de Azevedo Marques** é médico, especialista em Saúde da Família, Doutor em Saúde Mental e orientador da tese que deu origem à tradução desta ferramenta.

O processo de adaptação foi realizado com apoio de uma equipe multidisciplinar, com membros especialistas em diversas áreas, nominados em ordem alfabética a seguir: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Camila Almeida de Oliveira, Cely Caroline Pontes Morcerf, Eduardo Santana Cordeiro, John Milton, Julia Baraçal Mininel, Leonardo Moscovici, Luciana Cisoto Ribeiro, Michel Arantes Barros, Robert Ruiz, Tatiane Martins Jorge.

Nossa eterna gratidão a todos vocês! Não seria possível sem a fundamental colaboração de cada um!

A intenção da adaptação do *CARE Approach* para o contexto brasileiro e disponibilização da Abordagem CARE/CARE *Approach* Brasil é oferecer o conteúdo e embasar um curso para profissionais de saúde, de modo a auxiliar na formação e atualização sobre interações entre profissionais e pacientes, fomentando práticas de comunicação empática e efetiva, com objetivo de alcançar o melhor desfecho e terapêutica.

## Informações adicionais

1. O desenvolvimento da Abordagem CARE

2. Perguntas frequentes

Tabela 1 Visão Geral dos componentes da Abordagem CARE em relação à Medida CARE

<b>Componente da Abordagem CARE</b>	<b>Descrição dos componentes em relação às habilidades interpessoais do médico</b>	<b>Item da Medida Care com o qual se relaciona o componente da Abordagem CARE (classificação do paciente)</b>
<b>Conectando</b>	Engajar-se ativamente com o paciente a fim de criar ou aprofundar e facilitar uma comunicação aberta em um ambiente seguro	1. Fazer você se sentir à vontade 2. Deixar você contar sua história
<b>Avaliando</b>	Ouvir e adotar uma abordagem holística para entender completamente a situação do paciente, sua perspectiva e seus sentimentos (e significados ligados a eles)	3. Ouvir realmente 4. Ter interesse em você como uma pessoa inteira 5. Entender plenamente as suas preocupações
<b>Respondendo</b>	Comunicar seu entendimento (e checar sua exatidão) de uma maneira interessada e compassiva, responder positivamente, com explicações claras, se isso for adequado	6. Demonstrar cuidado e compaixão 7. Ser positivo 8. Explicar as coisas com clareza
<b>Empoderando</b>	Ajudar os pacientes a se sentirem mais no controle, de acordo com as suas capacidades, preferências e valores e planejar o tratamento em parceria com eles	9. Ajudar você a assumir o controle 10. Realizar um plano de ação junto com você

## MÓDULOS

### MÓDULO 1 - O que você traz para o encontro

#### Este módulo explora

1. O que significa cuidar para você
2. A diferença entre encontros voltados para o paciente e encontros voltados para a tarefa/doença
3. A importância da comunicação verbal e não verbal
4. As maneiras como suas atitudes, crenças e valores influenciam o encontro

#### Cuidar

"Cuidar" é um termo emotivo, interpretado de formas diferentes pelas pessoas.

#### Exercício 1.1

Responda as seguintes questões. Você pode escrever ou digitar suas respostas na planilha.

-Qual é a sua reação quando ouve ou lê a palavra "cuidar"? Quais pensamentos vêm à mente? Que sentimentos associa à palavra?

-Quais são os aspectos do seu trabalho que tornam possível para você exercê-lo de maneiras que você considera ser atenciosas?

#### Encontro voltado para o paciente versus encontro voltado para a doença ou tarefa

Em um encontro voltado para o paciente, o profissional de saúde cria oportunidades para o paciente expressar suas opiniões, preocupações, crenças e prioridades em relação ao seu cuidado, e participar tão plenamente quanto quiser no processo de decisão. Em outras palavras, é perceber que o paciente está no centro do cuidado e que, como profissionais de saúde, nossa tarefa é trabalhar de forma

eficaz em parceria com a pessoa e, às vezes, com os membros da família e cuidadores.

Em contraste, em um encontro voltado para tarefas, o profissional de saúde completa uma série de tarefas que "precisam ser feitas ao paciente" no tempo dado, em que a agenda é impulsionada pelas estruturas e processos do sistema de saúde. As tarefas são relevantes para o paciente, mas o ponto de vista, preocupações, crenças e prioridades dos pacientes são postas de lado pela necessidade de "concluir o trabalho". Nesse caso, são as necessidades do profissional de saúde (ou do sistema) que têm prioridade e são refletidas em seu comportamento, atitude e comunicação verbal e não verbal. Da mesma forma, um encontro voltado para a doença coloca o foco na doença ao invés de na pessoa. Vemos o paciente como o 'diabético na cama 3', não como a pessoa na cama 3 que tem diabetes (e a doença pode não ser a principal preocupação para a pessoa naquele momento).

Se estamos acostumados a uma abordagem voltada para a tarefa ou para a doença durante o encontro paciente-profissional, podemos estar acostumados a "dizer" a um paciente o que fazer sem nos certificarmos de que o mesmo entendeu os conselhos, se ele está motivado a seguir os conselhos e quais preocupações ele tem. A abordagem voltada para a tarefa pode refletir como fomos treinados, o que aprendemos com os outros, e as estruturas e processos dentro do ambiente de trabalho. Nos encontros voltados para a tarefa, conduzimos a interação com o paciente e podemos optar por cobrir apenas as coisas que sentimos que temos tempo ou capacidade de lidar.

### **Exercício 1.2**

**O exercício a seguir foi elaborado para aumentar nossa consciência e determinar se nos comunicamos de uma maneira voltada para o paciente ou voltada para a tarefa ou doença**

-Quais características melhor caracterizam você ao interagir com um paciente, por exemplo, você tende a tranquilizar, escutar bem, assumir o controle?

-Considere os tipos de interações que você tem com os pacientes. Liste situações em que é mais provável que esteja orientado para o paciente e quando é mais provável que esteja orientado para tarefas ou doenças.

-Para cada uma das situações listadas acima, descreva se você visa satisfazer suas próprias necessidades ou as necessidades do paciente.

Mudar para uma abordagem mais voltada para o paciente pode envolver ir além da maneira como conduzimos nossos encontros com os pacientes. Isso pode parecer assustador e, dependendo do contexto, muitas vezes pode ser alcançado através de pequenas mudanças, como fazer contato visual apropriado, sorrir, ouvir mais e falar menos, verificar se você entendeu as preocupações do paciente, e compartilhar as decisões com o paciente sobre o plano de ação a seguir. Resumindo, trata-se de prestar atenção no paciente como um indivíduo que procurou ajuda e responder de uma maneira útil e não condescendente.

### Exercício 1.3

-Pense em você como um paciente. Quais qualidades o médico ou enfermeiro ideal teria? Registre suas respostas na planilha.

-De que maneiras essas qualidades são importantes?

### Comunicação

A comunicação é central para a Abordagem CARE. A maneira como nos expressamos tem um efeito direto sobre aqueles que nos rodeiam. A comunicação efetiva requer boas habilidades verbais e não verbais. Em termos gerais, as habilidades de comunicação verbal se relacionam com o que é dito, e a comunicação não-verbal refere-se a como é dito. A comunicação não verbal inclui o tom e a velocidade da fala, e também a linguagem corporal, como contato visual, expressões faciais e postura. Tendemos a ser menos conscientes de nosso comportamento não-verbal do que de nossa comunicação verbal, já que ela acontece subconscientemente. Ainda assim, a comunicação não-verbal "fala" poderosamente com a outra pessoa, transmitindo nossas atitudes e sentimentos.

Nosso comportamento não-verbal desempenha um papel muito maior na comunicação do que percebemos e pode facilitar ou dificultar a efetividade do que estamos dizendo. Quando o *que* é dito contradiz a maneira *como* foi dito, as pessoas tendem a acreditar na mensagem não-verbal. Por exemplo, é menos provável que um

paciente se convença de que você está realmente escutando-o, mesmo quando você diz que está, se você persistir em olhar para a tela do computador. Portanto, para que nossa mensagem seja efetiva e confiável, é importante que haja correspondência entre o que dizemos e a maneira como dizemos.

### **Valores e crenças**

Os valores estão relacionados a crenças sobre o que é certo e errado, o que você considera importante e o que você acha que deve ser feito em certas circunstâncias. Os valores estão relacionados ao modo como vemos e entendemos o mundo, e dão significado para o que fazemos na vida. Eles sustentam nossas atitudes (suposições, expectativas e julgamentos), nosso comportamento e a maneira como nos comunicamos. Portanto, é importante estarmos atentos aos valores, crenças e atitudes que sustentamos e, assim, ao que trazemos (conscientemente ou não) para o encontro.

Não nascemos com valores e crenças. Nós os desenvolvemos à medida que crescemos e amadurecemos, através de nossos pais, da nossa educação e das nossas interações com os outros. Como todas as coisas na vida, eles podem mudar. Conflitos podem surgir quando nossos valores não correspondem ao nosso comportamento, ou quando estamos trabalhando em um ambiente que está em desacordo com os nossos valores ou que não nos permite expressá-los. Nossos valores também podem "vazar" através da nossa comunicação de uma forma que os pacientes acham inútil, preconceituosa, crítica e confusa.

#### **Exercício 1.4**

**Este exercício é chamado de exercício das "figuras respeitadas". O exercício também está na planilha.**

-Na primeira coluna, por favor, escreva de duas a cinco pessoas que você respeita profundamente pelo modo como conduziram ou conduzem suas vidas. Você não tem que respeitar tudo nelas, mas, de uma ou mais maneiras significativas, você admira como elas viveram. Essas pessoas podem estar vivas ou mortas, serem famosas ou não famosas, serem pessoas que você conheceu pessoalmente ou de quem simplesmente ouviu falar.

-Então, na segunda coluna, anote as qualidades que elas têm ou tiveram que você respeita. O que você admira nelas? Em seguida, procure qualidades ou grupos de

qualidades que se destacam. Elas podem se destacar simplesmente porque você sabe dentro de si que esta qualidade é de grande importância para você, ou a qualidade pode destacar-se porque é repetida - possivelmente com pequenas diferenças nas descrições - em várias das pessoas que você respeita.

-Anotar até três dessas qualidades na terceira coluna. Se você não for excessivamente idealista, provavelmente essas qualidades representam *Valores-Raiz* que são extremamente importantes para o modo como conduz sua vida.

<b>Quem você respeita profundamente pelo modo como conduziu ou conduz sua vida</b>	<b>Quais são as qualidades que essa pessoa tem que você particularmente respeita?</b>	<b>Quais são as três qualidades-chaves que essa pessoa tem que você especialmente respeita?</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

De Dr. J Hawkins -

<http://www.goodmedicine.org.uk/goodknowledge/wellbeing-time-management-self-determination>

### **Você vive seus valores?**

Considere os valores que você identificou no exercício das pessoas respeitadas acima. Você vive esses valores? De que maneira você tenta viver esses valores em sua vida pessoal e profissional? Quais são as coisas que ajudam você a trazer esses valores para sua vida cotidiana? Quais são as coisas que impedem que isso aconteça?



### **Exercício 1.5**

Faça uma lista dos seus três principais Valores-Raiz e pense nas perguntas acima. Você pode fazer alguma mudança em seu trabalho ou vida pessoal que lhe permitiria viver seus valores mais plenamente?

### Este módulo explora

- A importância da "conexão" no encontro
- Como melhorar seu relacionamento com seus pacientes
- Como fazer uso efetivo da comunicação não-verbal
- Como incentivar a "narrativa do paciente" como parte da conexão

"Conectar-se" é o que acontece quando você se dá bem com alguém. Muitas vezes ocorre natural e espontaneamente quando duas pessoas se conhecem pela primeira vez e rapidamente se gostam. Como isso ocorre em um nível subconsciente, pode ser difícil descrever exatamente por que aconteceu. Quando acontece, nós apenas sabemos que aconteceu e é bom! Também podemos sentir sua ausência quando não acontece (e pode criar um sentimento mútuo de desconforto). Você provavelmente tem exemplos em que se lembra de como se conectou facilmente com alguém, sem ser capaz de colocar em palavras o porquê.

É claro que a conexão é um processo de mão dupla e, como tal, não pode ser forçado nem falsificado. No entanto, na Abordagem CARE, estamos sugerindo que a conexão é um componente-chave do encontro com o paciente e, portanto, em seu papel profissional, você pode precisar trabalhar para maximizar as chances de se "conectar" com seu paciente. Felizmente, você pode aprender a otimizar a conexão, que para o profissional de saúde é um processo ativo que requer tanto esforço consciente como disposição (Neighbor, 1987).

No contexto da Abordagem CARE, conectar-se refere-se ao início do processo de envolver-se ativamente com o paciente. Para que os pacientes compartilhem suas opiniões e preocupações conosco, precisamos dar nosso melhor para garantir que eles se sintam confortáveis e à vontade para fazê-lo. Conectar-se abrange quatro características que fazem parte da comunicação empática e centrada na pessoa.

São elas:

1. Estabelecer o *rapport/relacionamento*
2. Aceitar o paciente como uma pessoa

3. Comunicação não-verbal efetiva
4. Permitir que o paciente conte sua "história".

### **Estabelecendo o *rapport*/relacionamento**

O processo de estabelecer o *rapport*/relacionamento envolve a criação de um ambiente de confiança em que o paciente se sinta confortável para compartilhar informações pessoais (Arnold, Boggs, 2003). Estabelecer o *rapport*/relacionamento começa logo no início do encontro, por exemplo, na maneira como cumprimentamos o paciente na sala de espera e a convidamos para se juntar a nós no consultório, ou na maneira como nos aproximamos dela na cama.

As primeiras impressões são importantes. A maneira como nos apresentamos (verbalmente e não verbalmente) e nossas palavras e frases no início do diálogo formam uma parte essencial da conexão.

#### **Exercício 2.1**

**Assista aos vídeos que mostram diferentes abordagens e responda a seguinte pergunta:**

De que maneiras os profissionais de saúde criam uma boa primeira impressão junto aos pacientes?

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

### **Aceitando o paciente como uma pessoa**

Podemos não necessariamente tolerar ou aprovar tudo o que o paciente nos diz, mas aceitar os pacientes sem preconceito é fundamental para uma abordagem empática. Demonstra o nosso respeito por eles e isso facilita a conexão.

Embora possa parecer simples, interagir com pessoas sem fazer julgamentos preconceituosos e tratá-las de forma igual e justa pode ser um desafio, porque temos tendências para preferir certos tipos de pessoas a outros. Levantar uma sobrancelha, fazer menos contato visual ou começar a falar um pouco mais alto são tipos de comportamentos não-verbais que podem ser percebidos como "frios" e podem sugerir que estamos sendo críticos (Davis, 2006).

## Exercício 2.2

Quão fácil ou difícil seria para você aceitar e não julgar as seguintes pessoas? Marque a caixa que mais reflete seu ponto de vista

	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Impossível
Uma mãe que não controla o seu filho disruptivo, cujo comportamento impede que você entenda a história da mãe					
Um homem que não segue os seus conselhos e sempre reclama do mesmo problema					
Uma paciente que culpa você pelos problemas dela					
Uma mulher que se recusa a assumir qualquer responsabilidade pela própria saúde e quer que você fale exatamente o que ela tem que fazer					
Um paciente que solicita a sua ajuda de maneira agressiva					
Um paciente que fala e fala, mas não sobre a saúde dele					
Uma mulher que sempre domina a conversa e não o escuta					

### **Exercício 2.2 (continuação)**

-Veja os que você marcou como "difícil", "muito difícil" ou "impossível". Quais são algumas das razões para essas respostas?

-Em quais situações de cuidado médico você teve que deixar de lado preconceitos, valores e julgamentos?

### **Exercício 2.3**

*Leia as seguintes observações feitas por pacientes que participaram de um estudo sobre qualidade em consultas de clínica geral em Glasgow (Mercer et al, 2007). Reflita sobre a que você acha que os pacientes reagiram.*

A. "Alguns deles fazem você se sentir inadequada; você sabe que está envelhecendo e ficando senil e não é capaz de entender as coisas, quero dizer, às vezes você se sente assim, você sente que seria melhor pegar a bolsa e a jaqueta e ir embora."

B. "Tenho consultas com o Dr. X e o Dr. Y, e os dois têm atitudes totalmente diferentes quando se trata de falar com você; o Dr. X vai levar o tempo que for preciso e ouvir você."

C. "Você se sente como se estivesse tomando o tempo dele [do médico] ... isso faz você se sentir sob pressão."

D. "Quando vou ao meu médico, quero que ele me veja, a pessoa, não um frasco de metadona; não sou isso, eu sou uma pessoa que tem necessidades e tudo mais, como todo mundo; porque uso metadona, eu simplesmente não sou tratado adequadamente."

### **Comunicação não-verbal efetiva**

Já deve ter ficado claro que a nossa comunicação não-verbal desempenha um grande papel na conexão com os pacientes. Ela determina como somos percebidos

em nosso contato inicial e, portanto, o grau em que somos percebidos como acessíveis, confiáveis, receptivos e interessados (Cole, Bird, 2000). Nosso comportamento não-verbal é especialmente importante ao comunicarmos que estamos escutando. Aqui estão algumas dicas simples sobre formas de comunicação não-verbais que ajudarão o processo de conexão:

● **Contato visual.** O contato visual apropriado é crucial. O contato visual prolongado pode dar a impressão de que você está "encarando" o paciente e ele pode sentir-se envergonhado ou intimidado. Por outro lado, muito pouco contato visual pode transmitir uma impressão de frieza, e os pacientes podem ter a sensação de que você não está interessado no que estão dizendo. Se possível, é importante estar no mesmo nível do olhar do paciente, por exemplo, usando uma cadeira com a mesma altura da cadeira do paciente.

● **Postura.** Por boas razões, a cadeira do paciente é normalmente estável, com quatro pernas, enquanto a cadeira do médico é frequentemente uma cadeira giratória com rodas. O profissional tem que realizar várias tarefas e tem que olhar para o paciente e o computador em momentos diferentes do encontro.

Os pacientes são mais propensos a perceber que o profissional de saúde está interessado e escutando se eles estiverem sentados eretos e inclinando-se ligeiramente para a frente do que se o profissional estiver refestelado na cadeira. Se nos sentarmos com as pernas descruzadas e os braços desdobrados, pode ser mais provável que os pacientes sintam que os estamos escutando do que se nos sentarmos com as pernas cruzadas e os braços cruzados.

● **Sinalização.** Conseguir um equilíbrio entre olhar para o paciente e executar as tarefas necessárias para registrar as informações é importante. Alguns profissionais acham útil dizer ao paciente o que estão digitando no computador enquanto o fazem: "Certo, deixe-me registrar isso em suas anotações... você está com essa dor há quatro semanas..." e "estou digitando uma anotação aqui para dizer que você deve voltar em duas semanas se isso não melhorar". Os profissionais também confirmam que estão escutando usando murmúrios ocasionais como "Ã-hã" enquanto usam o computador.

● **Gestos e expressões.** Nossos gestos, assim como nossa postura sentada, podem fazer a diferença entre a sensação de que uma paciente está sendo escutada ou não. Nossos movimentos de braços e mãos e nossas expressões faciais devem

corresponder ao conteúdo do que dizemos e do que escutamos. Isso às vezes é denominado "congruência".

● **Inflexão de voz.** Podemos usar o som, velocidade e volume de nossa voz para comunicar interesse e carinho. O uso inapropriado da nossa voz pode transmitir (não intencionalmente) distância e frieza.

#### **Exercício 2.4**

***Assista aos vídeos. O som foi removido destas versões. Assista a estas versões silenciosas e responda a pergunta abaixo.***

Vídeo 1 (sem som)

Vídeo 2 (sem som)

De que maneiras as abordagens não-verbais dos profissionais aos pacientes são diferentes?

Se desejar, você pode assistir aos vídeos novamente com som.

Vídeo 1 (com som)

Vídeo 2 (com som)

#### **Permitindo que o paciente conte a sua "história"**

As pessoas precisam de tempo e espaço e de nossa atenção para descrever suas doenças e preocupações à sua maneira. Dando tempo e atenção mostramos respeito e interesse. Em última análise, queremos obter uma compreensão do que está na mente da pessoa e como ela se sente. Depois de abrir o encontro e convidar o paciente a contar sua história, podemos incentivar e facilitar o contar da história olhando para o paciente, acenando com a cabeça e fazendo declarações verbais como "Uh-uh", "OK" e "verdade".

Existem muitas razões diferentes para encontros, por exemplo, para monitorar uma doença ou infecção, para fazer um teste, e porque há um novo sintoma. No entanto, pode ser importante dar aos pacientes a oportunidade de nos dizer o que eles acham que precisam, qualquer que seja a razão para virem nos ver. Perguntas neutras, abertas e convidativas são as melhores. Aqui estão alguns exemplos de maneiras de convidar os pacientes para contar sua história:

- "Como você está hoje?"
- "O que aconteceu desde a última vez que nos encontramos?"
- "Você pode me contar um pouquinho sobre a história de sua coluna? Por exemplo, quando começou e como você acabou na fisioterapia hoje. "

### Exercício 2.5

Assista ao vídeo e responda a seguinte pergunta.

Vídeo

De quais maneiras os diferentes aspectos da conexão são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: estabelecer *rappport/relacionamento*, aceitar o paciente como pessoa, comunicação não verbal eficaz, permitir que o paciente conte a sua "história".

### Uma palavra final sobre o conectar-se

**Conectar-se** é um fio que percorre todo o encontro e não se limita aos primeiros minutos. Oportunidades de conexão podem se desenvolver e aprofundar com o tempo, seja em um único encontro, seja em uma série de encontros. Em alguns ramos da saúde, tais como cuidados primários, prática geral, saúde mental e cuidado do idoso, a continuidade do cuidado é tanto possível quanto desejável, e permite que você e os pacientes trabalhem juntos durante um período de tempo. Quanto mais nos conectamos com um paciente, restabelecemos e reforçamos a conexão, mais forte será a relação terapêutica. Aqui estão alguns exemplos de maneiras de fazer conexões ao longo do tempo:

- "Eu me lembro de você falar sobre..."
- "Como está sua filha ultimamente?"
- "Você mencionou isso um tempo atrás; me diga mais ..."
- "É o mesmo que você me contou no mês passado?"



### Este módulo explora

- Como fortalecer a conexão através do processo de avaliação
- A importância de participar e como usar isso na prática
- Como desenvolver uma sensibilidade aos sinais dos pacientes
- Como usar uma abordagem holística
- Como identificar e aplicar diferentes tipos de perguntas para reunir mais informações e fortalecer a conexão.

Na "avaliação", procuramos entender a situação do paciente, sua perspectiva e sentimentos (e seus significados associados), e colocar os sintomas do paciente e seus problemas médicos dentro do contexto de sua vida como um todo. Isso exige que tenhamos uma perspectiva biopsicossocial. Ao fazer uma abordagem holística, precisamos ouvir e perguntar diretamente ao paciente sobre como seus sintomas ou problemas médicos estão influenciando e sendo influenciados pela sua vida; sobre estresse, emoções e problemas psicológicos, família, trabalho e outros importantes papéis da vida e relacionamentos, e sobre como a doença o está afetando como indivíduo.

Por exemplo, uma recente doença com risco de vida, como um ataque cardíaco, pode resultar em ansiedade e estresse, interferir na capacidade do paciente para trabalhar, levantar preocupações sobre intimidade e atividade sexual, desafiar a visão que a pessoa tem de si mesma como forte e saudável, e levantar questões existenciais ou espirituais sobre a vida e a morte.

Na avaliação, precisamos entender o que o paciente acha importante e os valores em sua vida e como ela entende o que está acontecendo com ela (McCormack, 2010). As principais questões são "*Quais são os problemas e preocupações do ponto de vista do paciente?*" e "*O que o paciente quer alcançar em relação à sua saúde?*" (Davis, 2006).

Apenas ouvindo com cuidado e fazendo as perguntas certas podemos obter um discernimento destes problemas.

Dentro da Abordagem CARE, existem quatro componentes na avaliação:

1. Estar presente
2. Sensibilidade aos sinais dos pacientes
3. Entender a pessoa como um todo
4. Fazer perguntas

### **Estar presente**

Para entender completamente o paciente e poder responder significativamente, precisamos prestar muita atenção no conteúdo da história do paciente, nas palavras que ele usa para descrever suas experiências e em como ele entende sua história. Esse processo é chamado de estar presente. O estar presente vai além de ouvir porque precisamos estar totalmente presentes no momento e totalmente conscientes do que a pessoa está comunicando, tanto verbalmente como não verbalmente. Precisamos resistir para não reagir ao que o paciente está nos dizendo e responder imediatamente para "consertar" seu problema. Precisamos estar conscientes de nossos próprios pensamentos, sentimentos e agenda, mas resistir para que não nos distraiam enquanto a história do paciente se revela. Ao ouvir com cuidado e com precisão, precisamos ser capazes de "conter" e "permanecer com" as emoções que sentimos.

O objetivo da avaliação é chegar ao âmago da questão - compreender como o paciente vê a sua situação e obter um quadro do mundo do paciente, incluindo seu estado emocional e os problemas que está enfrentando. Precisamos ter certeza de que nossa "interpretação" da história não distorce a maneira como estamos escutando e o que estamos ouvindo. Estamos fazendo julgamentos sobre o paciente (baseados em evidências parciais) ou aceitando-o como ele é e permitindo que sua história continue a se desdobrar à sua maneira? (McCabe, Timmins, 2006; Arnold, Boggs, 2007).

Ouvir dessa maneira não é fácil. Precisamos de prática, reflexão e experiência antes de podermos dar completa atenção aos nossos pacientes e para que isso se torne uma forma natural de interagir. Através do estar presente, demonstramos que estamos focados no paciente e comunicamos que nos importamos com o seu bem-estar.

### **Exercício 3.1**

**Assista aos dois vídeos e responda a seguinte pergunta:**

Vídeo 1

Vídeo 2

De que maneiras os profissionais de saúde mostram que estão presentes / ouvindo?

Estar presente é uma maneira poderosa de mostrar que respeitamos e valorizamos o paciente. No entanto, se o paciente achar que não estamos prestando muita atenção, que não estamos dando o nosso tempo ou que estamos fazendo suposições ou julgamentos sobre ele, ele pode sentir que suas preocupações estão sendo ignoradas ou não levadas a sério. Nessa situação ele pode se desconectar, tornar-se menos aberto sobre suas preocupações e pode mostrar sinais de afastamento. É improvável que isso seja uma experiência empoderadora para a pessoa.

### **Exercício 3.2**

**Doze barreiras comuns à escuta são descritas abaixo (McKay, et al., 2009). De que maneiras e em quais circunstâncias essas barreiras poderiam interferir na sua escuta?**

- Comparar - Comparar interfere na escuta porque você está constantemente avaliando qual de vocês, por exemplo, sabe mais. Enquanto um paciente está falando, você está pensando "Se você acha que isso é difícil, deixe-me dizer o quão difícil realmente poderia ser."
- Leitura da mente - A leitura da mente leva você a procurar por significados escondidos ao invés de ouvir o que está sendo dito. Você pode não confiar completamente em que o paciente esteja sendo aberto ou honesto sobre o que realmente quer e, então, transfere o foco para possíveis significados escondidos por trás de alterações na entonação ou expressões faciais.

● **Ensaiai** - Ensaiai significa tentar parecer interessado enquanto está planejando e ensaiando sua resposta.

● **Filtrar** - Você ouve algumas coisas e não outras, com frequência para evitar problemas. Por exemplo, se você tem medo de confrontos, vai prestar atenção no humor do paciente. Se não percebe nenhum sinal de "raiva", para de escutar.

**Julgar** - Julgar é algo que se faz tão rapidamente que muitas vezes você não percebe que fez. No entanto, quando subconscientemente rotula alguém como pouco inteligente ou preguiçoso, você tende a prestar menos atenção no que ela está dizendo.

**Sonhar** - As palavras do paciente acionam suas próprias associações e você devaneia. Quando você volta a ouvir, o paciente está falando sobre outra coisa, deixando você com uma lacuna na história do paciente.

● **Identificar-se** - Qualquer coisa que a outra pessoa disser pode desencadear memórias de experiências semelhantes e, antes que perceba, você interrompe o fluxo da outra pessoa para contar sua história ou começa a pensar sobre suas próprias experiências. Enquanto isso, pare de prestar atenção na história da outra pessoa.

● **Aconselhar** - Você está disposto a resolver os problemas do paciente e está pronto com conselhos, garantias e sugestões depois de ouvir algumas frases apenas. Você gosta de começar sua resposta com "Se eu fosse você, eu iria ..." No entanto, enquanto procura por conselhos, pode não estar vendo o real problema.

● **Disputar** - Independentemente do que a outra pessoa diz, você começa a procurar questões para discordar e discutir. Um exemplo comum é fazer comentários sarcásticos para descartar o ponto de vista do paciente (menosprezar o paciente).

● **Estar certo** - Você fará grandes esforços para tentar provar que está certo, usando táticas como inventar desculpas, falar ao mesmo tempo que a outra pessoa em voz mais alta ou distorcer os fatos.

● **Descarrilar** - Assim que se sente fora de sua zona de conforto ou entediado, você muda o tópico da conversa, faz uma piada ou brincadeira a fim de evitar mais desconforto. Enquanto isso, para de prestar atenção na história da outra pessoa.

● **Apaziguar** - Você quer agradar e ser simpático independentemente da situação. Usa palavras como, "claro que sim", "absolutamente", "realmente", e encontra-se inconscientemente concordando com tudo que dizem.

## **Sensibilidade aos sinais do paciente**

No decorrer de uma conversa, as pessoas farão comentários descuidados ou vão sorrir com os dentes cerrados ao descrever outra pessoa. Às vezes um parente ou cuidador irá levantar uma sobrancelha quando o paciente disser que ela pode fazer tudo na casa sozinha. Estes são exemplos de sinais ou “deixas”.

Há elementos verbais e não verbais que você pode querer aproveitar e explorar no encontro. Você pode dizer algo como: *"Tenho a impressão de que você não acha que X seja uma pessoa fácil de cuidar"*.

Às vezes, um paciente irá revelar diretamente uma preocupação, por exemplo, *"Estou muito preocupado"*, mas muitas vezes essas preocupações estão ocultas e serão reveladas apenas como sinais. Os sinais têm vários graus de sutileza e podem facilmente passar despercebidas ou ser deliberadamente ignoradas. Todas as “deixas” são pistas (consciente ou inconscientemente) de que há mais na mente da pessoa do que ela falou.

Provavelmente é melhor supor que o paciente está procurando uma resposta nossa. O grau com que os pacientes se sentem capazes de discutir suas emoções depende de muitos fatores, como a intensidade dos sentimentos que estão experimentando, quão bem eles estão lidando, e como é a sua personalidade. No entanto, como profissional de saúde, a sua capacidade, disposição, e sensibilidade para detectar e explorar sinais são cruciais para o paciente ter a oportunidade de expressar o que está sentindo.

Estar aberto às pistas do paciente pode ser descrito como ouvir atentamente as emoções por trás dos fatos. Do ponto de vista do paciente, a maneira como ele se sente é tão importante quanto o lado concreto de sua condição médica. De uma maneira ou outra, durante o encontro, o paciente nos mostrará como está se sentindo e o quanto é capaz de entender o que está acontecendo na sua vida.

As “deixas” são oportunidades para discernir melhor o que o paciente está experimentando. Ao reconhecê-las explicitamente, podemos melhorar nossa avaliação e aprofundar nossa conexão com o paciente. Se um sinal for ignorado ou não for percebido, especialmente quando o paciente o repetiu várias vezes, é provável que o encontro seja insatisfatório para o paciente e que qualquer reação ou tentativa de empoderamento subsequente seja infrutífera.

### Exercício 3.3

Assista aos seguintes vídeos, que mostram uma mistura de deixas verbais e não-verbais dadas pelos pacientes e responda as seguintes questões.

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

-Quais sinais verbais e não verbais os pacientes dão? Quais são os sentimentos que revelados nas vozes e nas expressões dos pacientes?

-Quais sinais os médicos captam e quais eles não percebem?

-De que maneiras você lidaria diferentemente com esses sinais?

### Compreender a pessoa como um todo

Compreender a pessoa como um todo significa não caracterizar o paciente apenas por sua doença ou por um lado de sua vida. Levar em conta outros fatores como sexo, idade, cultura e experiências de vida na nossa interação com os pacientes é conhecido como trabalhar holisticamente.

Para poder compreender a experiência do paciente com sua doença, pode ser importante saber alguma coisa sobre o seu trabalho, família, a situação na sua casa, apoio, ou personalidade (Brown et al, 2001; Stewart et al, 2003). É claro que a extensão disto dependerá do contexto e da natureza do encontro. Contudo, muitas vezes é possível levar em consideração outros aspectos da vida de uma pessoa, seja ouvindo uma história completa, seja atendendo alguém em uma clínica para problemas menores - *“Quem está em casa com você?”* é uma pergunta que pode ajudar neste caso.

Compreender a pessoa como um todo não significa conhecer toda a sua história de vida. Significa ser capaz de entender de onde o paciente "vem" no encontro atual. Ser capaz de contextualizar suas experiências da doença é sempre útil, tanto para o paciente como para o médico.

Se feita de maneira não intrusiva e respeitosa, a avaliação holística demonstra que estamos interessados na pessoa com a doença. Isto ajuda na nossa avaliação da pessoa e fortalece a nossa conexão com ela (Platt, Gordon, 1999). Além disso, conhecer os detalhes relevantes da vida do paciente nos ajudará a dar uma resposta mais individualizada e aumentará nossa compreensão das reações do paciente à sua saúde e doença (Stewart et al, 2003).

### **Exercício 3.4**

**Os vídeos a seguir são exemplos de estilos diferentes usados pelo mesmo médico para obter a compreensão da pessoa como um todo.**

Veja os vídeos e observe como o profissional de saúde demonstra uma abordagem holística. Na planilha há espaço para, se você quiser, registrar suas observações.

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

### **Fazer perguntas**

Os pacientes às vezes saem dos encontros com uma pergunta sobre o que foi dito - "*Fico imaginando por que a enfermeira me perguntou isso*". As perguntas que você ou o paciente faz são um aspecto importante da interação porque são um meio de explorar e coletar informações relevantes. Quando estamos cientes de diferentes maneiras de fazer perguntas, podemos coletar informações sem parecermos intrusivos ou superficiais. Se o paciente considera as perguntas invasivas, ele pode sentir-se desconfortável. No entanto, poucas perguntas ou perguntas superficiais podem ser interpretadas como falta de interesse. O número e o tipo de perguntas dependem, de certa forma, dos problemas do paciente e de quanta informação precisamos.

Certas perguntas, usadas em momentos apropriados em um encontro, podem ser particularmente produtivas na obtenção de informações. Seis tipos de perguntas são descritos abaixo (Vocational Studies year 1):

● **Perguntas abertas** são questões gerais e encorajam o paciente a responder com mais de uma ou duas palavras. Cabe ao paciente quanta informação ele dá. Essas perguntas geralmente começam com: como, o que, quando ou poderia. Por exemplo:

*“O que posso fazer por você hoje?”*, *“Do seu ponto de vista quais são as principais coisas que estão afetando a sua saúde?”*

● **Perguntas focalizadas** definem a área de averiguação mais precisamente, mas permitem certa margem para respostas. Por exemplo: *“Você disse que estava se sentindo tenso. O que quer dizer com isso?”*

● **Perguntas fechadas** são aquelas que só podem ser respondidas com respostas específicas, como sim ou não. O questionamento contínuo e fechado restringe as respostas que o paciente pode dar e impede o paciente de dar significado pessoal às suas experiências (Mead, Bower, 2000). Por exemplo: *“Você dorme bem?”*, *“Qual é o seu nome?”*, *“Quantos filhos você tem?”*

● **Perguntas indiretas** são enunciados retóricos que implicam na expectativa de uma resposta sem serem gramaticalmente uma pergunta. Estas perguntas podem ser usadas como uma forma de reunir informações sem fazer com que o paciente sinta que está sendo questionado e dão ao paciente a chance de fornecer informações voluntariamente. Por exemplo: *“Nestas situações, algumas pessoas acham difícil dormir.”*

É melhor evitar os dois tipos de perguntas a seguir.

● **Perguntas conduzidas** implicam respostas específicas, baseadas em nossa suposição do que achamos que o paciente deveria estar vivenciando. A resposta mais provável é o paciente concordar passivamente conosco. Por exemplo: *“Você não dorme bem, não é?”*

● **Perguntas compostas ou duplas** significam que fazemos mais de uma pergunta de uma vez. O resultado é que enviamos uma mensagem mista e muitas vezes a resposta é incompleta ou confusa. Por exemplo: *“Você ainda precisa tomar pílulas para ajudá-lo a dormir e ainda se sente cansado de manhã?”*

### **Exercício 3.5**

**Assista ao vídeo e responda a seguinte pergunta.**

Vídeo

De quais maneiras os diferentes aspectos da avaliação são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: estar presente, sensibilidade às deixas dos pacientes, compreender a pessoa como um todo e fazer perguntas.



## **Uma palavra final sobre a avaliação**

Avaliar é a combinação de coletar informações sobre as preocupações, crenças, pontos de vista e expectativas de um paciente e deter e peneirar essas informações a fim de decidir a melhor forma de responder e empoderar esse indivíduo. Assim, a avaliação na Abordagem CARE é feita com base na coleta de informações individualizadas e na reflexão sobre elas, com o paciente (ou internamente consigo mesmo), enquanto você começa a planejar a melhor maneira de responder.

Em muitos casos, como no conectar-se, isso acontece rápida e intuitivamente, sem qualquer necessidade de refletir, pensar ou planejar. Porém, em muitos encontros tais respostas intuitivas e precisas podem não aparecer, exigindo, assim, reflexão e planejamento sobre as melhores formas de avançar na próxima fase do encontro ou mesmo após o encontro, pensando antecipadamente nos futuros encontros com o mesmo paciente.

### Este módulo explora

- Como o responder interage com o conectar-se e o avaliar
- Diferentes maneiras de comunicar que entendemos a história do paciente
- Por que demonstrar cuidado e compaixão são importantes
- Por que ser honesto e positivo é importante
- Como se sentir mais confiante para explicar as coisas com clareza e responder perguntas com sensibilidade

Nos capítulos anteriores sobre conectar-se e avaliar, examinamos formas de obter um quadro de quais são as questões importantes para o paciente por meio de sua participação, usando uma abordagem holística e focando nos sinais verbais e não verbais dos pacientes. Além disso, vimos que, ao construir *rapport/relacionamento* e prestar muita atenção no que o paciente nos diz, aprimoramos e aprofundamos a relação terapêutica.

Responder ao paciente é algo que acontece durante todo o encontro. Fazemos isto verbalmente e não verbalmente. No processo de responder acompanhamos e agimos de acordo com as descobertas da nossa avaliação, a partir da qual obtivemos um quadro preciso de quais são as questões importantes para o paciente. Ao responder continuamos a prestar atenção nas deixas verbais e não verbais do paciente para observar como ele reage a nós. Ser capaz de colocar nossas respostas no nível de preocupação, emoção e compreensão do paciente, bem como do seu estado de espírito, enquanto abordamos as questões que são importantes para ele, facilitará a compreensão e o envolvimento do paciente no encontro.

Na Abordagem CARE, responder significa “dar uma resposta” diretamente às questões identificadas na avaliação, e comunicar e verificar que entendemos com precisão as preocupações do paciente e atuar com base nesse entendimento de um modo que ajude o paciente. Existem quatro aspectos no responder:

1. Demonstrar entendimento
2. Mostrar cuidado e compaixão
3. Ser positivo
4. Fornecer informações relevantes e explicações claras

## **Demonstrando entendimento**

Quando estamos ouvindo um paciente, é importante verificar periodicamente se entendemos corretamente o significado da história para o paciente e se, inadvertidamente, negligenciamos ou deixamos de perceber algo que o paciente considera importante. A tarefa é esclarecer vários aspectos da história tão sensivelmente quanto pudermos. Se conseguirmos fazer isso corretamente, poderemos comunicar ao paciente que estamos levando suas opiniões e preocupações a sério e que as respeitamos. Ao ouvir o que disseram, os pacientes podem o ver de uma maneira ligeiramente diferente, e isso pode ajudá-los a articular o que estão tentando dizer. Às vezes, isso significa que precisamos interromper a história do paciente. Formas úteis de demonstrar que estamos ouvindo e compreendendo são:

- Parfrasear ou resumir os pontos-chave da história do paciente. Por exemplo: *"Então, o que você está dizendo é que está confuso sobre os diferentes comprimidos e parou de tomá-los."*
- Repetir as palavras-chave e frases que o paciente disse. Por exemplo: *"então... você... não tem... nenhuma... energia?"* ou *"... realmente cansado..."*
- Buscar esclarecimento ou checar as declarações do paciente que soam (levemente) confusas para nós. Por exemplo: *"Posso apenas verificar se o que você está dizendo é...?"* ou *"Estou certo em dizer que você...?"*

Ao repetir para o paciente o que foi dito e o que entendemos, damos ao paciente a oportunidade de verificar e corrigir nossa compreensão. Este retorno demonstra que estamos prestando atenção e que nos importamos. Ao tornar isso explícito, é provável que o paciente se sinta compreendido e apreciado, e criamos mais oportunidades para melhorar o relacionamento e a confiança e, assim, fortalecer a conexão feita no início do encontro, incentivando o paciente a se expressar mais livremente.

## **Mostrando cuidado e compaixão**

Responder ao paciente de uma maneira que transmita nosso cuidado e compaixão é um aspecto fundamental da Abordagem CARE. Mostrar cuidado e compaixão é uma maneira de expressar nossos valores fundamentais como profissionais de saúde. A maioria de nós entrou e permanece na área de saúde porque quer ajudar as pessoas. Responder aos nossos pacientes de maneira cuidadosa e compassiva nos permite exercer a prática diretamente da maneira que valorizamos, e

da maneira que gostaríamos que os outros respondessem a nós. Responder dá voz aos nossos valores, crenças e atitudes. Quando sentimos compaixão achamos mais fácil ouvir profundamente, entender mais plenamente e demonstrar empatia. Como resultado, somos capazes de mostrar uma preocupação que é genuína e sincera.

Uma maneira de mostrar nosso envolvimento com o paciente é por meio de um comentário empático que reflita sobre os sentimentos do paciente. A reflexão vai além do conteúdo da história do paciente (ao contrário do parafrasear e resumir) já que também leva em consideração as informações não-verbais, o contexto do que o paciente disse e as palavras usadas.

Por exemplo: *“Parece que sua dor de coluna está afetando várias áreas da sua vida. Está afetando seu humor também, porque você está tendo dificuldades para fazer todas as atividades que estava acostumado a fazer. Você diria que isso é verdade?”*

Outra maneira de comunicar que estamos com o paciente em um nível humano é validando suas reações às suas experiências como normais e compreensíveis. Uma validação mostra ao paciente que sua reação é "apropriada" e "aceitável", considerando suas experiências.

Por exemplo, em resposta a um paciente que está chorando e se desculpendo, um médico diz: *“Não, está bem. É normal e compreensível. Já faz muito tempo que você vem sofrendo essa dor.”*

Comentários empáticos, como reflexões ou validações demonstram que tentamos entender o significado por trás das palavras dos pacientes, que valorizamos sua perspectiva da situação e que os apoiamos.

#### **Exercício 4.1**

1. Pense em como você comunicaria que se importa e se relaciona compassivamente com um paciente.
2. Assista aos seguintes vídeos. De quais maneiras os profissionais mostram cuidado e compaixão?

Vídeo 1

Vídeo 2

## **Sendo positivo**

Ter uma atitude positiva exige que sejamos honestos e, às vezes, francos, mas nunca negativos sobre o problema de um paciente. Em todas as situações na saúde devemos nos esforçar para oferecer esperança e empoderamento. Precisamos estar conscientes o tempo todo de que a nossa abordagem e atitudes podem ter fortes efeitos sobre os nossos pacientes, especialmente quando eles se sentem vulneráveis e ansiosos.

Não devemos ser falsos ou desonestos porque o paciente logo perceberia. Permanecer positivo em nossa abordagem e em nossas atitudes talvez seja o mais importante que podemos fazer para incentivar nossos pacientes a ver de uma maneira clara o caminho que têm à sua frente. Na verdade, pesquisas sobre a importância de diferentes aspectos dos cuidados centrados no paciente mostraram que os pacientes melhoram mais rapidamente quando os médicos respondem de forma positiva aos seus problemas (Little et al, 2001).

### **Exercício 4.2**

**Veja os Vídeos e responda a seguinte pergunta:**

Vídeo 1

Vídeo 2

De quais maneiras os profissionais comunicam que estão sendo positivos?

## **Dando informações relevantes e explicações claras**

Dois aspectos importantes ao responder às preocupações dos pacientes são dar informações factuais e explicar as coisas. Explicar as coisas de forma clara e personalizada ao paciente significa que damos informações e explicações de maneiras que levam em consideração e são compatíveis com o entendimento, as necessidades, os valores e as crenças do paciente. Além disso, observamos as reações do paciente a fim de verificar se é preciso aprimorar nossas explicações. Quando nos comunicamos de forma eficaz e fornecemos informações claras, possibilitamos que o paciente tenha mais controle e responsabilidade sobre a sua vida.

### **Exercício 4.3**

**Os vídeos a seguir são dois exemplos de como dar informações ao paciente. Assista aos vídeos e responda as seguintes perguntas para cada um:**

Vídeo 1

Vídeo 2

1. De que maneiras diferem as abordagens adotadas pelos profissionais para dar informações e explicações?
2. De que maneiras diferem as reações dos pacientes às explicações dos profissionais?

A situação de dar informações sem levar em consideração o entendimento e as necessidades de um paciente não é incomum na área da saúde e indica que, consciente ou inconscientemente, estamos seguindo a nossa própria agenda. Por exemplo, damos demasiada informação porque se trata de um tópico interessante para nós ou porque seguimos um conjunto de itens a serem verificados ou roteiro em nossa cabeça, o qual sentimos que é preciso completar sem interrupção ou sem levar em consideração o seu efeito sobre o paciente. Neste caso, nossa comunicação é menos eficaz e pode causar incompreensão e preocupação no paciente. Conseqüentemente, o que dizemos pode ser ignorado ou mal interpretado.

Para adequar a quantidade e tipo de informação às necessidades e preferências do paciente, precisamos descobrir o que e quanto ele quer saber. Por exemplo, é o diagnóstico, as técnicas de enfrentamento ou apoio disponíveis, as causas da doença ou os efeitos colaterais do tratamento (ou mesmo só alguns aspectos destes) que o paciente está interessado em conhecer melhor? Perguntar e verificar com o paciente enquanto transmitimos a informação é uma maneira de adequar nossas informações às suas necessidades. Por exemplo, “Eu não sei quanto você já sabe sobre pressão alta?” ou “Você pode falar um pouco mais sobre como acha que funciona?”

Precisamos estar cientes de certos termos que podem ser tão familiares para nós que achamos que os pacientes também os entendem. Palavras como

"enxaqueca", "vírus" e "depressão" fazem parte da fala cotidiana e a maioria das pessoas se sente confortável em usá-las. Isto também é válido para as histórias e explicações que oferecemos sem pensar. Embora esses relatos tenham se refinado e aperfeiçoado ao longo de uma vida de interação com pacientes, há o perigo de que possam perder o significado. Termos médicos amplamente usados têm significado diferente para diferentes pessoas e esses significados podem ser diferentes do significado médico. Muitas vezes, é útil verificar a compreensão do paciente de determinado termo técnico, porque é possível que ele o ouça novamente (Consulting: Communication skills for GPs in training, 2005).

#### **Exercício 4.4**

Você consegue pensar em diferentes razões que poderiam te levar a usar jargões médicos?

Jargão não se refere apenas a palavras encontradas no índice de livros didáticos, mas a palavras usadas pelos profissionais quando se comunicam uns com os outros. Estar ciente de que usamos certos tipos de jargões e refletir porquê o fazemos, vai nos ajudar a ter mais consciência do modo como interagimos com nossos pacientes.

#### **Exercício 4.5**

**Assista ao vídeo e responda a seguinte pergunta.**

Vídeo

De quais modos o vídeo mostra os diferentes aspectos do responder? Os quatro aspectos são: demonstrar, compreender, mostrar cuidado e compaixão, ser positivo, e dar informações relevantes e explicações claras.

#### **Uma palavra final sobre o responder**

O responder baseia-se em conectar e avaliar, ao exigir que ofereçamos uma réplica às preocupações das pessoas. Responder envolve aspectos verbais e não verbais, já que demonstrar compreensão, mostrar cuidado e compaixão, ser positivo,

e dar informações e explicações não diz respeito apenas ao que dizemos ao responder, mas também à maneira como o dizemos.

A eficácia da maneira de responder depende do contexto da resposta. A reação do paciente ao modo como estamos respondendo é um modo de avaliar como estamos sendo percebidos. Por exemplo, um paciente que sorri ou visivelmente relaxa e se abre um pouco mais após sua resposta sugere que você respondeu de uma maneira “apropriada”.

Manter o foco no paciente, prestar atenção aos sinais e pedir retorno, se for o caso, nos ajudará a manter o foco no paciente e manter uma abordagem centrada na pessoa.



### Este módulo explora

- Como o empoderar interage com o conectar-se, o avaliar e o responder
- O que significa apreciar o quadro maior
- Como ajudar os pacientes a assumir o controle e desenvolver suas capacidades
- Como fazer um plano de ação com o paciente e confirmar seu entendimento
- Como usar o empoderamento para construir a confiança do paciente

Empoderar o paciente é um conceito difícil de definir. Algumas vezes é descrito como compartilhar o poder com o paciente ou até mesmo entregar o poder ao paciente. É um termo usado amplamente no contexto da área de saúde e é geralmente considerado como tendo um impacto positivo para a satisfação do paciente e até em alguns desfechos de saúde.

### Exercício 5.1

#### Responda as duas perguntas a seguir:

1. O que empoderar significa para você?
2. De que maneiras você pode empoderar os pacientes?

Ao reexaminar o conectar, avaliar e responder, você talvez tenha notado que o empoderamento é um fio que percorre toda a Abordagem CARE. No contexto da Abordagem CARE, empoderar refere-se a ajudar os pacientes a se sentirem mais no controle de sua saúde e dos cuidados dela.

O foco do empoderamento na Abordagem CARE refere-se aos seguintes quatro aspectos:

1. Apreciar a imagem maior
2. Ajudar os pacientes a ganhar controle
3. Planejar ações e confirmar seu entendimento
4. Construir confiança

## **Apreciando a imagem maior**

Já discutimos a necessidade de uma "abordagem da pessoa como um todo" como uma parte da avaliação, mas apreciar como a vida e as circunstâncias de uma pessoa estão afetando a sua saúde é tão fundamental para o empoderamento que sentimos ser importante voltar a considerar alguns dos seus elementos aqui.

Ao tentar empoderar, precisamos ter uma boa compreensão do contexto da doença ou moléstia em confronto com o pano de fundo da vida dos pacientes. Precisamos saber não apenas como a doença está afetando a vida dos pacientes, mas como a vida está afetando a doença. Apreciar a imagem maior significa usar nosso conhecimento e julgamento com sensibilidade para imaginar como as condições dessa pessoa podem ser influenciadas pelas circunstâncias de sua vida.

Também podemos expressar nosso entendimento diretamente ao paciente e checar sua exatidão. Por exemplo, muitos de nós terão uma apreciação das áreas geográficas de onde nossos pacientes vêm - o tipo de moradia, os sentimentos de segurança dentro da comunidade, as ligações de transportes públicos e o acesso a supermercados e outros serviços.

O endereço do paciente, registrado nas notas do caso, pode oferecer uma indicação de certos aspectos da vida de um paciente - embora o real perigo aqui seja o de fazermos suposições e categorizar as pessoas. Saber que um paciente com DPOC vive em um edifício alto pode não nos revelar nada além das restrições à sua vida social quando os elevadores quebram (o que pode acontecer com frequência). Conhecer a região pode nos ajudar a entender por que alguns pacientes se atrasam para as consultas e por que o nosso conselho sobre uma vida saudável parece nunca ser aceito.

Embora possamos fazer uma diferença real no modo como os pacientes se sentem durante o encontro, o efeito pode não perdurar após a interação, quando os pacientes retornam às suas vidas diárias. Tentar entender a vida das pessoas nos ajuda a entender por que nossos melhores esforços nem sempre têm o efeito que esperamos e por que as pessoas têm dificuldade para entender os conselhos que às vezes oferecemos.

Pode ser útil usar perguntas abertas como "*Como é a vida para você?*" e "*Quem vive com você?*" e para responder a declarações como "*É difícil, você sabe*" com "*Me fale sobre isso...*"

É útil descobrir o que restringe os pacientes em suas vidas diárias, já que as pessoas podem sentir-se desempoderadas em suas vidas domésticas ou nos locais de trabalho. Os pacientes podem falar sobre lances de escadas, um chefe não solidário ou um membro da família desafiador. Conectar-se com as pessoas nos termos deste quadro maior e tentar apreciar e compreender as complexidades de suas vidas pode não apenas aprimorar nosso relacionamento com os pacientes, mas também ajudar a definir metas, personalizar o tratamento e ajudar os pacientes a tomar decisões realistas e apropriadas sobre o cuidado.

Os pacientes responderão de maneira muito diferente a um profissional de saúde que está tentando compreendê-los e as suas vidas do que a um profissional que dá conselhos e instruções que não se ajustam aos desafios da vida diária. Como profissionais de saúde, precisamos avaliar como o paciente se sente sobre se esforçar para assumir o controle e o que o fracasso poderia significar para ele: por exemplo, confirmar em sua mente o repetido fracasso, ou ser ridicularizado por amigos, família e outros.

Um paciente pode ter um papel informal como cuidador, o que significa que não tem muito tempo para sua própria saúde, e a consciência disso pode levar o paciente a ser capaz de conseguir acesso a auxílios e outras formas de assistência.

### **Ajudando os pacientes a ganhar controle**

Como profissionais de saúde, geralmente damos informações aos pacientes sobre sua moléstia e como gerenciá-la, serviços para apoiá-los e a literatura para promover a saúde.

Em alguns casos, ensinamos os pacientes a realizar tarefas como usar um medidor de fluxo expiratório e a administrar injeções. Dar informações e ensinar habilidades de autogerenciamento pode ser empoderador. No entanto, algumas dessas informações são complexas e algumas dessas habilidades são bastante técnicas, e poucas vezes é suficiente apenas dar a informação e mostrar as habilidades sem oferecer apoio e sem reforçar a instrução.

Pode ser útil identificar os pontos fortes de um paciente e suas realizações anteriores. Além disso, pode ser útil explorar com o paciente o que ele se sente capaz de fazer para melhorar sua situação.

Assumir o controle de sua moléstia pode ser assustador, especialmente se você teme ser abandonado para lidar com ela sozinho. No entanto, ajudar os pacientes a

assumir o controle significa permitir que assumam a responsabilidade por mais auto cuidado, não por todos os cuidados. Pode ser melhor pensar nisso como ganhar mais controle ao invés de assumir o controle absoluto.

Isso geralmente envolve explorar com o paciente o que ele pode fazer para melhorar sua saúde ou sua situação. Então, nosso papel se torna o de treinador e mentor - nutrir, envolver, demonstrar e reforçar positivamente. Ao se envolverem como parceiros ativos em seus cuidados, os pacientes são encorajados a assumir mais controle e responsabilidade, com base em seus pontos fortes e suas capacidades.

Algumas opções de tratamento podem exigir um ajuste no estilo de vida, comportamento e habilidades de enfrentamento associadas a fim de atingir determinados objetivos de saúde. Informações sobre opções de tratamento podem ser difíceis de entender e podem exigir um ritmo estruturado simples. O paciente precisa se sentir confortável para ser capaz de discutir metas de saúde ou opções de tratamento, e precisamos ser sensíveis a como o paciente está respondendo quando damos as informações e verificamos a compreensão.

Para uma tomada de decisões compartilhada de qualquer tipo é fundamental que o paciente entenda a sua situação até o ponto em que se julgue capaz de fazer escolhas com as quais se sinta confortável. Fazer suas próprias escolhas ajudará os pacientes a ganhar um senso de controle e independência. O acesso à informação e o suporte de outros com o mesmo problema, por exemplo, grupos de auto ajuda, podem ser úteis para alguns pacientes.

Ganhar o controle é ter a autoconfiança de que você pode conseguir algo, que é capaz de dominar certas habilidades ou de encontrar a motivação para mudar algo em sua vida.

### **Exercício 5.2**

-O que autogerenciamento significa para você?

-Ouça a gravação em que um profissional de saúde fala sobre autogerenciamento.

Áudio

Como suas respostas se relacionam com a visão do profissional? No Apêndice 7 você pode ler a transcrição da gravação sobre autogerenciamento.

## **Planejando a ação e confirmando o entendimento**

A elaboração de um plano de ação com o paciente relaciona-se com a definição de opções sobre como prosseguir. As opções podem envolver concordar com as metas de saúde e fazer escolhas sobre opções de tratamento. Devemos resistir em fazer suposições sobre o quanto um paciente quer estar envolvido em seu cuidado e precisamos descobrir quanto e de que maneira um paciente quer se envolver no cuidado. Para ser eficaz, um plano de ação compartilhado precisa ser realista quanto ao que é possível alcançar.

Um paciente não pode realmente fazer escolhas a menos que facilitemos a compreensão do problema ou doença, que precisa ser definido de uma maneira clara para que ambos concordem. Ter uma abordagem holística, concentrando-se nos sentimentos do paciente, suas necessidades, experiências e estilo de vida, ajudará a tornar o problema concreto e relevante.

O plano de ação estabelece o gerenciamento de uma condição e dentro deste plano podem haver metas específicas. É útil fazer uma distinção entre metas de longo e de curto prazo. Um objetivo de longo prazo para um jovem com asma pode ser completar um jogo inteiro de futebol sem ter que deixar o jogo por falta de ar. Um objetivo de curto prazo pode ser controlar o chiado com esforço mínimo através do uso ideal do inalador durante as semanas seguintes. O prazo define se um objetivo é de curto ou longo prazo, mas também a probabilidade do objetivo ser alcançável, e isso tem que ser negociado. Atingir metas, sejam elas de curto ou longo prazo, significa ajudar as pessoas a se tornarem muito mais confiantes em sua capacidade de lidar e gerenciar sua doença.

### **Exercício 5.3**

Os vídeos a seguir mostram estilos diferentes no que se refere a explorar com os pacientes o que podem fazer para melhorar a situação, identificar escolhas realistas para os pacientes e buscar ativamente suas preferências.

Vídeo 1

Vídeo 2

De que maneiras os médicos diferem em suas abordagens?

No vídeo 2 acima, a fisioterapeuta e o paciente falam sobre o estabelecimento de metas. Na gravação a seguir, a fisioterapeuta explica com mais detalhes o que quer dizer com definição de metas.

Você pode encontrar a transcrição da gravação sobre definição de metas no Apêndice 7.

Um aspecto importante na confecção de um plano de ação com o paciente é verificar frequentemente se o paciente entende a informação que você dá e se está claro para ele o curso de ação que ambos decidiram adotar. Ter uma compreensão clara aumenta a posse da própria saúde pelo paciente e permite-lhe gerir melhor a sua situação (*Consulting: Communication skills for GPs in training*, 2005).

Para verificar se a nossa comunicação foi eficaz, podemos pedir ao paciente para nos fornecer um feedback sobre o que foi acordado durante o encontro. Por exemplo, podemos dizer: *"Quero ter certeza que expliquei X corretamente, porque pode ser confuso. Você pode me dizer o que nós combinamos?"* ou *"Só para ficar claro, que tipo de coisas nós combinamos? Só para ter certeza que nós dois sabemos."*

Outra maneira é dar ao paciente ampla oportunidade de fazer perguntas ou esclarecer as coisas. Por exemplo, perguntando *"Isso parece bem para você?"* ou *"É isso que você esperava da sua visita hoje?"* ou *"Há algo mais que você gostaria de falar ou perguntar"*

### **Construindo confiança**

As pessoas são mais propensas a tentar algo quando acreditam que podem fazê-lo e se acham que têm a capacidade de fazê-lo. Auto-estima e autoeficácia são dois conceitos que podem nos ajudar a entender a construção da confiança. Auto-estima é a crença que as pessoas têm quanto ao seu valor, respeito e importância, enquanto a autoeficácia é descrita como a crença das pessoas em suas capacidades e competências para lidar com sua vida e se sentir no controle dela (Bandura, 1982).

Reconhecer e nutrir os pontos fortes e as competências de um paciente é importante e vai ajudá-lo a ganhar uma sensação de controle sobre seu tratamento e saúde. Empoderar, no sentido de promover as crenças do paciente em suas capacidades e competências próprias, (Ashcroft, 1987) pode assumir muitas formas diferentes.

Podemos construir confiança através de uma frequência apropriada de acompanhamento. Nesses encontros regulares, podemos empoderar endossando, confirmando, elogiando, afirmando e parabenizando os pacientes. Também podemos precisar ajudar os pacientes a refinar técnicas e oferecer instruções. Os pacientes querem que sejamos honestos e que mostremos níveis adequados de apoio e acompanhamento. Podemos reduzir os sentimentos de vulnerabilidade dos pacientes e aumentar sua segurança usando estratégias como *"se sentir que ele não está melhor, faça-o voltar amanhã de manhã."*

#### **Exercício 5.4**

**Assista aos seguintes vídeos e responda as seguintes perguntas.**

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

De que maneiras os profissionais de saúde promovem a crença dos pacientes em suas capacidades e competências?

Como profissionais perspicazes, apreciaremos os sucessos de nossos pacientes, sejam eles grandes ou pequenos, reconheceremos esses sucessos e os usaremos como marcos no desenvolvimento de um paciente. Ganhar confiança traz esperança e uma determinação de que os objetivos podem ser alcançados e que é possível traçar planos e caminhos para atingir metas.

#### **Exercício 5.5**

**Assista ao vídeo e responda a pergunta a seguir:**

Vídeo 1

De que maneiras os diferentes aspectos do empoderamento são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: apreciar a imagem maior, ajudar os pacientes a ganhar controle, planejar a ação e confirmar a compreensão e construir a confiança.

## Uma palavra final sobre o empoderamento

Ao longo da descrição de cada componente da Abordagem CARE, tornou-se claro que eles não podem ser vistos como partes isoladas. Este módulo sobre o empoderar não é exceção.

Os potenciais resultados empoderantes da Abordagem CARE são realçados ao longo do manual. São estes: os pacientes sentem-se compreendidos, valorizados e respeitados, envolvidos em seu cuidado de maneira confortável, capazes de se autogerir, e a interação apóia seu bem-estar geral. A próxima seção do manual unirá todos os quatro componentes e os mostrará em ação.

## Visão geral da Abordagem CARE

<b>Conectando</b>	<b>Avaliando</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estabelecer rapport/relacionamento</li><li>2. Aceitar o paciente como uma pessoa</li><li>3. Comunicação não verbal efetiva</li><li>4. Permitir que os pacientes contem sua "história"</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estar presente</li><li>2. Sensibilidade aos sinais dos pacientes</li><li>3. Entender a pessoa como um todo</li><li>4. Fazer perguntas</li></ol>
<b>Respondendo</b>	<b>Empoderando</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Demonstrar entendimento</li><li>2. Mostrar cuidado e compaixão</li><li>3. Ser positivo</li><li>4. Fornecer informações relevantes e explicações claras</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Apreciar a imagem maior</li><li>2. Ajudar os pacientes a ganhar controle</li><li>3. Planejar ações e confirmar seu entendimento</li><li>4. Construir confiança</li></ol>



## MÓDULO 6 - Juntando tudo

### Este módulo explora

- Como os componentes da Abordagem CARE interagem e trabalham juntos
- Que a Abordagem CARE é um processo bidirecional
- O espírito da Abordagem CARE
- Maneiras de se apoiar na Abordagem CARE

### A integração dos componentes da Abordagem CARE

Apesar de, ao aprendermos sobre a Abordagem CARE, termos apresentado estes componentes como elementos individuais nos módulos anteriores (2-5), você já deve ter percebido que os quatro domínios da Abordagem CARE não seguem necessariamente esta ordem linear simples de "conectar-se - avaliar - responder-empoderar".

Na verdade, na prática cotidiana, a maioria dos encontros terá uma combinação variada dos quatro componentes ocorrendo em ordem variável.

#### Exercício 6.1

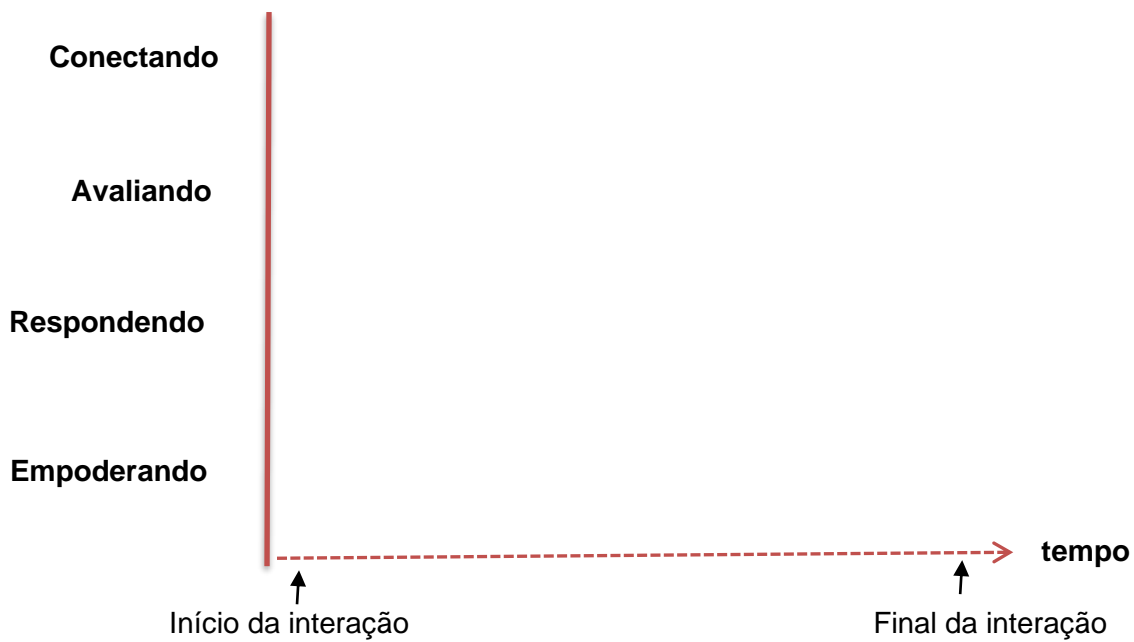
**Assista aos seguintes vídeos e responda as perguntas:**

Escreva quais componentes da Abordagem CARE você pensa que estão acontecendo e quando ao longo do encontro. Você pode usar o gráfico em branco abaixo para "mapear" isso marcando com uma cruz o componente que você acha que está acontecendo enquanto a interação acontece ao longo da escala de tempo.

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3



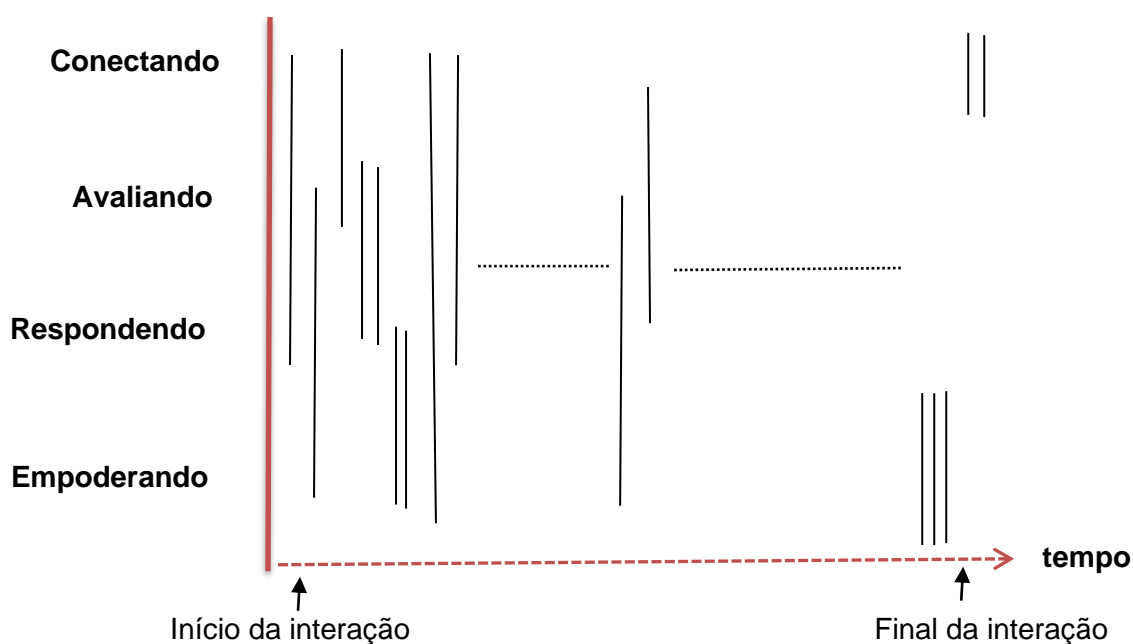
### Exercício 6.1 - continuação

De que maneiras os diferentes componentes da Abordagem CARE são demonstrados em cada vídeo?

É evidente que existem muitas maneiras pelas quais os componentes da Abordagem CARE podem entrar em jogo em um encontro. Alguns encontros podem ser principalmente sobre conectar com alguma avaliação, e a resposta pode ser simplesmente definir uma data para a próxima consulta. Alguns encontros podem ter ciclos repetidos de diferentes combinações dos componentes da Abordagem CARE, ou médicos experientes podem até mesmo combinar os diferentes componentes ao mesmo tempo.

A Figura 1 ilustra como um médico experiente pode combinar e se mover entre os domínios do CARE durante um encontro.

**Figura 1**



Neste encontro hipotético (Figura 1), o médico está se conectando e avaliando ao mesmo tempo no início da consulta (por exemplo, fazendo com que o paciente se sinta à vontade com uma introdução educada e calorosa, e avaliando o comportamento não verbal do paciente); se o paciente parece ansioso ou pouco à vontade, o médico pode responder rapidamente a isso dando um sorriso, ou mudando ligeiramente a posição da cabeça ou do corpo.

Isto pode ajudar o paciente a relaxar um pouco, e o médico então continua se conectando, deixando o paciente contar sua história, e novamente avaliar, ouvindo e procurando pistas não verbais e verbais, e respondendo a estas quando eles surgem.

Assim, durante o decorrer de um encontro, há um número infinito de maneiras possíveis de pôr em prática a Abordagem CARE. Se somos comunicadores altamente qualificados, e estamos totalmente engajados no encontro, as respostas ocorrem naturalmente com base em nossa percepção e consciência. Sob estas condições, o encontro é quase como um improviso de jazz executado por músicos experientes.

### ***A Abordagem CARE é um processo bidirecional***

O que sem dúvida deve ser óbvio agora é que a Abordagem CARE não é algo que você "faz" com o paciente; é um processo de mão dupla concentrado inteiramente na interação com o paciente. Se você está com um paciente com quem interage com muita facilidade, é provável que vocês tenham se conectado à primeira vista no encontro (talvez quando foi chamar o paciente na sala de espera e vocês fizeram contato visual); ou pode ser porque vocês já se conhecem bem de encontros anteriores ou apenas porque, de alguma forma, vocês instantaneamente "se conectaram", como discutido anteriormente.

O conectar-avaliar-responder-empoderar (em qualquer ordem e combinação que ocorram) pode, então, simplesmente ocorrer "automaticamente", sem qualquer esforço da sua parte. Tais encontros são, naturalmente, uma alegria (a menos que envolvam dar más notícias ou coisas semelhantes) e fazem o trabalho de um profissional de saúde parecer muito fácil e recompensador.

No entanto, como todos sabemos, nem todos os encontros seguem um percurso tão fácil e simples. Na maioria das consultas, especialmente se não conhecemos bem o paciente, pode haver um elemento de "sentir o caminho" durante o encontro. O que é muito provável, porém, é que o paciente também esteja passando por um processo semelhante e fazendo um grande esforço para se conectar conosco, que esteja nos avaliando (verbalmente e não verbalmente) e respondendo de maneira ativa. O paciente pode até mesmo fazer grandes esforços para tentar nos empoderar em nosso difícil trabalho.

#### **Exercício 6.2**

**Veja os vídeos e responda a seguinte pergunta:**

De que maneiras a Abordagem CARE pode ser aplicada à forma como o paciente está interagindo com o profissional de saúde?

Vídeo 1

Vídeo 2

Vídeo 3

Podemos encontrar um paciente que não nos agrada (e sem ao menos saber porquê) ou, apesar de todos os nossos esforços, um paciente pode claramente não responder ao que estamos dizendo ou sugerindo. Sob tais circunstâncias pode ser tentador ir em frente com a consulta mesmo assim e encerrá-la o mais rápido possível!

No entanto, uma maneira melhor pode ser desacelerar, respirar fundo e gastar um momento tentando descobrir o que realmente está acontecendo. Observe como você se sente, mental e fisicamente. Você pode estar se sentindo tenso, irritado, zangado ou frustrado. Pode notar uma ligeira tensão na garganta ou no abdome, ou que o seu coração está acelerado. Somente perceber como está se sentindo pode ser suficiente para permitir que relaxe um pouco, reconheça esses sentimentos e os abandone, ou simplesmente permita sua presença sem agir com base neles.

Você pode se surpreender ao descobrir que isso também pode ser o suficiente para ajudar o paciente a se sentir menos tenso, à medida que você começa a se sintonizar com o que o paciente está realmente sentindo e as possíveis razões. Em uma conversa que, de alguma forma começou errada, nunca é tarde demais para reverter a situação (ou pelo menos tentar).

Talvez você precise perguntar ao paciente o que ele sente a respeito do que você disse, ou simplesmente oferecer um pedido de desculpas se claramente fez uma interpretação errada. Se você está sinceramente motivado a ajudar o paciente, a maioria das dificuldades e mal-entendidos pode ser trabalhada em um estágio inicial, para mútua satisfação do paciente e do profissional.

### **Exercício 6.3**

De que maneira o clínico geral aborda a situação no seguinte vídeo?

### **O espírito da Abordagem CARE**

Até agora discutimos os componentes individuais da Abordagem CARE, como eles podem interagir de uma forma cíclica, não linear, e como o encontro com o paciente é uma interação ativa em ambos os lados, não simplesmente o profissional de saúde realizando um exame clínico objetivo e distanciado.

Isto nos leva então ao que realmente está no centro da Abordagem CARE, ao que constitui a sua essência ou espírito. Em nossa opinião, o cerne da Abordagem

CARE é uma combinação de empatia e consciência: consciência de nós mesmos, consciência do paciente e consciência da interação entre nós, momento a momento.

Tal consciência, e nossa capacidade para ela, determina a autenticidade, profundidade e presença inerentes às nossas interações com os pacientes.

### **Formas de nutrir e apoiar a si mesmo e aos outros na Abordagem CARE**

Esta seção examinará algumas maneiras de cultivar e desenvolver com sucesso a consciência no contexto da mistura de habilidades, técnicas e atitudes que cobrimos até agora no manual ao descrever a Abordagem CARE.

O primeiro ponto é a necessidade de cuidar de nós mesmos. Cuidar da saúde de outros pode ser uma profissão estressante e exigente. É importante que você mantenha um equilíbrio saudável entre trabalho e vida e promova o autocuidado para si mesmo, assim como você faz para seus pacientes. Se você está se sentindo estressado ou esgotado, ou sofrendo de outros problemas que estejam afetando o seu bem-estar, é improvável que esteja se apresentando no trabalho com todo o seu potencial.

Na pior das hipóteses, o seu precário bem-estar pode estar ativamente limitando sua capacidade de oferecer cuidado de alta qualidade aos seus pacientes. Se você tem preocupações significativas nessa área, precisa discutir isso com seu gerente, o serviço de saúde ocupacional ou clínico geral.

Cuidar da própria saúde significa prestar atenção às coisas que afetam a sua saúde e sobre as quais só você pode fazer alguma coisa – isto é, fatores do estilo de vida, como exercício, dieta saudável, consumo de bebidas alcoólicas dentro dos limites, parar de fumar e assim por diante. Cuidar do próprio corpo também traz grandes benefícios para a mente - o exercício, por exemplo, é um excelente tratamento para estresse ou depressão leve.

Outras formas de cuidar do seu bem-estar envolvem passar tempo com pessoas queridas e amigos próximos, praticando passatempos de que você gosta, ter períodos de descanso ou férias regularmente e assim por diante.

Para algumas pessoas, as crenças e práticas religiosas ou espirituais são uma forma de desenvolver a consciência e promover o bem-estar. Por exemplo, o cultivo da mindfulness tem uma longa história em tradições espirituais orientais como o budismo.

No entanto, a mindfulness pode ser ensinada como um conjunto de habilidades independente de qualquer sistema de crenças religiosas. Uma forma popular de treinamento acessível e secular de mindfulness é o programa educacional de redução do estresse baseado na mindfulness (MBSR), desenvolvido por Jon Kabat Zinn. Ele é desenvolvido ao longo de 8 sessões e envolve o treinamento em meditação mindfulness, integrado com o ensino de compreensão psicológica e modelos de estresse.

Existem evidências empíricas crescentes de benefícios da redução do estresse baseada na mindfulness para a saúde dos profissionais (Irving et al., 2009) e isso pode, portanto, ser útil para desenvolver a consciência interpessoal e pessoal que é essencial para a Abordagem CARE.

Na verdade, os comportamentos e competências de autodesenvolvimento identificados pelo Quadro de Conhecimento e Competências como essenciais para a prestação de cuidados centrados no paciente podem estar intimamente alinhados com os objetivos propostos pelo treinamento em mindfulness. Isso inclui o desenvolvimento do autoconhecimento reflexivo e de estratégias para gerenciar os impactos emocionais e físicos do trabalho, a manutenção do bem-estar pessoal e o controle do estresse (Dimensão Essencial 2: desenvolvimento pessoal e de pessoas).

## **Uma palavra final sobre a Abordagem CARE**

Esperamos que você tenha achado a Abordagem CARE estimulante e útil para o seu trabalho como profissional de saúde. Desenvolver uma forma de interação mais empática e centrada na pessoa requer prática e é desafiador e emocionante. Uma viagem de mil quilômetros começa com um único passo, então qualquer pequena mudança que você fizer em sua interação com os pacientes com base na Abordagem CARE pode levar a benefícios surpreendentemente grandes para eles.

Lembre-se que a Abordagem CARE não é uma via de mão única e que as pessoas que chamamos de pacientes, geralmente também estão tentando fazer o melhor para interagir conosco de uma maneira produtiva. No encontro com profissionais de saúde, alcançar uma situação em que ambos ganham em termos de interações humanas, produtivas e eficazes é o que todos estão procurando.

Isto pode parecer assustador em um serviço de saúde movimentado, e às vezes você pode se sentir sobrecarregado. Você é um profissional fazendo um trabalho importante e quer fazer o melhor com suas habilidades. No entanto, precisa permanecer dentro de seus limites profissionais, e se sentir que está fora da sua zona de conforto, precisa procurar o apoio dos membros da sua equipe e do seu gerente.

Como discutido neste módulo, você também precisa cuidar do próprio bem estar, no seu local de trabalho e fora dele.

Muito obrigado por dedicar tempo para estudar e refletir sobre a Abordagem CARE. Desejamos-lhe sucesso contínuo no seu importante trabalho!



## Referências

Arnold E, Boggs K (2003) *Interpersonal Relationships: professional communication skills for nurses*, 4<sup>th</sup> ed., W.B. Saunders: Philadelphia

Brown JB, Stewart MA, Ryan BL. *Assessing communication between patients and physicians: the measure of patient-centered communication (MPCC) working paper series*. Paper no. 95-2, 2<sup>nd</sup> ed. London, Ontario, Canada: Thames Valley Family Practice Research Unit and Centre for Studies in Family Medicine, 2001

Cole SA, Bird J (2000) *The medical interview: The three-function approach*, 2<sup>nd</sup> ed., Mosby: Int.

Consulting: *Communication skills for GPs in training*. 2005 [DVD] by Martyn Hull. RCGP Midland Faculty (DVD)

Davis CM (2006) *Patient practitioner interaction: An experiential manual for developing the art of health care*, 4<sup>th</sup> ed. SLACK: Int.

Gaun Yersel' - *The Self Management Strategy for Scotland* (2008) by LTCAS and the Scottish Government <http://www.ltcas.org.uk/resources/library/search/Gaun+yersel/>

Hawkins J.

<http://www.goodmedicine.org.uk/goodknowledge/wellbeing-time-management-self-determination>

Irving JA, Dobkin PL, Park J Cultivating Mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR) *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2009; 15:60-68

Kabat-Zinn J (2004) *Full Catastrophe Living* (15<sup>th</sup> ed). Piatkus:London

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S (2001) Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*, 323: 908-911

McCabe C, Timmins F (2006) *Communication skills for nursing practice*, Palgrave McMillan: London

McCormack B, McCance T (2010) *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*, Wiley-Blackwell: Oxford

McKay M, Davis M, Fanning P (2009) *Messages: The communication skills book* (3<sup>rd</sup>), New Harbinger Publications Inc: Oakland

Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature (2000). *Soc Sc & Med*, 51: 1087- 1110

Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002; 52: S9-S12

Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM (2004) The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6): 699-705

Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations; a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice* 2007; 8:22

Neighbour R (1987) *The inner consultation*. Kluwer Academic Publishers: Int.

Pearcey P. 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16: 51-56

Platt FW, Gordon GH (1999) *Field guide to the difficult patient interview*, Lippincott Williams & Wilkins: Int.

Reynolds W (2000) *The measurement and development of empathy in nursing*. Aldershot (UK): Ashgate Publishing Ltd.

Rungapadiachy Dev M (2008) *Self awareness in health care*. Palgrave MacMillan: Int.

Saviato RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia\* \* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Nurses performing triage in Emergency Services: self-compassion and empathy", apresentada à Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil. *Rev Lat Amer Enferm* [online] 2019; 27: e3151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3049.3151>

Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA da, Martinez JAB. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014; 47(1): 51-8. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/80098>

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (2003) *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, 2<sup>nd</sup> ed. Radcliffe Medical Press: Oxon

The Scottish Government. *The Healthcare Quality Strategy for NHSScotland*. 2010. Edinburgh, The Scottish Government. [www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/311667/0098354.pdf](http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/311667/0098354.pdf)

*Vocational Studies year 1: Handbook for tutors*. University of Glasgow, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, General Practice and Primary Care

## APÊNDICES E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

### Apêndice 1 - CARE Measure

Please rate the following statements about today's consultation Please tick one box for each statement and <u>answer every statement</u>						
	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent	Does not apply
<b>How was the doctor at...</b>						
<b>Making you feel at ease</b> <i>Being friendly and warm towards you, treating you with respect; not cold or abrupt</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Letting you tell your "story"</b> <i>Giving you time to fully describe your illness in your own words; not interrupting or diverting you</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Really listening</b> <i>Paying close attention to what you were saying; not looking at the notes or computer as you were talking</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Being interested in you as a whole person</b> <i>Asking/knowing relevant details about your life, your situation; not treating you as "just a number"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fully understanding your concerns</b> <i>Communicating that he/she had accurately understood your concerns; not overlooking or dismissing anything</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Showing care and compassion</b> <i>Seeming genuinely concerned, connecting with you on a human level; not being indifferent or "detached"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Being positive</b> <i>Having a positive approach and a positive attitude; being honest but not negative about your problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Explaining things clearly</b> <i>Fully answering your questions, explaining clearly, giving adequate information; not being vague</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Helping you to take control</b> <i>Exploring with you what you can do to improve your health yourself; encouraging rather than "lecturing" you</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Making a plan of action with you</b> <i>Discussing the options, involving you in decisions as much as you want to be involved, not ignoring your views</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM (2004) The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6): 699-705

## Apêndice 2 - CARE Measure – versão brasileira

Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje. Por favor, seleccione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens.						
<i>Como foi o médico ou a médica em</i>	<b>Ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>1. Deixar você à vontade</b> (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Deixar você contar sua “história”</b> (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Realmente ouvir</b> (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Estar interessado em sua pessoa como um todo</b> (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar “apenas como um número”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Entender plenamente suas preocupações</b> (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Mostrar cuidado e compaixão</b> (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Ser positivo</b> (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Explicar as coisas claramente</b> (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Ajudar você a manter o controle</b> (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar “dando sermão”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Planejar junto com você o que será feito</b> (conversando sobre as possibilidades, envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scarpellini GR, Capellato G, Rizzatti FG, Silva GA, Baddini-Martinez JA. Escala CARE de empatia: tradução para o português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. Medicina (Ribeirão Preto), 2014; 47(1): 51-8

## Apêndice 3 - CARE Measure – profissionais

Como sou profissionalmente em	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
<b>1. Deixar o (a) paciente à vontade</b> (ser gentil e amigável, tratar o(a) paciente com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a)).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Deixar o (a) paciente contar sua história</b> (dar tempo para o (a) paciente descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem o interromper ou distrair).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Realmente ouvir</b> (prestar atenção no que o (a) paciente diz; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto ele (ela) fala).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Estar interessado no (na) paciente como um todo</b> (perguntando ou sabendo detalhes importantes da vida dele(dela), sua situação; sem lhe tratar “apenas como um número”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Entender plenamente as preocupações do (da) paciente</b> (demonstrando que tinha entendido corretamente as preocupações dele(dela); não esquecendo ou desconsiderando nada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Mostrar cuidado e compaixão</b> (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com o(a) paciente em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Ser positivo</b> (ter uma abordagem e uma atitude positivas; ser honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os problemas do (da) paciente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Explicar coisas claramente</b> (respondendo completamente às questões do(da) paciente, explicando claramente, dando informações adequadas para ele(ela); não sendo vago).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Ajudar o (a) paciente a manter o controle</b> (conversando sobre o que o(a) paciente pode fazer para melhorar a saúde; encorajando-o(a) ao invés de ficar “dando sermão”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Planejar junto com o(a) paciente o que será feito</b> (conversar sobre as possibilidades, envolver o(a) paciente nas decisões na medida em que ele (ela) quer estar envolvido(a); não ignorar os seus pontos de vista).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Saviato RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER. Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. Rev Lat Amer Enferm [online] 2019; 27: e3151.

## Informação

A *Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure* é uma medida do processo de consulta desenvolvida pelo Dr. Stewart Mercer e colegas dos Departamentos de Clínica Geral da Universidade de Glasgow e da Universidade de Edimburgo. Baseia-se numa definição ampla de empatia no contexto de uma relação terapêutica na consulta médica. A formulação reflete um desejo de produzir uma medida holística, centrada no paciente, que seja significativa para os pacientes independentemente de sua classe social e foi desenvolvida e aplicada em mais de 3.000 consultas de clínica geral em áreas de alta e baixa privação no oeste da Escócia.

O sistema de pontuação para cada item é "ruim" = 1, "regular" = 2, "bom" = 3, "muito bom" = 4 e "excelente" = 5. Todos os dez itens são somados, resultando em uma pontuação máxima de 50 e mínima de 10. São permitidas até duas ocorrências de "Não aplicável" ou valores ausentes, e estes são substituídos pela pontuação média dos itens restantes. Questionários com mais de dois valores ausentes ou respostas "Não aplicável" são removidos da análise.

As escalas **CARE Measure – versão brasileira** e **CARE Measure – profissionais** seguem o mesmo sistema de pontuação da *CARE Measure* original

O background teórico e a validação da medida CARE podem ser encontrado em: Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, Heaney DH, and Watt GCM. Relevance and performance of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice* 2005, 22 (3), 328-334

Mercer SW, Watt, GCM, Maxwell M, and Heaney DH. The development and preliminary validation of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 2004, 21 (6), 699-705

Mercer SW and Reynolds W J. Empathy and quality of care. *BJGP* 2002, 52 (Supplement); S9-S12.

A medida CARE pode ser usada gratuitamente. A direitos de Propriedade Intelectual pertencem ao Scottish Executive [Executivo Escocês]. A medida não pode ser usada comercialmente sem o consentimento do autor e do cientista chefe do Gabinete do Departamento de Saúde Executivo da Escócia, em nome dos Ministros

Escoceses. Se quiser mais informações, entre em contato com Dr Stewart Mercer – e-mail: [stewart.mercer@ed.ac.uk](mailto:stewart.mercer@ed.ac.uk)

Para mais informações e para baixar a medida, visite: <https://caremeasure.stir.ac.uk/>

Se quiser mais informações sobre a Abordagem CARE – versão brasileira ou sobre as versões brasileiras da CARE Measure entre em contato com Roberta Maria Saviato – e-mail: [roberta.saviato@einstein.br](mailto:roberta.saviato@einstein.br)

## Apêndice 4 - Centrado na pessoa

“Centrado na pessoa” está se tornando um termo popular. Na literatura sobre saúde e em documentos sobre políticas de saúde, o termo é frequentemente usado de forma intercambiável com “centrado no paciente”, “centrado no cliente” ou “centrado no relacionamento”. Embora não haja consenso sobre a definição do termo, ele geralmente é usado para descrever a prestação de cuidados de saúde que situa o paciente em termos da sua experiência humana e do respeito pelos valores desta. O foco está no processo de interação e reconhece-se que este processo é influenciado pelas qualidades e posturas do profissional de saúde (McCormack, McCance 2010; Mead, Bower, 2000).

Nos documentos recentes sobre políticas de saúde, o foco recai sobre as necessidades das *pessoas*, não dos *pacientes*. Apesar de apoiarmos este uso de palavras em toda a Abordagem CARE, usamos “centrado na pessoa” quando nos referimos à abordagem geral, mas usamos o termo paciente (em vez de pessoa, cliente ou usuário do serviço) quando parece apropriado no contexto de encontros individuais.



## **Apêndice 5 - Contexto para filmar cenários**

POR FAVOR, OBSERVE que, quando a filmagem dos encontros simulados entre os atores-pacientes e os profissionais de saúde ocorreu, apenas o ator-paciente conhecia o roteiro.

Os profissionais geralmente não tinham conhecimento dos problemas que os atores-pacientes apresentariam durante a interação.

### ***Robert Farlane***

O Sr. Falane é um encanador de 49 anos que procura tratamento para uma dor crônica no joelho direito. Ele mora com a esposa e dois filhos adolescentes. A esposa não trabalha, e o filho de catorze anos nasceu com paralisia cerebral, que afeta principalmente suas capacidades físicas. O Sr. Falane está preocupada com o impacto que essa dor no joelho terá em seu trabalho, sua família e no cuidado do filho deficiente. Nesse encontro ele conversa com a fisioterapeuta.

### ***Sra. McDonald***

A Sra. McDonald é uma mulher de 65 anos que percebeu que a unha do dedão do pé está um pouco descolorida. Ela é aposentada e mora com o marido num apartamento no primeiro andar. Ela tem histórico de Diabetes tipo 2 (por 20 anos ou mais). Levando em conta as histórias que escutou de outras pessoas, está preocupada com a possibilidade de que a unha possa levar a outros problemas mais sérios, como perder a perna. Ela discute o problema com a podiatra.

### ***Rhona Leslie***

Rhona tem 38 anos e é solteira. Ela mora com a mãe idosa e trabalha como caixa em uma firma de contas. É uma pessoa nervosa e recentemente seu nervosismo tem piorado. Ela agora tem episódios de "palpitações", nos quais seu coração parece bater mais rápido. Na semana passada ela desmaiou pela primeira vez e isso a assustou. Ela veio ao clínico geral para pedir conselhos.

### ***Sra. Boyle***

A Sra. Boyle é uma mulher de 47 anos que procura tratamento com o fisioterapeuta para sua dor lombar crônica. A dor começou muitos anos atrás sem nenhuma razão

aparente e piorou gradualmente até chegar ao presente nível. Como resultado, ela está afastada do trabalho e ganhou peso. Ela mora com o marido, que tem um trabalho exigente. As vezes ela sente que não está contribuindo em casa e limita suas atividades sociais por medo de sua dor piorar. Está preocupada com a possibilidade de que alguma coisa esteja seriamente errada e que não haja nada que a possa ajudar.

### ***Billy Anderson***

Billy é dependente de várias de drogas que ele obtem regularmente de clínicos gerais, que não desconfiam de nada. Não se considera viciado já que usa as drogas somente para o ajudar a dormir e controlar a dor. O sono ruim é um problema constante para ele. Ele era agrimensor, é divorciado e não tem contato com os dois filhos. Durante o encontro ele tenta persuadir o médico a lhe dar um remédio (Temazepam).

### ***Sra. Dalrymple (1)***

A Sra. Dalrymple é uma mulher idosa com múltiplos problemas de saúde. Após a morte da irmã, Rosie, ela ajuda a cuidar dos netos da irmã e dos seus. Mora com o marido, que recentemente ficou desempregado. Devido às circunstâncias, não tem dado muita atenção à saúde. Ela está preocupada com seus pés. Tem um bom relacionamento com o médico geral, que a conhece relativamente bem por causa de outras visitas à clínica.

### ***Sra. Dalrymple (2)***

Outra visita da Sra. Dalrymple ao médico geral.

### ***Sra. Jeanie Hall (visita inicial)***

Jeanie Hall ficou viúva há cerca de um ano. Acha a vida difícil. Sofre de várias moléstias (incluindo diabetes e problemas no coração). Não trabalha mais e está ficando cada vez mais isolada socialmente. O médico geral pediu que viesse à clínica para conversar sobre a sua situação. A sra. Hall não sabia o que esperar da visita.

### ***Mrs Jeanie Hall (visita de acompanhamento)***

Jeanie Hall retorna à clínica para a segunda visita e conversar com o médico geral sobre como passou após a primeira visita, na qual eles fizeram um plano de ação. Está mais tranquila agora que sabe o que esperar da interação. Sente que melhorou

e conversa abertamente sobre o seu reencontro com a filha e uma amiga com quem não tinha contato há muito tempo.

## Apêndice 6 - Antecedentes da abordagem da CARE

Os antecedentes da Abordagem CARE estão relacionados a dois desenvolvimentos. Em maio de 2010, o governo escocês publicou a *Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland* (Estratégia de Cuidados de Saúde para o Sistema Nacional de Saúde de Escócia). A estratégia concentra-se na centralidade da pessoa e na comunicação de maneira empática. Uma prioridade central é oferecer “profissionais e serviços atenciosos e compassivos” (página 1). O impulso em direção aos cuidados que focam as necessidades do paciente, a relação entre o médico e paciente, colaborativa e holística, não se limita apenas à Escócia, mas é compatível com a evolução das políticas a nível internacional.

Além disso, na Estratégia de Cuidados de Saúde para o Sistema Nacional de Saúde de Escócia, o uso da *CARE Measure* é recomendado para todo o Sistema Nacional de Saúde na Escócia como uma das maneiras de obter um feedback do paciente sobre a prestação de cuidados centrados na pessoa. A *CARE Measure* foi desenvolvida e validada pelo Professor Mercer e colegas nas Universidades de Glasgow e Edimburgo há quase dez anos e agora é amplamente utilizada na Escócia, no Reino Unido e internacionalmente.

Esta medida de experiência avaliada pelo paciente (PREM) avalia a qualidade da interação para cuidados de saúde em função dos aspectos "humanos" do encontro, a partir da perspectiva dos pacientes. A medida pode ser usada para fornecer aos médicos um feedback instantâneo sobre os seus pontos fortes e fracos em termos de empatia, tal como experimentados pelos pacientes (Mercer et al. 2004).

A medida CARE também está sendo usada na avaliação de clínicos gerais em atividade e de clínicos gerais em treinamento em todo o Reino Unido como parte da nova avaliação MRCGP (*Member of the Royal College of General Practitioners*) baseada no local de trabalho. Embora inicialmente desenvolvida e validada na clínica geral, a medida também foi validada no contexto dos cuidados secundários e atualmente está sendo usada na enfermagem e em profissões de saúde associadas (AHPs), bem como em especialidades médicas.

Uma importante validação formal da medida na enfermagem e nas profissões de saúde associadas (AHPs) na Escócia está sendo realizada pela Universidade de Stirling e está quase concluída.

O manual da Abordagem CARE foi concebido para traduzir os principais aspectos desta visão de encontros empáticos, centrados na pessoa no nível de políticas, em um recurso para a prática. Além disso, a Abordagem CARE suporta o uso da *CARE Measure*. A Abordagem CARE pode ser usada em conjunto com a *CARE Measure*, mas a Abordagem CARE também pode ser usada sozinha como uma ferramenta independente.

## **O desenvolvimento**

A Abordagem CARE foi desenvolvida pelo Professor Stewart Mercer, Professor Phil Cotton e a sua equipe na Universidade de Glasgow, em colaboração com o Governo Escocês. O ponto de partida do desenvolvimento da Abordagem CARE foram os dez itens da *CARE Measure*. O manual faz a ligação entre os dez itens da escala e os quatro aspectos da Abordagem.

Por meio da pesquisa de um amplo leque de literatura sobre saúde e comunicação, do aproveitamento da experiência compartilhada no ensino de habilidades de comunicação em níveis de graduação e pós-graduação em contextos multidisciplinares, da discussão desta abordagem com os profissionais de saúde e através de reuniões com o Governo Escocês, o manual está em sua primeira edição.

## **O que a Abordagem CARE não é**

A Abordagem CARE não é:

- Uma nova teoria (com definições) de centralização na pessoa. A Abordagem CARE age mais como um guarda-chuva e fornece uma compreensão geral do conceito. Uma gama existente de atividades multidisciplinares de literatura de saúde é incorporada ao manual.
- Um método que diz respeito somente a avaliações clínicas. Vai além disso e aborda os aspectos humanos (inclusive emocionais) que fazem parte do encontro.  
um exercício de marcar caixas que promove uma abordagem correta / incorreta do cuidado.
- Um modelo rígido. Em vez disso, é uma estrutura geral que reconhece que cada encontro é único, dependente do contexto e requer uma abordagem flexível.

- Um modelo linear que mapeia exatamente o início, meio e fim das etapas de um encontro. Os quatro componentes são um processo cíclico integrado e cada componente pode ocorrer a qualquer momento durante a interação.

## **Apêndice 7 - Transcrição das gravações de áudio dos exercícios**

### ***Autogerenciamento***

“A autogerenciamento é realmente tentar fazer com que o paciente assuma alguma responsabilidade pelo gerenciamento de seus sintomas, especialmente no caso de moléstias crônicas, quando algumas pessoas estão procurando algum elemento externo que possa consertá-las e isso, algumas vezes, é simplesmente impossível. Então, o autogerenciamento é tentar encorajar e empoderar o paciente para que descubra diferentes modos e técnicas que funcionem para eles no seu cotidiano, que os ajudem a administrar melhor seus sintomas e sua vida, para que possam ter uma qualidade de vida melhor e aprimorada, contando possivelmente com alguma ajuda de suporte externo que, no entanto, não é a resposta ao longo prazo. Eles têm que encontrar dentro de si os diferentes modos e técnicas que funcionem no seu cotidiano e que os ajudem a melhorar sua vida ”.

### **De volta ao exercício 5.2...**

### ***Definição de metas***

“Em relação ao vídeo, mencionamos a meta de médio a longo prazo com o paciente, especificando o trabalho como uma meta. Então isso é algo que estabeleceríamos e com que iríamos concordar. Olharíamos para as metas de curto prazo novamente ligando-as com o acrônimo SMART e garantindo que tudo era *Specific* [específico], *Measurable* [mensurável], *Achievable* [realizável], *Realistic* [realista] e *Timely* [oportuno]. Trabalhe no curto prazo inicialmente, para que o paciente possa ver que está realmente alcançando algo, o que aumentará sua confiança, autoestima e motivação para continuar seguindo as metas. Potencialmente, após avaliar se o trabalho não era um objetivo alcançável de imediato, discuta com o paciente e espere que ele concorde que potencialmente seria um objetivo de médio ou longo prazo. Mas foque nas metas pequenas e alcançáveis inicialmente para dar-lhes essa força interior, confiança e auto-estima ”.

### **De volta ao exercício 5.3...**

## Apêndice 8 - Bibliografia adicional

Além das referências mencionadas no texto, os seguintes materiais também influenciaram o desenvolvimento do manual da Abordagem CARE.

Alexander MF, Fawcett JN, Runciman PJ (Eds.) (2006) *Nursing Practice: Hospital and Home: The Adult*, 3rd ed. Churchill Livingstone:Edinburgh

Brooker C, Waugh A (2007) *Foundations of Nursing Practice: Fundamentals of Holistic Care*. Elsevier: London

Bunt L, Harris M (2009) *The Human Factor: How transforming healthcare to involve the public can save money and save lives*(discussion paper). NESTA: London  
<http://www.nesta.org.uk/library/documents/the-human-factor.pdf>

Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G, Webb C. Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nurse Education Today* 2002; 22:189-202

Crane R (2009) *Mindfulness based Cognitive therapy*. Routledge

Docherty C, McCallum J (2009) (Eds.) *Foundation Clinical Nursing Skills*. Oxford University Press: UK

Firth-Cozens J, Cornwell J (2009) *The Point of Care: Enabling compassionate care in acute hospital settings*. The Kings Fund:London

Goodrich J and Cornwell J (2008) *Seeing the Person in the Patient, the Point of Care Review Paper*. The Kings Fund: London

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK & Harbinder R. Quality at general practice consultations: crosssectional survey. *BMJ* 1999; 319:738-743



Hutchinson TA, Dobkin PL. Mindful medical practice: just another fad? *Canadian Family Physician* 2009; 55(8):778-779

Knobloch Coetzee S Klopper H. Compassion fatigue within nursing practice- A concept analysis. *Nursing and Health Sciences* 2010; 12:235-243

Krasner M et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 23/30, 2009; 302(12):1284-1293

Lloyd M, Bor R (2004) *Communication skills for medicine*, 2nd ed., Harcourt: London

McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:41-49

Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(1):75-90

Neuman M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Holger P. Analysing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory- based research agenda. *Patient Education and Counseling* 2009; 74(3):339-46

Nuland, van M, Thijs G, Royen, van P, Noortgate, van den W, Goedhuys J. Vocational trainees' views and experiences regarding the learning and teaching of communication skills in general practice. *Patient Education and Counselling* 2010; 78(1):65-71

Perry B. Conveying compassion through attention to the essential ordinary. *Nursing older people* 2009; 21(6):14-21

Sanders P (2002) *First steps in counselling: A student's companion for basic introductory courses*, 3rd ed., PCCS Books: Ross-on-Wye

Sanders P, Frankland A, Wilkins P (2009) *Next steps in counselling practice*, 2nd ed., PCCS: Ross-on-Wye

Schreiner K (2009) *Medical assisting made incredibly easy: Therapeutic communications*. Lippincott Williams & Wilkins, Wolter Kluwer Health: Int.

Silverman J, Kurtz S, Draper J (2005) *Skills for communicating with patients*, 2nd ed., Radcliffe Publishing

Skelton J. 2008 *Language and clinical communication: this bright Babylon*. Radcliffe Medical Press

Stewart M. Towards a global definition of patient centred care, *BMJ* 2001; 322:444-445

Stilgoe J, Farook F (2008) *The talking cure: why conversations is the future of healthcare*. Demos: London <http://www.demos.co.uk/files/Talking%20cure%20final-web.pdf?1240939425>

Sully P, Dallas J (2005) *Essential Communication Skills for Nursing*. Elsevier Mosby: London

Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ* 1987; 294:1200-1202

Van der Cingel M. Compassion and professional care: exploring the domain. *Nursing Philosophy* 2009; 10:124-136

Walsh M (2002) (Ed.) *Watson's Clinical Nursing and Related Sciences*, 6th ed. Bailliere Tindall: Edinburgh

Wright KB, Sparks L, H Dan O'Hair (2008) *Health communication in the 21st century*. Blackwell Publishing

Perkins DD, Zimmerman MA. Empowerment Theory, Research and Application. *American Journal of Community Psychology* 1995; 23(5):569-579

*DVDs*

*Communicating with children in hospital.* An ask doctor Clarke production for the RCPCH (2008)

*Communication and human relationships in long term conditions.* By Medic Angels

*Confident to ask: ready to respond.* By NHS Greater Glasgow and Clyde (Equalities in health)

*Managing your medicines: Communication and safety of medicines.*  
By Self Management Programme, Long Term Conditions Unit. The Scottish Government

*Walk the talk. Youth voices: Issues and solutions for health service.*  
By NHS Health Scotland (2009)

## **Perguntas frequentes**

### **É possível usar a Abordagem CARE quando você se sente sob pressão por causa de tempo?**

Sim. A Abordagem CARE pode ser aplicada em situações em que nos sentimos sob pressão. É um guia sobre como colocar o centramento nas pessoas em prática, independentemente da carga de trabalho. O foco está na nossa "postura" e comunicação e em como estas podem ser incorporadas em nossas vidas e ser usadas rotineiramente na prática sem criar mais trabalho. Pesquisas conduzidas nos cuidados primários indicam que uma postura empática do médico (conforme percebida pelos pacientes) levou a melhores resultados e capacitação, independentemente da duração da consulta.

### **É difícil aprender a Abordagem CARE?**

Desenvolver hábitos de comunicação hábeis requer prática. Muitas vezes desenvolvemos uma maneira de interagir em "piloto automático" com os pacientes sem questionar se essa é a melhor maneira ou não. O manual da Abordagem CARE é uma ferramenta de apoio para ajudá-lo a rever e refletir sobre o impacto de suas habilidades de comunicação. Não se trata de mudar sua personalidade, mas de adaptar sua abordagem e respostas nos encontros de saúde para que você se comunique de uma maneira centrada na pessoa. Portanto, se estiver disposto a estar aberto a uma maneira de abordar as pessoas que pode ou não ser familiar e (gradualmente) conscientizar-se de como pode colocar essa abordagem em prática, você estará na direção certa. As vezes a Abordagem CARE pode parecer muito difícil (ou forçada) para ser colocada em prática e, nesses casos, tendemos a voltar para as maneiras como estamos acostumados a lidar com os pacientes. É um processo natural. Aprender a lidar com os pacientes de uma maneira centrada na pessoa requer comprometimento e pode ser um processo contínuo.

**Este manual não descreve apenas o que já estamos fazendo na prática?** Alguns de vocês já podem estar trabalhando de uma maneira centrada na pessoa e o manual apenas lembrará o que já estão fazendo. Contudo, outros podem identificar novas percepções e descobrir uma maneira diferente de trabalhar, que constrói as tarefas em torno do paciente, ao invés do caminho inverso.

### **E o lado do paciente nos encontros?**

É importante que a comunicação na área de saúde seja um processo de mão dupla. Assim como estamos avaliando e respondendo, o mesmo acontece com o paciente. É por isso que a comunicação pode ser um desafio tão grande! A Abordagem CARE fornece uma ferramenta para que você se sinta mais equipado para interagir com os pacientes. Ela não pode prever as reações dos pacientes à maneira como você interage nem ao conteúdo do que você diz. No entanto, o manual descreve como prestar atenção nas deixas emocionais e no nível de entendimento dos pacientes e destaca a importância de verificar com o paciente o que você está obtendo deles.

### **A Abordagem CARE me ajuda com pacientes que parecem querer que eu lhes diga exatamente o que fazer?**

Os pacientes às vezes perguntam “o que acha que devo fazer?” e dizem coisas como “é só o senhor dizer que eu faço”. A Abordagem CARE pode nos ajudar a pensar em como reagimos a essas perguntas e declarações. Arrumar tempo para explorar por que um paciente se sente assim pode ser proveitoso. Também será compatível com a Abordagem CARE que usamos com os pacientes em outros momentos. Às vezes, podemos precisar dar instruções diretas aos pacientes, e as maneiras pelas quais compartilhamos essas instruções e concordamos com elas são elementos essenciais da Abordagem CARE.

## **Leitura adicional**

Os seguintes livros são apenas alguns dos muitos livros úteis sobre comunicação, empatia e centramento na pessoa.

Davis CM (2006) *Patient practitioner interaction: An experiential manual for developing the art of health care*, 4th ed. Slack

This is a very accessible book on self-awareness, human behaviour and skills for communicating effectively with patients. At the end of each chapter is a series of exercises.

McCabe C, Timmins F (2006) *Communication skills for nursing practice*, Palgrave McMillan: London

This is a good introductory book to communication from a patient-centred and therapeutic perspective. It includes information on different models of communication and exercises.

McCormack B, McCance T (2010) *Person-Centred Nursing: Theory and Practice*, Wiley-Blackwell: Oxford

This book brings together a variety of resources on person-centredness and caring. It has a practical approach to developing ways of caring in a person-centred manner.

McKay M, Davis M, Fanning P (2009) *Messages: The communication skills book* (3rd), New Harbinger Publications Inc.: Oakland

This book covers extensively different types of communication and includes exercises. Its techniques can be applied personally as well as professionally.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (2003) *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*, 2nd ed. Radcliffe Medical Press: Oxon

This is a practical book introducing the patient-centred model of medicine. It is illustrated with real case examples. It has a section focussing on research on patient-centred care.

## **PLANILHA DA ABORDAGEM CARE**

### **MÓDULO 1 - O que você traz para o encontro**

#### **Exercício 1.1**

1. Qual é a sua resposta quando você ouve ou lê a palavra "cuidar"? Quais pensamentos vêm à mente? Que sentimentos você associa à palavra?
2. Quais são os aspectos do seu trabalho que tornam possível que você atue, enquanto médico, de maneiras que considera atenciosas?

#### **Exercício 1.2**

1. Quais características melhor caracterizam você quando interage com um paciente? Por exemplo, você tende a tranquilizar, ouvir bem, assumir o controle?
2. Considere seus vários tipos de interação com pacientes. Liste situações em que tende a estar centrado no paciente e aquelas em que tende a estar centrado nas tarefas ou doenças.  
Centrado no paciente  
Centrado nas tarefas ou doenças
3. Para cada uma das situações listadas acima, descreva se você tem o objetivo de atender às suas próprias necessidades ou às necessidades do paciente:

#### **Exercício 1.3**

1. Pense em si como um paciente. Quais qualidades teria o médico ou enfermeira ideal? Registre-as na caixa abaixo.
2. De que maneiras essas qualidades são importantes?

#### **Exercício 1.4**

Este exercício é chamado exercício das figuras respeitadas. Na primeira coluna escreva pelo menos duas e até cinco pessoas que você respeita profundamente pela maneira como conduzem suas vidas. Você não tem que respeitar tudo nelas, mas, de

uma maneira ou outra, você admira como viveram. Essas pessoas podem estar vivas ou mortas, ser famosas ou não, conhecidas por você pessoalmente ou de quem você simplesmente ouviu falar. Então, na segunda coluna, anote as qualidades que elas têm ou tiveram que ganharam seu respeito. O que que você admira nelas? Então procure por qualidades ou grupos de qualidades que se destacam. Elas podem se destacar simplesmente porque você sabe que a qualidade é de grande importância para você, ou a qualidade pode se destacar por se repetir - possivelmente com descrições algo diferentes - nas várias pessoas que você respeita. Escreva até três dessas qualidades na terceira coluna. Se você não estiver sendo excessivamente idealista, essas qualidades tendem a representar os valores *Raízes* que são cruciais para sua vida

<p><b>Quem você respeita profundamente pelo modo como conduziu ou conduz sua vida</b></p>	<p><b>Quais são as qualidades que essa pessoa tem que você particularmente respeita?</b></p>	<p><b>Quais são as três qualidades chaves que essa pessoa tem que você especialmente respeita?</b></p>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

De  
Dr. J

Hawkins -

<http://www.goodmedicine.org.uk/goodknowledge/wellbeing-time-management-self-determination>

### **Exercício 1.5**

Considere os valores que você identificou no exercício das figuras respeitadas acima. Você vive esses valores? De que maneira tenta viver esses valores em sua vida pessoal e profissional? Quais são as coisas que ajudam você a trazer esses valores para sua vida cotidiana? Quais são as coisas que impedem que isso aconteça?



Faça uma lista dos seus 3 principais valores de raiz e considere as perguntas acima. Você pode fazer alguma alteração em seu trabalho ou vida pessoal que lhe permita viver seus valores mais integralmente?

## MÓDULO 2 – Conectando

### Exercício 2.1

Veja os vídeos que mostram diferentes abordagens. De que maneiras os profissionais de saúde criam uma boa primeira impressão com os pacientes?

### Exercício 2.2

Quão fácil ou difícil seria para você aceitar e não julgar as seguintes pessoas? Marque a caixa que mais reflete o seu ponto de vista.

	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Impossível
Uma mãe que não controla o seu filho disruptivo, cujo comportamento impede que você entenda a história da mãe					
Um homem que não segue os seus conselhos e sempre reclama do mesmo problema					
Uma paciente que culpa você pelos problemas dela					
Uma mulher que se recusa a assumir qualquer responsabilidade pela própria saúde e quer que você fale exatamente o que ela tem que fazer					
Um paciente que solicita a sua ajuda de maneira agressiva					
Um paciente que fala e fala, mas não sobre a saúde dele					

Uma mulher que sempre domina a conversa e não o escuta					
--	--	--	--	--	--

### **Exercício 2.2 (continuação)**

Olhe para aqueles que você marcou como "difícil", "muito difícil" ou 'impossível'. Quais são algumas das razões para essas respostas?

Em quais situações de saúde você teve que deixar de lado preconceitos, valores e julgamentos?

### **Exercício 2.3**

***Leia as seguintes observações feitas por pacientes que participaram de um estudo sobre qualidade em consultas de clínica geral em Glasgow (Mercer et al, 2007). Reflita e diga a que os pacientes reagiram, em sua opinião.***

"Alguns deles fazem você se sentir inadequada; você sabe que está envelhecendo e ficando senil e não consegue entender as coisas, quero dizer, às vezes você se sente assim, você sente que seria melhor pegar a e jaqueta e ir embora.

B. "Tenho consultas com o Dr. X e o Dr. Y, e os dois têm atitudes totalmente diferentes quando se trata de falar com você; o Dr. X leva o tempo que for preciso e escuta você."

C. "Você se sente como se estivesse tomando o tempo dele [do médico] ... isso faz você se sentir sob pressão."

D. "Quando vou ao meu médico, quero que ele me veja, a pessoa, não um frasco de metadona, não sou isso, eu sou uma pessoa que tem necessidades e tudo mais, como todo mundo, porque uso metadona, eu simplesmente não sou tratado adequadamente."

### **Exercício 2.4**

Assista aos vídeos. Estas versões dos vídeos não têm som. De que maneiras as abordagens não-verbais dos profissionais aos pacientes são diferentes?

### **Exercício 2.5**

De que maneiras os diferentes aspectos da conexão são mostrados no vídeo? Os quatro aspectos são: estabelecer relacionamento, aceitar o paciente como pessoa, comunicação não verbal eficaz, permitir ao pacientes contar sua "história".

## **MÓDULO 3 - Avaliando**

### **Exercício 3.1**

**Assista aos dois vídeos e responda a seguinte pergunta.**

De que maneiras os profissionais de saúde mostram que estão presentes / ouvindo?

### **Exercício 3.2**

**Doze barreiras comuns à escuta são descritas abaixo (McKay et al, 2009). De que maneiras e em quais circunstâncias essas barreiras interferem na sua escuta?**

- Comparar - Comparar interfere na escuta porque, por exemplo, você está constantemente avaliando qual de vocês sabe mais. Enquanto um paciente está falando, você está pensando "Se você acha que isso é difícil, deixe-me dizer o quão difícil realmente pode ser."
- Ler a mente - A leitura da mente leva você a procurar por significados escondidos ao invés de ouvir o que está sendo dito. Você pode não confiar completamente que o paciente esteja sendo aberto ou honesto sobre o que realmente quer, então muda seu foco para possíveis significados escondidos por trás de alterações na entonação ou expressões faciais.
- Ensaiair - Ensaiair significa tentar parecer interessado enquanto planeja e ensaia sua resposta.
- Filtrar - Você ouve algumas coisas e não outras, com frequência para evitar problemas. Por exemplo, se você tem medo de confrontos, vai prestar atenção no humor do paciente. Se não percebe nenhum sinal de "raiva", para de escutar.
- Julgar - Julgar é algo que acontece tão rapidamente que você muitas vezes não percebe que o fez. No entanto, quando subconscientemente rotula uma pessoa como pouco inteligente ou preguiçosa, você tende a prestar menos atenção no que ela está dizendo.
- Sonhar - As palavras do paciente acionam suas próprias associações e você começa a devanear. Quando volta a escutar, o paciente está falando sobre outra coisa, deixando você com uma lacuna na história.
- Identificar-se - Qualquer coisa que a outra pessoa diz pode desencadear memórias de experiências semelhantes, e antes que perceba, você interrompe o fluxo da outra

pessoa para contar a sua história ou começa a pensar sobre suas próprias experiências. Enquanto isso, para de prestar atenção na história da outra pessoa.

- **Aconselhar** - Você está disposto a resolver os problemas do paciente e está pronto com conselhos, garantias e sugestões depois de ouvir apenas algumas frases. Você gosta de começar sua resposta com "Se eu fosse você, eu iria ... " No entanto, enquanto procura por conselhos para dar, você pode deixar de perceber o real problema.

- **Disputar** - Independentemente do que a outra pessoa diz, você começa a procurar questões para discordar e discutir. Um exemplo comum é fazer comentários sarcásticos para rejeitar o ponto de vista do paciente (menosprezar o paciente).

- **Estar certo** - Você fará grandes esforços para tentar provar que está certo, usando táticas como inventar desculpas, erguer a voz para abafar a fala da outra pessoa ou distorcer os fatos.

- **Descarrilar** - Assim que se sente fora de sua zona de conforto ou entediado, você muda o tópico da conversa, faz uma piada ou brincadeira a fim de evitar mais desconforto. Enquanto isso, para de prestar atenção na história da outra pessoa.

- **Apaziguar** - Você quer agradar e ser simpático, independentemente da situação. Usa palavras como, "claro que você é", "absolutamente", "realmente", e acaba inconscientemente concordando com tudo que dizem.

### **Exercício 3.3**

Assista aos seguintes vídeos, que mostram uma mistura de sugestões verbais e não-verbais feitas pelos pacientes e responda às seguintes questões.

1. Quais pistas verbais e não verbais os pacientes dão? Quais são os sentimentos que revelados nas vozes e nas expressões dos pacientes?

2. Quais deixas os médicos percebem e quais deixam passar?

3. De que diferentes maneiras você teria lidado com as deixas?

### **Exercício 3.4**

Os vídeos a seguir são exemplos de estilos diferentes usados pelo mesmo médico para obter a compreensão da pessoa como um todo.

Veja os vídeos e observe como o profissional de saúde demonstra uma abordagem holística. Abaixo, há espaço para escrever suas observações, se você quiser.

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Exercício 3.5**

De quais maneiras os diferentes aspectos da avaliação são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: estar presente, sensibilidade às deixas dos pacientes, compreender a 'pessoa inteira' e fazer perguntas.

## **MÓDULO 4 - Respondendo**

### **Exercício 4.1**

1. Pense em como você comunicaria que se importa e se relaciona com um paciente com compaixão.
2. Assista aos seguintes vídeos. De que maneiras os profissionais mostram cuidado e compaixão?

### **Exercício 4.2**

**Veja os vídeos e responda a seguinte pergunta.**

De que maneiras os profissionais comunicam que estão sendo positivos?

### **Exercício 4.3**

***Os vídeos a seguir são dois exemplos de como dar informações ao paciente. Assista aos vídeos e responda as seguintes perguntas para cada um.***

1. De que maneiras diferem as abordagens adotadas pelos profissionais para dar informações e explicações aos pacientes?
2. De que maneiras os pacientes reagem de maneira diferente em resposta às explicações dos profissionais?

### **Exercício 4.4**

Você pode pensar em diferentes razões que poderiam levá-lo a usar o jargão médico?

### **Exercício 4.5**

De que maneiras os diferentes aspectos do responder são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: demonstrar compreensão, mostrar cuidado e compaixão, ser positivo, e dar informações relevantes e explicações claras.



## **MÓDULO 5 - Empoderando**

### **Exercício 5.1**

1. O que empoderar significa para você?
2. De que maneiras você pode empoderar os pacientes?

### **Exercício 5.2**

1. O que significa autogerenciamento para você?
2. Ouça a gravação em que um profissional de saúde fala sobre autogerenciamento. Como suas respostas se relacionam com a visão do profissional? No Apêndice 7 você pode ler a transcrição da gravação sobre autogerenciamento.

### **Exercício 5.3**

Os vídeos a seguir mostram estilos diferentes no que se refere a explorar com os pacientes o que eles podem fazer para melhorar sua situação, identificar escolhas que sejam realistas para os pacientes e buscar ativamente suas preferências. De que maneiras os médicos diferem em suas abordagens?

### **Exercício 5.4**

De que maneiras os profissionais de saúde promovem as crenças dos pacientes em suas próprias capacidades e competências?

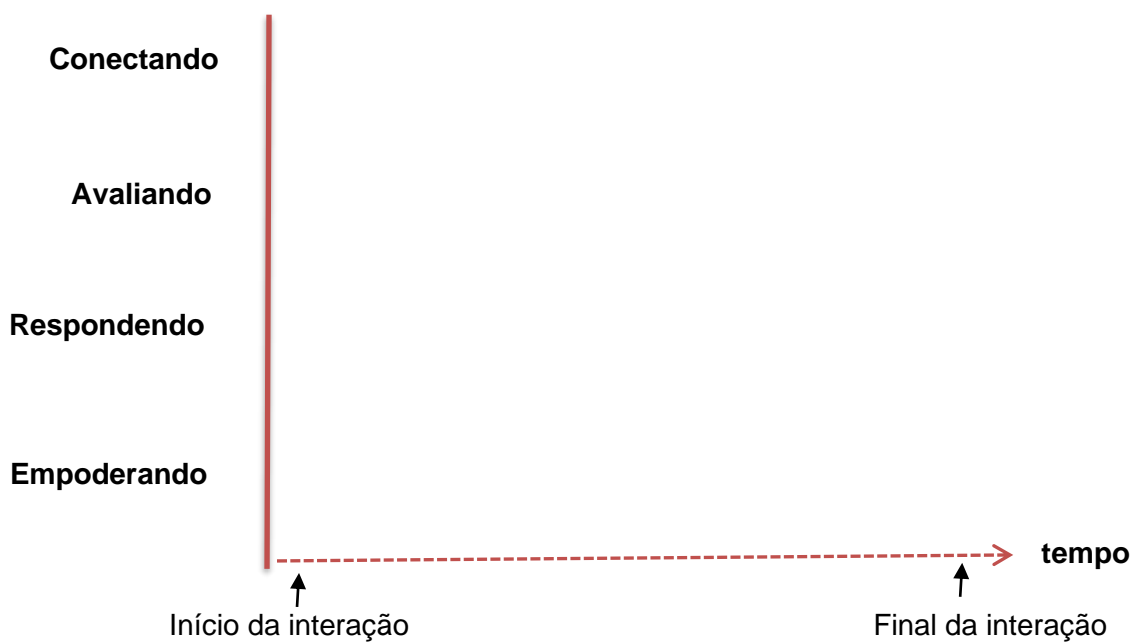
### **Exercício 5.5**

De que maneiras os diferentes aspectos do empoderar são demonstrados no vídeo? Os quatro aspectos são: apreciar o quadro maior, ajudar os pacientes a ganhar controle, planejar a ação e confirmar a compreensão, e construir confiança.

## MÓDULO 6 - Juntando tudo

### Exercício 6.1

1. Anote quais componentes da Abordagem CARE você pensa que estão acontecendo ao longo do encontro. Você pode usar o gráfico em branco abaixo para "mapear" isso assinalando o componente que você acha que está acontecendo no decorrer da interação.



2. De que maneira os diferentes componentes da Abordagem CARE são demonstrados em cada vídeo?

### Exercício 6.2

De que maneiras a Abordagem CARE pode ser aplicada à maneira como o paciente está interagindo com os profissionais de saúde?

### Exercício 6.3

De quais maneiras o médico aborda a situação no seguinte vídeo?

## POSSÍVEIS RESPOSTAS

### MÓDULO 1 - O que você traz para o encontro

#### Exercício 1.1

##### Possíveis respostas

Cuidar de alguém, prover um serviço, demonstrar respeito, uma maneira de relacionar-se com alguém, um sentimento, estar emocionalmente envolvido.

Em um estudo recentemente publicado (Pearcey, 2010) sobre as opiniões das pessoas sobre o cuidado, um grupo de enfermeiros deu as seguintes respostas:

- "Eu acho que cuidar tem a ver com a maneira como você se comporta com as pessoas e a maneira como você se sente sobre as pessoas."
- "Cuidar é realmente ter o trabalho de descobrir mais sobre as pessoas e seus problemas - é a parte que pode fazer a diferença."

"Cuidar? São as pequenas coisas que não esperam mais que a gente faça."

##### De volta ao exercício 1.1...

#### Exercício 1.3

##### 1. Possíveis respostas

Você pode ter pensado em coisas como: arranjar tempo para mim; concentrar-me em mim; ser respeitoso; ser tecnicamente muito competente; agir de uma maneira que mostre que estou nas mãos certas, estar presente e disponível para mim; estar interessado em mim como pessoa; não me julgar; ser solidário; amigável e acessível; empático; confiável; intuitivo ou explicar como eles podem me ajudar.

##### 2. Possíveis respostas

Se eles me conhecem e me entendem, é mais provável que acertem no meu gerenciamento; querer o melhor cuidado técnico possível; cortesia comum; respeito, sinalizar que o vemos como pessoa por direito próprio, não como outro paciente qualquer.

##### De volta ao Exercício 1.3...

## **MÓDULO 2 - Conectando**

### **Exercício 2.1**

#### Possíveis respostas

NÃO VERBALMENTE - Todos os médicos estão focados no paciente e não estão fazendo qualquer outra coisa que possa indicar que estão distraídos. Estão olhando para o paciente, inclinando-se ligeiramente para a frente e mantendo um bom contato visual. Isto cria a impressão de estarem abertos e interessados.

VERBALMENTE - No vídeo 1 a médica se apresenta pelo nome e função e não pressupõe que o paciente saiba quem ela é. Ela verifica como o paciente gostaria de ser chamado e o convida a chamá-la pelo primeiro nome. Isso pode adicionar um toque pessoal que pode ajudar na conexão e deixar o paciente à vontade.

No vídeo 2 o médico usa o nome da paciente ao recebê-la e pergunta como ela está. Ela responde de maneira amigável ao comentário sobre o tempo.

No vídeo 3, o médico agradece ao paciente por ter vindo à clínica. Ele se dirige ao paciente pelo primeiro nome e se apresenta como o Dr. Cotton.

#### **De volta ao exercício 2.1...**

### **Exercício 2.3**

#### Possíveis respostas

A. esta observação refere-se aos sentimentos de não se sentir apoiado ou envolvido no encontro porque o clínico geral não leva em conta o nível de compreensão do paciente.

B. esta é uma observação sobre como ser abordado diferentemente, em termos de ter tempo, e sentir que o escutam pode fazer diferença.

C. esta é uma reação à atitude apressada do clínico geral e como isso se relaciona a sentimentos de pressão.

D. esta resposta diz respeito à percepção de ser julgado pelo clínico geral e sentir-se desrespeitado como resultado.

#### **De volta ao exercício 2.3...**

### **Exercício 2.4**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1, a médica está voltada para a paciente e olha para ela. Faz gestos de apoio, assente com a cabeça para encorajar a paciente a falar e, de modo geral, parece estar calma e relaxada. A paciente está claramente angustiada e a médica parece acessível.

No vídeo 2, o médico, no início, está ligeiramente voltado para a mesa. Ele aperta a mão dos pacientes. Está focado no paciente. No final do vídeo, ele tem a mão sobre a boca e depois dobra o braço. Essa mudança na linguagem corporal pode criar uma distância entre ele e o paciente ..

### **De volta ao exercício 2.4...**

### **Exercício 2.5**

#### Possíveis respostas

Estabelecendo *rappport/relacionamento*: A médica agradece ao paciente por vir. Ela se apresenta pelo nome e função e não pressupõe que o paciente sabe quem ela é (e, assim, evita que o paciente se sinta desconfortável). Ela esclarece com a paciente como ela gostaria de ser chamada e permite que a paciente também a chame pelo primeiro nome. Isso pode acrescentar um toque pessoal que pode ajudar na conexão e deixar a paciente mais à vontade. A abordagem dela parece envolvente e um bom começo para construir *rappport/relacionamento* e confiança.

Aceitar o paciente como pessoa: ela se mostra acessível e dá a impressão de que está genuinamente interessada no paciente.

Comunicação não verbal eficaz: A linguagem corporal de olhar para o paciente, manter um bom contato visual e inclinar-se para a paciente sinaliza que seu foco está na paciente. Ela tem um jeito amigável e relaxado e a sua voz combina com o seu conteúdo verbal.

Permitir que a paciente conte sua "história": ela permite que a paciente conte sua história sem interrompê-la e exibe sinais de encorajamento através de sua comunicação não-verbal (como assentir com a cabeça) ..

### **De volta ao exercício 2.5...**

## **MÓDULO 3 - Avaliando**

### **Exercício 3.1**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1, o médico mostra que está prestando atenção na paciente através do contato visual, do modo como se senta na cadeira e inclina-se para a frente. Ele não apressa o paciente. Em vez disso, dá a impressão de que o tempo é dela. Ele tem uma expressão aberta, interessada e de não-julgamento no rosto. Ele assente movendo a cabeça para incentivá-la a continuar falando. Não a interrompe, permite o silêncio e não parece sentir que precisa preenchê-lo. Parece prestar muita atenção nas palavras dela, assim como na sua linguagem corporal. Suas expressões faciais combinam com o conteúdo da história da paciente.

No vídeo 2 a médica expressa que está ouvindo e prestando atenção mantendo o bom contato visual. Ela move a cabeça para encorajar a paciente a continuar falando e não a interrompe. Suas expressões faciais correspondem ao conteúdo da história do paciente....

#### **De volta ao Exercício 3.1...**

### **Exercício 3.3**

#### 1. Possíveis Respostas

No vídeo 1, as expressões faciais da paciente mostram que ela está preocupada. Embora tenha sido informada de que tudo estava bem [com o seu dedo do pé] no passado, ela não está convencida de que este seja o caso.

No vídeo 2 a paciente olha para baixo, sua fala é fragmentada e ela fala em voz baixa. Dá a impressão de que está deprimida e abatida.

No vídeo 3, a paciente parece estar, e verbaliza que está, ansiosa e preocupada. Suas expressões faciais mostram que está aflita.

#### 2. Possíveis respostas

No vídeo 1, o médico parece não perceber a deixa da paciente de que está angustiada por causa do dedo do pé e muda de tópico.

No vídeo 2, o médico percebe a deixa da paciente e pergunta sobre seus pensamentos e sentimentos. Através desta questão, a paciente é encorajada a se

abrir sobre suas experiências. Quando o médico percebe esta deixa, a paciente pode sentir que ele está genuinamente interessado e quer entender sua história.

No vídeo 3, a médica não trata do abatimento da paciente nem explora por que ela está angustiada. Em vez disso, ela parece mudar o tópico da conversa para investigações e para uma atividade que a paciente gostaria de fazer novamente.

### **De volta ao exercício 3.3...**

#### **Exercício 3.4**

##### *Possíveis respostas*

No vídeo 1, o médico coloca o problema do sono em um contexto mais amplo. No vídeo 2, o médico explora a situação doméstica do paciente.

No vídeo 3, o médico percebe que o paciente parece cansado. Isso leva a uma conversa para explorar vários aspectos da vida do paciente que contribuem para o paciente se sentir exausto. É bem claro que o médico conhece esse paciente muito bem.

### **De volta ao Exercício 3.4...**

#### **Exercício 3.5**

##### *Possíveis respostas*

Estar presente: O médico encara o paciente, inclina-se ligeiramente para a frente, tem um bom contato visual e não está fazendo outra coisa a não ser focar na paciente.

Sensibilidade às deixas dos pacientes: A paciente está claramente angustiada. O médico reconhece os sentimentos da paciente graças a uma postura compreensiva e permite o silêncio.

Entender a 'pessoa inteira' e fazer perguntas: Neste vídeo o médico explora se ela tem com quem conversar e pergunta sobre a filha da paciente

### **De volta ao exercício 3.5...**

## **MÓDULO 4 - Respondendo**

### **Exercício 4.1**

#### 1. Possíveis Respostas

Você pode ter pensado em coisas como: um olhar solidário, um toque ou um silêncio, oferecer respostas de apoio em sintonia com o estado de espírito da paciente.

#### 2. Possíveis respostas

No vídeo 1, o médico faz comentários empáticos e normaliza suas experiências de sofrimento.

No vídeo 2 o médico faz comentários reflexivos e valida as experiências da paciente.

#### **De volta ao Exercício 4.1...**

### **Exercício 4.2**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1, o médico resume sua compreensão da história da paciente e a devolve para ela. Então ele dá uma virada positiva para a sua história e fala sobre a possibilidade de mudar a situação. Ele usa palavras como "trabalhar juntos" e "colocar as coisas no rumo certo". Seus gestos e entonação correspondem à sua comunicação verbal.

No vídeo 2, o médico é honesto com a paciente e oferece alternativas para melhorar sua situação.

#### **De volta ao Exercício 4.2 ...**

### **Exercício 4.3**

#### 1. Possíveis Respostas

No vídeo 1, o médico ajusta sua resposta cuidadosamente ao nível de compreensão do paciente. Sua fala é precisa e calculada. Ele usa seu comportamento não-verbal para se engajar com a paciente.

No vídeo 2, a médica dá uma explicação detalhada sobre o problema da paciente.

#### 2. Possíveis respostas

No vídeo 1, as expressões faciais da paciente e as respostas dadas por ela indicam que ela se sente envolvida na interação. Isso aprimora o processo de conexão.



No vídeo 2 não é possível dizer o quanto a paciente se sente envolvida na interação.

### **De volta ao Exercício 4.3...**

#### **Exercício 4.4**

##### Possíveis respostas

Familiaridade com o jargão; não conhecer outras palavras; sentir-se intimidado por certos pacientes; ter certeza de que os pacientes sabem o que você quer dizer ou desconhecer que os pacientes podem não saber o significado; para se validar; falta de confiança ou tentar impressionar; impedir que os pacientes se envolvam para economizar tempo; e tentar esconder que não sabe a resposta para um pergunta do paciente.

### **De volta ao exercício 4.4...**

#### **Exercício 4.5**

##### Possíveis respostas

Demonstrar compreensão: o médico coloca as experiências do cansaço da paciente no contexto mais amplo de sua vida.

Mostrar cuidado e compaixão: ele dá respostas não-verbais de apoio em sintonia com o estado de espírito da paciente.

Fornecer informações relevantes e explicações claras: ele explica a interação dos comprimidos.

### **De volta ao Exercício 4.5...**

## **MÓDULO 5 - Empoderando**

### **Exercício 5.1**

#### 1. Possíveis Respostas

Ganhar controle ou domínio de algo, estar ativamente envolvido, aumentar a auto-estima, respeito, capacitação, validação, possibilitar coisas, dar esperança a alguém, sentir-se melhor, mais capaz de lidar, aumentar a confiança ou a independência.

#### 2. Possíveis respostas

Escutar, dar conselhos personalizados, capacitar, ajudar as pessoas a seguir em frente, fazer as pessoas se sentirem melhor sobre si mesmas.

#### **De volta ao exercício 5.1...**

### **Exercício 5.3**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1, a paciente diz que gostaria de sair mais. O médico aproveita isso e pergunta se ela tem alguma idéia para melhorar sua situação.

No vídeo 2, a médica explica como ela pode facilitar o processo de autogerenciamento da paciente por meio da definição de metas.

#### **De volta ao exercício 5.3...**

### **Exercício 5.4**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1, ele reforça a necessidade de perder peso e é positivo e a parabeniza.

No vídeo 2, a médica ressalta que a paciente "sabe" e que está indo bem. No vídeo 3 ele parabeniza a paciente e aponta a necessidade de levar um tempo.

#### **De volta ao Exercício 5.4...**

### **Exercício 5.5**

#### Possíveis respostas

Apreciar a vida das pessoas: Ele fala sobre a situação do trabalho e como isso impacta a sua vida.

Ajudar os pacientes a ganhar o controle: Ele tem uma atitude positiva e eles concordam em fazer algo sobre a sua situação ..

Planejar ações e confirmar compreensão: de maneira calma e clara, ele fala sobre os próximos passos. Também verifica se ela gostaria de falar sobre alguma outra coisa.

**De volta ao exercício 5.5...**

## **MÓDULO 6 - Juntando tudo**

### **Exercício 6.1**

#### Possíveis respostas

No vídeo 1 o médico começa por avaliar, ele está presente e pergunta à paciente sobre sua irmã (compreender a 'pessoa inteira'). Ele está respondendo, leva em consideração as circunstâncias do paciente e está sendo positivo. Ao final do encontro, ele está empoderando-a e se movendo em direção ao planejamento de ações. Ao longo da interação, a conexão parece estar acontecendo. A comunicação não verbal do profissional corresponde ao fluxo da interação e ele aborda a paciente de forma receptiva e não intimidadora.

O vídeo 2 começa com avaliação, seguida por um responder intermitente quando a médica expõe ao paciente sua compreensão da história. Ela também mostra seu envolvimento quando diz que entende que significa muito para o paciente nadar com seu filho. Conectar parece fazer parte da interação. A médica tem um jeito amigável e permite que o paciente conte sua história.

No vídeo 3, o médico está principalmente avaliando. Ele ouve e incentiva o paciente a contar sua história (conectando). De maneira não intrusiva, pergunta se o paciente recebeu comprimidos de seus amigos (compreendendo a "pessoa inteira"). Em seguida, ele passa a responder demonstrando rapidamente sua compreensão da história. No final, ele continua com a avaliação fazendo uma pergunta. O profissional parece aceitar o paciente (conectando-se) durante todo o encontro.

#### **De volta ao exercício 6.1...**

### **Exercício 6.2**

#### Possíveis respostas

Vídeo 1

Conectando: a paciente se concentra no médico e se move levemente para frente, ele tem um jeito amigável, cumprimenta e pergunta como ela está.

Avaliando: ele olha para a fisioterapeuta e dá a impressão de que está concentrado no que ela fala.

Vídeo 2

Conectando/Avaliando: a paciente foca no médico quando ele fala, suas expressões faciais e enunciados verbais mostram que ela está ouvindo e está de acordo com o que o médico comunica.

Respondendo: ela parece muito aberta e autêntica em sua resposta.

Vídeo 3

Respondendo: a paciente dá a impressão de ser aberta e autêntica em sua resposta.

Parece haver um bom rapport/relacionamento com o praticante.

**De volta ao Exercício 6.2...**

### **Exercício 6.3**

*Possíveis respostas*

O médico devolve para a paciente sua compreensão do que está acontecendo em sua interação. Ele reconhece ambos os pontos de vista de maneira não-julgadora e não intimidadora.

**De volta ao Exercício 6.3...**

**Anexo IV – Artigo referente ao processo de adaptação submetido na revista  
Ciência e Saúde Coletiva**

**Ensino de empatia para profissionais de saúde: Adaptação do CARE Approach  
para o contexto brasileiro**

**Teaching empathy to healthcare professionals: Adaptation of the CARE  
Approach to the Brazilian context**

Roberta Maria Saviato

Júlia Baraçal Mininel

Stewart Mercer

João Mazzoncini de Azevedo Marques

**Resumo**

Esta pesquisa adaptou a *CARE Approach*, uma ferramenta escocesa para ensino de empatia a profissionais de saúde, para o contexto brasileiro. Foram cumpridas três etapas para execução da adaptação transcultural: tradução inicial por profissional da saúde proficiente em inglês; avaliação dessa tradução por comitê multiprofissional, formado por um representante de cada categoria (enfermagem, medicina, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional); revisão da versão traduzida com as sugestões do comitê, realizada por dois especialistas da área linguística, capazes de fazer retrotradução e revisão gramatical. O processo de adaptação foi embasado na psicometria, com seleção de etapas pertinentes à natureza do material, que se trata de livro-texto. Foi concluída a adaptação, resultando na Abordagem CARE – versão brasileira (*CARE Approach – brazilian version*), com perspectiva futura de avaliação de sua viabilidade em treinamento junto a profissionais de saúde.

**Descritores:** Empatia. Ensino. Capacitação de recursos humanos em saúde. Estudos de validação.

**Abstract**

This research adapted the *CARE Approach*, a Scottish tool for teaching empathy to health professionals to the Brazilian context. Three stages of cross-cultural adaptation were performed: initial translation by a health professional proficient in English; evaluation of this translation by a multiprofessional committee formed by a representative of each category (nursing, medicine, nutrition, speech therapy, physiotherapy, psychology, and occupational therapy); review of the translated version with the suggestions of the committee, performed by two specialists in the linguistic area capable of back-translation and grammatical review. The adaptation process was based on psychometrics,

with the selection of stages pertinent to the nature of the material, which is a textbook. The adaptation was concluded resulting in the CARE Approach - brazilian version with the future perspective of evaluating its viability for training health professionals.

**Keywords:** Empathy. Teaching. Health human resources training. Validation studies.

## Introdução

Nas duas últimas décadas houve uma grande expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, levando ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Este movimento nacional está de acordo com o que havia sido defendido na Declaração de Alma-Ata em 1978 e, mais recentemente, o que foi pactuado pelos governos mundiais na Declaração de Astana<sup>1-3</sup>.

Para que o nosso Sistema Único de Saúde (SUS), perpetue-se público, universal e supere seus desafios relacionados a dificuldades com recursos, é importante que haja investimento em ações efetivas e de baixo custo. Como possibilidade para alcance de maior qualidade de saúde (e, conseqüente menor pressão sobre o sistema) sem elevados aumentos de despesas, tem-se destacado o investimento em aspectos comportamentais e relacionais dos profissionais, que são capazes de promover melhores resultados de satisfação e saúde dos pacientes<sup>4-8</sup>.

Acolher o outro, comunicar-se adequadamente e demonstrar empatia e compaixão são habilidades que, comprovadamente, contribuem para melhor reestabelecimento da saúde e são muito valorizadas por quem recebe cuidado, mais do que a prontidão em resolver questões exclusivamente físicas ou realizar procedimentos<sup>9-11</sup>.

Encontramos, recentemente, como avanço do Modelo Biopsicossocial<sup>12</sup>, o Modelo Biopsicossociotécnico<sup>13</sup>, que propõe considerar a importância de vários determinantes de saúde e sua complexa e dinâmica relação com o conceito de saúde, de forma a ressaltar a relevância da implementação do cuidado centrado na pessoa.

Dessa maneira, o atendimento em saúde embasado na empatia, pode promover a clareza necessária ao profissional para que reconheça que seu paciente possui uma ampla rede de influenciadores em seu estado de saúde, que precisam ser reconhecidos e avaliados, de forma individual e correlacional.

Ainda, este referencial pode alicerçar o desenvolvimento de habilidades e atitudes, por vezes considerados subjetivos, em capacitações técnicas.

Para tanto, a literatura tem indicado a necessidade de contínuos estudos sobre empatia, uma vez que ela tem a capacidade de refinar as relações humanas e aumentar a resiliência pessoal em situações adversas, tanto no atendimento, quanto na formação de profissionais da área da saúde<sup>6-11;14-17</sup>.

O conceito de empatia abarca várias vertentes, no entanto, todas consideram a capacidade intencional do indivíduo em compreender os sentimentos de outra pessoa e manifestar-lhe tal compreensão. Desta forma, é sempre embasada em três pilares: cognitivo – compreensão intelectual dos sentimentos alheios; afetivo ou emocional – transporte para o lugar do outro, como na expressão em inglês “*walk a mile on his moccasins*” (“andar uma milha com seus mocassins”); comportamental – comunicação efetiva da compreensão adquirida no pilar cognitivo<sup>15,18-19</sup>.

Existem algumas habilidades que devem ser desenvolvidas nos profissionais de saúde para a concretização da relação empática e compassiva com os pacientes, como: escuta ativa, clarificação de conteúdo, confirmação do discurso, identificação da emoção e solicitação de correção, que coincidem, inclusive, com as habilidades de manutenção de comunicação efetiva<sup>16-21</sup>.

No entanto, ainda existem lacunas para serem respondidas. Como ensinar efetivamente habilidades de comunicação e comportamento empático para profissionais da saúde, com qual estratégia de ensino e, ainda, qual o tempo de retenção de tais ensinamentos, são perguntas que permanecem sem respostas definitivas.

A despeito da convicção da possibilidade de ensinar comportamento empático no contexto de atendimento em saúde<sup>6-7,22-24</sup>, há várias possibilidades de estratégias utilizadas, como treinamento de habilidades de comunicação verbal e não verbal, prática de *role play*, paciente simulado, simulação realística, inclusão de artes e exercícios diversos de tomada de perspectiva do outro, como apontado em uma revisão sistemática recente, sobre o ensino de empatia somente para médicos<sup>14</sup>.



Ainda, o tempo que as informações oferecidas por capacitações permanecem retidas no comportamento dos profissionais é um campo praticamente inexplorado<sup>25-26</sup>.

Já sabemos que o ensino de empatia para profissionais de saúde é necessário, além de possível, e que sua manutenção é também dependente de fatores culturais<sup>27</sup>. No entanto, ainda carecemos de estudos que nos mostrem de forma longitudinal o impacto de tal ensinamento, bem como direcionem estratégias para sua perpetuação, já que, sabidamente, ao longo da atuação profissional, os aspectos relacionais e a empatia acabam sendo sobrepujados pelas questões técnicas<sup>21</sup>.

Dessa forma, apesar da relativa facilidade com que encontramos informações sobre empatia e seu ensino para profissionais da saúde, escassas são as referências mundiais (tampouco brasileiras) capazes de embasar a atuação prática e a operacionalização de pesquisas científicas nessa temática.

Na Escócia, em 2014, foi elaborada, no serviço público, a abordagem *CARE Approach* por estudiosos da empatia, que já haviam desenvolvido uma escala para que o paciente pudesse avaliar a empatia do profissional de saúde que o atende, a *CARE Measure*<sup>28</sup>.

A *CARE Approach* é uma estratégia que contém passos específicos para que os profissionais de saúde reflitam, incorporem e aprimorem suas habilidades de relacionamento e comunicação, com foco na empatia e no cuidado centrado na pessoa<sup>28</sup>, que pode constituir uma ferramenta útil e fundamental para atender às demandas relacionais e de baixo custo de nossa sociedade. No entanto, ela não foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é adaptar a *CARE Approach* para o contexto brasileiro.

## **Método**

Trata-se de um estudo metodológico para adaptação de uma ferramenta de ensino/educação de empatia para profissionais da área da saúde. A *CARE Approach* foi desenvolvida em 2014 por um amplo grupo de profissionais do Serviço Nacional

de Saúde da Escócia e está disponível em formato de livro-texto impresso<sup>28</sup> e digital<sup>29</sup>, ambos com acesso aos vídeos citados ao longo do texto. 162

Possui 133 páginas com explicação teórica e 34 vídeos com exemplos de situações de atendimento a pacientes. Todo o conteúdo é baseado no cuidado centrado na pessoa, com quatro componentes interativos, que direcionam o atendimento em saúde e promovem a interação empática: Conectando, Avaliando, Respondendo e Empoderando, formando a sigla CARE. Tais etapas são recomendadas para utilização nas situações diversas de interação entre paciente e profissional de saúde, detalhadas a seguir:

Conectando - como o relacionamento está ainda no início, recomenda-se que o profissional demonstre disponibilidade para envolvimento ativo com o paciente, de forma a deixá-lo confortável para compartilhar suas reais preocupações, com sugestão dos seguintes passos: estabelecer interação, reconhecer o paciente como pessoa, entender sobre comunicação não verbal efetiva, permitir que o paciente conte a sua história;

Avaliando – prática constante de escuta ativa e reflexiva pelo profissional, com o intuito de obter informações sobre perspectivas e sentimentos do paciente, que possam oferecer subsídios necessários para seu acompanhamento/tratamento;

Respondendo – resposta do profissional às questões identificadas na etapa da avaliação, de forma que o paciente possa compreender que suas preocupações foram assimiladas e que as ações do profissional serão executadas no sentido de ajudá-lo;

Empoderando - corresponde ao momento final de auxílio aos pacientes, para que possam se sentir responsáveis pelo seu próprio cuidado e no controle de sua saúde.

Pelo fato do material original tratar-se de um livro instrumento de ensino e não de uma ferramenta para avaliação de construtos subjetivos, adotamos as seguintes recomendações da Psicometria, aplicáveis a este tipo de publicação<sup>30-31</sup>, mediante conhecimento e anuência do autor original do programa, Professor Stewart Mercer:

1-Tradução do livro-texto e das legendas dos vídeos por profissional da saúde fluente e proficiente em inglês;

2-Avaliação por comitê de especialistas: O conteúdo da tradução do livro-texto e dos vídeos foi avaliado por sete profissionais membros da equipe multidisciplinar, cada um representando as principais categorias profissionais do cuidado em saúde - medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia - escolhidos por conveniência, respeitando os seguintes critérios de inclusão: experiência na prática assistencial e no ensino de graduação e pós-graduação; fluência na língua inglesa.

A avaliação foi realizada por meio de um instrumento específico, enviado pela plataforma *Google Forms*® para que pudessem opinar e colocar suas sugestões a respeito da versão brasileira da ferramenta.

O instrumento continha partes separadas, correspondentes a cada módulo do livro e da seção de vídeos, com espaço para classificar seu grau de avaliação da tradução entre "Muito bom", "Bom", "Regular" e "Ruim" e descrever críticas e sugestões para melhora do conteúdo;

3-Revisão do conteúdo por dois profissionais especialistas na língua inglesa: o conteúdo avaliado pelo comitê e acrescido das suas sugestões foi revisado por dois especialistas em tradução português-inglês para análise gramatical, ortográfica e capazes de conferir o conteúdo com retrotradução.

Os dados foram analisados a partir da concordância com a tradução/adaptação realizada na primeira etapa. Consideramos finalizada a avaliação e versão final quando os módulos receberam apenas classificação de "Muito bom" ou "Bom". Para os módulos que receberem outras classificações, como "Regular" e "Ruim", foram acatadas as sugestões de melhoria apontadas pelos avaliadores, conforme trabalhos semelhantes encontrados na literatura, que consideram esse tipo de avaliação<sup>32,33</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, conforme a resolução nº 466 de 12/12/12, com número do CAAE: 45490321.1.0000.0071. Os participantes expressaram sua concordância em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A avaliação do material traduzido realizada por sete profissionais: enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, médico e terapeuta ocupacional, sendo todos atuantes em universidade pública, tanto no ensino de cursos de graduação quanto de pós-graduação e na assistência a pacientes. Quanto ao gênero, 71,4% (5) eram mulheres e 28,6% (2), homens.

O período para conclusão da avaliação do material foi de 97 dias. Foram enviados lembretes, via *e-mail*, mensais nos dois primeiros meses e semanais após esse período, reforçando o prazo final para entrega.

Não houve nenhuma resposta "Ruim" em nenhum dos módulos avaliados e o Módulo 6 e os Vídeos foram classificados apenas com "Muito bom" ou "Bom". Cinco participantes responderam a avaliação do Módulo 6. A tabela 1 mostra a avaliação dos participantes em cada módulo.

	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Total
<b>Módulo 1</b>	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 2</b>	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 3</b>	3 (42,9%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 4</b>	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 5</b>	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
<b>Módulo 6</b>	2 (40%)	3 (60%)	-	-	5 (100%)
<b>Vídeos</b>	4 (57,1%)	3 (42,9%)	-	-	7 (100%)

Tabela 1 - Avaliação dos participantes em cada módulo.

No Módulo 1, foram apontados os seguintes pontos de melhoria: uso de sinônimos para evitar repetições; mudança da frase “*se estamos acostumados a...*” para “*se estivermos habituados a...*”; na introdução, substituição da palavra

“conversas” por “comunicação”, de “praticantes” por “profissionais de saúde” e do termo “management”, que inicialmente foi traduzido como “gestão”, por “gerenciamento do cuidado”.

Já no Módulo 2, as seguintes sugestões foram apontadas: troca da palavra “encarar” por “prestar atenção”, da expressão “gravar isso em suas anotações” por “anotar isso no seu prontuário” e “digitando uma anotação” por “anotando”. A tradução para a palavra “role” foi sugerida como “profissão” e não “papel”, como feito inicialmente.

Quanto ao Módulo 3, as seguintes propostas apareceram: utilizar apenas uma tradução para a palavra “attending” que ao longo do material havia sido traduzida de vários modos; trocar “pessoa inteira” por “pessoa como um todo”; alterar a expressão “smile through gritted teeth” que havia sido traduzida literalmente, para “sorriso torto” e “problemas médicos” para “problemas de saúde”.

No Módulo 4, foi sugerido mudar o termo “conexão” para “vínculo” e substituir a palavra “insincero” por “falso”, no Módulo 5, modificar a frase “O que aprecia a imagem maior significa” para “compreender a situação de forma mais ampla ou como um todo significa” e no Módulo 6 não houve necessidade de nenhuma mudança.

Ao longo do material foi sugerida a tradução do termo “Empowering”, anteriormente deixado em inglês, para “Empoderamento”.

Nos vídeos foi identificado que no vídeo 1 do módulo 2 seria interessante mudar “Eu tenho a ficha do clínico geral” por “Eu tenho seu prontuário” e corrigir a patologia, “long extension of knee”, que havia sido traduzida como “fazer a flexão do joelho” para “extensão total do joelho”. No vídeo 2 do mesmo módulo, a paciente refere dor no dedo (toe) e não especifica que é no primeiro dedo, como foi colocado na proposta de adaptação.

No áudio do módulo 5, vídeo 5.2, foi relatado uma dificuldade de escutar as falas da atriz, com som mais distante e abafado e em vários Módulos foi apontada a necessidade de alteração de “orientado” para “centrado” e de “praticante” para “profissional de saúde”.

Ainda, com relação às legendas dos vídeos, foi sugerido realizar padronização para as legendas, como sempre dar espaço entre as vírgulas e quando a fala da mesma pessoa for continuar acrescentar três pontos para demonstrar que ela ainda continua.

As sugestões apontadas pelos participantes foram consideradas e incluídas no material inicialmente proposto, resultando na Abordagem CARE – versão preliminar, que foi enviada para avaliação dos dois especialistas bilíngues, para avaliação de ortografia e gramática, configurando então, a versão final denominada Abordagem CARE – versão brasileira (*CARE Approach – brazilian version*) (Material Suplementar).

A versão final dos vídeos, após realização das alterações apontadas nas avaliações, está disponível no seguinte link:

<https://drive.google.com/drive/folders/1mNOgrJLFPVGdDx8h4QkR0-xKwGqqGoyS?usp=sharing>.

## **Discussão**

Historicamente, a adaptação de instrumentos elaborados em uma outra cultura e/ou idioma se detinha à simples tradução do original. Nos últimos 35 anos, pesquisadores de diferentes áreas têm sugerido que a avaliação semântica constitui apenas um dos passos necessários ao processo de adaptação transcultural<sup>34</sup>.

É necessária a combinação da tradução literal com contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão<sup>35</sup>. Assim, segundo a Psicometria<sup>30</sup>, o processo de adaptação transcultural de instrumentos de avaliação de aspectos psicológicos ou subjetivos deve ser dividido em seis etapas: tradução inicial, síntese das traduções, avaliação por comitê de especialistas, retrotradução, pré-teste e análise do conteúdo, que visam garantir qualidade da tradução e da validação do material, de modo que a reprodutibilidade do conceito seja mantida mesmo em diferentes culturas<sup>33-36</sup>.

No entanto, como esta pesquisa não realizou a adaptação de uma escala psicométrica ou medidas auto-reportadas, mas de um livro-texto, não houve necessidade de realização de todas as etapas citadas, de forma que realizamos tradução inicial, avaliação por comitê de especialistas (representados pelos

profissionais da equipe multiprofissional) e revisão da tradução por profissionais da área linguística, capazes de executar retrotradução e avaliação gramatical.

Optamos por esses passos por representarem mais do que a simples tradução do conteúdo e considerarem avaliações de especialistas e de profissionais, uma vez que nossa intenção é a futura oferta do conteúdo em formato de curso para profissionais de saúde e, por isso, merece refinamento em seu processo de adaptação transcultural.

Essa atitude também foi reforçada pela dificuldade em encontrar publicações científicas com esse tipo de percurso metodológico, justificando nossa necessidade de aproximação com poucos trabalhos recentes de relativa semelhança<sup>31,33</sup>.

A análise toda mostra que a tradução em alguns módulos acabou sendo literal e, para melhor entendimento da língua portuguesa, poderiam ser usadas outras expressões. Percebemos também, que algumas frases e termos careciam de aprimoramento, bem como deveriam ser corrigidos erros de concordância. O fato de que palavras em inglês podem ter vários significados em português dificulta, muitas vezes, a escolha da melhor expressão ou palavra a ser utilizada.

Outro ponto complicador e muito divergente entre os dois idiomas é a forma como as frases são montadas, pois a sequência dos elementos em inglês é bastante distinta do português e não podem ser traduzidas de forma literal. Dessa maneira, ratificamos a importância de seguirmos etapas pré-determinadas e já conhecidas, como as citadas anteriormente, a fim de não compartilharmos material de qualidade questionável.

Em relação aos vídeos, no primeiro deles a tradução do diagnóstico do paciente poderia ser feita com outras palavras para melhor sentido. O áudio de um dos vídeos apresenta o som longe e abafado, que já vem do original, e mesmo com a legenda, foi apontada dificuldade no entendimento do que a profissional fala.

As legendas se apresentaram claras, com bom tamanho, facilitando a leitura e a expressão da verdadeira ideia a ser transmitida. As sugestões de inclusão do espaçamento entre as vírgulas e de reticências quando a fala ainda não tiver acabado foram acatadas e incluídas na versão final do desta pesquisa

Quanto à própria ferramenta, um aspecto relevante, que representa uma das principais potências específicas da *CARE Approach* (e da *CARE Measure*) é o fato de considerar todos os pilares da empatia em seu conteúdo (cognitivo, afetivo e comportamental), o que não é encontrado em outras estratégias de ensino ou ferramentas de medida de empatia reportadas<sup>14</sup>.

A outra potência da *CARE Approach* está em seu conteúdo, que apesar de ser separado pelos módulos que formam a sigla CARE, consideram o aprendizado de forma encadeada e evolutiva, de modo que concretização do processo empático de atendimento em saúde corresponde à contínua ampliação dos aspectos da interação. Essa característica é apontada como uma efetiva estratégia para oferecer um treinamento de empatia, que deve permitir acompanhamento longitudinal e progressivo dos aprendizados (inclusive com confecção de portfólios), como um formato espiral<sup>14</sup>.

Entretanto, são escassos os relatos de aplicação e avaliação dessa ferramenta, embora seja recomendada pelos sistemas de saúde Escocês, que é pautado no cuidado centrado da pessoa e na comunicação empática<sup>28,38</sup>. O grupo que desenvolveu o *CARE Approach* fez uma avaliação de sua implementação piloto na Escócia, encontrando bons resultados na sua aplicação e aumento dos níveis de empatia<sup>39</sup>.

Na literatura brasileira, há relato de apenas um treinamento piloto para desenvolvimento de empatia voltado para graduandos de psicologia e embasado em experiências pessoais, de forma que sua reprodutibilidade seja comprometida<sup>40</sup>. Logo, mesmo com dificuldades em referenciar metodologia, evidenciamos o pioneirismo deste trabalho em caráter nacional, já que é o primeiro estudo desta natureza, com expectativa de sua aplicação e, principalmente, da avaliação de seu efeito em profissionais de saúde e pacientes, proporcionando reflexão, formação e aprimoramento do comportamento empático na assistência em saúde.

## **Conclusão**

Este estudo teve como objetivo realizar a tradução e adaptação do manual *CARE Approach*, original da Escócia. A partir dos dados analisados foi possível observar ótima aceitação a tradução por um time de profissionais da área da saúde, representantes de cada área da equipe multiprofissional, além da revisão por



## Referências


- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. 2021. Acesso em 16/03/2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.a.xhtml>
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2021. Acesso em 16/03/2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>
- 3- WHO (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Acesso em 12/03/2022. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).
- 4- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002; 52: S9-S13. <https://bjgp.org/content/52/supplement/S9.short>
- 5- Walsh S, O'Neill A, Hannigan A, Harmon D. Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Ir J Med Sci* 2019; 27: 1971-6. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5>
- 6- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos One* 2014; 9(4): e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- 7- Tietbohl CK. Empathic Validation in Physician-Patient Communication: An Approach to Conveying Empathy for Problems With Uncertain Solutions. *Qual Health Res* 2022; 32(3):413-425. doi: 10.1177/10497323211056312
- 8- Goddard G, Oxlad M. Caring for individuals with Type 1 Diabetes Mellitus who restrict and omit insulin for weight control: Evidence-based guidance for healthcare professionals. *Diab Res Clin Prac* 2022; 185:109783 <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.109783>
- 9- Dambha-Miller H, Silarova B, Irving G, Kinmonth AL, Griffin SJ. Patients' views on interactions with practitioners for type 2 diabetes: a longitudinal qualitative study in primary care over 10 years. *Br J Gen Pract* 2018; 68(666): e36-e43. doi: 10.3399/bjgp17X693917
- 10- Mercer SW, Zhou Y, Humphris GM, McConnachie A, Bakhshi A, Bikker A, Higgins M, Little P, Fitzpatrick B, Watt GCM. Multimorbidity and Socioeconomic Deprivation in Primary Care Consultations. *Ann Fam Med* 2018;16(2):127-31. doi: 10.1370/afm.2202

- 11- Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2012;13:6. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-6>
- 12- Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137(5): 535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535.
- 13- Card AJ. The biopsychosociotechnical model: a systems-based framework for human-centered health improvement. *Health Systems* 2022, ahead-of-print 1-21DOI: [10.1080/20476965.2022.2029584](https://doi.org/10.1080/20476965.2022.2029584)
- 14 – Zhou YC, Tan SR, Tan CGH, et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2021; 21:292 <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02697-6>
- 15- Mercer SW, Higgins M, Bikker AM, Fitzpatrick B, Mcconnachie A, Lloyd SM, et al. General Practitioners Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation. *AnnFam Med* 2016; 14(2): 117-24. doi: 10.1370/afm.1910.
- 16- Wiseman T. Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *Adv Nurs Sci* 2007; 30(3): 61-72. doi: 10.1097/01.ANS.0000286630.00011.e3
- 17- Provenzano BC, Machado APG, Rangel MTAS, Aranha RN. A empatia médica e a graduação em medicina. *Rev HUPE* 2014; 13(4): 19-25. doi: 10.12957/rhupe.2014.13941
- 18- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63(606):e76–e84. doi: 10.3399/bjgp13X660814
- 19- Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med.* 2002 Oct;77(10 Suppl):S58-60. doi: 10.1097/00001888-200210001-00019.
- 20- Ak M, Cinar O, Sutçigil L, et al. Communication skills training for emergency nursing. *Int J Med Sci* 2011; 8(5): 397-401. doi: [10.7150/ijms.8.397](https://doi.org/10.7150/ijms.8.397)
- 21- Manso MEG, Pagotto MUN, Torres RL. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2021; 25: e200394. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200394>
- 22- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J.K. et al. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 2014; 14: 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>

- 23-Sarmiento PB, Gutiérrez MF, Baños MB, Sánchez JMR. Efficacy of empathy training in nursing students: A quasi-experimental study, *Nurse Educ Today* 2017; 59: 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.012>.
- 24- Gholamzadeh S, Khastavaneh M, Khademian Z et al. The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Med Educ* 2018; 18:198. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1297-9>
- 25- Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>.
- 26- Ding X, Wang L, Sun J, Li D, Zheng B, He S et al. Effectiveness of empathy clinical education for children's nursing students: A quasi-experimental study, *Nurse Educ Today* 2020; 85: 104260. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104260>.
- 27- Cotta Filho CK, Miranda FBG, Oku H, Machado GCC, Pereira Junior GA, Mazzo A. Cultura, ensino e aprendizagem da empatia na educação médica: scoping review. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online] 2020; 24: e180567. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180567>.
- 28- Bikker AP, Cotton P, Mercer SW. *Embracing Empathy in Healthcare*. London: Radcliffe Publishing, 2014, 133p
- 29- University of Glasgow. The CARE Approach A learning tool for healthcare professionals. Disponível em: <https://www.gla.ac.uk/researchinstitutes/healthwellbeing/research/generalpractice/careapproach/>
- 30-Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25(24): 3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
- 31-Cardoso GV, Sarchis APC, Britto PA de A. Translation and cross-cultural adaptation of six short screening questions on biopsychosocial aspects of chronic pain. *Brazilian Journal Of Pain* 2021; doi: 10.5935/2595-0118.20210009
- 32-Ferreira E. Adaptação cultural da “Burn Specific Health Scale – Revised” (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006
- 33- Matos SRL, Cunha MLR, Podgaec S, Weltman E, Centrone AFY, Mafra ACCN. Consensus for vaginal stenosis prevention in patients submitted to pelvic radiotherapy. *PLoS One* 2019;14(8):e0221054. doi:10.1371/journal.pone.0221054.
- 34- Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm* 2000; 1(12): 54-65. <https://docplayer.com.br/19266368-Delphi-uma-ferramenta-de-apoio-ao-planejamento-prospectivo.html>

- 35- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Publ.* 2007; 41(4): 665-73. doi: 10.1590/S0034-89102006005000035
- 36- Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004; 48(2):175-86. doi: 10.1111/j.1365-648.2004.03185.x.
- 37- Trzeciak S, Mazzarelli A. *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference.* Pensacola: Studer Group, 2019, 375p
- 38- Heywood S, Fitzgerald N, Winterbottom J. Supporting Communication Skills and Behaviours in Healthcare Staff: Evaluation of Two Pilots: The CARE Approach and Practice Based Small Group Learning - Summary Report. NHS Education for Scotland. Create Consultancy, 2012.  
<http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1574594/evaluation-of-care-pbsgl-short-summary.pdf>
- 39- Fitzgerald NM, Heywood S, Bicker AP, et al. Enhancing empathy in healthcare: mixed-method evaluation of a pilot project implementing the CARE Approach in primary and community care settings in Scotland. *J Compas Health Care* 2014; 1(6). <https://doi.org/10.1186/s40639-014-0006-8>
- 40- Rodrigues MC, Peron NB, Cornélio MM, Franco GR. Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes de Psicologia. *Est e Pesq Psicol* 2014; 14(3). <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/13891/10578>

Apêndice A – Autorização do Professor Stewart Mercer

 **Leonardo Moscovici** <leoscovici@gmail.com>  
 Para: Stewart Mercer  
 Cc: Roberta, João Mazzoncini de Azevedo Marques  
 17 de fev às 18:52

Dear Prof.Mercer,

I hope this e-mail finds you well.

We have finished the draft of our project. It took a little bit more than expected because we entered at last year's holidays. We also did several videoconferences in order to develop the project and assign everyone's roles and responsibilities. Please, find attached the draft.

I do have a few thoughts and questions I would like to share with you:

- You wrote us in your last email that you have culturally adapted CARE Measure for a range of countries. But have you done this process for CARE Approach (including videoclips)? If so, can you tell us more about it? Was it needed back-translation? I wonder if it is necessary, since CARE Approach is not a measure but rather a overarching framework to help practitioners.
- Are you aware of the article attached, which translated the CARE Measure to Brazilian Portuguese? Is it approved by you?
- We intend to evaluate the implementation of CARE Approach in our project with CARE Measure (for patients) and PCATool (for health professionals) with scores before and after the project.

After your feedback/comments, we will finish writing the last steps of the project's methodology and next submit to Ethics Committee.

I thank you for your patience and for the opportunity to work together.

Warm regards from Brazil.

Leonardo.

PS: The name of our project (CABRAL) refers to the Portuguese explorer and navigator that discovered Brazil.

LEONARDO MOSCOVICI, MD, PhD  
 Primary Care & Family Medicine  
 Federal University of São Carlos  
<http://lattes.cnpq.br/4925749319457311>

 **Stewart Mercer** <Stewart.Mercer@glasgow.ac.uk>  
 Para: 'Leonardo Moscovici', MERCER Stewart (Stewart.Mercer@ed.ac.uk)  
 Cc: Roberta, João Mazzoncini de Azevedo Marques  
 18 de fev às 09:45

Dear Leonardo

This looks excellent. I do know of the published version of the CARE Measure in Brazil, and I think I did approve this work some years ago.

I don't have any work on the CARE Approach other than in the UK. So what you are doing is very new and exciting. I don't think it makes sense to translate and back translate as its just an overview framework as you say. If this all works out, we could of course see if the publisher of my book on the CARE Approach would consider doing a Brazilian version.

Using the CARE Measure and PCAT makes sense. With CARE measure, it rather depends on how high the baseline values are – if they are, say, below 40 on average, then there is room for improvement. Clearly, the lower they are the better, as more room for improvement!

Wishing you all the very best with this endeavour.

Stewart

PS Please note I have now moved to Edinburgh university, new email attached



**Leonardo Moscovici** <leoscovici@gmail.com>  
Para: MERCER Stewart (Stewart.Mercer@ed.ac.uk)  
Cc: Roberta, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Stewart Mercer

25 de mar às 16:20

174

Dear Prof.Mercer,

Greetings from Brazil I hope this email finds you well.

I would like to share with you our latest actions on the Project CARE APPROACH Brazil (Project CABRAL).

In order to map the teaching of empathy in nursing and medical schools in Brazil, we sent letters to the best 10 schools (10 medicine + 10 nursing). We selected these schools based on a ranking scale of our Ministry of Education. We asked them if empathy was taught at any moment of the course. At this time, we are waiting their replies. (I believe the results of these letters will be our first article working with you, Prof.Mercer)

In the next 2/3 weeks we intend to submit the project to our Ethics Committee. We will send that document I shared with you last month, with a few improvements (based on the feedback you provided back then).

With exception of the Ethics Committee, all of our next steps now depend on a Brazilian version of the CARE APPROACH. Thus, we want to start the translation to Portuguese. We are aware that this Brazilian version should retain your copyright and no copy of this version will be sent to anyone without your approval. Let me know if this is okay with you.

Once again, I thank you for the opportunity of working together in this promising partnership.

> [Mostrar mensagem original](#)



**Stewart Mercer** <Stewart.Mercer@glasgow.ac.uk>  
Para: Leonardo Moscovici, MERCER Stewart (Stewart.Mercer@ed.ac.uk)  
Cc: Roberta, João Mazzoncini de Azevedo Marques

25 de mar às 17:28

Sure, go for it

Get [Outlook for Android](#)

> [Mostrar mensagem original](#)



[Responder](#), [Responder a todos](#) ou [Encaminhar](#)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão eletrônica



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pacientes com idade  $\geq 18$  anos

**Introdução**

Você foi convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado: Como ensinar empatia? Adaptação do *CARE Approach*. Se você decidir fazer parte dele, precisará saber das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este documento esclarece sobre o estudo que você deseja participar. Se você tiver qualquer pergunta, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o médico responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e você pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o seu tratamento.

O objetivo dessa pesquisa é Adaptar o *CARE Approach* para o contexto brasileiro.

**Procedimentos realizados neste protocolo**

A sua participação consiste em avaliar a tradução e adaptação do Manual *CARE Approach* para o contexto brasileiro, por formulário eletrônico via plataforma *Google Forms*®, que levará de 15 a 25 minutos para conclusão. A coleta de dados poderá durar até 3 meses, pois existe a possibilidade de solicitarmos sua opinião mais de uma vez.

Para concluir a avaliação do material, você precisará ler o Manual e assistir aos vídeos. A realização das duas atividades devem durar entre quatro e cinco horas.

O formulário para preenchimento será enviado via e-mail e será composto por uma pergunta simples referente a cada modulo e vídeo do Manual. O acesso ao conteúdo do questionário só será possível se o avaliador clicar em “concordo” para prosseguir para as perguntas.

### **Riscos e inconveniências**

O risco dessa pesquisa é a possibilidade de constrangimento dos participantes em responder os instrumentos, além do risco da quebra de sigilo.

### **Benefício do tratamento**

O benefício de participar deste estudo é permitir a disponibilização de uma ferramenta inédita no país, para ensino de empatia para estudantes e profissionais de saúde.

### **Alternativa (s) à participação no estudo**

O participante que optar por não participar do estudo terá seu direito respeitado e não será chamado posteriormente para coleta de dados.

### **Direitos do participante**

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento ou ainda descontinuar sua participação em qualquer momento, se o assim o preferir, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo a você proveniente deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Ao assinar este termo você não abre mão de nenhum direito legal. Você tem o direito de buscar indenização diante de eventual dano resultante à participação nesse estudo.

### **Confidencialidade**

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificará em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.



Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cuja função é a de avaliar os estudos envolvendo seres humanos.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein, localizado na Av Albert Einstein, 627, 2ºSS, de segunda a sexta-feira, das 07h30 às 16h ou no telefone (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273/ e-mail [cep@einstein.br](mailto:cep@einstein.br).

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo e para acesso aos resultados do estudo, por favor, sinta-se a vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo, Julia Baraçal Mininel no telefone: (11) 95959-5958 ou no e-mail [juju.mininel5@gmail.com](mailto:juju.mininel5@gmail.com) e Roberta Maria Saviato pelo telefone (11) 99749-9154 ou no e-mail [roberta.saviato@einstein.br](mailto:roberta.saviato@einstein.br).

Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou formulário identificado como “fale conosco” disponível na página da pesquisa clínica ou pessoalmente.

### **Assinaturas de Consentimento**

Fui informado (a) de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participarei. Receberei uma cópia eletrônica, deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aceite eletrônico:

Aceito participar do estudo

Não aceito participar do estudo

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Adaptação e tradução do Manual *CARE Approach* para profissionais da área da saúde.

Prezado(a) colega,

Realizamos a tradução e iremos realizar a adaptação do Manual *CARE Approach* como o projeto para o Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein intitulado como “Como ensinar empatia? Adaptação do *CARE Approach*”.

Para tanto, solicitamos sua participação como avaliador da adaptação do Manual *CARE Approach* para profissionais da saúde. Originalmente, manual foi feito na Escócia (2014) e, agora (2020) realizamos sua tradução para possibilitar que profissionais da saúde no Brasil também o utilizem para a melhoria do seu atendimento a pacientes.

O intuito deste trabalho é realizar a tradução correta e após a devida validação, realizada por vocês, disponibilizarmos a ferramenta.

Desta forma, sua participação é fundamental para que possamos finalizar a adaptação do Manual *CARE Approach* para outros profissionais da saúde poderem usufruir do mesmo.

Clique no botão abaixo “INICIAR” para começar a avalia-lo. Agradecemos sua participação.

Discente: Julia Baraçal Mininel

Orientadora: Profa. Ms. Roberta Maria Saviato

Prosseguindo com sua participação como avaliador da adaptação do Manual CARE Approach para profissionais da área da segue o questionário para preenchimento sobre a avaliação, contendo espaço para sugestões de melhoria.

O preenchimento completo desse instrumento deve levar de 15 a 25 minutos. Você pode alterar suas respostas e, se necessário, continuar em outro momento, desde que clique no botão “seguinte” antes de sair da janela”. Porém, após clicar em "concluído", no final do instrumento, não conseguirá acessá-lo novamente. Caso saia do questionário e retorne depois, você deverá fazê-lo na mesma máquina em que iniciou as respostas.

Caso assinale “Regular” ou “Ruim” em qualquer item, escreva suas sugestões de melhoria.

Antecipadamente, agradecemos sua participação.

**Avaliação da tradução e adaptação do Manual CARE Approach**

Como você avalia o conteúdo do Módulo 1

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia o conteúdo do Módulo 2

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia o conteúdo do Módulo 3

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia o conteúdo do Módulo 4

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia o conteúdo do Módulo 5

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia o conteúdo do Módulo 6

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

Como você avalia os vídeos

- Muito Bom
- Bom
- Regular
- Ruim

Considerações, criticas e sugestões para a melhora do conteúdo:

---

---

---

---

---

## Apêndice E – Orientação para navegação na pasta

Caro participante,

Mais uma vez obrigada pela sua participação nesta pesquisa.

Aqui deixo um mini roteiro com algumas dicas e orientações de como transitar pelos arquivos.

Temos 5 arquivos na pasta. A ordem sugerida para a avaliação é:

1- Abrir o Manual original em inglês (Manual CARE APPROACH)

2- Abrir a Tradução CARE Approach (Tradução CARE Approach)

3- Ao decorrer da leitura, quando necessário abrir a pasta com os vídeos legendados (Vídeos Legendados) e o Roteiro que foi usado para legendar os vídeos (Roteiro de tradução dos vídeos)

4- Ao final/decorrer da leitura realizar o preenchimento do Instrumento para Avaliação (Instrumento para avaliação da adaptação do CARE Approach).

Quando finalizado clicar em "ENVIAR".

Obs: o prazo final para o envio das respostas é até o dia 27/10/2021

Obrigada,

Júlia e Roberta

## **Apêndice F – Avaliação de percepção após conclusão do treinamento**

183

**Para responder às perguntas seguintes escolha um número entre 1 e 5, de acordo com as seguintes classificações:**

1-Discordo totalmente

2-Discordo

3-Não concordo nem discordo

4-Concordo

5-Concordo totalmente

**A ferramenta é fundamental para minha atuação profissional**

1 2 3 4 5

**Eu consegui utilizar o conteúdo da ferramenta em atendimentos de pacientes**

1 2 3 4 5

**O tempo para realização do treinamento não foi suficiente**

1 2 3 4 5

**Considero o formato do curso adequado, incluindo as atividades síncronas e assíncronas**

1 2 3 4 5

**Os recursos audiovisuais e materiais de apoio empregados não foram adequados**

1 2 3 4 5

**Eu recomendo esse treinamento para outros profissionais da minha categoria profissional e de outras categorias profissionais**

1 2 3 4 5

**Responda, por escrito, às seguintes perguntas:**

-Explique quais os aspectos positivos do treinamento e do conteúdo da ferramenta

---

---

---

---

-Quais aspectos você acha que devem ser aprimorados? Faça sugestões de melhoria

---

---

---

---

-O que você aprendeu de mais importante?

---

---

---

---

-Faça comentários, sugestões e críticas que você julgar pertinentes

---

---

---

---