

GESTÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO, SEGURANÇA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

PATIENT-CENTERED CARE MANAGEMENT: STRATEGIES FOR
HUMANIZATION, SAFETY, AND QUALITY IN HEALTHCARE

Ciências da Saúde • 14/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/789228115](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/789228115)

Andreia Cristina Cruzara Giorgi¹

Márcia Noronha Barbosa²

Sebastiao Mikus Junior³

Rosilene Melo Pimentel⁴

RESUMO

A gestão do cuidado centrado no paciente articula qualidade técnico-científica, segurança, humanização e participação ativa do usuário na definição das condutas assistenciais. Este artigo tem como objetivo analisar estratégias capazes de converter esses princípios em práticas organizacionais, com ênfase na comunicação efetiva, na decisão compartilhada, no envolvimento de pacientes e familiares, na cultura justa de segurança, na continuidade do cuidado e na avaliação da experiência do usuário. Realizou-se uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa, fundamentada em quinze produções de autores brasileiros relacionadas à gestão do cuidado, à experiência do paciente e à qualidade assistencial. A análise da literatura evidencia que a centralidade do paciente não se reduz à cordialidade no atendimento, pois exige desenho institucional, qualificação das equipes, protocolos flexíveis, transparência, escuta sistemática e governança orientada a riscos e resultados significativos para as pessoas. Conclui-se que humanização, segurança e qualidade são dimensões interdependentes e devem compor um único modelo de gestão do cuidado.

Palavras-chave: cuidado centrado no paciente; humanização da assistência; segurança do paciente; qualidade da assistência à saúde; gestão do cuidado.

ABSTRACT

Patient-centered care management integrates technical and scientific quality, safety, humanization, and active user participation in care decisions. This article aims to analyze strategies capable of translating these principles into organizational practices, emphasizing effective communication, shared decision-making, patient and family engagement, a just safety culture, continuity of

care, and systematic assessment of patient experience. A qualitative bibliographic review was conducted based on fifteen publications by Brazilian authors addressing care management, patient experience, safety, and quality of healthcare. The literature analysis shows that patient-centeredness cannot be reduced to courteous treatment, as it requires institutional design, workforce development, flexible protocols, transparency, systematic listening, and governance guided by risks and outcomes that matter to people. It concludes that humanization, safety, and quality are interdependent dimensions and should form a single care management model.

Keywords: patient-centered care; humanization of care; patient safety; quality of healthcare; care management.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado centrado no paciente tornou-se uma referência para a reorganização de serviços que pretendem conciliar efetividade clínica, respeito às singularidades e participação nas decisões. Rodrigues et al. (2019) observam que, no Brasil, esse movimento ainda encontra obstáculos conceituais e operacionais, pois a incorporação da perspectiva do usuário não ocorre de modo uniforme nas políticas, na formação profissional e nas rotinas assistenciais. A centralidade do paciente, portanto, deve ser compreendida como orientação de gestão: ela modifica critérios de prioridade, fluxos de informação, indicadores de qualidade e relações de poder presentes no encontro clínico.

Na avaliação da assistência, a experiência do paciente oferece uma perspectiva que não pode ser substituída integralmente por indicadores técnicos. Ao final de seu estudo, Costa et al. (2020a) demonstram que estrutura, conforto, disponibilidade das equipes,

confiança e comunicação participam da percepção de segurança e qualidade durante a hospitalização. Esses atributos revelam que o usuário avalia simultaneamente o resultado clínico e o modo como foi cuidado. Uma gestão coerente precisa, por isso, interpretar relatos, expectativas e dificuldades como dados relevantes para aperfeiçoar processos, e não como opiniões periféricas ao desempenho institucional.

A segurança integra o próprio conceito de qualidade porque danos evitáveis comprometem resultados, confiança e legitimidade dos serviços. Reis et al. (2013) situam a segurança do paciente como dimensão fundamental da qualidade e defendem uma compreensão sistêmica dos eventos adversos. Essa perspectiva desloca a análise da culpa individual para as condições em que o trabalho é realizado, incluindo organização, protocolos, comunicação, recursos e aprendizagem institucional. A assistência centrada na pessoa acrescenta a esse olhar a possibilidade de o paciente contribuir para reconhecer riscos que nem sempre são percebidos pelos mecanismos internos.

Vaitsman e Andrade (2005) diferenciam satisfação, responsividade, humanização e direitos dos pacientes, embora reconheçam convergências entre esses conceitos na avaliação dos serviços. A distinção é importante porque um paciente pode declarar satisfação em razão de expectativas reduzidas e, ainda assim, ter recebido cuidado pouco responsivo ou limitado em seus direitos. Desse modo, a gestão centrada no paciente deve combinar medidas subjetivas de experiência com parâmetros éticos, clínicos e organizacionais, evitando transformar satisfação isolada em sinônimo de qualidade.

2. PROCEDIMENTOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, elaborada a partir de produções científicas brasileiras sobre cuidado centrado no paciente, humanização, segurança, experiência do usuário, comunicação e qualidade assistencial. O levantamento concentrou-se em artigos disponíveis em texto integral na Scientific Electronic Library Online (SciELO). O corpus reuniu quinze trabalhos publicados entre 2005 e 2025, selecionados pela pertinência temática e pela contribuição às dimensões investigadas. Após a leitura integral, os conteúdos foram organizados nos seguintes eixos: fundamentos do cuidado centrado no paciente; humanização e acolhimento; segurança e aprendizagem organizacional; comunicação e decisão compartilhada; estratégias de gestão; avaliação da qualidade; e desafios éticos. A interpretação buscou reconhecer convergências, complementaridades e limites presentes na literatura, preservando a contribuição específica de cada autoria.

3. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE COMO MODELO DE GESTÃO

Rodrigues et al. (2019) sustentam que o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente depende de uma agenda brasileira de pesquisa e implementação capaz de considerar características do Sistema Único de Saúde, desigualdades de acesso e diferentes contextos assistenciais. O modelo não consiste apenas em permitir escolhas pontuais; pressupõe que valores, preferências, necessidades e condições sociais sejam incorporados ao planejamento do cuidado. Na gestão, isso requer mecanismos que

façam a voz do usuário chegar às decisões clínicas, às equipes e às instâncias responsáveis pela melhoria organizacional.

A coprodução do cuidado mostra como a participação pode assumir forma concreta. Costa et al. (2020b) identificaram, na experiência de pacientes hospitalizados, percepções sobre protocolos de identificação, higienização das mãos, prevenção de quedas, segurança medicamentosa e comunicação. Quando o serviço explica o propósito desses protocolos e acolhe perguntas, o paciente deixa de ser destinatário passivo e passa a colaborar com a prevenção de falhas. Essa colaboração, contudo, não transfere ao usuário a responsabilidade institucional pela segurança; ela amplia barreiras protetoras e favorece relações mais transparentes.

Segundo Bão et al. (2023), a experiência do paciente acerca de sua segurança é formada pelas interações vividas na instituição e pela cultura organizacional que molda essas relações. O estudo evidencia que o cuidado seguro é percebido não apenas quando protocolos são executados, mas também quando profissionais se apresentam, explicam procedimentos, verificam a identidade e demonstram disponibilidade para ouvir. Assim, o modelo de gestão precisa integrar condutas relacionais e técnicas, já que a falta de informação pode produzir insegurança mesmo quando o procedimento está clinicamente correto.

Na participação do paciente, Figueiredo et al. (2019) identificam três grandes conjuntos de estratégias: mobilização para a segurança, participação ativa na prevenção de incidentes e solicitação de informações ao usuário sobre riscos e problemas observados. A classificação ajuda os gestores a evitar ações genéricas. Campanhas educativas, orientações à beira leito, canais de relato, entrevistas e

questionários cumprem funções diferentes e podem ser articulados conforme o perfil da unidade, a condição clínica, a alfabetização em saúde e a disponibilidade do paciente para participar.

Figueiredo et al. (2019) afirmam que promover a participação do paciente “implica a integração deste na tomada de decisão, de forma consciente e informada” (p. 4607). Para que essa integração seja efetiva, o serviço deve oferecer condições reais de compreensão, expressão e influência sobre o plano de cuidado, a identificação de problemas e as medidas de segurança.

Esse princípio exige reconhecer que nem todo paciente desejará ou conseguirá participar com a mesma intensidade. Figueiredo et al. (2019) assinalam que preferências, conhecimentos, condições clínicas, confiança na equipe e características do ambiente influenciam o engajamento. A gestão deve oferecer possibilidades graduais e acessíveis, respeitando a recusa e evitando constrangimentos. Centralidade significa ajustar o cuidado à pessoa concreta, e não impor um ideal de paciente permanentemente ativo, informado e disponível para fiscalizar a assistência.

4. HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E RECONHECIMENTO DA PESSOA

A humanização amplia o foco do procedimento para a experiência integral de adoecer, ser atendido e conviver com limitações. Calegari et al. (2015) mostram que profissionais associam a assistência humanizada ao respeito, ao acolhimento e à empatia, mas também apontam fatores organizacionais que facilitam ou dificultam sua concretização. Isso indica que a humanização não depende somente de virtudes individuais. Escalas de trabalho, autonomia,

cultura institucional, apoio multiprofissional e condições ambientais determinam quanto tempo e disponibilidade podem ser dedicados às necessidades singulares.

Calegari et al. (2015) afirmam que “colocar-se no lugar do paciente possibilita assistir melhor a ele” (p. 43). A frase sintetiza a função clínica da empatia: compreender receios, expectativas e formas de viver a doença favorece explicações mais adequadas, decisões mais proporcionais e maior adesão ao plano terapêutico. Entretanto, a empatia deve resultar em práticas observáveis, como escuta sem interrupção, apresentação do profissional, preservação da privacidade, negociação de rotinas e reconhecimento da família quando sua presença é desejada.

Nos serviços de urgência e emergência, humanizar é particularmente desafiador devido à pressão temporal, à superlotação e à gravidade variável dos casos. Sousa et al. (2019) reúnem evidências de que acolhimento, comunicação, diálogo, respeito, resolutividade e capacidade de ouvir são elementos recorrentes do cuidado humanizado. A classificação de risco, quando explicada e aplicada com equidade, pode articular segurança e humanização; quando se reduz a triagem burocrática, porém, pode aumentar ansiedade e sensação de abandono.

Ao discutir a Política Nacional de Humanização, Sousa et al. (2019) associam assistência e gestão, protagonismo e corresponsabilização. Essa articulação impede que a humanização seja limitada a campanhas de gentileza. Para produzir ambientes acolhedores, a instituição precisa rever fluxos, sinalização, tempo de espera, privacidade, acesso à informação e condições de trabalho. Também precisa sustentar espaços em que profissionais discutam conflitos,

sofrimento moral e dificuldades de relacionamento, pois equipes exauridas tendem a operar de modo defensivo e impessoal.

Sousa et al. (2019) afirmam que a humanização “envolve a gestão compartilhada como método e dispositivo na produção de novos modos de gerir e cuidar em saúde” (p. 6). Para além do bom trato, humanizar implica condições organizacionais que tornem possível uma atenção digna, resolutiva e sensível às necessidades dos usuários.

O cuidado humanizado também depende de limites éticos claros. Vaitsman e Andrade (2005) argumentam que direitos do paciente e humanização possuem caráter normativo, enquanto satisfação e responsividade funcionam como conceitos de avaliação. Essa diferenciação protege o usuário contra uma lógica em que preferências majoritárias poderiam justificar práticas desrespeitosas para minorias. Respeito à confidencialidade, consentimento informado, não discriminação e acesso compreensível às informações devem ser garantidos independentemente da satisfação declarada ou da capacidade de reivindicação.

5. SEGURANÇA DO PACIENTE E APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

A gestão de riscos precisa tratar incidentes como sinais sobre o funcionamento do sistema. Reis et al. (2013) explicam que erros são favorecidos por combinações de fatores relacionados à estrutura, ao processo de trabalho, à comunicação, ao treinamento e à cultura organizacional. Nessa abordagem, prevenir danos significa construir barreiras, simplificar etapas críticas, padronizar o que precisa ser estável e monitorar resultados. A responsabilização profissional

permanece necessária em situações específicas, mas não substitui a investigação das condições que tornaram o erro possível.

Reis et al. (2013) sintetizam essa mudança ao afirmar que “os erros são consequências, não causas” (p. 2032). A assertiva orienta uma cultura justa, na qual relatos de incidentes alimentam análise e aprendizagem, sem tolerar condutas deliberadamente inseguras. Para a gestão centrada no paciente, a investigação deve incluir o impacto real do evento sobre a pessoa e sua família, garantir comunicação transparente e definir ações reparadoras. A omissão institucional pode ampliar o dano ao romper confiança e produzir sensação de desamparo.

Capucho e Cassiani (2013) defenderam um sistema nacional de notificações como base para a política de segurança do paciente no Brasil. A notificação permite reconhecer padrões que casos isolados não revelam, apoiar decisões e compartilhar alertas. No nível institucional, os registros precisam ser simples, confidenciais e acompanhados de devolutivas, pois profissionais deixam de notificar quando percebem punição automática ou ausência de mudança. O paciente e a família também devem dispor de canais acessíveis para relatar incidentes e condições inseguras.

Para Capucho e Cassiani (2013), “a implantação de um sistema nacional de notificações de incidentes deve ser uma das ações prioritárias” (p. 793). Essa estrutura deve articular metas de gestão de riscos, identificação correta, prevenção de infecções e redução de erros em procedimentos e medicamentos.

Uma política de notificação só produz qualidade quando os dados retornam ao trabalho assistencial. Conforme Capucho e Cassiani

(2013), informações sobre resultados negativos podem orientar protocolos, educação permanente e avaliação de desempenho. A gestão deve analisar frequência, gravidade, evitabilidade e fatores contribuintes, priorizando ações com maior potencial de reduzir dano. Também deve comunicar às equipes o que foi aprendido e quais mudanças foram implementadas, criando sentido para o registro e fortalecendo a confiança no sistema.

No ambiente hospitalar, Villar et al. (2020) verificam que pacientes reconhecem eventos adversos e fatores contribuintes, incluindo problemas de comunicação, medicação, infecções, continuidade e atitudes profissionais. A perspectiva do paciente complementa registros clínicos e notificações porque acompanha toda a trajetória do cuidado, atravessa turnos e percebe incoerências entre orientações. Incorporar essa fonte exige métodos de escuta que não exponham o usuário a retaliações e que distingam reclamação administrativa, experiência negativa e indício de incidente.

Villar et al. (2022) reforçam que pacientes e familiares desempenham papel essencial na qualidade e na segurança, embora barreiras culturais e relacionais limitem essa participação. Hierarquias rígidas, medo de questionar, linguagem técnica e receio de ser considerado difícil reduzem a manifestação de dúvidas. Cabe à equipe convidar explicitamente o usuário a confirmar nome e procedimento, perguntar sobre medicamentos, comunicar alterações e apontar incongruências. O convite precisa ser acompanhado de resposta respeitosa; do contrário, a participação se converte em discurso sem efetividade.

6. COMUNICAÇÃO EFETIVA E DECISÃO COMPARTILHADA

A comunicação é simultaneamente tecnologia de humanização e barreira de segurança. Biasibetti et al. (2019) identificam, na interação pediátrica, fragilidades relacionadas à formação profissional, à organização institucional, ao comprometimento e à integração entre equipe e acompanhantes. Informações divergentes, ausência de apresentação e uso de linguagem inacessível aumentam ansiedade e favorecem falhas. A padronização de passagens de informação deve coexistir com uma comunicação clínica adaptada ao nível de compreensão, à cultura e às necessidades emocionais do paciente.

Biasibetti et al. (2019) apontam processos padronizados, informatizados e menos burocráticos como ferramentas para qualificar a comunicação, desde que todos os atores envolvidos participem. Na prática, isso envolve identificação visível das equipes, registro consistente do plano de cuidado, checagem de compreensão e definição de quem responde às dúvidas da família. Em pediatria e em situações de dependência, acompanhantes observam mudanças e podem fornecer informações decisivas; sua inclusão organizada reduz ruídos sem eliminar o direito do paciente à privacidade.

Na experiência hospitalar, Costa et al. (2020a) mostram que confiança e qualidade percebida são influenciadas pela disponibilidade dos profissionais para informar e responder. A comunicação centrada no paciente não se limita a transmitir conteúdo: ela verifica o que a pessoa compreendeu, acolhe emoções e permite perguntas. Uma orientação formalmente correta pode falhar quando é fornecida em momento inadequado, repleta de termos técnicos ou sem considerar barreiras auditivas, visuais, linguísticas e cognitivas.

Báo et al. (2023) destacam a interação paciente-profissional como elemento do cuidado seguro. Essa interação deve ocorrer em todas as etapas: admissão, planejamento, administração de medicamentos, realização de procedimentos e alta. Estratégias como pedir ao paciente que explique com suas palavras o plano recebido, registrar preferências e oferecer material acessível ajudam a identificar mal-entendidos antes que produzam dano. A gestão deve observar essas práticas e incluí-las nos critérios de qualidade, em vez de avaliar apenas se uma informação foi registrada como entregue.

A decisão compartilhada organiza a participação em torno de escolhas clínicas reais. Rodrigues et al. (2019) ressaltam que o cuidado centrado pressupõe respeito a preferências e valores, o que exige apresentar alternativas, benefícios, riscos e incertezas. O profissional contribui com conhecimento técnico; o paciente informa o que considera aceitável e relevante em sua vida. A decisão resultante não é abandono da responsabilidade profissional nem simples atendimento de pedidos, mas deliberação responsável sobre o melhor caminho para aquela pessoa.

7. ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS PARA HUMANIZAÇÃO, SEGURANÇA E QUALIDADE

Uma primeira estratégia é instituir governança explícita do cuidado centrado no paciente. Rodrigues et al. (2019) indicam que a expansão do modelo no Brasil depende de liderança, pesquisa aplicada e mecanismos de implementação. A direção deve definir responsabilidades, incluir representantes de usuários em comitês, prever recursos e acompanhar indicadores. Sem essa estrutura, iniciativas dependem de profissionais entusiasmados e

desaparecem diante de mudanças de equipe ou pressão por produtividade.

A segunda estratégia consiste em transformar a experiência do paciente em informação de gestão. Costa et al. (2020a) mostram que atributos estruturais e relacionais compõem a avaliação do cuidado hospitalar. Questionários podem ser combinados com entrevistas, relatos abertos, rondas de liderança e análise de jornadas. O objetivo não é produzir apenas uma nota média, mas localizar pontos de fricção, grupos menos ouvidos e momentos em que o cuidado perde continuidade. Resultados precisam ser devolvidos às equipes e vinculados a planos de melhoria.

Uma terceira estratégia é ampliar a coprodução dos protocolos de segurança. Costa et al. (2020b) demonstram que pacientes percebem e interpretam ações associadas a protocolos durante a internação. Materiais educativos, perguntas de verificação e orientação na admissão podem esclarecer como o usuário participa sem assumir obrigações indevidas. A instituição deve testar mensagens com pacientes reais, usar linguagem simples e assegurar que o questionamento de uma conduta seja recebido como contribuição legítima.

A quarta estratégia envolve múltiplos canais de participação. Figueiredo et al. (2019) identificaram intervenções qualitativas e quantitativas, educativas e notificadoras. Um único canal tende a excluir pessoas com diferentes habilidades, disponibilidade ou receio. Entrevistas breves, caixas de relato, aplicativos, conselhos de usuários, contato pós-alta e conversas à beira leito podem ser combinados. A análise deve considerar também os silêncios: baixa

quantidade de relatos não comprova ausência de problemas e pode indicar falta de confiança ou acessibilidade.

A quinta estratégia é desenvolver uma cultura justa e orientada à aprendizagem. Reis et al. (2013) associam segurança à atuação sobre fatores sistêmicos e às defesas organizacionais. Reuniões de análise de incidentes, simulações, auditorias formativas e educação permanente devem buscar causas e soluções, evitando exposições desnecessárias. A liderança precisa responder com coerência: estimular notificação e punir automaticamente quem relata destrói confiança; ignorar violações deliberadas, por outro lado, também enfraquece a segurança.

A sexta estratégia corresponde à comunicação transparente sobre eventos adversos. Villar et al. (2020) mostram que a experiência do paciente oferece informações relevantes sobre danos e fatores contribuintes. Quando ocorre um incidente, o serviço deve reconhecer o acontecimento, explicar o que é conhecido, cuidar das consequências e informar as medidas de prevenção. A transparência não elimina sofrimento, mas preserva dignidade e possibilita reconstruir confiança. Respostas vagas ou defensivas fazem o paciente enfrentar simultaneamente o dano clínico e a negação de sua experiência.

A sétima estratégia é proteger condições de trabalho compatíveis com cuidado humanizado. Calegari et al. (2015) identificam a sobrecarga como obstáculo central, pois o excesso de tarefas reduz tempo, escuta e disponibilidade. Dimensionamento adequado, apoio à saúde mental, pausas, definição de prioridades e processos menos redundantes são medidas de qualidade. Cobrar empatia sem enfrentar condições que produzem exaustão transforma a

humanização em obrigação moral individual e preserva causas organizacionais do atendimento impessoal.

A oitava estratégia é organizar o acolhimento com classificação de risco sem perder a dimensão relacional. Sousa et al. (2019) evidenciam que agilidade, informação, conforto e escuta interferem na humanização de urgências e emergências. O usuário precisa compreender por que a ordem de atendimento não segue apenas a chegada, receber atualização sobre espera e ter sinais de agravamento reavaliados. Essa comunicação diminui incerteza e permite que o critério técnico seja percebido como cuidado, não como indiferença.

A nona estratégia é integrar segurança à atenção primária. Macedo e Calvo (2025) verificaram implantação parcial das ações de segurança nas capitais estudadas e apontaram a necessidade de fortalecer práticas e estruturas. Na atenção primária, riscos relacionados a diagnóstico, medicação, vacinação, comunicação e coordenação podem permanecer invisíveis porque o cuidado ocorre ao longo do tempo e em diferentes pontos da rede. Protocolos simples, conciliação medicamentosa, acompanhamento de exames e referência responsável são essenciais à continuidade centrada na pessoa.

Macedo e Calvo (2025) também permitem compreender que normas nacionais precisam ser traduzidas em capacidade local. Não basta existir uma política se as equipes desconhecem fluxos de notificação, não recebem devolutivas ou não dispõem de apoio para analisar incidentes. A gestão municipal e institucional deve adequar instrumentos à realidade dos serviços, acompanhar implantação e garantir articulação entre unidades. A segurança na atenção

primária protege o usuário antes que falhas se agravem e reduz fragmentação entre prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

8. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE

A avaliação centrada no paciente deve combinar estrutura, processo e resultado com dimensões de experiência. Vaitsman e Andrade (2005) explicam que responsividade envolve como o sistema responde às expectativas legítimas dos usuários sobre aspectos não clínicos do cuidado. Dignidade, confidencialidade, autonomia, comunicação e prontidão são componentes avaliáveis. Esses elementos ajudam a superar pesquisas de satisfação muito genéricas, nas quais respostas positivas podem ocultar demora, incompreensão ou desrespeito naturalizados.

Costa et al. (2020a) indicam que a satisfação relacionada à segurança e à qualidade emerge de atributos concretos vivenciados durante a hospitalização. A gestão pode desagregar resultados por unidade, turno, perfil clínico e grupos vulnerabilizados para evitar médias que escondam desigualdades. Comentários narrativos devem ser codificados e relacionados a indicadores clínicos, reclamações e notificações. O cruzamento permite reconhecer se um problema de experiência também sinaliza risco assistencial ou falha de processo.

A perspectiva do paciente precisa chegar aos níveis decisórios. Villar et al. (2022) defendem o papel de pacientes e familiares tanto no nível micro do cuidado quanto no nível macro das políticas e organizações. Conselhos consultivos, participação em comissões e

revisão conjunta de materiais e fluxos aproximam a gestão da realidade vivida. Para evitar participação meramente simbólica, é necessário informar quais propostas foram acolhidas, quais não puderam ser implementadas e por quê.

O monitoramento deve equilibrar padronização e singularidade. Bão et al. (2023) mostram que protocolos reconhecidos pelos pacientes convivem com desafios relacionais e contextuais. Indicadores de adesão à identificação correta ou higienização das mãos são indispensáveis, mas não medem sozinhos se a pessoa compreendeu o cuidado e teve suas preferências consideradas. A avaliação deve incluir perguntas sobre confiança, clareza, envolvimento e continuidade, conectando conformidade técnica à experiência concreta.

A qualidade também depende da capacidade de aprender após a alta. Costa et al. (2020b) evidenciam que pacientes acumulam observações durante toda a internação e podem reinterpretá-las quando retornam ao cotidiano. Contatos pós-alta, especialmente em transições complexas, permitem identificar dúvidas sobre medicamentos, sinais de alerta, agendamento e autocuidado. Esses dados devem alimentar a revisão das orientações e não ser tratados apenas como demanda individual, pois dificuldades repetidas indicam falhas no desenho do processo.

9. DESAFIOS ÉTICOS E LIMITES DA IMPLEMENTAÇÃO

Um desafio consiste em evitar que o discurso de participação transfira responsabilidades institucionais para quem está vulnerável. Figueiredo et al. (2019) reconhecem diferenças na disposição e na capacidade de envolvimento. O serviço continua responsável por

protocolos, competência profissional e prevenção de danos, mesmo quando o paciente não questiona ou não consegue participar. A coprodução deve acrescentar proteção e autonomia, jamais servir para culpabilizar usuários por incidentes que deveriam ser impedidos pelo sistema.

Outro limite está na desigualdade de comunicação. Biasibetti et al. (2019) mostram que integração entre equipe e acompanhantes depende da organização e da formação profissional. Pessoas com baixa escolaridade, deficiência, barreiras linguísticas ou sofrimento intenso precisam de recursos específicos: intérpretes, comunicação alternativa, materiais visuais e tempo adicional. Aplicar a mesma orientação a todos pode parecer padronização, mas produz iniquidade quando necessidades de compreensão são distintas.

A confidencialidade e a autonomia também exigem atenção quando familiares participam. Calegari et al. (2015) reconhecem a presença da família como elemento de acolhimento e cuidado integral, porém a inclusão deve respeitar o desejo e a capacidade decisória do paciente. A equipe precisa esclarecer quem pode receber informações, diferenciar apoio de substituição indevida e reconhecer conflitos. A centralidade permanece na pessoa assistida, ainda que sua rede seja fundamental para continuidade e segurança.

Por fim, metas de produtividade podem colidir com o tempo necessário à escuta e à decisão compartilhada. Sousa et al. (2019) descrevem sobrecarga, carência de recursos e inadequação estrutural em serviços de urgência. A gestão deve examinar se indicadores de volume estimulam atendimentos rápidos, porém incompletos, e incorporar medidas de resolutividade, segurança e

experiência. Eficiência centrada no paciente não significa fazer mais atos em menos tempo, mas utilizar recursos para gerar cuidado oportuno, compreensível e efetivo.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do cuidado centrado no paciente oferece uma base integradora para humanização, segurança e qualidade. Sua implementação requer reconhecer o usuário como pessoa portadora de direitos, valores e conhecimentos sobre a própria experiência, sem deslocar para ele responsabilidades que pertencem às instituições e aos profissionais. A centralidade se concretiza quando a organização cria condições para escuta, compreensão, participação e continuidade, ao mesmo tempo que sustenta competência técnica e prevenção de riscos.

Entre as estratégias mais consistentes estão a governança explícita, a comunicação acessível, a decisão compartilhada, a inclusão responsável de familiares, a escuta sistemática da experiência, os canais de relato, a cultura justa, a aprendizagem com incidentes e a melhoria das transições do cuidado. Essas ações precisam ser articuladas, avaliadas e adaptadas ao contexto. Iniciativas isoladas produzem efeitos limitados quando fluxos, recursos, lideranças e critérios de desempenho permanecem orientados apenas para tarefas e volume.

Conclui-se que cuidar com qualidade exige unir segurança técnica e reconhecimento humano em um mesmo desenho assistencial. O paciente não deve aparecer apenas no discurso institucional ou na pesquisa de satisfação, mas participar da construção, do acompanhamento e da avaliação do cuidado em intensidade

compatível com suas condições e preferências. Ao transformar a experiência vivida em conhecimento para a gestão, os serviços ampliam sua capacidade de prevenir danos, responder às necessidades e oferecer uma assistência mais digna, confiável e efetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Báo, A. C. P., Prates, C. G., Amaral-Rosa, M. P., Costa, D. G., Oliveira, J. L. C., Amestoy, S. C., Magalhães, A. M. M., & Moura, G. M. S. S. (2023). Experiência do paciente acerca de sua segurança no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220512. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0512>

Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>

Calegari, R. C., Massarollo, M. C. K. B., & Santos, M. J. (2015). Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Esp. 2), 42–47. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800006>

Capucho, H. C., & Cassiani, S. H. B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 791–798. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004402>

Costa, D. G., Moura, G. M. S. S., Moraes, M. G., Santos, J. L. G., & Magalhães, A. M. M. (2020a). Atributos de satisfação relacionados à

segurança e qualidade percebidos na experiência do paciente hospitalizado. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190152. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>

Costa, D. G., Moura, G. M. S. S., Pasin, S. S., Costa, F. G., & Magalhães, A. M. M. (2020b). Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3272. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>

Figueiredo, F. M., Gálvez, A. M. P., Garcia, E. G., & Eiras, M. (2019). Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4605–4620. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.08152018>

Macedo, T. R., & Calvo, M. C. M. (2025). Grau de implantação da segurança do paciente na atenção primária à saúde de três capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(5), e00014824. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT014824>

Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>

Rodrigues, J. L. S. Q., Portela, M. C., & Malik, A. M. (2019). Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4263–4275. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04182018>

Siman, A. G., & Brito, M. J. M. (2016). Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. *Revista*

Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180263. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>

Vaitsman, J., & Andrade, G. R. B. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599–613. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>

Villar, V. C. F. L., Duarte, S. C. M., & Martins, M. (2020). Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(12), e00223019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>

Villar, V. C. F. L., Martins, M., & Rabello, E. T. (2022). Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. *Saúde em Debate*, 46(135), 1174–1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213516>

¹ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6323-7243>

² E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3089-3346>

³ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0009-0002-9390-377X>

⁴ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID:
<https://orcid.org/0009-0009-6884-3104>