

Adaptação transcultural e validação do *Person-centred Practice Inventory-Staff* para a cultura brasileira*

Juliana Andrioli Nucci¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9876-1195>

Edinêis de Brito Guirardello¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0457-2850>

Ariane Polidoro Dini¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5830-9989>

Destaques: **(1)** Instrumento PCPI-S-VB permite a sensibilização quanto ao cuidado centrado na pessoa. **(2)** O PCPI-S-VB validado nos países europeus, permitirá a comparabilidade internacional. **(3)** A versão brasileira do PCPI-S-VB apresenta evidências de validade e confiabilidade. **(4)** O instrumento PCPI-S-VB contribui para a entrega de um cuidado mais seguro.

Objetivo: realizar a tradução, adaptação transcultural e validação do *Person-centred Practice Inventory-Staff* para língua portuguesa do Brasil. **Método:** estudo metodológico seguindo as etapas de tradução, síntese, retrotradução, avaliação por especialistas e pré-teste. A validade de conteúdo foi avaliada pelo Índice de Validade de Conteúdo e pela Razão de Validade de Conteúdo. A validade de construto convergente e discriminante foi verificada por meio de análise fatorial confirmatória. A consistência interna foi verificada pelo alfa de Cronbach, Confiabilidade Composta e Ômega de McDonald.

Resultados: participaram 15 profissionais na validação de conteúdo e 307 na avaliação do construto e confiabilidade. A validade de conteúdo obteve valores acima de 0,87 para o Índice de Validade de Conteúdo e 0,73 para Razão de Validade de Conteúdo. A análise fatorial confirmatória distribuiu os 59 itens nos 17 domínios originais, com variância média extraída superior a 0,49 e cargas fatoriais superiores a 0,61. A consistência interna, apresentou alfa de Cronbach entre 0,56 e 0,85; confiabilidade composta entre 0,75 e 0,89; e Ômega de McDonald entre 0,61 e 0,88. **Conclusão:** a versão brasileira do *Person-centred Practice Inventory-Staff* demonstrou validade e confiabilidade satisfatórias para avaliar a percepção da prática do cuidado centrado na pessoa, entre profissionais de enfermagem, no contexto hospitalar.

Descritores: Processo de Tradução; Estudos Transculturais; Estudos de Validação; Assistência Centrada na Pessoa; Psicometria; Reprodutibilidade dos Testes.

* Artigo extraído da dissertação de mestrado "Adaptação cultural e validação do person-centred practice inventory-staff para a cultura brasileira", apresentada à Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil. Apoio financeiro do Fundo de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da Unicamp (FAPEX), por meio do Programa de Incentivo a Novos Docentes (PIND), Edital PIND individual 19/2023, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Nucci JA, Guirardello EB, Dini AP. Cross-cultural adaptation and validation of the Person-centered Practice Inventory-Staff for Brazilian culture. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4665 [cited ____]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7803.4665> 

Introdução

Em busca de atribuir excelência aos padrões de segurança e qualidade assistenciais, gestores e políticos de saúde têm buscado novas estratégias para sensibilizar os profissionais responsáveis pelo cuidado, incentivando na adoção de uma abordagem singular e humanizada⁽¹⁾.

O cuidado centrado na pessoa (CCP), é construído a partir da valorização da percepção e expectativas não só da pessoa que recebe o cuidado, mas de todos os envolvidos, ou seja, familiares, cuidadores e profissionais da saúde⁽²⁾. O CCP é uma prática de cuidado estabelecida pela formação e promoção de relacionamentos saudáveis entre cuidadores, usuários de serviços e pessoas significativas para suas vidas. É sustentado por valores de respeito pelas pessoas, direito individual à autodeterminação, respeito mútuo e compreensão, sendo possibilitado por culturas de empoderamento que promovem abordagens contínuas ao desenvolvimento da prática⁽³⁾.

Apesar da relevância do CCP, a sua adesão enfrenta desafios em nível global, principalmente por defrontar-se com o modelo biomédico convencional, fatores culturais ligados às organizações, o ambiente de cuidado, o perfil dos profissionais, além da carência de instrumentos confiáveis que auxiliem no monitoramento e avaliação da prática nos serviços^(2,4-5). Nessa perspectiva, a atenção da comunidade científica concentrou-se em explorar a fundamentação teórica do CCP, no intuito de definir de forma consensual e precisa de conceitos e definições⁽²⁾.

O referencial teórico de McCormack e McCance apresenta uma estrutura teórica para o CCP, conhecida como *Person-centred Practice Framework* (PCPF). Ela é descrita como uma teoria de médio alcance sustentada por quatro construtos: (1) pré-requisitos, que abordam as características do profissional; (2) o ambiente de cuidado, que se refere ao contexto em que o cuidado é prestado; (3) processos de cuidado, que se concentram na forma como o cuidado é prestado; e (4) resultados centrados na pessoa, que se focam no alcance de resultados eficazes centrados na pessoa. De acordo com a teoria, os atributos do profissional são considerados imprescindíveis para a gestão de um ambiente de cuidado capaz de fornecer com eficácia resultados centrados na pessoa⁽⁶⁾.

Com o objetivo de investigar como as equipes e usuários dos serviços de saúde percebem as perspectivas do CCP, foi desenvolvido o *Person-centred Practice Inventory-Staff* (PCPI-S). Esse instrumento propõe oferecer, sob a perspectiva dos profissionais, subsídios às organizações e gestores para a elaboração de um plano de cuidados que tenha a pessoa, como foco central⁽⁷⁾.

O PCPI-S, tem como finalidade analisar a percepção dos profissionais quanto à prática centrada na pessoa⁽⁷⁾.

Esse instrumento abrange 59 itens distribuídos em 17 domínios que possibilitam a autoavaliação da equipe multiprofissional quanto à sua prática centrada na pessoa, e foi validado para ser aplicado em diversos contextos assistenciais. Trata-se de um instrumento que apresentou validade de conteúdo, de construto e consistência interna na Noruega, Áustria, Malásia, Coreia, Alemanha e Portugal⁽⁷⁻¹⁴⁾.

No Brasil, a avaliação do CCP é incipiente e carece de instrumentos que possibilitem a avaliação da percepção dos profissionais em relação a essa prática. O objetivo foi realizar a tradução, adaptação transcultural e validação do *Person-centred Practice Inventory-Staff* para língua portuguesa do Brasil.

Método

Delineamento do estudo

Estudo metodológico que seguiu as seguintes etapas de tradução, síntese das traduções, retrotradução, análise por um comitê de especialistas, teste da versão final e submissão ao autor do instrumento original. Sequencialmente, foram analisadas a validade de construto e a consistência interna do PCPI-S⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Período

O período de coleta de dados sucedeu a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa entre outubro de 2022 e dezembro de 2023.

Tradução e adaptação transcultural

A primeira etapa consistiu na tradução da versão original do instrumento da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil por dois tradutores independentes, com experiência e fluência em ambos os idiomas, tendo como língua materna o português. Apenas um dos tradutores foi informado sobre os conceitos e objetivos do PCPI-S, de forma que o desconhecimento dessas informações pudesse permitir que o segundo tradutor estivesse mais sensível para detectar diferentes significados do instrumento original⁽¹⁵⁾.

As duas versões traduzidas foram denominadas T1 e T2 e foram equiparadas com o instrumento original e sintetizadas, concebendo uma versão única, nomeada de versão síntese das traduções (T12)⁽¹⁵⁾. Essa etapa foi desenvolvida por um terceiro tradutor independente, que possuía o português como língua materna e fluência em inglês⁽¹⁵⁾.

A etapa de retrotradução compreendeu a tradução da versão síntese (T12) de volta para o idioma original,

gerando duas versões (RT1 e RT2). Essa etapa foi realizada por dois tradutores independentes, cuja língua materna era correspondente a do instrumento original (inglês). Nessa fase os profissionais não foram informados sobre os objetivos do PCPI-S⁽¹⁵⁾.

Findadas as etapas de tradução, síntese e retrotradução, procedeu-se à avaliação de todas as versões (T1, T2, T12, RT1 e RT2) pelo comitê de especialistas para desenvolver a versão pré-final do PCPI-S⁽¹⁵⁾. Para a composição do comitê de especialistas, os membros foram convidados a partir da análise curricular na Plataforma Lattes, sendo selecionados de forma intencional profissionais com experiência na tradução e adaptação de instrumentos e envolvimento em pesquisas relacionadas ao cuidado centrado na pessoa, gestão de segurança e qualidade assistencial. O convite foi encaminhado por meio de correio eletrônico. Após o aceite, foi disponibilizado o *link* para acesso ao instrumento e formulário de análise das equivalências.

O processo de análise das versões traduzidas e retrotraduzidas do PCPI-S pelo comitê de especialistas possibilitou a comparação das traduções iniciais (T1 e T2), versão síntese (T12) e retro traduções (RT1 e RT2) e permitiu examinar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, além de sua validade de conteúdo⁽¹⁵⁾.

A validade de conteúdo do PCPI-S foi analisada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e da Razão de Validade de Conteúdo (RVC)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Para o cálculo do IVC, considerou-se uma escala ordinal com quatro pontos, com as opções: (1) Não relevante ou não apresenta clareza; (2) Precisa de grande revisão para ser relevante ou apresentar clareza; (3) Precisa de pequena revisão para ser relevante ou apresentar clareza; ou (4) Relevante e representativo. O cálculo do IVC é realizado pelo somatório do número de respostas "3" e "4" dividido pelo número total de respondentes⁽¹⁶⁾.

Para avaliação da relevância dos itens do PCPI-S, utilizou-se a Razão de Validade de Conteúdo (RVC), na qual os especialistas avaliaram os itens do instrumento a partir de uma escala ordinal com três pontos, sendo: 1) Item desnecessário; 2) Item útil, mas desnecessário; 3) Item essencial⁽¹⁶⁾.

Para a validade de conteúdo, considerando o número de participantes na avaliação, foram considerados valores aceitáveis: IVC superior a 0,80 e RVC superior a 0,54⁽¹⁶⁾.

Após a análise de todas as versões de traduções dos itens do PCPI-S e sugestões do comitê, foi obtida a versão pré-final do PCPI-S para a realização do procedimento do pré-teste⁽¹⁵⁾. A etapa do pré-teste compreendeu a última fase do processo da tradução e adaptação transcultural e consistiu na aplicação da versão pré-final do instrumento

em uma amostra de 30 sujeitos, profissionais da área assistencial, entre eles técnicos de enfermagem e enfermeiros. Os profissionais foram selecionados intencionalmente por meio da indicação dos supervisores de área dos setores correspondentes ao campo de estudo. O convite para a participação na pesquisa foi enviado por meio de correio eletrônico e aplicativo instantâneo de mensagem, fornecidos pelos supervisores. Após o aceite em participar da pesquisa, os profissionais tiveram acesso ao *link* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi preenchido antes do acesso ao formulário referente ao conteúdo da etapa do pré-teste. Os profissionais foram orientados a avaliar as afirmativas do instrumento quanto à facilidade de entendimento e clareza do conteúdo, registrando, quando necessário, sugestões de melhoria para o aprimoramento do conteúdo.

Após a etapa do pré-teste foi encaminhado um *e-mail* aos autores do PCPI-S contendo todas as versões do processo de adaptação transcultural, bem como a versão brasileira do instrumento.

Análise das propriedades de medida do PCPI-S versão brasileira

O PCPI-S foi desenvolvido a partir da estrutura teórica do PCP-F que aborda a relação terapêutica entre os profissionais, a pessoa a ser cuidada, seus familiares e cuidadores⁽⁶⁻⁷⁾.

O instrumento possui 59 itens, distribuídos em 17 domínios guiados por três construtos⁽⁷⁾. Os domínios relacionados aos pré-requisitos profissionais incluem a competência profissional (itens 1, 2 e 3), o desenvolvimento de habilidades interpessoais (itens 4, 5, 6 e 7), o comprometimento profissional com o trabalho (itens 8, 9, 10, 11 e 12), o autoconhecimento (itens 13, 14 e 15) e a clareza de crenças e valores (itens 14, 15, 16, 17 e 18)⁽⁷⁾. Os aspectos relacionados ao domínio ambiente de cuidado incluem a capacidade de combinar habilidades (itens 19, 20 e 21), o exercício de partilhar a tomada de decisões (itens 22, 23, 24 e 25), o estabelecimento de relações interprofissionais eficazes (itens 26, 27 e 28), o compartilhamento do poder (itens 29, 30, 31 e 32), o potencial para inovação e tomada de riscos (itens 33, 34 e 35), características do ambiente físico (itens 36, 37 e 38), os sistemas organizacionais de apoio (itens 39, 40, 41, 42 e 43) e o manejo de crenças e valores (itens 44, 45, 46 e 47)⁽⁷⁾. Os domínios que abordam os processos centrados na pessoa envolvem a tomada de decisão compartilhada (itens 48, 49 e 50), estratégias de engajamento da pessoa (itens 51, 52 e 53), postura solidária (itens 54, 55 e 56) e pôr fim à prestação de cuidados holísticos (itens 57, 58 e 59)⁽⁷⁾.

As respostas aos itens são realizadas a partir de uma escala ordinal com cinco pontos, cujas opções são: discordo totalmente (1), discordo (2), neutro (3), concordo (4) e concordo totalmente (5)⁽⁷⁾.

O escore é obtido pelo cálculo da pontuação média de cada domínio, somando a pontuação de todos os itens referentes ao domínio, dividindo o total pelo número de itens do domínio⁽⁷⁾. Uma média alta da porcentagem de respostas indica uma percepção positiva da prática no ambiente de cuidado⁽⁷⁾.

A análise da validade de construto e a confiabilidade da versão brasileira do PCPI-S foi obtida por meio de sua aplicação em uma amostra de 307 profissionais de enfermagem de um hospital universitário de grande porte.

O local da coleta de dados foi um hospital geral, de ensino, no interior do estado de São Paulo, com capacidade física para 403 leitos distribuídos entre diferentes especialidades e que conta com atendimentos especializados de alta complexidade, financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a realização da coleta e gerenciamento dos dados, utilizou-se do formulário *Google Forms*® e da planilha eletrônica do programa *Excel*® para o armazenamento do banco de dados.

Todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem com vínculo empregatício na instituição por um período mínimo de seis meses foram considerados elegíveis para o estudo. Os critérios de exclusão foram relacionados a situações de afastamentos, férias, licença-saúde no período da coleta de dados.

O convite para a participação na pesquisa foi enviado por meio de correio eletrônico e aplicativo instantâneo de mensagem, fornecidos pelos supervisores. Após o aceite em participar da pesquisa, os profissionais tiveram acesso ao link do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi preenchido antes do acesso ao formulário *Google Forms*®.

Tratamento e análise dos dados

A análise descritiva foi realizada a partir do levantamento das características sociodemográficas e profissionais dos sujeitos participantes da pesquisa. As porcentagens das variáveis foram calculadas a partir dos dados coletados na plataforma *Google Forms*®.

A validade de construto se deu por meio da análise fatorial confirmatória de segunda ordem. Foram utilizados modelos de equações estruturais considerando como método de estimação o *Partial Least Squares* (PLS), ou mínimos quadrados parciais. Para a implementação dessas análises foi utilizado o *software Smart PLS 3.3.5*.

Para avaliação da validade de construto, primeiramente foi avaliada a validade convergente do

modelo, por meio da *Average Variance Extracted* (AVE) para cada um dos 17 domínios do instrumento. Essa medida avalia a proporção da variância dos itens que é explicada pelo fator/domínio a que pertencem. Para que a validade convergente fosse adequada, os valores de AVE devem ser superiores a 0,5⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A validade discriminante foi avaliada, por meio do critério de Fornell-Larcker⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, o qual compara se a raiz quadrada da AVE para determinado domínio é superior aos valores de correlação entre os demais domínios⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Outro critério considerado para avaliar a validade discriminante foi a análise das cargas cruzadas. Nesse caso, verificou-se se a carga fatorial de um item era mais elevada no domínio ao qual foi originalmente alocado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, ou seja, se cada um dos 59 itens do PCPI-S apresentava carga fatorial superior a 0,5 dentro do seu respectivo domínio 0,5⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A confiabilidade foi avaliada com base na consistência interna. Para isso, foram considerados o alfa de Cronbach, a confiabilidade composta e o Ômega de McDonald, sendo que valores iguais ou superiores a 0,6 indicam consistência satisfatória⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) [Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 62881722.6.0000.5404] e foi obtido o consentimento de todos os sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução Cartão Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS) 466/12.

Resultados

O processo de tradução e adaptação do instrumento foi realizado cumprindo as recomendações internacionais. Para a composição do comitê de especialistas, foi encaminhado o convite para cerca de 22 profissionais, por meio de correio eletrônico, obtendo o retorno do formulário preenchido de quinze profissionais.

O comitê foi composto exclusivamente por mulheres, sendo uma enfermeira docente, com experiência na tradução e adaptação de instrumentos e vivência no campo assistencial em serviços de saúde pertencentes a cultura de origem do instrumento; nove enfermeiras, docentes, com experiência na gestão do cuidado centrado na pessoa, segurança e qualidade assistencial, uma enfermeira doutoranda envolvida em estudos relacionados à segurança do paciente, duas linguistas com experiência no processo de tradução e adaptação de instrumentos, uma médica especialista em gestão de qualidade e

segurança do paciente e uma enfermeira, docente, pesquisadora do cuidado centrado na pessoa. Foi realizada uma rodada de análise pelo comitê de especialistas, antes da etapa do pré-teste. Nessa etapa, foram calculados os valores de IVC e RVC para todos os itens do instrumento.

Na avaliação da validade de conteúdo, os itens 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 18, 23, 28, 30, 31, 33, 35, 36, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 58 e 59 apresentaram IVC de 1,0. Apresentaram IVC de 0,93 os itens: 1, 2, 4, 6, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 41, 42, 53, 54, 57. Apresentaram IVC de 0,87 os itens: 14, 20, 32, 34, 37, 52, 56.

No que se refere à RVC, apresentaram valor de 1,0 os itens 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 23, 25, 28, 31, 37, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 55, 58. Apresentaram RVC de 0,87 os itens: 2, 4, 5, 6, 7, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 32, 35, 36, 38, 39, 52, 53, 56, 57. Já os itens 13, 14, 20, 33, 34 e 53 apresentaram RVC de 0,73

Os especialistas pontuaram pequenas sugestões de alteração nos itens. Embora todos os itens do instrumento tenham alcançado consenso quanto às equivalências, algumas sugestões foram consideradas para aprimorar a clareza. As sugestões foram analisadas e acatadas pelas pesquisadoras. Após a incorporação das sugestões dos especialistas e a realização das modificações necessárias nos itens, não foi necessário realizar demais rodadas de

avaliação, pois as alterações foram apenas gramaticais e não interferiram no conteúdo do instrumento.

O pré-teste contou com a participação de trinta profissionais, sendo quinze enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem, que atuavam na unidade de emergência referenciada e nas unidades de internação clínica/cirúrgica. A maioria dos profissionais tinha entre 31 e 40 anos (85%), era do sexo feminino (87%), e declarou mais de dez anos de experiência na instituição (84%). Todos os participantes consideraram o instrumento adequado para avaliar a percepção do cuidado centrado entre os profissionais, classificando os itens como compreensíveis ou parcialmente compreensíveis. O tempo médio de preenchimento do instrumento foi de 15 minutos, variando de 10 a 31 minutos.

Ao final da etapa do pré-teste, não foi observada sugestões, por parte dos participantes, para alteração dos itens.

Dos 307 profissionais que responderam ao instrumento, 240 (78%) foram mulheres e 67 (22%) homens. O tempo médio de experiência na área foi de 10 anos (85,1%). A faixa etária predominante foi de 41 e 50 anos (42,2%), enquanto 69,8% se autodeclararam brancos. O grau de escolaridade mais citado foi a especialização *lato sensu* (37,3%). Os resultados da validade convergente e confiabilidade do PCPI-S-VB estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Validade convergente do modelo fatorial e consistência interna da versão brasileira do *Person-centred Practice Inventory-Staff* (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Domínios	AVE*	Consistência Interna		
		Confiabilidade Composta	Alfa de Cronbach	Ômega de McDonald
Profissionalmente competente	0,53	0,77	0,56	0,61
Habilidades interpessoais desenvolvidas	0,49	0,79	0,66	0,75
Estar comprometido com o trabalho	0,55	0,86	0,80	0,83
Conhecer a si mesmo	0,63	0,83	0,70	0,72
Clareza de crenças e valores	0,59	0,81	0,65	0,66
Combinação de habilidades	0,60	0,82	0,67	0,68
Tomada de decisão compartilhada	0,62	0,87	0,80	0,84
Relações de equipe eficazes	0,72	0,89	0,81	0,83
Compartilhamento de poder	0,61	0,86	0,79	0,81
Potencial para inovação e tomada de riscos	0,50	0,75	0,50	0,51
O ambiente físico	0,59	0,81	0,66	0,68
Sistemas organizacionais de apoio	0,63	0,89	0,85	0,88
Trabalhar com as crenças e valores do paciente	0,56	0,84	0,74	0,81
Tomada de decisão compartilhada	0,59	0,81	0,65	0,66
Engajamento	0,62	0,83	0,70	0,70
Ter presença solidária	0,71	0,88	0,79	0,80
Prestação de cuidados holísticos	0,71	0,88	0,79	0,81

*Variância Média Extraída

Os resultados da validade discriminante do modelo fatorial do PCPI-S-VB, pelo Critério de Fornell-Larcker estão apresentados na Tabela 2.

Na Tabela 3, estão apresentadas as Cargas Cruzadas do modelo fatorial do *Person-centred Practice Inventory-Staff*.

Tabela 2 - Validade Discriminante do modelo fatorial do *Person-centred Practice Inventory-Staff*, por meio do Critério de Fornell-Larcker* (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Domínio	Domínio																
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1.	0,73																
2.	0,49	0,70															
3.	0,41	0,59	0,74														
4.	0,28	0,41	0,42	0,79													
5.	0,41	0,49	0,52	0,44	0,77												
6.	0,30	0,49	0,48	0,36	0,51	0,77											
7.	0,39	0,30	0,44	0,34	0,49	0,40	0,79										
8.	0,32	0,29	0,34	0,29	0,43	0,21	0,49	0,85									
9.	0,38	0,33	0,40	0,30	0,50	0,32	0,57	0,69	0,78								
10.	0,53	0,43	0,50	0,39	0,49	0,45	0,56	0,49	0,64	0,71							
11.	0,59	0,49	0,49	0,41	0,46	0,47	0,41	0,39	0,46	0,54	0,77						
12.	0,32	0,34	0,36	0,32	0,42	0,32	0,56	0,66	0,71	0,56	0,49	0,79					
13.	0,41	0,47	0,60	0,39	0,50	0,45	0,39	0,41	0,45	0,57	0,60	0,47	0,75				
14.	0,45	0,39	0,47	0,32	0,44	0,37	0,39	0,33	0,38	0,49	0,54	0,39	0,71	0,77			
15.	0,38	0,53	0,54	0,41	0,45	0,55	0,35	0,33	0,40	0,50	0,57	0,37	0,67	0,65	0,79		
16.	0,30	0,49	0,55	0,34	0,41	0,48	0,28	0,35	0,35	0,45	0,51	0,37	0,64	0,61	0,65	0,84	
17.	0,37	0,51	0,56	0,39	0,42	0,48	0,25	0,28	0,27	0,47	0,51	0,30	0,66	0,56	0,63	0,73	0,84

Nota: 1. Profissionalmente competente; 2. Habilidades interpessoais desenvolvidas; 3. Estar comprometido com o trabalho; 4. Conhecer a si mesmo; 5. Clareza de crenças e valores; 6. Combinação de habilidades; 7. Tomada de decisão compartilhada; 8. Relações de equipe eficazes; 9. Compartilhamento de poder; 10. Potencial para inovação e tomada de riscos; 11. O ambiente físico; 12. Sistemas organizacionais de apoio; 13. Trabalhar com as crenças e valores do paciente; 14. Tomada de decisão compartilhada; 15. Engajamento; 16. Ter presença solidária; 17. Prestação de cuidados holísticos

*Valores da raiz quadrada de Variância Média Extraída em destaque

Tabela 3 - Validade Discriminante do Modelo fatorial do *Person-centred Practice Inventory-Staff*, por meio das Cargas Cruzadas (n = 307). Campinas, SP, Brasil, 2023

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	0,61	0,32	0,27	0,17	0,27	0,33	0,21	0,23	0,24	0,27	0,21	0,16	0,27	0,17	0,21	0,17	0,17
2	0,80	0,41	0,49	0,26	0,25	0,36	0,24	0,20	0,27	0,38	0,29	0,20	0,28	0,23	0,29	0,28	0,33
3	0,77	0,42	0,51	0,25	0,37	0,30	0,37	0,24	0,29	0,40	0,37	0,23	0,35	0,24	0,34	0,24	0,30
4	0,45	0,65	0,37	0,22	0,36	0,32	0,13	0,16	0,18	0,22	0,25	0,13	0,24	0,17	0,34	0,30	0,32
5	0,39	0,73	0,42	0,19	0,32	0,34	0,17	0,11	0,21	0,25	0,28	0,18	0,27	0,23	0,33	0,28	0,34
6	0,35	0,77	0,47	0,35	0,35	0,37	0,29	0,29	0,29	0,41	0,45	0,30	0,42	0,38	0,44	0,48	0,42
7	0,32	0,65	0,39	0,38	0,37	0,34	0,21	0,22	0,23	0,29	0,35	0,30	0,36	0,28	0,34	0,28	0,33
8	0,45	0,44	0,67	0,31	0,29	0,28	0,20	0,18	0,22	0,27	0,28	0,13	0,28	0,20	0,36	0,35	0,33
9	0,33	0,41	0,74	0,28	0,38	0,27	0,34	0,26	0,30	0,38	0,41	0,32	0,54	0,47	0,42	0,48	0,50
10	0,46	0,42	0,74	0,32	0,41	0,31	0,35	0,23	0,23	0,41	0,40	0,26	0,46	0,37	0,40	0,39	0,40
11	0,47	0,49	0,79	0,34	0,44	0,45	0,35	0,30	0,37	0,39	0,32	0,32	0,49	0,34	0,41	0,43	0,44
12	0,52	0,44	0,77	0,32	0,40	0,46	0,39	0,26	0,34	0,38	0,42	0,28	0,45	0,35	0,41	0,38	0,38
13	0,24	0,31	0,35	0,83	0,34	0,23	0,34	0,27	0,25	0,32	0,33	0,28	0,34	0,27	0,34	0,26	0,30

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
14	0,21	0,33	0,26	0,78	0,32	0,23	0,19	0,22	0,25	0,26	0,33	0,20	0,25	0,26	0,32	0,27	0,25
15	0,29	0,34	0,39	0,76	0,39	0,39	0,28	0,20	0,22	0,35	0,32	0,28	0,33	0,22	0,32	0,29	0,37
16	0,30	0,36	0,43	0,47	0,75	0,37	0,38	0,31	0,38	0,36	0,35	0,37	0,43	0,35	0,32	0,36	0,31
17	0,25	0,31	0,27	0,25	0,74	0,42	0,30	0,26	0,32	0,37	0,35	0,26	0,31	0,29	0,30	0,25	0,30
18	0,37	0,45	0,47	0,30	0,81	0,39	0,43	0,41	0,45	0,41	0,36	0,33	0,41	0,38	0,41	0,32	0,34
19	0,35	0,33	0,34	0,23	0,28	0,76	0,23	0,05	0,15	0,26	0,33	0,16	0,32	0,23	0,39	0,30	0,33
20	0,35	0,37	0,40	0,29	0,54	0,83	0,39	0,25	0,34	0,43	0,41	0,34	0,42	0,33	0,43	0,39	0,39
21	0,34	0,44	0,37	0,32	0,33	0,73	0,30	0,16	0,23	0,33	0,34	0,23	0,31	0,29	0,46	0,41	0,39
22	0,36	0,32	0,40	0,27	0,47	0,45	0,78	0,36	0,40	0,43	0,33	0,32	0,33	0,35	0,37	0,24	0,22
23	0,26	0,27	0,37	0,35	0,37	0,31	0,83	0,38	0,41	0,43	0,35	0,46	0,30	0,29	0,24	0,23	0,21
24	0,27	0,20	0,35	0,26	0,38	0,27	0,80	0,45	0,50	0,45	0,33	0,55	0,32	0,30	0,25	0,21	0,19
25	0,32	0,13	0,27	0,20	0,31	0,23	0,76	0,37	0,48	0,47	0,28	0,44	0,29	0,30	0,23	0,19	0,17
26	0,33	0,31	0,35	0,28	0,42	0,27	0,45	0,90	0,62	0,48	0,33	0,58	0,38	0,29	0,32	0,34	0,28
27	0,27	0,27	0,29	0,24	0,36	0,18	0,43	0,91	0,63	0,44	0,36	0,60	0,36	0,27	0,29	0,31	0,24
28	0,14	0,13	0,20	0,23	0,31	0,06	0,36	0,74	0,51	0,31	0,31	0,50	0,32	0,30	0,22	0,25	0,17
29	0,25	0,23	0,30	0,16	0,38	0,18	0,35	0,60	0,78	0,43	0,34	0,57	0,39	0,29	0,31	0,27	0,19
30	0,37	0,27	0,40	0,28	0,46	0,31	0,44	0,41	0,73	0,52	0,39	0,42	0,40	0,39	0,44	0,35	0,28
31	0,23	0,18	0,22	0,19	0,33	0,23	0,42	0,55	0,77	0,47	0,30	0,58	0,23	0,18	0,21	0,18	0,13
32	0,29	0,24	0,31	0,29	0,38	0,27	0,54	0,60	0,83	0,55	0,39	0,67	0,35	0,29	0,27	0,27	0,22
33	0,33	0,25	0,31	0,23	0,36	0,18	0,55	0,57	0,69	0,72	0,34	0,62	0,36	0,28	0,30	0,20	0,20
34	0,36	0,36	0,33	0,31	0,34	0,44	0,38	0,21	0,36	0,72	0,40	0,37	0,43	0,37	0,35	0,38	0,39
35	0,34	0,30	0,42	0,30	0,34	0,33	0,26	0,24	0,30	0,68	0,41	0,19	0,42	0,41	0,43	0,39	0,42
36	0,34	0,34	0,36	0,36	0,23	0,34	0,21	0,23	0,31	0,36	0,70	0,24	0,41	0,43	0,44	0,35	0,36
37	0,27	0,36	0,37	0,29	0,38	0,38	0,25	0,32	0,34	0,40	0,81	0,4	0,47	0,42	0,45	0,41	0,40
38	0,33	0,42	0,41	0,31	0,43	0,37	0,46	0,34	0,40	0,48	0,80	0,47	0,49	0,40	0,44	0,42	0,42
39	0,17	0,19	0,21	0,31	0,28	0,22	0,41	0,50	0,49	0,34	0,35	0,71	0,29	0,23	0,23	0,20	0,11
40	0,14	0,30	0,23	0,20	0,30	0,18	0,37	0,45	0,47	0,33	0,36	0,74	0,29	0,28	0,22	0,23	0,19
41	0,25	0,28	0,29	0,30	0,34	0,30	0,46	0,55	0,57	0,48	0,4	0,82	0,38	0,34	0,31	0,32	0,25
42	0,26	0,3	0,34	0,23	0,37	0,29	0,43	0,54	0,66	0,51	0,44	0,83	0,45	0,36	0,36	0,38	0,32
43	0,25	0,25	0,31	0,25	0,37	0,27	0,54	0,56	0,60	0,51	0,38	0,84	0,44	0,33	0,31	0,29	0,28
44	0,35	0,37	0,39	0,29	0,25	0,40	0,24	0,30	0,33	0,41	0,38	0,33	0,66	0,45	0,47	0,40	0,42
45	0,28	0,34	0,46	0,29	0,33	0,32	0,21	0,26	0,29	0,38	0,40	0,29	0,81	0,59	0,56	0,54	0,60
46	0,32	0,35	0,51	0,27	0,49	0,31	0,38	0,35	0,33	0,49	0,46	0,41	0,76	0,56	0,46	0,54	0,48
47	0,30	0,36	0,45	0,32	0,42	0,34	0,33	0,33	0,39	0,43	0,55	0,38	0,76	0,52	0,51	0,44	0,48
48	0,20	0,31	0,36	0,19	0,36	0,27	0,27	0,27	0,25	0,40	0,38	0,26	0,59	0,80	0,53	0,46	0,51
49	0,22	0,30	0,42	0,24	0,40	0,30	0,42	0,29	0,33	0,39	0,42	0,40	0,55	0,79	0,44	0,45	0,39
50	0,26	0,28	0,29	0,31	0,25	0,29	0,19	0,19	0,29	0,34	0,44	0,23	0,48	0,71	0,52	0,50	0,40
51	0,35	0,46	0,46	0,37	0,31	0,49	0,28	0,24	0,26	0,39	0,50	0,25	0,52	0,47	0,79	0,48	0,55
52	0,27	0,38	0,35	0,32	0,39	0,33	0,26	0,28	0,34	0,42	0,37	0,30	0,49	0,48	0,76	0,45	0,43
53	0,30	0,41	0,46	0,29	0,37	0,47	0,28	0,26	0,35	0,39	0,48	0,33	0,57	0,58	0,82	0,60	0,52
54	0,23	0,42	0,44	0,25	0,34	0,43	0,24	0,34	0,33	0,34	0,45	0,34	0,55	0,59	0,64	0,88	0,60
55	0,26	0,39	0,47	0,33	0,36	0,39	0,27	0,28	0,33	0,40	0,45	0,33	0,61	0,52	0,52	0,86	0,64
56	0,33	0,42	0,47	0,29	0,33	0,39	0,18	0,27	0,22	0,41	0,39	0,26	0,46	0,42	0,48	0,79	0,60
57	0,33	0,37	0,38	0,32	0,29	0,42	0,20	0,16	0,15	0,35	0,36	0,14	0,47	0,36	0,44	0,53	0,75

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
58	0,29	0,43	0,48	0,29	0,36	0,38	0,22	0,24	0,21	0,41	0,44	0,28	0,58	0,55	0,56	0,64	0,87
59	0,34	0,47	0,53	0,37	0,38	0,42	0,21	0,28	0,30	0,43	0,48	0,31	0,59	0,49	0,58	0,66	0,90

Discussão

O processo de adaptação transcultural do PCPI-S-versão brasileira seguiu as etapas recomendadas internacionalmente⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ sem grandes desafios, devido ao compromisso do comitê na avaliação dos 59 itens, bem como à estrutura objetiva e ao arcabouço teórico do instrumento⁽⁶⁻⁷⁾.

Partindo do pressuposto de que a leitura, a interpretação e o consequente preenchimento de um instrumento geram não apenas dados, mas instigam os sujeitos ao exercício de reflexões sobre a sua prática e um posterior movimento de mudança visando o seu aprimoramento ou ajustes na performance, atentou-se, durante todo o processo de tradução e adaptação do instrumento, para replicar o construto original⁽¹⁵⁾.

Com o objetivo de estimular a autoanálise e a sensibilização dos sujeitos, colocando-se na situação apresentada pela declaração, foram readequadas todas as afirmações iniciando as afirmações, com o pronome “eu” e substituídos os termos “levo” e “uso”, para os termos “dedico” e “costumo”, nos itens 13 e 14, respectivamente.

Na análise do parecer dos especialistas, o termo “challenge”, presente nos itens 7 e 17, gerou ambiguidades, sendo interpretado por alguns de forma pejorativa, associando-o a competição e conflitos interpessoais – contrários ao modelo de cuidado proposto. Considerando que a declaração visa investigar o posicionamento do sujeito em relação à equipe diante de divergências de práticas, optou-se, após consenso entre pesquisadoras, comitê de especialistas e linguista, pela substituição do termo por “confronto”. O termo “ward rounds”, presente no item 25, foi traduzido como “rodadas de enfermagem”, expressão frequentemente utilizada em países europeus para descrever a passagem de plantão beira leito realizada pelos profissionais da enfermagem na troca dos turnos. No entanto, essa terminologia não é comum na cultura brasileira, o que poderia gerar interpretações divergentes entre os participantes. Diante disso, optou-se por readequar o termo para “passagem de plantão beira-leito”, visando facilitar a compreensão da declaração.

A validação de conteúdo do PCPI-S, reconhecida internacionalmente como a etapa mais relevante no processo de validação de instrumentos⁽¹⁶⁾, contou com a ampla experiência e formação das participantes do comitê de especialistas. Foram analisadas as avaliações de 15

profissionais atuantes em gestão, ensino e pesquisa. Como resultado, a versão do PCPI-P obteve IVC superior a 0,87 e RVC superior a 0,73 para todos os itens, superando os valores recomendados para análise por 15 juízes⁽¹⁶⁾.

Após finalizada as adequações sugeridas pelo comitê de especialistas, elaborou-se a versão pré-final do PCPI-S, que, posteriormente, foi submetida ao pré-teste. O tempo médio de resposta ao instrumento foi de 15 minutos, de forma que os participantes consideraram o instrumento adequado e compreensível.

Após finalização do pré-teste, seguiu-se com a etapa de avaliação das propriedades de medida do instrumento, que correspondeu à avaliação da validade de construto convergente e discriminante e, confiabilidade do PCPI-S.

Na análise fatorial confirmatória os valores da AVE e das cargas cruzadas foram superiores a 0,5, confirmando a validade de construto convergente e manteve-se 17 domínios do PCPI-S original⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Embora apenas o domínio 2 “Habilidades interpessoais desenvolvidas” tenha resultado em 0,49 de AVE, muito próximo de 0,5 para sugerir validade convergente, todos os itens do domínio apresentaram carga fatorial superior a 0,65 indicando evidência de validade convergente também neste domínio⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A análise também apresenta evidências de validade discriminante, com base no Critério de Fornell-Larcker, no qual se verifica que os valores de correlação dentro de cada domínio foram superiores às correlações entre os domínios distintos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. No que se refere à confiabilidade, a análise da consistência interna do instrumento indica que, embora o alfa de Cronbach tenha apresentado valores entre 0,5 e 0,8, esse coeficiente é uma estimativa da confiabilidade para medir um único construto comum a todos os itens de um domínio, desde que este seja unidimensional e apresente cargas fatoriais semelhantes. Como os itens dentro do mesmo domínio apresentaram comportamento multifatorial, foram realizadas medidas alternativas de confiabilidade, como o Ômega de McDonald, que variou entre 0,61 e 0,88, e a avaliação da confiabilidade composta, que não assume unidimensionalidade dos itens, sendo, portanto, uma medida mais imparcial. A confiabilidade composta apresentou valores entre 0,77 e 0,89, indicando evidências de consistência interna do PCPI-S-VB e reforçando a precisão do instrumento^(15,17).

Diferentemente da tradução malaia⁽¹⁰⁾, que enfrentou desafios na tradução e adaptação, devido à preocupação em manter a interdisciplinaridade do instrumento, além de ter sido realizada em um contexto

de cuidados primários com uma amostra multiprofissional, o processo de adaptação transcultural para o cenário brasileiro não apresentou dificuldades significativas. Na versão malaia, a utilização da análise fatorial exploratória resultou na exclusão de 6 dos 17 domínios. Já na adaptação para o Brasil, foi possível manter a estrutura original do instrumento, em consonância com as demais traduções^(7-9,11-14).

Conceitualmente, o referencial teórico da prática centrada na pessoa defende que a percepção de todas as pessoas envolvidas no processo do cuidado, deve ser considerada e valorizada, incentivando o exercício de relações harmoniosas, consequentemente fortalecendo o vínculo entre profissionais, familiares e pacientes⁽⁶⁾. Assim, a utilização do PCPI-S-VB pode sensibilizar os profissionais de saúde para dimensões não técnicas do cuidado, como a experiência do paciente⁽²⁰⁻²³⁾. Nessa perspectiva, acredita-se que o uso do instrumento validado neste estudo favoreça, entre os profissionais, um ciclo virtuoso de cuidado, integrando as dimensões afetiva, cognitiva, comportamental, moral e empática do cuidado centrado na pessoa. A interação entre essas dimensões possibilita que os profissionais compartilhem e compreendam os sentimentos da pessoa doente, aprimorando a comunicação e promovendo um cuidado mais humanizado. Dessa forma, o desejo de ajudar passa a ser impulsionado por uma motivação interna genuína dos profissionais de saúde⁽²³⁾.

Sendo assim, a principal contribuição deste estudo é a disponibilização da versão brasileira do *Person-centred Practice Inventory-Staff* para sensibilizar profissionais de saúde e promover o cuidado centrado na pessoa e sua família. A validação do instrumento em outros países⁽⁸⁻¹⁴⁾ indica sua credibilidade, possibilitando a comparabilidade de dados e a identificação de estratégias para desenvolvimento de profissionais com competências clínicas e habilidades comportamentais voltadas para ao cuidado centrado na pessoa.

O PCPI-S original foi desenvolvido para ser aplicado em diferentes ambientes de cuidado e direcionado à equipe multiprofissional da saúde. Dessa forma, a principal limitação deste estudo é que a coleta de dados para análise das propriedades de medida da versão brasileira do PCPI-S foi realizada apenas com profissionais de enfermagem, em uma única instituição hospitalar. Portanto, recomenda-se a aplicação da versão brasileira do PCPI-S em diferentes cenários de cuidado, envolvendo outros profissionais da equipe multiprofissional.

Conclusão

A versão brasileira do *Person-centred Practice Inventory-Staff* – versão brasileira demonstrou

evidências de validade e consistência interna para medir a percepção da prática do cuidado centrado na pessoa entre profissionais da enfermagem no âmbito hospitalar.

Reitera-se a importância de investigar e validar a percepção das demais categorias profissionais frente ao cuidado centrado na pessoa em um cenário amostral mais amplo. Considerando que o instrumento pode ser aplicado a diferentes categorias profissionais e em diversos contextos de cuidado, torna-se relevante explorar populações e ambientes diversos.

Agradecimentos

Aos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Unicamp que responderam à pesquisa e ao estatístico Henrique Ceretta de Oliveira, da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, que realizou a análise estatística e amparou os autores na interpretação dos dados.

Referências

1. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Mar 08]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
2. McCormack B, McCance T, Bulley C, Brown D, McMillan A, Martin S, editors. Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2021. 384 p.
3. McCormack B, McCance T, organizators. Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice. Oxford: John Wiley & Sons; 2017. 288 p.
4. Fernandes JB, Vareta D, Fernandes S, Almeida AS, Peças D, Ferreira N, et.al. Rehabilitation Workforce Challenges to Implement Person-Centered Care. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(6):3199. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063199>
5. Rikkert MGO, Melis RJF, Cohen AA, Peeters GME. Why illness is more important than disease in old age. Age Ageing [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 08];51(1):afab267. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afab267>
6. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. J Adv Nurs [Internet]. 2006 [cited 2025 Mar 08];56(5):472-9. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
7. Slater P, McCance T, McCormack B. The development and testing of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S). Int J Qual Health Care. 2017 [cited 2025 Mar 08];29(4):541-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx066>

8. Jonsson PCB, Slater P, McCormack B, Fagerström L. Norwegian translation, cultural adaption and testing of the Person-centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [cited 2025 Mar 08];18:555. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3374-5>
9. Weis MLD, Wallner M, Kock-Hodi S, Hildebrandt C, McCormack B, Mayer H. German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). Nurs Open [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 08];7(5):1400-11. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.511>
10. Balqis-Ali NZ, Saw PS, Jailani AS, Fun WH, Saleh NM, Tengku Bahanuddin TPZ, et al. Cross-cultural adaptation and exploratory factor analysis of the Person-centred Practice Inventory - Staff (PCPI-S) questionnaire among Malaysian primary healthcare providers. BMC Health Serv Res [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];21(1):32. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06012-9>
11. Kim S, Tak SH. Validity and Reliability of the Korean Version of Person-centered Practice Inventory-Staff for Nurses. J Korean Acad Nurs [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];51(3):363-79. Available from: <https://doi.org/10.4040/jkan.21027>
12. Von Dach C, Schlup N, Gschwenter S, McCormack B. German translation, cultural adaptation and validation of the Person-Centred Practice Inventory-Staff (PCPI-S). BMC Health Serv Res [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];23(1):458. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09483-8>
13. Ventura F, Costa P, Chaplin J, Domingues I, Ferreira RJO, McCormack B, et al. Translation, cultural adaptation and validation of the Person-centered Practices Inventory - Team (PCPI-S). Cien Saúde Colet [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];28(11):3347-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.17072022>
14. Errasti-Ibarrondo B, Rosa-Salas VL, Lizarbe-Chocarro M, Gavela-Ramos Y, Choperena A, Moreno LA, et al. Translation and transcultural adaptation of the Person-Centred Practice Inventory Staff (PCPI-S) for health professionals in Spain. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];46(2):e1039. Available from: <https://doi.org/10.23938/ASSN.1039>
15. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, Silva MM, et al. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. J Multidiscip Healthc [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];17:2701-28. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714>
16. Almanasreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. Res Soc Adm Pharm [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 08];15(2):214-21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>
17. Cheung GW, Cooper-Thomas HD, Lau RS, Wang LC. Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A review and best-practice recommendations. Asia Pac J Manag [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];41:745-83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10490-023-09871-y>
18. Teig CJP, Bond MJ, Grotle M, Kjollesdal M, Saga S, Cvancarova MS, et al. A novel method for the translation and cross-cultural adaptation of health-related quality of life Patient-reported outcome measurements. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];21(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02089-y>
19. O'Donnell D, Slater P, McCance T, McCormack B, McIlpatrick S. The development and validation of the Person-centred Practice Inventory-Student instrument: A modified Delphi study. Nurse Educ Today [Internet]. 2021 [cited 2025 Mar 08];100:104826. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104826>
20. Radbron E, Wilson V, McCance T, Middleton R. The experience of staff utilizing data to evaluate and improve person-centred practice: An action research study. J Adv Nurs. 2022 [cited 2025 Mar 08];78(10):3457-69. Available from: <https://doi.org/10.1111/jan.15386>
21. Vareta DA, Oliveira C, Família C, Ventura F. Perspectives on the Person-Centered Practice of Healthcare Professionals at an Inpatient Hospital Department: A Descriptive Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];25:20(9):5635. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095635>
22. Andersen LH, Jensen RD, Skipper M, Lietzen LW, Krogh K, Løfgren B. Ward round communication with older patients. Clin Teach [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 08];20(6):e13614. Available from: <https://doi.org/10.1111/tct.13614>
23. Byrne M, Campos C, Daly S, Lok B, Miles A. The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. Patient Educ Couns [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 08];119:e108063. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108063>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de

versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini. **Obtenção de financiamento:** Ariane Polidoro Dini. **Supervisão e gestão do projeto:** Juliana Andrioli Nucci, Edinêis de Brito Guirardello, Ariane Polidoro Dini.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

Todos os dados gerados ou analisados durante este estudo estão incluídos neste artigo publicado.

Recebido: 07.11.2024
Aceito: 27.04.2025

Editora Associada:
Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:
Ariane Polidoro Dini
E-mail: adini@unicamp.br
 <https://orcid.org/0000-0002-5830-9989>