

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Patricia Helena Goulart Gomes

**O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde:
as estratégias utilizadas pelos governos**

Rio de Janeiro

2016

Patricia Helena Goulart Gomes

**O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde:
as estratégias utilizadas pelos governos**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Orientador: Prof.Dr.Walter Vieira Mendes Junior

Rio de Janeiro

2016

G633c Gomes, Patricia Helena Goulart

O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos. / Patricia Helena Goulart Gomes. -- 2016.

89 f. : tab.

Orientador: Walter Vieira Mendes Junior

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Terapia Centrada na Pessoa. 3. Assistência ao Paciente. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. 5. Direitos do Paciente. 6. Alfabetização em Saúde. 7. Letramento em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. –362.1042

Patricia Helena Goulart Gomes

**O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde:
as estratégias utilizadas pelos governos**

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, na área de Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde

Aprovada em: 14 de março de 2016

Banca Examinadora

Prof.Dr. Walter Vieira Mendes Junior – Orientador
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Prof.Dra Margareth Crisóstomo Portela
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Prof.Dra Rosa Maria de Araujo Mitre
Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2016

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Walter Mendes, por aceitar me acompanhar e por estar sempre em sintonia comigo, indicando os caminhos e ajudando a manter o foco e o objetivo.

Aos meus filhos Julia e Gustavo, por seu incentivo e por sua paciência com a mãe estudante. Ao Gustavo por sua ajuda com o inglês e à Julia por suas sugestões.

À minha família, que sempre me apoiou e valorizou meu esforço.

Aos professores da ENSP, por todos os conhecimentos transmitidos aos alunos.

Às professoras Sheyla Lemos e Cristiani Vieira, que me acompanharam passo a passo durante este período, especialmente a professora Sheila, que contribuiu com sugestões sempre úteis ao meu projeto.

À Professora Margareth Portela, por me estimular a estudar o tema, por suas contribuições ao meu trabalho e por todos os conhecimentos que transmitiu aos alunos durante este período.

À professora Rosa Mitre, um exemplo de dedicação ao estudo e à profissão, que aceitou participar da banca e trouxe observações importantes, incentivando, sempre com carinho, o meu aprendizado.

Aos colegas do Mestrado, pessoas tão interessantes e especiais, que tive a sorte de conhecer e poder compartilhar conhecimentos e emoções com eles ao longo deste caminho.

Às colegas da Seção de Terapia Ocupacional do Hospital de Força Aérea do Galeão, Thiara, Cintia e especialmente à Noycla, minha amiga e parceira de longa data nos caminhos da profissão.

Às terapeutas ocupacionais Fernanda Maia, Vânia Mefano e Cláudia Reinoso, que me incentivaram a iniciar o Mestrado.

Aos amigos que me apoiaram na opção de trilhar o caminho do Mestrado, especialmente Monica Klemz, Lia Bacha e Eveline Walsh

À Cristiane Mazza, por sua escuta cuidadosa e seu apoio.

Às estagiárias que supervisionei ao longo da minha prática profissional que, com suas dúvidas e sugestões, estimularam minha busca de aprimorar e atualizar os conhecimentos.

Aos meus pacientes, que são a razão deste estudo.

RESUMO

O cuidado centrado no paciente foi incluído como um dos seis atributos da qualidade em saúde pelo Institute of Medicine, em 2001. Desenvolver este atributo na prática permanece ainda como um grande desafio para os sistemas de saúde. O objetivo deste estudo foi identificar e descrever as estratégias dos governos e organizações não governamentais de alguns países para alcançar um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde. Para alcançar este objetivo foi desenvolvido um estudo descritivo, através de revisão documental, em portais de governo e organizações não governamentais, de países onde existe estratégia definida para melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Foram encontrados alguns termos e definições referentes ao cuidado centrado no paciente (pessoa) nos diferentes países. As principais estratégias e propostas das organizações para colocar em prática o cuidado centrado no paciente encontradas foram descritas separadamente por país. A capacitação dos profissionais, a facilitação do acesso dos pacientes às informações sobre sua saúde e o monitoramento do cuidado centrado no paciente foram as estratégias mais comuns encontradas nos países estudados. Os dados para compor os indicadores de monitoramento foram, via de regra, extraídos de questionários para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado. Verificou-se que a partir do início desse século a inclusão do cuidado centrado no paciente tornou-se item fundamental nas reformas dos sistemas de saúde dos países selecionados.

Palavras-chave: Cuidado centrado no paciente. Cuidado centrado na pessoa. Qualidade da assistência à saúde. Direitos do paciente. Letramento em saúde. Alfabetização em saúde.

ABSTRACT

The patient centered care was included as one of the six aims of health quality by the Institute of Medicine, in 2001. Developing this aim in practice remains a big challenge for health systems. The objective of this study was to identify and describe the government and the non-governmental organizations strategies of some countries to reach a patient centered care in those health services. To achieve this objective, a descriptive study was developed, through documental revision, in governments and non-governmental organizations websites, from countries where there is a defined strategy for health care quality improvement. Terms and definitions for patient (person) centered care were found in different countries. The main strategies and proposals made by organizations to introduce the patient centered care were described separately by countries. The professional training, the facilitation of access to information about health for patients and monitoring for patient centered care are the most common strategies found. The data to compose the indicators were extracted by surveys to evaluate the patients experience with care. It was found that from the beginning of this century the inclusion of the patient centered care has become a critical item in the health systems reforms in the countries studies.

Key words: Patient-centered care. Person-centered care. Quality of Health Care. Patient Rights. Health Literacy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Descrição das etapas de pesquisa para a Austrália.....	27
Figura 2 – Descrição das etapas de pesquisa para o Canadá.....	27
Figura 3 – Descrição das etapas de pesquisa para os Estados Unidos da América.....	28
Figura 4 – Descrição das etapas de pesquisa para a Inglaterra.....	29
Figura 5 – Descrição das etapas de pesquisa para o Brasil.....	29
Figura 6 - Publicação do governo da Austrália sobre os direitos dos pacientes.....	33
Figura 7 - Modelo para o engajamento do paciente e família desenvolvido pelo IOM.....	50
Figura 8 - Metas criadas pelo <i>National Institute for Health and Care Excellence</i> para melhorar a experiência dos pacientes com o cuidado	63
Figura 9 - Princípios definidos pela carta dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde.....	69
Figura 10 - Indicadores propostos para a área hospitalar da Política Nacional de Humanização.....	71
Figura 11 -.Perguntas incluídas na pesquisa de satisfação do usuário do PNASS.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Itens avaliados nas principais versões do <i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)</i> pela <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	55
Quadro 2 - . Itens presentes nos <i>NHS surveys</i> para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado prestado	65
Quadro 3 - Definições encontradas para o termo cuidado centrado no paciente (<i>patient centred care</i>).....	78
Quadro 4 - Definições encontradas para o termo responsividade (<i>responsiveness</i>).....	79
Quadro 5 - Definições encontradas para o termo cuidado centrado na pessoa.....	79
Quadro 6 - Elementos do cuidado centrado no paciente avaliados através de pesquisas de satisfação do paciente nos países selecionados	80
Quadro 7 - Características do cuidado centrado no paciente encontradas nos países selecionados.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados do National Health Performance Framework sobre a satisfação dos pacientes em 2013/14	36
Tabela 2 - Porcentagem de pacientes que responderam o quesito SEMPRE em todas as perguntas no <i>Commonwealth Fund International Health Policy Survey/2010</i>	44
Tabela 3 - Metas definidas pelo <i>Health people 2020</i> para a comunicação dos profissionais	57
Tabela 4 - Metas definidas pelo <i>Health People 2020</i> para o letramento em saúde.....	58
Tabela 5 - Resultados do FFT para o mês de setembro/2015 publicados pelo NHS England.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSQHC Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
AIHW Australian Institute of Health and Welfare
ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APSF Australian Patient Safety Foundation
CAHPS Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CBA Associação Brasileira de Acreditação
CIHC Canadian Interprofessional Health Collaborative
CFHI Canadian Foundation for Healthcare Improvement
CIHI Canadian Institute for Health Information
CMS Centers for Medicare & Medicaid Services
CQC Care Quality Commission
CPSI Canadian Patient Safety Institute
EUA Estados Unidos da América
FFT Family and Friends Test
HHS Department of Health and Human Services
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECPCP Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice
IEHPI Internationally Educated Health Professionals Initiative
IHI Institute for Healthcare Improvement
IOM Institute of Medicine
NCDS National chronic disease strategy
NCPS National Center for Patient Safety
NHS National Health Service
NHS England National Commissioning Board
NICE National Institute for Health and Care Excellence
NPSA National Patient Safety Agency
NQF National Quality Forum
NQS National Quality Strategy
ODPHP Office Disease Prevention and Promotion
OECD Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS Organização Mundial de Saúde
ONG Organização Não-Governamental
PCMH Patient-centered Medical Home
PCOR Patient Centered Outcomes Research
PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH Políticanacional de Humanização
PROQUALIS Centro colaborador para a qualidade do cuidado e segurança do paciente
QUALISS Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde
WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	A qualidade do cuidado em saúde.....	14
2.2.	O cuidado centrado no paciente – breve histórico.....	18
2.3	Incorporação do cuidado centrado no paciente em planos de governo	20
2.4	Elementos do atributo “cuidado centrado no paciente”	21
2.5	Dificuldades e desafios para os profissionais de saúde	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	Questões norteadoras	24
3.2	Objetivo geral	24
3.3	Objetivos específicos	24
4	MÉTODOS	25
5	RESULTADOS	31
5.1	Austrália	31
5.1.1	Indicadores e monitoramento de resultados	35
5.2	Canadá.....	36
5.2.1	Iniciativas para promover o cuidado centrado no paciente.....	38
5.2.2	Indicadores e resultados	42
5.3	Estados Unidos da América	44
5.3.1	Iniciativas do governo relacionadas ao cuidado centrado no paciente.....	45
5.3.2	Iniciativas de organizações não governamentais nos EUA	48
5.3.3	Monitoramento e resultados	54
5.4	Inglaterra	58
5.4.1	Organizações que participam da melhoria da qualidade em saúde	61
5.4.2	Indicadores para monitorar o cuidado centrado no paciente e resultados.....	64
5.5	Brasil	67
5.5.1	Outras instituições que atuam no Brasil.....	76
5.5.2	Semelhanças com as pesquisas de satisfação dos usuários utilizadas em outros países.....	76
6	DESCRIÇÃO E SÍNTESE	78
7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	82
7.1	O cuidado centrado no paciente em planos e programas de governo.....	82
7.2	A estratégia de preparar os profissionais de saúde para o cuidado centrado no paciente.....	84
7.3	A estratégia de facilitar o acesso dos pacientes às informações sobre saúde.....	84
7.4	Os indicadores são extraídos dos questionários para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado em saúde.....	85
7.5	O cuidado centrado no paciente no Brasil.....	86
7.6	Dificuldades e limitações do estudo.....	87
8.	CONCLUSÃO	88
9.	REFERÊNCIAS	90

1. INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico na área de saúde trouxe importantes progressos no diagnóstico e tratamento de várias doenças criando novas possibilidades para o controle de doenças crônicas e contribuindo para o aumento da expectativa de vida da população. No entanto, ainda permanecem grandes desafios para a garantia da qualidade dos cuidados em saúde. Problemas de comunicação e relacionamento entre os profissionais e o paciente, que ocorrem com frequência, interferem na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado. Vários estudos constataram que muitos pacientes estão insatisfeitos com a qualidade da interação com o profissional de saúde (DWAMENA et al, 2012).

Problemas na relação do profissional com o paciente têm sido atribuídos ao fato de que muitos profissionais de saúde concentram a atenção nas doenças e no seu tratamento e não na pessoa, sua vida e seu problema de saúde (DWAMENA et al, 2012).

O termo “cuidado centrado no paciente” foi utilizado pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), em 2001, para denominar um dos atributos da qualidade em saúde. O cuidado centrado no paciente foi definido pelo IOM como: “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.¹ (“care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions”) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.6).

Alguns termos semelhantes a “cuidado centrado no paciente” são empregados na literatura, sempre com ênfase na ideia de parceria e colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. *The Picker Institute*, Organização Não Governamental (ONG) que promove pesquisas sobre os interesses dos pacientes nos EUA e na Europa, define o cuidado centrado no paciente como uma abordagem em que os profissionais desenvolvem parceria com pacientes e familiares para identificar e satisfazer toda a gama de necessidades e preferências do paciente em relação ao seu tratamento (“a model in which providers partner with patients and families to identify and satisfy the full range of patient needs and preferences”) (FRAMPTON et al, 2008, p.4).

¹ Por ser um texto com muitos conceitos expressos na língua inglesa, procurou-se, colocar entre parênteses o texto original em inglês para dar ao leitor a opção de concordar ou não com tradução/adaptação da autora.

O termo “cuidado centrado na pessoa” é utilizado nas descrições de políticas ou atividades de saúde, em alguns sistemas de saúde, para definir uma abordagem de orientação, suporte e informação necessários para as pessoas terem condições de tomar decisões sobre sua própria saúde e gerenciar seu tratamento (SILVA, 2014).

Segundo Starfield (2011) o termo “cuidado centrado na pessoa” é mais apropriado para ser empregado na atenção primária em saúde e se relaciona à parceria do profissional com o paciente, baseada na interação e no conhecimento das necessidades e problemas vividos por ele. O cuidado centrado na pessoa pretende enfatizar a ideia de que o profissional não deve se ater a olhar apenas para as doenças, mas também atender às necessidades do indivíduo de forma ampla. Os cuidados desenvolvidos na atenção primária em saúde demandam, via de regra, um longo tempo de acompanhamento com o estabelecimento de uma relação de confiança do paciente com o profissional, essencial para êxito do tratamento.

O termo “cuidado centrado na família” é empregado em situações em que os familiares são envolvidos ativamente no planejamento dos cuidados aos pacientes. O cuidado centrado na família pode ser entendido como uma abordagem que garante que o cuidado seja desenvolvido incluindo a atenção às questões e necessidades dos familiares com relação ao tratamento do paciente (CRUZ; ANGELO, 2011). É pautado nos princípios de dignidade e respeito, partilha de informações, participação e colaboração entre os pacientes e seus familiares.

Outros termos utilizados são “cuidado personalizado ou individualizado” e “cuidado centrado no usuário” (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

Com objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, alguns governos incluíram o cuidado centrado no paciente como questão estratégica na reforma do sistema de saúde. Os planos de reforma desses países estimularam a parceria entre pacientes, profissionais de saúde, gestores e autoridades políticas para melhoria dos cuidados em saúde. Esses planos se realinharam a partir dos resultados das pesquisas realizadas sobre a satisfação e expectativa dos pacientes nos serviços de saúde (SILVA, 2014).

Um estudo de revisão sistemática desenvolvido em 2012 sobre a efetividade do cuidado centrado na pessoa (OLSSON et al, 2013) mostrou uma relação entre a implantação de ações relativas a este tipo de cuidado e as melhorias na qualidade dos serviços de saúde pesquisados. Outros estudos ressaltaram que o cuidado centrado no paciente tem potencial para proporcionar melhorias no cuidado na atenção primária em saúde (MEAD; BOWER,

2002), nas consultas clínicas (DWAMENA et al, 2012) e no tratamento de doenças crônicas (MCMILLAN et al, 2013). Estes estudos encontraram relação estatisticamente significativa entre as intervenções baseadas no cuidado centrado no paciente e a melhoria da satisfação dos pacientes, medida pela percepção do paciente em relação aos seus problemas de saúde e a informação disponível sobre as opções de tratamento (SILVA, 2014).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A qualidade do cuidado em saúde

A garantia de uma boa qualidade do cuidado prestada nos serviços de saúde é um importante item para demonstrar o que apregoa a sua missão.

Existem várias definições para qualidade em saúde. Uma das mais utilizadas é a do IOM, em que qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente (“the degree to which health care services for individuals and populations increase the likelihood of desired outcomes and are consistent with current professional knowledge”) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.44).

Para saber se um serviço de saúde atua com qualidade é necessário avaliar como o cuidado é prestado ao paciente. Avedis Donabedian foi o principal autor a sistematizar os conhecimentos sobre a avaliação da qualidade nos serviços de saúde. Esse autor propôs uma forma de se compreender a qualidade nos serviços de saúde através de seus atributos. Ele apontou sete pilares (atributos) para qualidade:

- (i) eficácia;
- (ii) efetividade;
- (iii) eficiência;
- (iv) otimização;
- (v) aceitabilidade;
- (vi) legitimidade e
- (vii) equidade (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian (1990, p.4) definiu eficácia como a habilidade da ciência e tecnologia do serviço de saúde para proporcionar melhorias, quando aplicadas nas condições mais favoráveis, consideradas condições ideais (“the ability of the science and technology of health care to bring about improvements in health when used under the most favorable circumstances”).

A efetividade foi definida como o grau em que as melhorias disponíveis são de fato alcançadas na prática, em condições reais (“the degree to which improvements in health now attainable are, in fact, attained”) e a eficiência a habilidade de reduzir os custos do cuidado,

sem abrir mão das melhorias disponíveis (“the ability to lower the cost of care without diminishing attainable improvements in health”) (DONABEDIAN, 1990, p.5).

Conforme este autor, a otimização significa o balanço entre custo e benefício nas melhorias do serviço de saúde (“the balancing of improvements in health against the cost of such improvements”) (DONABEDIAN, 1990, p.11).

A legitimidade foi definida como a conformidade do cuidado com as preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentos (“conformity to social preferences as expressed in ethical principles, values, norms, mores, laws and regulations”) (DONABEDIAN, 1990, p.22).

A equidade é o princípio de justiça social na distribuição dos benefícios do cuidado em saúde para a população (“conformity to a principle that determines what is just and fair in the distribution of health care and its benefits among members of the population”) (DONABEDIAN, 1990, p.24).

O atributo aceitabilidade é o que mais se aproxima do tema deste estudo. Segundo Donabedian (1990, p.18), aceitabilidade se refere à adaptação do cuidado em saúde em relação aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias (“conformity to the wishes, desires, and expectations of patients and their families”). A aceitabilidade depende da avaliação subjetiva do paciente sobre a efetividade, a eficiência e a otimização do serviço, mas não se resume só a este aspecto. Alguns outros aspectos também devem ser considerados: acessibilidade, relação paciente-profissional, amenidades do cuidado, preferências do paciente quanto aos efeitos, riscos e custos do tratamento e percepção do paciente sobre o que ele considera justo e razoável no tratamento.

Com relação à acessibilidade, Donabedian (1990) considerou que, para os pacientes, a capacidade de obter o cuidado em saúde quando necessitam, com facilidade, de forma adequada e no momento certo é um importante determinante de qualidade.

Sobre a relação do paciente com o profissional de saúde, o autor destacou que os pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, ter suas questões respondidas e sua condição clínica esclarecida e ter oportunidade de participar nas decisões sobre sua saúde e seu bem-estar. Ressaltou ainda que um bom relacionamento com o paciente contribui não só para a satisfação deste, mas também para a efetividade do tratamento, na medida em que o profissional de saúde consegue a cooperação do paciente no seu cuidado (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian (1990) citou, ainda, que as amenidades no cuidado estão relacionadas com o ambiente onde o paciente é tratado, se é confortável e agradável. Ressaltou que estas características do serviço, somadas aos demais atributos que os pacientes considerem fundamentais, também sinalizam qualidade para o paciente.

Quanto à percepção dos riscos e custos do tratamento, Donabedian (1990) destacou que em geral, os pacientes tendem a avaliar a qualidade do cuidado na medida em que sua saúde é afetada por este cuidado. Existem variações na concepção de saúde e doença para cada pessoa, baseadas em suas necessidades ocupacionais, situação social ou condição psicológica. Quando é necessária uma escolha entre alternativas de tratamentos, com benefícios e riscos diversos, é preciso discutir o problema com o paciente ou com um familiar, desde que estejam apropriadamente informados. A preferência por uma opção de tratamento pode variar entre um paciente e outro e pode ser diferente da opção que o profissional de saúde julga ser a melhor.

Existem também variações com relação à disponibilidade financeira entre os pacientes e aos resultados que esperam ter a curto ou longo prazo (DONABEDIAN, 1990).

A atitude de incluir as preferências do paciente no cuidado em saúde pode alterar radicalmente os aspectos de efetividade, eficiência e otimização do tratamento (DONABEDIAN, 1990). Para Donabedian (1990), as variações entre os pacientes (suas concepções e preferências) são tantas que a dimensão do que constitui uma melhor qualidade em saúde deveria ser especificada caso a caso.

Um ano depois, outro autor – Vouri - propôs a introdução de um mecanismo sistemático de avaliação da qualidade como estratégia para promover melhorias nos serviços de saúde (VUORI, 1991) e relacionou como atributos da qualidade:

- (i) efetividade,
- (ii) eficácia,
- (iii) eficiência,
- (iv) equidade,
- (v) aceitabilidade,
- (vi) acessibilidade,
- (vii) adequação e
- (viii) qualidade técnico-científica.

No decorrer do tempo, surgiram novas abordagens e conceitos sobre qualidade em saúde e os atributos modificaram-se, de acordo com os diversos autores e com as especificidades de cada contexto.

Em 2001, foi publicado pelo IOM, o relatório intitulado “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century*”, onde foram apontados vários problemas em relação ao sistema de saúde nos EUA e propostas algumas recomendações para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O IOM reviu os atributos da qualidade definidos por Donabedian (1990). Alguns foram redefinidos e outros foram criados. Foram relacionados seis atributos com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado em saúde:

- (i) segurança do paciente;
- (ii) efetividade;
- (iii) cuidado centrado no paciente;
- (iv) oportunidade;
- (v) eficiência e
- (vi) equidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No relatório do IOM foram estabelecidas dez regras para aprimorar o sistema de saúde dos EUA:

- (i) o cuidado deve ser baseado no estabelecimento de relações terapêuticas contínuas;
- (ii) deve ser customizado de acordo com as necessidades e valores do paciente;
- (iii) o paciente deve ser a fonte do controle, isto é, as informações necessárias e a oportunidade de fazer escolha são dadas e o sistema deve adaptar-se as diferenças entre os pacientes e encorajar as decisões compartilhadas;
- (iv) o conhecimento é compartilhado e a informação flui livremente;
- (v) as decisões são tomadas com base em evidências científicas;
- (vi) a segurança é uma propriedade do sistema;
- (vii) a transparência é necessária;
- (viii) as necessidades do paciente são antecipadas, não ocorre somente uma reação a eventos;
- (ix) o desperdício é reduzido continuamente;
- (x) a cooperação entre os profissionais clínicos é uma prioridade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O cuidado centrado no paciente passou a ser considerado um atributo pelo IOM. O tema já era discutido anteriormente e o conceito teve sua origem em estudos que exploravam os aspectos da relação médico-paciente e analisavam como os serviços incluíam participação do paciente em seu tratamento (HEALTH FOUNDATION, [S.d.]b)

A definição do IOM da qualidade em saúde e de seus atributos passou a ser amplamente utilizada em vários países na implantação de diretrizes para melhoria da qualidade.

2.2. O cuidado centrado no paciente – breve histórico

Entre os anos de 1960 a 1980, Erwing Goffman, Michael Balint, Arthur Kleinman, Ivan Ilichi, Ian McWhinney e outros autores estudaram os aspectos da relação médico-paciente (HEALTH FOUNDATION, [S.d.]b).

O termo “*patient-centered*” foi usado pela primeira vez por Carl Rogers, um psicoterapeuta norte americano, que nomeou sua proposta teórica primeiramente como psicoterapia não-diretiva e posteriormente passou a denominá-la terapia centrada no cliente. Nesta abordagem psicoterápica buscava-se, através da empatia, perceber e compreender a perspectiva do cliente sobre o seu problema (MOREIRA, 2010).

O conceito de “medicina centrada no paciente” foi introduzido na literatura médica em 1955 por Balint, que propunha aos médicos que dessem atenção às necessidades individuais do paciente, em contraste com a “medicina centrada na doença” (DWAMENA et al, 2012).

Em 1977, George Engel formulou o modelo bio-psico-social na saúde, que trouxe como proposta a integração de variáveis psicológicas e sociais, além das biológicas, nos modelos de compreensão da doença (LINDAU et al, 2003). Este modelo foi amplamente usado como base para mudanças nos sistemas de saúde e influenciou a inclusão do atributo cuidado centrado no paciente nas discussões sobre qualidade em saúde.

Em 1989 foi criada, no Reino Unido, *The Foundation for Informed Medical Decision*, pioneira no conceito e na prática da decisão compartilhada entre o médico e o paciente. Em 2012 esta Fundação foi renomeada como *Informed Medical Decision Foundation*.

Em 1993, o *Picker Institute*, após uma extensa pesquisa, lançou o guia “*Through the Patient’s Eyes: Understanding and Promoting Patient-centered Care*”, que definiu oito aspectos principais no cuidado centrado no paciente:

- (i) o respeito pelas preferências do paciente, valores e necessidades expressas;

- (ii) a informação, educação e comunicação;
- (iii) a coordenação e integração de cuidados e serviços;
- (iv) o apoio emocional;
- (v) o conforto físico;
- (vi) a participação da família e outras pessoas próximas;
- (vii) a promoção da continuidade do tratamento em casa após a alta do hospital;
- (viii) o acesso aos cuidados e serviços (FRAMPTON et al, 2008).

No ano de 1998 foi realizado um congresso, em Salzburgo, na Áustria, que reuniu representantes de 29 países, com a participação de profissionais de saúde, representantes de pacientes, jornalistas, artistas e cientistas sociais, que adotaram como princípio orientador a frase “*Nothing about me without me*”. Nesta ocasião foi criado o movimento denominado *People Power*, que valorizou a importância da participação dos pacientes junto aos profissionais no processo de tomada de decisão e governança dos serviços de saúde. Pacientes e profissionais juntos desenvolveram “contratos individuais de qualidade” (DELBANCO et al, 2001), que serviram de base para agregar informações para sistemas de avaliação e melhoria da qualidade .

Berwick foi um dos autores de artigo que ressaltou a importância deste evento e também esteve presente na comissão do IOM que redefiniu os atributos da qualidade. Este autor foi fundador da prestigiosa ONG *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Em artigo publicado no ano de 2009, Berwick analisou a definição do atributo cuidado centrado no paciente. Para ele, este atributo sugere que os prestadores do cuidado, em lugar de agir como “anfitriões” ou donos do sistema de saúde, deveriam agir como “convidados” na vida dos pacientes. Ele considera este atributo como revolucionário para o cuidado em saúde e faz reflexões sobre os possíveis questionamentos e resistências dos profissionais para implementar este tipo de cuidado (BERWICK, 2009).

Nesse artigo ele propôs uma nova definição deste atributo: "A experiência (na medida que o paciente deseja) de transparência, individualização, reconhecimento, respeito, dignidade e escolha em todos os assuntos, sem exceção, relacionados a uma pessoa, circunstâncias e relações na área da saúde” (“the experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one’s person, circumstances, and relationships in health care”) (BERWICK, 2009).

2.3. Incorporação do cuidado centrado no paciente em planos de governo

O cuidado centrado no paciente passou a ser incorporado por governos de alguns países em momentos de reforma dos sistemas de saúde e de elaboração de planos para os serviços de saúde.

No ano de 2000, o Departamento Nacional de Saúde da Inglaterra publicou um plano - *The National Health Service (NHS) Plan: a plan for investment, a plan for reform*” - onde foi incluída a diretriz “cuidado centrado no paciente para o sistema de saúde” (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000).

O NHS *Plan* propôs uma reforma, com mudanças em todo o sistema de saúde da Inglaterra, com o propósito de fornecer à população um serviço adequado para o século XXI. Foi constatado que as ações do NHS tinham proporcionado melhorias na área de saúde, mas que ficaram aquém do que os pacientes esperavam e as equipes de profissionais desejavam oferecer. A reforma incluiu como objetivo projetar os serviços de saúde em torno do paciente (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000).

Em 2010, a OMS ampliou o conceito do cuidado centrado na pessoa: cuidado que é organizado em torno das necessidades e expectativas das pessoas e comunidades e não sobre as doenças (“organized around the health needs and expectations of people rather than diseases”). A OMS fez a recomendação de que este cuidado fosse implementado e incrementado também em países de média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Neste mesmo ano, durante a reforma do sistema de saúde dos EUA adotou-se a abordagem de cuidado centrado no paciente como propulsora de uma série de mudanças nos serviços de saúde (RASMUSSEN; JORGENSEN; LEYSON, 2014).

Em 2012, o atributo “cuidado centrado no paciente” destacou-se como princípio chave da ampla reforma dos serviços nacionais de saúde do Reino Unido (SILVA, 2014).

Em 2014, A ONG *Health Foundation* publicou um relatório intitulado “*Helping measure person-centred care*”, com uma revisão sobre as abordagens e instrumentos utilizados para avaliar o cuidado centrado no paciente. Neste estudo, considerou-se o cuidado centrado no paciente como uma filosofia que vê o paciente como parceiro no planejamento, desenvolvimento e utilização do cuidado, para ter certeza de que este é apropriado às suas necessidades (SILVA, 2014).

O estudo da ONG *Health Foundation* destacou que, durante a última década, tem havido um crescente foco para envolver as pessoas com seu próprio tratamento e no planejamento dos serviços. Essa ONG fez referência ao relatório do IOM, que incluiu o cuidado centrado no paciente como um atributo para melhorar a qualidade dos serviços. Ressaltou o importante papel deste atributo para melhorar os processos e resultados nos serviços de saúde.

2.4. Elementos do atributo “cuidado centrado no paciente”

O atributo “cuidado centrado no paciente” pode abarcar diversos elementos. Alguns artigos formularam definições sobre o conceito de cuidado centrado no paciente e estabeleceram os elementos para avaliar este atributo. Esclareceram, no entanto, que ainda não há consenso na literatura sobre os elementos que seriam incluídos (SILVA, 2014).

Através de uma revisão da literatura publicada em 2013, KITSON e colaboradores fizeram um levantamento dos principais elementos presentes em estudos sobre o cuidado centrado no paciente, nas áreas de políticas públicas, literatura médica e de enfermagem (KITSON et al, 2013). Esta revisão destacou os três principais temas encontrados, que podem representar os principais elementos:

- (i) participação e envolvimento dos pacientes no cuidado,
- (ii) relação entre o paciente e o profissional de saúde e
- (iii) contexto em que são oferecidos os cuidados.

Sobre o primeiro elemento, havia estudos sobre a participação do paciente e respeito à sua autonomia, o plano de cuidados baseado nas necessidades individuais do paciente e a atenção às suas necessidades físicas e emocionais. O segundo elemento abrangeu os estudos relacionados à relação entre o paciente e o profissional, a comunicação dos conhecimentos, experiência profissional e clínica entre o profissional e o paciente e as atitudes e conhecimentos apropriados do profissional. Quanto ao terceiro elemento, os estudos encontrados abordaram a tentativa de definir uma linguagem comum nas práticas de saúde, as barreiras para implantação de ações e políticas e os aspectos positivos de fatores ambientais no cuidado (KITSON et al, 2013).

A *Health Foundation* destacou como importantes elementos do atributo cuidado centrado no paciente: a integralidade, o acesso à tecnologia e informação (*telehealth*), o conhecimento da condição de saúde, através do letramento em saúde (*health literacy*), a

decisão compartilhada, o apoio à autogestão e o acesso do paciente aos registros. São considerados como subcomponentes a experiência e satisfação do paciente, o envolvimento ou engajamento do paciente no cuidado e a empatia na relação do profissional com o paciente, além de outros aspectos (SILVA, 2014).

2.5 Dificuldades e desafios para os profissionais de saúde

Apesar de muitos estudos apontarem as vantagens de se incluir o cuidado centrado no paciente na prática clínica e mesmo sendo reconhecida a sua importância, a adoção plena deste atributo ainda está longe de ocorrer (SANTOS et al, 2010). São apontadas na literatura algumas dificuldades que surgem quando os profissionais procuram desenvolver o cuidado centrado no paciente em sua prática.

Um estudo de 2012 da *European Commission* destacou como os principais desafios para se obter o envolvimento do paciente com o seu cuidado a demanda de mais tempo e atenção dos profissionais e a possibilidade do paciente discordar abertamente do seu profissional ou tentar diagnosticar-se e tratar de si mesmo, fazendo escolhas inadequadas. Este estudo ressaltou que alguns pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas, precisam receber informações mais detalhadas sobre sua doença e tratamento, para se envolverem na tomada de decisão (EUROPEAN COMMISSION, 2012).

Berwick (2009) citou algumas possíveis objeções dos profissionais com formação clássica, isto é, uma formação que não incluiu a abordagem do cuidado centrado no paciente, para implantar este tipo de abordagem nos serviços de saúde. Considerou a hipótese de que o paciente possa escolher opções de tratamento “incorretas”, contrariando as recomendações e diretrizes da medicina baseada em evidências. Mas alertou que estes seriam casos de exceção e não a maioria dos casos, portanto não seria uma objeção justificável. Ressaltou a necessidade de que o paciente seja totalmente informado sobre a doença e as opções de tratamento e a importância do diálogo entre o profissional e o paciente.

O mesmo autor citou ainda, como possível dificuldade, a sensação do profissional de que, ao dar voz ao paciente, poderia estar negligenciando sua própria vontade e opinião, porém, observou que este modelo de atenção pressupõe que o profissional tenha consciência de suas emoções e possa se colocar ao lado do paciente, em parceria com ele, para discutir as opções de tratamento e resolver melhor seus problemas (BERWICK, 2009).

Santos e outros (2010) destacaram a importância de que o profissional retome os princípios básicos da relação profissional-paciente para desenvolver o cuidado centrado no paciente.

DiGioia e outros (2010) demonstraram que, ao contrário de algumas críticas presentes na literatura, de que as práticas baseadas no cuidado centrado no paciente aumentariam os custos do tratamento, a adoção do cuidado centrado no paciente melhora os resultados sem elevar os custos.

Caprara e Rodrigues (2004) citaram alguns aspectos que influenciam a relação médico-paciente, entre eles a diversidade cultural, que exige do médico uma atitude de abertura para compreender os valores e a percepção de saúde-doença do paciente.

Apontaram ainda, como uma dificuldade nesta relação, a assimetria que está presente, considerando que o médico é quem detém o conhecimento científico e o paciente geralmente fica excluído deste campo do saber (CAPRARA; RODRIGUES, 2004)

Estes autores ressaltaram que o médico é responsável por ouvir o paciente e encontrar, em parceria com ele, as formas adequadas para lidar com o tratamento. “A ele cabe o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença.” (CAPRARA; RODRIGUES, 2004 p.145)

Os autores destacaram ainda que os efeitos positivos de uma boa relação médico-paciente vão além de melhorar a qualidade do cuidado. Produzem resultados imediatos sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

3. OBJETIVOS

3.1. Questões norteadoras

1) Que estratégias foram elaboradas, em países que desenvolveram iniciativas para melhoria da qualidade, com objetivo de promover o cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde?

2) Quais as iniciativas propostas para promover o cuidado centrado no paciente em serviços de saúde do Brasil?

3.2. Objetivo geral

Identificar e descrever as estratégias e ações dos governos e organizações não governamentais de alguns países, elaboradas na forma de planos, diretrizes ou propostas de iniciativas, para promover um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde.

3.3. Objetivos específicos

- Identificar e descrever as propostas de ações, apresentadas sob a forma de iniciativas, normas, diretrizes ou outras, desenvolvidas para os serviços de saúde, em países onde existe estratégia definida para promover o cuidado centrado no paciente;

- Identificar e descrever as iniciativas relacionadas ao cuidado centrado no paciente, criadas no Brasil para os serviços de saúde.

- Identificar e descrever sistemas de monitoramentos ou mesmo indicadores isolados para as ações desenvolvidas pelos governos para promover o cuidado centrado no paciente e destacar possíveis resultados

4. MÉTODOS

Um estudo descritivo foi desenvolvido para atingir os objetivos geral e específicos propostos, através de uma revisão documental em portais de governos e de ONGs de países com acúmulo de estratégias e ações no campo da melhoria da qualidade do cuidado.

A escolha por países que desenvolvem ações de melhoria da qualidade do cuidado partiu da premissa teórica que o cuidado centrado no paciente é um atributo da qualidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Os países e as ONG que desenvolveram iniciativas para melhoria da qualidade do cuidado foram selecionados a partir de duas fontes de consulta: o capítulo “Referencial Teórico para o Desenvolvimento de uma Política de Qualidade para o Sistema Único de Saúde” do relatório Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (Qualisus): Uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS, integrante do projeto “Qualidade de Serviços de Saúde no SUS”, publicado em 2013 pelo PROQUALIS (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013) e o relatório da Health Foundation intitulado *The Health Foundation Helping measure person-centred*, de 2014 (SILVA, 2014).

Os países selecionados foram: Austrália, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra. O Brasil foi incluído, porque o estudo foi realizado nesse país.

Para a identificação nos portais e descrição das estratégias e ações dos governos e ONGs para promover um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde foi estabelecido um roteiro de pesquisa.

Foram analisados neste estudo documentos públicos, de acesso aberto, produzidos pelas organizações selecionadas. A pesquisa foi desenvolvida com uso da internet.

O portal de uma organização na rede é sua forma de auto-apresentação (FLICK, 2009). A partir das informações contidas neste portal foram selecionados os documentos para estudo.

Os documentos são meios de comunicação específica sobre um tema e podem ser vistos como “dispositivos utilizados com finalidade prática específica” (FLICK, 2009, p.237). Em uma análise de pesquisa devem ser considerados o contexto de sua utilização e a sua função.

A sequência escolhida para pesquisa foi: iniciar na página principal do portal do órgão responsável pela saúde no país, ou da ONG e seguir para páginas subordinadas. Dentre estas,

selecionar aquelas que contenham o termo “cuidado centrado no paciente/pessoa”. Decidir se estas informações seriam importantes e depois seguir para outras páginas, de acordo com questões de pesquisa ainda não encontradas. Observar também as conexões de documentos sobre o mesmo assunto.

A partir das informações encontradas nos documentos, foi feita a análise dos resultados, baseada no roteiro de pesquisa proposto. No roteiro foram observados os seguintes pontos:

- (i) Qual o termo utilizado para designar o cuidado centrado no paciente. (p.ex.: cuidado centrado na pessoa, paciente, ou outro termo)
- (ii) Como o cuidado centrado no paciente está expresso na política de governo do país. (Se é uma estratégia do governo, ou se está descrito num plano específico ou compõe outros planos).
- (iii) Se existem programas ou políticas específicas para promover o cuidado centrado no paciente para diferentes níveis, ou tipos de atenção: atenção básica, assistência hospitalar, reabilitação ou atenção domiciliar.
- (iv) Se as ações estão consideradas no orçamento previsto para as ações de saúde no país. Caso se identifique, verificar se existe dotação orçamentária específica para desenvolver as ações ou se as dotações estão contidas em outros programas e políticas de saúde.
- (v) Se existe capacitação de profissionais específica para as ações de cuidado centrado no paciente.
- (vi) Se existem instrumentos de avaliação dos programas, com indicadores de monitoramento e se os resultados da avaliação estão disponíveis.

Serão apresentadas a seguir as principais etapas da pesquisa relativa a cada país, com os links para os portais das organizações pesquisadas.

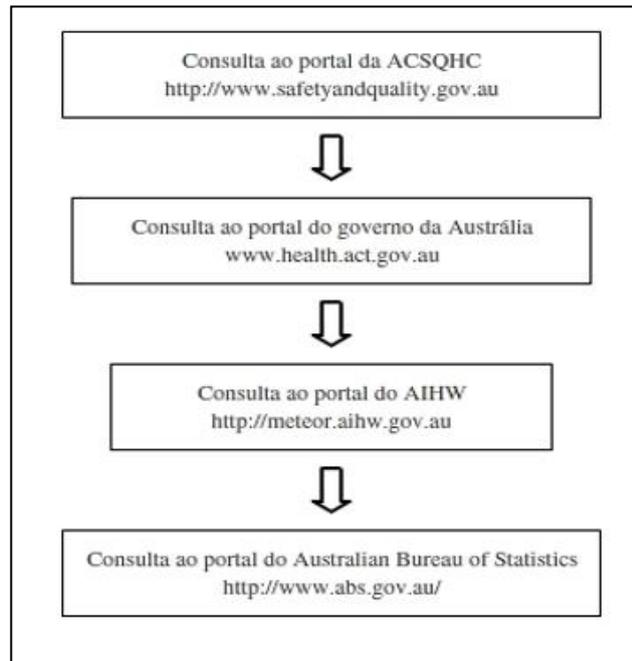
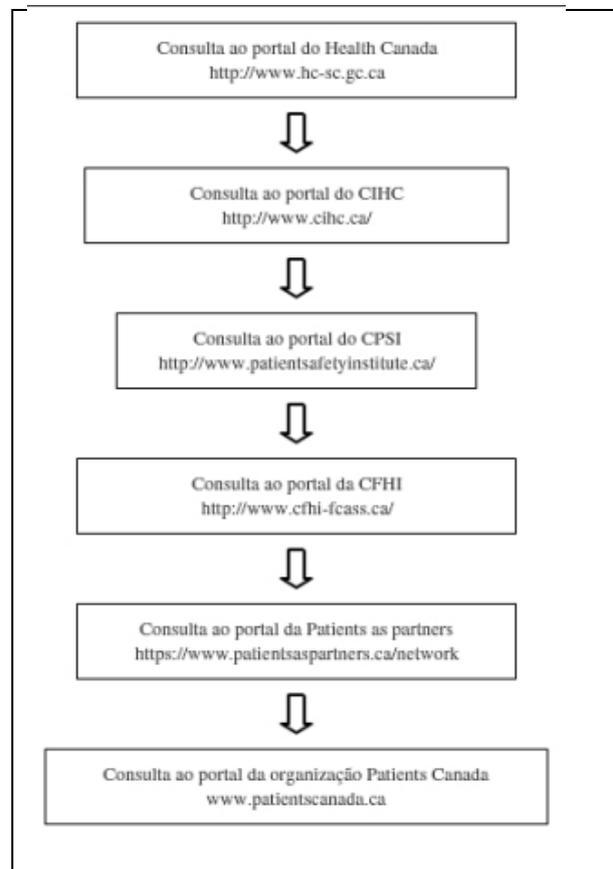
Figura 1 – Descrição das etapas de pesquisa para a Austrália**Figura 2** – Descrição das etapas de pesquisa para o Canadá

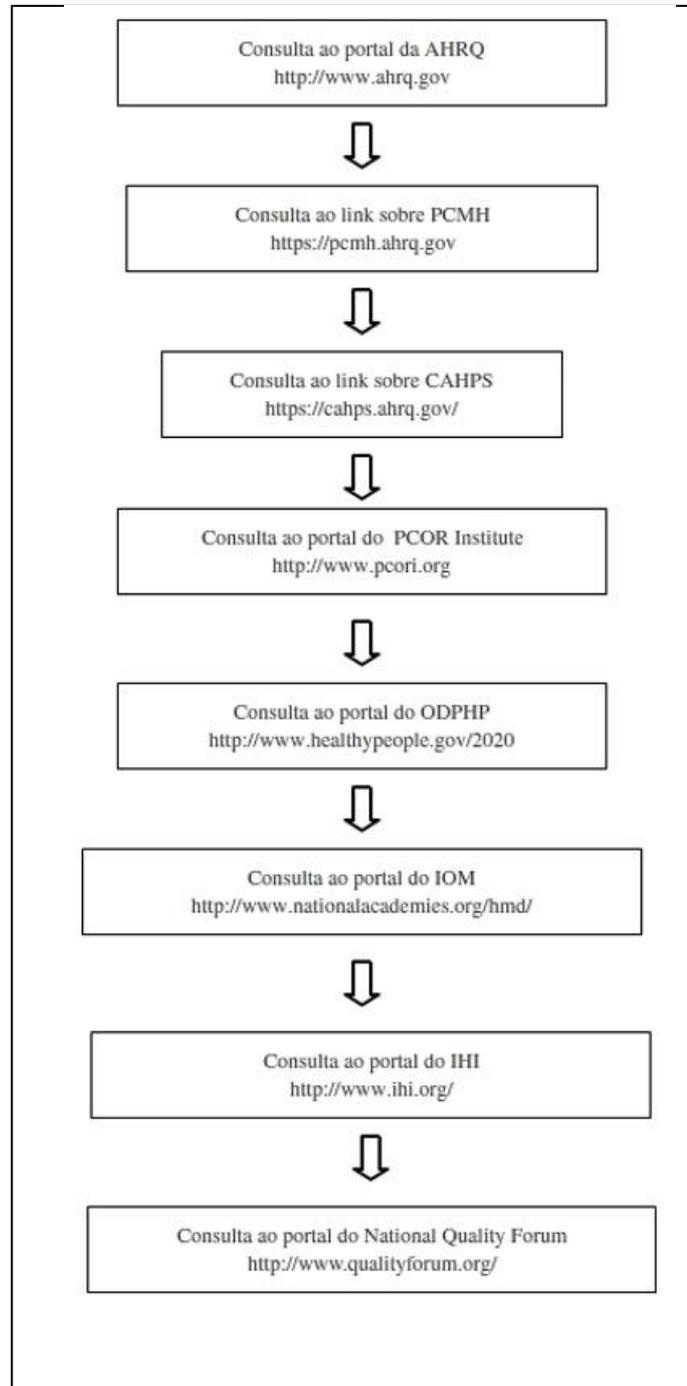
Figura 3 – Descrição das etapas de pesquisa para os Estados Unidos da América

Figura 4 – Descrição das etapas de pesquisa para a Inglaterra

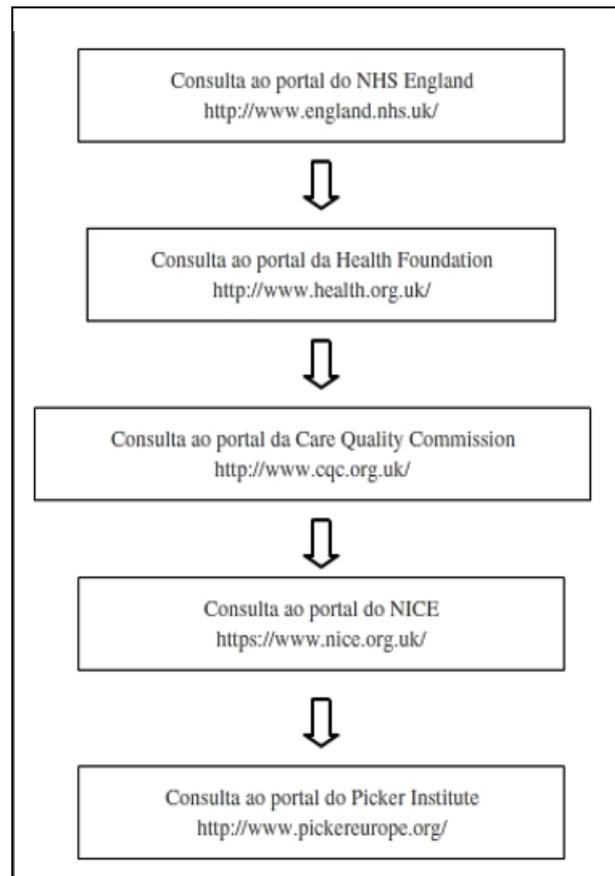
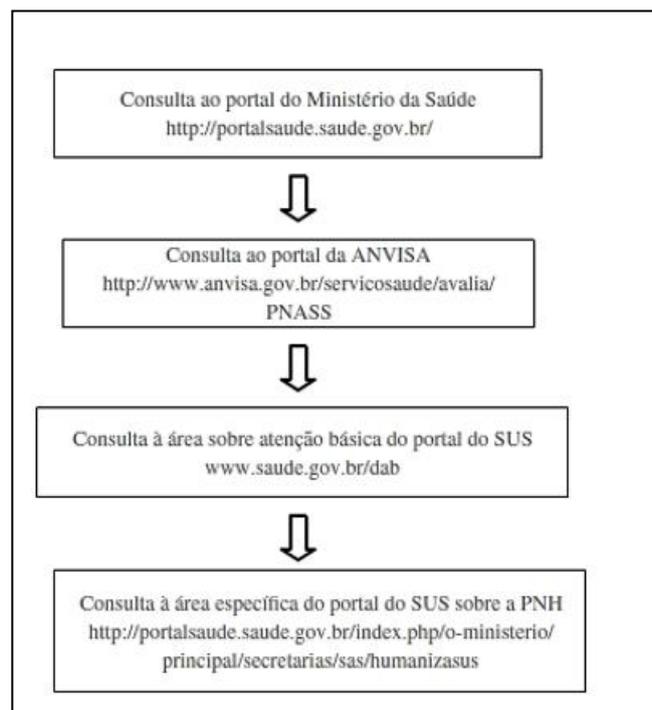


Figura 5 – Descrição das etapas de pesquisa para o Brasil



Considerando a importância dos conceitos-chave presentes em um texto e a necessidade de avaliar seu sentido, segundo o contexto em que foi escrito o documento (SÁ-SILVA et al, 2009), serão apresentados, em subcapítulos do capítulo de resultados, um breve resumo do sistema de saúde de cada país; os objetivos das ONG e sua posição no sistema de saúde do país a que pertencem e as informações sobre o cuidado centrado no paciente encontradas.

5. RESULTADOS

As informações referentes ao cuidado centrado no paciente encontradas na revisão documental serão descritas a seguir, separadas em subcapítulos de acordo com o país relacionado.

5.1. Austrália

A Austrália é um país de grande extensão territorial, dividido em seis regiões e dois territórios. Os primeiros habitantes do país foram os aborígenes, que migraram da Ásia há mais ou menos 50 mil anos (AUSTRALIAN GOVERNMENT, [S.d.]).

A população está em crescimento e a expectativa de vida aumentou mais de trinta anos desde o início do século XIX. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), a expectativa de vida, em 2015, é de 82,1 anos e a população total do país é de 23,1 milhões de habitantes (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015b)

O gasto com saúde é de aproximadamente 9 % do Produto Interno Bruto (PIB), o que representa 16,8% do total de gastos do governo. O sistema de saúde é misto: o financiamento e a prestação dos serviços são combinados entre público e privado. Existem planos nacionais de saúde e programas administrados pelos governos locais. Segundo o relatório sobre qualidade em saúde do Proqualis, este país é reconhecido internacionalmente por seus esforços para melhoria da qualidade dos serviços de saúde (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

O Medicare, seguro nacional disponível para todos os cidadãos e residentes permanentes, garante acesso gratuito aos serviços de saúde. É financiado por imposto (*Medicare Law*) e cobre consultas médicas em todos os hospitais públicos e a maior parte dos honorários médicos por serviços de ambulatório. O governo, através de incentivos financeiros, estimula que a população contrate seguros de saúde privados, como complementação ou substituição do seguro público (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, [S.d.]).

Os serviços de saúde da Austrália passaram por reformas, sendo a mais recente em 2010. Segundo a *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), criada pelo Ministério da Saúde em 2006 com objetivo de coordenar as melhorias na área de

segurança e qualidade do cuidado, as reformas reorganizaram as iniciativas de melhoria da qualidade e procuraram incluir a experiência dos pacientes como um dos itens importantes para avaliação dos serviços prestados. Através dessas reformas foi proposto para um novo modelo de *performance* e *accountability*, novos indicadores de monitoramento e novas formas de reportar resultados. Estratégias e planos nacionais começaram a incluir e dar relevância ao cuidado centrado no paciente (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

Em 2011, o plano do governo para direcionar os serviços de saúde (*National Healthcare Agreement*) propôs objetivos em longo prazo para melhorar os resultados de saúde e incluiu entre os indicadores de monitoramento a experiência da população com os serviços de saúde, levando em consideração as circunstâncias individuais dos pacientes e os cuidados demandados (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

A ACSQHC publicou dez normas nacionais de segurança e qualidade para os serviços de saúde para 2011/2012 - NSQHS *standarts* (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012). Duas normas - Governança para Segurança e Qualidade nos Serviços de Saúde e Parceria com os Consumidores - são uma referência para a melhoria da segurança e da qualidade do cuidado e formam a base sobre a qual as outras normas foram estabelecidas (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A norma Parceria com os Consumidores estimula a participação do paciente no planejamento e avaliação dos serviços de saúde; orienta a formação de gestores e profissionais de saúde para implementar políticas para o cuidado centrado no paciente e garante informações aos pacientes com objetivo de prepará-los para saber avaliar a qualidade e segurança dos serviços de saúde (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012).

A participação e o envolvimento dos pacientes no seu cuidado foram definidos como um direito dos indivíduos, em documentos oficiais do governo da Austrália. O Estatuto dos Direitos dos Pacientes e Consumidores, criado em 2008, estabeleceu como direitos do paciente:

- (i) ter um papel ativo em seu tratamento e participar tão plenamente quanto quiser nas decisões sobre seus cuidados;
- (ii) consultar uma segunda opinião, se tiver dúvidas;

- (iii) dar ou retirar a permissão para tratamentos; poder envolver seus familiares e cuidadores nas decisões (PIPPER; DUNBAR, 2008).

Esse estatuto enfatizou, ainda, o papel do profissional de saúde de encorajar os pacientes e consumidores a tomarem decisões bem informadas, discutir as opções disponíveis de tratamento e os respectivos resultados esperados, índice de sucesso e incidência de efeitos colaterais. O estatuto orientou sobre a necessidade de informar os pacientes do seu direito de recusar o tratamento ou retirar seu consentimento a qualquer momento (PIPPER; DUNBAR, 2008).

Quanto aos serviços de saúde, o estatuto esclareceu que seu papel é de assegurar que os pacientes e familiares sejam consultados quanto ao consentimento sobre qualquer tratamento experimental ou como parte de uma pesquisa, respeitando a participação dos membros da família, amigos, cuidadores e advogados no cuidado do paciente. No portal do governo que tem informações à população sobre saúde foram publicadas sugestões sobre como o paciente pode se envolver ou ser mais ativo no seu tratamento.

Figura 6 - Publicação do governo da Austrália sobre os direitos dos pacientes.

As sugestões a seguir podem ajudá-lo a tornar-se mais ativo em sua saúde.

Seja ativamente envolvido em sua própria saúde:

1. Fale se você tiver quaisquer perguntas ou preocupações (*Speak up if you have any questions or concerns*).
2. Saiba mais sobre sua condição ou tratamentos, perguntando ao seu médico ou enfermeiro e usando outras fontes de informações. (*Learn more about your condition or treatments by asking your doctor or nurse and by using other sources of information*).
3. Mantenha uma lista de todos os medicamentos que usa (*Keep a list of all the medicines you are taking*).
4. Certifique-se de entender os medicamentos que está tomando (*Make sure you understand the medicines you are taking*).
5. Certifique-se de que você obtenha os resultados de qualquer exame ou procedimento (*Make sure you get the results of any test or procedure*).
6. Fale com o seu médico ou outro profissional de saúde sobre suas opções (*Talk to your doctor or other health professional about your options*).
7. Certifique-se de entender o que vai acontecer se você precisar de cirurgia ou qualquer outro procedimento (*Make sure you understand what will happen if you need surgery or a procedure*).
8. Certifique-se de que você, seu médico assistente e seu cirurgião concordam sobre o que exatamente será feito durante a cirurgia ou procedimento (*Make sure you, your doctor and your surgeon all agree on exactly what will be done during the operation or procedure*).
9. Antes de deixar o hospital, peça ao seu médico ou a outros profissionais de saúde para explicar o plano de tratamento que você vai usar em casa (*Before you leave hospital, ask your doctor or other health professionals to explain the treatment plan you will use at home*).

Fonte: Governo da Austrália. Disponível em: <www.health.act.gov.au/public-information>. Acesso em 16 set. 2014.

Diversos programas e planos do governo da Austrália para a área de saúde incluíram o cuidado centrado no paciente. O plano do governo de diretrizes para a atenção primária em saúde (*National primary health care strategy*) reconheceu que o cuidado centrado no paciente é um elemento-chave para futuras reformas nesta área. Propôs flexibilidade dos serviços para atender a necessidades individuais dos pacientes e para encaminhá-los, de acordo com a necessidade, para outros serviços. (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

O *National primary health care strategy* apoiou a autogestão da condição clínica pelo paciente, disponibilizando ferramentas de comunicação e acesso eletrônico e o uso de registro eletrônico para facilitar o acesso ao plano de cuidados individualizado e personalizado de cada paciente. Destacou também a necessidade de respeitar os aspectos culturais diferenciados da população aborígine.

O plano nacional para controle e prevenção das doenças crônicas (*National chronic disease strategy - NCDS*) incluiu como um dos seus princípios fundamentais alcançar um cuidado centrado no paciente e considerou a autogestão (*self-management*), como item primordial para atingir este objetivo (NATIONAL HEALTH PRIORITY ACTION COUNCIL, 2006).

O *NCDS* destacou como elementos importantes:

- (i) a responsabilização do paciente sobre a sua saúde;
- (ii) o apoio às decisões informadas;
- (iii) o estímulo ao desenvolvimento da autogestão;
- (iv) o incentivo à inclusão nos currículos de formação dos profissionais de conhecimentos sobre instrumentos para a autogestão;
- (v) a inclusão de instrumentos de autogestão na rotina das equipes multiprofissionais.

A proposta principal foi promover o ativo envolvimento dos pacientes em seu tratamento (NATIONAL HEALTH PRIORITY ACTION COUNCIL, 2006).

O plano nacional de saúde mental (*National Mental Health Plan*), publicado em 2009, incluiu o cuidado centrado no paciente como um de seus princípios e o *Fifth Community Pharmacy agreement*, publicado em 2010 estimulou os farmacêuticos a adotar uma abordagem centrada no paciente, fornecendo suporte para identificar e documentar as

questões trazidas pelos pacientes no uso de medicamentos (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

5.1.1. Indicadores e monitoramento de resultados

Alguns indicadores foram criados para o monitoramento de resultados na área de saúde, de abrangência nacional. O relatório publicado pelo *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW) em 2008 incluiu para o atributo cuidado centrado no paciente o indicador *patient-experience*, que considera os seguintes elementos:

- (i) o respeito pelas preferências do paciente, valores e necessidades expressas;
- (ii) a informação e educação ao paciente e a comunicação com paciente e familiares;
- (iii) a coordenação e integração de cuidados e serviços;
- (iv) o apoio emocional ao paciente;
- (v) o conforto físico do paciente;
- (vi) a participação da família e outras pessoas próximas;
- (vii) a promoção da continuidade do tratamento em casa após a alta do hospital;
- (viii) o acesso aos cuidados e serviços (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2008).

Esses elementos seguem os princípios propostos pelo *Picker Institute*.

No relatório do AIHW foi descrita a necessidade de um instrumento nacional, que compile informações colhidas por alguns estados e territórios através de questionários específicos.

O modelo utilizado para avaliar os serviços de saúde na Austrália é o *National Health Performance Framework*.

Para avaliar a experiência do paciente com o cuidado, foram aplicados questionários aos pacientes atendidos nos últimos 12 meses, em hospitais, em serviços ambulatoriais, em serviços de atenção primária em saúde, serviços odontológicos, serviços de imagem e patologia e serviços de emergência. Esse questionário estabeleceu três perguntas:

- ✓ **Os médicos escutam cuidadosamente o paciente?**
- ✓ **Os profissionais demonstram respeito pelos pacientes?**
- ✓ **O tempo gasto pelo profissional na consulta foi suficiente para atender a necessidade do paciente?**

Essas três perguntas avaliam o que é considerado a responsividade (“responsiveness”), que significa: serviço orientado para o cliente, que deve ser tratado com dignidade, confidencialidade e encorajado a participar nas escolhas relativas ao seu cuidado (“service is client orientated. Clients are treated with dignity, confidentiality, and encouraged to participate in choices related to their care”) (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2008, p.17).

O questionário inclui opções de resposta com graduações: sempre; frequentemente; às vezes; raramente; nunca.

Os resultados dos questionários são publicados anualmente através do *Australian Bureau of Statistics*. Os resultados obtidos em 2013/14 constam na tabela 1 e referem-se aos pacientes que responderam ao questionário assinalando a opção SEMPRE (*always*).

Tabela 1 - Resultados do National Health Performance Framework sobre a satisfação dos pacientes em 2013/14.

Local	Item avaliado		
	Escuta cuidadosa (%)	Demonstração de respeito (%)	Tempo suficiente de atendimento (%)
Atenção primária em saúde	71,5	77,5	72,2
Ambulatório	76,6	79,6	76,6
Internação	74,2	76,4	72,0
Emergência	61,1	70,3	64,8
Serviços de odontologia	81,2	83,0	84,0

Fonte: Australian Bureau of Statistics. Disponível em: <<http://www.abs.gov.au/>>. Acesso em: 16 set. 2014.

5.2. Canadá

O Canadá é um país de grande extensão territorial, segundo maior país em área do mundo, dividido em dez províncias e três territórios. Segundo dados da OECD sua população é de 35,2 milhões de habitantes em 2015 (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015c).

A colonização do país foi iniciada pelos franceses. Atualmente, a população de origem francesa ocupa a maioria da província de Quebec. O país tem dois idiomas oficiais, inglês e francês (GOVERNMENT OF CANADA, [S.d.]).

Após a segunda guerra mundial, a população canadense passou a receber imigrantes de diversos países, entre eles alemães, italianos, ucranianos, holandeses, poloneses, chineses, sul-asiáticos, judeus, caribenhos, portugueses e escandinavos. Essa característica levou a uma grande diversidade cultural no país (GOVERNMENT OF CANADA, [S.d.]).

O Canadá tem alto índice de desenvolvimento humano (IDH) e expectativa de vida em torno de 82 anos, acima da média da OECD. Apresenta uma baixa mortalidade infantil. Os gastos com saúde são de 10,9% do PIB (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015c).

O sistema de saúde canadense garante acesso e cobertura universal e é financiado por fontes fiscais compartilhadas entre os governos federal e provinciais. A organização dos serviços de saúde dá ênfase à atenção primária, ao papel do médico generalista e das equipes de saúde da família (DOMINGUEZ, 2010b).

A partir dos anos 80, expandiram-se os serviços privados com contrato governamental em algumas áreas. Os seguros privados no Canadá têm um papel limitado, cobrem apenas serviços que não são oferecidos pelo sistema público, por exemplo, cirurgias estéticas, hotelaria especial em hospitais, atendimento domiciliar para idosos. e tratamentos dentários (CONILL, 2009).

O sistema de saúde é bem avaliado pela população e tem o apoio de partidos políticos. As reformas e mudanças no sistema são realizadas por meio de comissões, instituídas para estudo de determinados assuntos, ou por consultas públicas. O governo federal implanta políticas nacionais, monitora e avalia resultados (CONILL, 2009).

Algumas reformas importantes ocorreram no sistema de saúde do país. Em 1984 foi aprovada a *Canada Health Act*, legislação federal que consolidou os princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade, portabilidade e administração pública para o sistema de saúde do Canadá. Ficaram estabelecidas algumas mudanças na atenção primária em saúde, gestão de produtos farmacêuticos, informações sobre saúde, tecnologia de comunicações e equipamentos de saúde e infraestrutura (HEALTH CANADA, [S.d.]).

No ano de 2001 foi criada uma comissão (*The Commission on the Future of Health Care in Canada*) com objetivo de engajar os canadenses em diálogo nacional sobre o futuro da saúde. Em 2002 foi publicado relatório final da comissão com recomendações para melhorar a qualidade e a sustentabilidade do sistema, reafirmados os valores fundamentais para o sistema de saúde de equidade, justiça e solidariedade. Neste relatório foi proposta uma

modernização da *Health Act*, para melhor se adequar aos seus princípios (ROMANOW, 2002).

Em 2003 foi assinado um acordo em que o governo se comprometeu a trabalhar em direção a reformas específicas, em áreas como a renovação da atenção primária em saúde, suporte à tecnologia da informação (por exemplo, registros de saúde eletrônicos), cobertura para certos serviços de atenção domiciliar e acesso aos equipamentos de diagnóstico. Neste acordo foi ressaltada a importância de um sistema de saúde baseado em princípios éticos, que respeite a dignidade das pessoas e suas necessidades, incluindo os aspectos biológicos, emocionais, físicos, sociais e espirituais (HEALTH CANADA, 2003).

Ainda neste acordo, foram feitas 47 recomendações, em 10 áreas críticas. O cuidado centrado no paciente foi incluído como um dos itens propostos em um “pacto para a saúde” e foi definido como: direção do sistema de saúde moldada em torno das necessidades individuais dos pacientes, suas famílias e comunidades (*the direction of our health care system must be shaped around health needs of individual patients, their families and communities*). (ROMANOW,2002 p.50). Os provedores dos serviços e governo passaram a ter como responsabilidade: os provedores de assegurar a prioridade do atendimento às necessidades dos pacientes; o respeito à individualidade e a confidencialidade dos indivíduos. e o governo de assegurar que os serviços de saúde desenvolvam-se de modo flexível, adaptando-se às necessidades e circunstâncias locais (HEALTH CANADA, 2003).

Uma das recomendações do relatório foi a criação de uma rede para promover o letramento em saúde (*healthy literacy*) com informações confiáveis e suporte para consulta dos pacientes (HEALTH CANADA, 2003).

No ano de 2004, o governo federal, os governos provinciais e territoriais se comprometeram com um plano de dez anos (*10-Year Plan to Strengthen Health Care in 2004*) para melhorar a gestão do tempo de espera, recursos humanos em saúde, saúde dos aborígenes, atendimento domiciliar, atenção primária em saúde, estratégia farmacêutica nacional, equipamentos médicos, prevenção, promoção e saúde pública (HEALTH CANADA, 2004).

5.2.1. Iniciativas para promover o cuidado centrado no paciente

O Ministério da Saúde do Canadá (Health Canadá) criou dois programas, financiados pelo governo, voltados para educação continuada de profissionais de saúde: *Pan-Canadian*

Health Human Resource Strategy (HHRS) e *Internationally Educated Health Professionals Initiative (IEHPI)*. Este último inclui uma estratégia específica para o cuidado centrado no paciente, a *Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice (IECPCP)* (HEALTH CANADA, 2006).

Este programa é multiprofissional e inclui médicos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e farmacêuticos, com ampliação posteriormente para outros profissionais. Promove ciclos de debates entre os profissionais e incentiva o compartilhamento de experiências clínicas e o respeito ao conhecimento específico de cada profissão (HEALTH CANADA, 2006).

A partir desta estratégia, foram desenvolvidos programas regionais. Como exemplos destes programas temos, na cidade de Ottawa, a criação de um módulo para habilitar os profissionais, denominado *Patient-centred Humanities*. Na província de Manitoba foi criado um programa - *The Comprehensive patient care model and patient centred care interprofessional education* - para treinamento prático do cuidado centrado no paciente, incluindo estudantes e profissionais. Outro exemplo foi o programa criado em New Brunswick para capacitar estudantes para trabalhar em equipes de cuidado centrado no paciente com uso de revisão de literatura, estudos de caso e simulações de situações de atendimento (HEALTH CANADA, 2008).

Existe um centro nacional que dá apoio a IECPCP. O *Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)* é uma ONG voltada para a educação em saúde e a colaboração nos cuidados de saúde e no cuidado centrado no paciente. Os membros do CIHC trabalham em conjunto, por todo o Canadá, com objetivo de fortalecer a base de conhecimento da IECPCP. O objetivo é compartilhar estes conhecimentos com os gestores, planejadores, profissionais de saúde e educadores. O CIHC fornece aos prestadores de cuidado recursos e ferramentas necessárias para colocar em prática uma abordagem interprofissional de cuidado centrado no paciente (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, [S.d.]).

Algumas organizações de saúde no Canadá dão ênfase ao cuidado centrado no paciente, como forma de proporcionar melhorias na prestação do cuidado. O *Canadian Patient Safety Institute (CPSI)* foi criado pelo Ministério da Saúde do Canadá em 2003. É uma ONG que tem como objetivo de coordenar nacionalmente os esforços para construir um sistema de saúde mais seguro e de qualidade, promovendo a colaboração entre governo, organizações de saúde e lideranças nos serviços. Entre suas propostas o CPSI incluiu a

implementação de programas focados no paciente para captar, avaliar e gerenciar os problemas nos serviços de saúde (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, [S.d.]).

Em 2002, esta ONG divulgou o relatório “*Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*”, que incluiu entre suas recomendações a importância da parceria entre os pacientes e os serviços de saúde para alcançar um cuidado seguro e ressaltou a necessidade de informação para pacientes e profissionais (NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY, 2002).

O CPSI tem como objetivo também a criação de programas de comunicação com os pacientes, com transparência, para que eles possam manifestar suas preocupações quanto à segurança dos serviços de saúde e suas queixas sejam ouvidas, proporcionando oportunidades para melhorias do sistema de saúde (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, [S.d.]).

A *Canadian Foundation for Healthcare Improvement* (CFHI), organização independente criada pelo governo do Canadá, auxilia equipes de saúde de diferentes jurisdições a trabalhar em conjunto para compartilhar soluções para melhoria da qualidade. Esta instituição apoia a inovação em iniciativas que envolvem os pacientes e familiares em planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde; capacita os pacientes e familiares e desenvolve a cultura organizacional para promover o engajamento dos pacientes. De 2011 a 2013, a CFHI apoiou 17 organizações em todo o Canadá através de uma estratégia denominada *Patient Engagement Project* (CANADIAN FOUNDATION FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [S.d.]).

O *Health Council of Canada* é uma organização independente, criada pelo Ministério da Saúde a partir do acordo em 2003 e constituída por ministros das jurisdições. Essa organização reporta e fornece informações sobre os progressos e inovações no sistema de saúde. Em 2011 realizou um simpósio nacional sobre “*Patient engagement*”, com 160 participantes, entre pacientes, governantes de províncias, autoridades regionais, representantes do governo federal, gestores, profissionais e pesquisadores. Foi publicado um artigo sobre o simpósio (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2012).

No simpósio foram apresentadas algumas iniciativas por todo o país no sentido de promover o cuidado centrado no paciente. O artigo trouxe a informação de que o sistema de saúde do Canadá encontra dificuldades para alcançar um cuidado centrado no paciente na prática, em função do grande número de consultas e do fato de que pacientes desejam realizar exames de alto custo. No simpósio foi ressaltado que os canadenses precisam ser envolvidos no planejamento e no processo de seu cuidado em saúde e que o paciente não pode ter papel

passivo no seu tratamento. Enfatizou-se a importância da parceria na relação profissional-paciente. Considerando-se que o engajamento dos pacientes leva tempo e é difícil de mensurar concluiu-se que é necessário começar a adotar medidas práticas para implantar este tipo de cuidado e avaliar os resultados (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2012).

O simpósio destacou quatro elementos necessários para que o sistema se torne centrado no paciente:

- (i) o sistema deve ser flexível para permitir o acesso através de múltiplos pontos de entrada;
- (ii) a cultura do cuidado deve ser reforçada;
- (iii) a experiência dos pacientes com o cuidado deve ser avaliada e valorizada;
- (iv) os pacientes precisam se conscientizar para se engajar de forma positiva em seu tratamento (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2012)

O *Health Council* publica relatórios anuais sobre as inovações em saúde e publicou um relatório específico sobre o cuidado centrado no paciente, informando as práticas inovadoras, nesta área, nas várias províncias e jurisdições. (HEALTH COUNCIL OF CANADA, [S.d.]).

A Agência de Saúde Pública do Canadá (*Public Health Agency of Canada*), órgão governamental, tem o compromisso de proteger a saúde e a segurança da população, através da prevenção de doenças crônicas e de acidentes e da resposta às emergências de saúde pública. Entre suas propostas, está o engajamento dos pacientes através de atividades como consultas à opinião pública sobre temas específicos, pesquisas de opinião e consultorias externas (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, [S.d.]).

Existem também organizações no Canadá que congregam os pacientes. A *Patients as partners – patient voices network* é uma iniciativa da província British Columbia que incentiva os pacientes a serem parceiros no seu cuidado e terem voz ativa no sistema de saúde. O lema da organização é “*nothing about me without me.*” (PATIENTS AS PARTNERS, [S.d.]).

A rede *Patient-voices network* (PVN) é administrada pela ONG *ImpactBC*, cujo trabalho é orientado por uma comissão provincial que inclui representantes das autoridades de saúde, prestadores de cuidado, universidades e outras ONG.

A PVN ajuda a desenvolver habilidades e dá suporte aos pacientes, familiares e cuidadores para usar suas experiências de forma a contribuir para melhorias no sistema de saúde. Oferece oficinas de preparação de voluntários para compreender seu papel como

parceiros na decisão compartilhada. A rede conta atualmente com mais de 1500 voluntários (PATIENTS AS PARTNERS, [S.d.]).

Outra ONG, criada em 2011, é a *Patients Canada*, dirigida por pacientes, que promove a colaboração entre pacientes, cuidadores, familiares e os serviços de saúde. Trabalha em parceria com profissionais e organizações para incentivar o engajamento de pacientes e cuidadores em todos os aspectos relacionados a sua saúde (PATIENTS CANADA,2014)).

A *Patients Canada* tem um número crescente de projetos e programas em cuidados em saúde, planejamento de serviços e desenvolvimento de políticas. Trabalha com organizações de saúde para desenvolver parceria com os pacientes e desenvolve lideranças entre os pacientes. Coleta e publica, através da *choice-awards*, relatos dos pacientes na sua experiência com os serviços de saúde. Além disso, propõe metas de desempenho para os serviços de saúde, formuladas através de painel de especialistas (PATIENTS CANADA, 2014).

5.2.2 Indicadores e resultados

O Canadá tem algumas iniciativas para desenvolver indicadores e monitorar o cuidado centrado no paciente.

O *Canadian Institute for Health Information* (CIHI) desenvolveu um questionário para avaliar a experiência dos pacientes com os serviços de saúde na área hospitalar. Algumas perguntas foram baseadas em questionário da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) nos EUA e outras formuladas através de validação de um painel de especialistas. Os aspectos avaliados neste instrumento, no atributo “cuidado centrado no paciente” são:

- (i) comunicação;
- (ii) tempo de consulta;
- (iii) envolvimento na decisão compartilhada e
- (iv) suporte emocional.

O instrumento está em fase de validação e o CIHI planeja ter os primeiros resultados em 2015/2016 (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, [S.d.]).

Na área de atenção primária em saúde, em 2011 o *Health Council* publicou relatório sobre o engajamento dos pacientes, com os resultados da utilização do *Commonwealth Fund International Health Policy Survey/2010*. Foram aplicados questionários para os pacientes e profissionais. Segundo o relatório, o engajamento do paciente incluiu os seguintes aspectos:

envolvimento na decisão compartilhada, tempo suficiente de consulta e oportunidade de fazer perguntas sobre o tratamento (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2011).

Conforme resultados da aplicação deste instrumento, 48% dos canadenses com consultas regulares na atenção primária em saúde foram considerados engajados no seu tratamento. Eles tiveram tempo suficiente de consulta, oportunidade de perguntar sobre o tratamento recomendado e foram envolvidos o quanto desejavam em decisões sobre seu tratamento (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2011).

A principal barreira para o engajamento relatada pelos pacientes na pesquisa foi sentir-se “apressado” (*hasty*) durante a consulta. Fatores que facilitaram o engajamento encontrados foram:

- (i) conseguir marcar consulta rapidamente com seu médico regular;
- (ii) ser acompanhado pelo mesmo profissional ao longo de 5 anos;
- (iii) os resultados de exames e os registros das consultas estarem sempre disponíveis no momento da consulta;
- (iv) o médico saber o tratamento que o paciente fez com outros especialistas e
- (v) não haver conflito de informações entre os diversos especialistas.

Abaixo estão algumas perguntas do questionário relacionadas à dimensão do cuidado centrado no paciente e seus resultados:

1. Com que frequência você é envolvido da maneira como gostaria nas decisões relativas ao seu cuidado? (How often are you involved to the extent that you want to be in decisions related to your care?).
2. Com que frequência você tem tempo suficiente de consulta médica? (How often do you have enough time with your physician?)
3. Com que frequência você tem oportunidade de perguntar sobre o tratamento recomendado? (How often do you have the opportunity to ask questions about your recommended treatment?)

As respostas podem ser escolhidas entre as opções: sempre (*always*), frequentemente (*often*), às vezes (*sometimes*), ou raramente/nunca (*rarely/never*). Os resultados da pesquisa de 2011 encontram-se na tabela 2.

Tabela 2 - Porcentagem de pacientes que responderam o quesito SEMPRE em todas as perguntas no *Commonwealth Fund International Health Policy Survey/2010*.

Número de perguntas com resposta “SEMPRE”	%
Para as 3 perguntas	48
Para 2 perguntas	19
Para 1 pergunta	16
Nenhuma pergunta	17

Fonte: Health Council Canada. Disponível em: <http://healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=186>. Acesso em: 26 jun. 2015.

5.3. Estados Unidos da América

Os Estados Unidos da América (EUA) são o terceiro maior país do mundo em extensão territorial, com 9.826,65km² e uma população de 320.051.000 em 2015 (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015d). A economia dos EUA é a maior do mundo, porém, em contraste com esta realidade, 15,1% da população vive abaixo da linha de pobreza (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Segundo a OECD, a expectativa de vida dos EUA é de 78,8 anos (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015d). O gasto com saúde representa 17,1% do PIB (2 trilhões, 975 bilhões de dólares), o que torna os EUA o país que tem maiores gastos com saúde no mundo (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A maioria da população tem seguro-saúde e recorre à iniciativa privada. O governo criou em 1965 os programas: Medicaid, para os americanos que vivem abaixo da linha de pobreza; Medicare, para idosos e pessoas com incapacidades; *Veterans Affairs* para militares e *Indian Health Service*, para a população indígena (DOMINGUEZ, 2010a).

Mais de 1200 empresas comercializam planos de saúde e a regulação é feita por agentes estaduais (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Segundo levantamento no ano de 2008, 45 milhões de americanos (15% da população) não tinha seguro saúde, ficando excluída do acesso aos serviços públicos e privados. Isso sem considerar os imigrantes ilegais no país, que também não tinham cobertura. A reforma do sistema de saúde proposta pelo governo em 2010 aprovou a *Patient Protection and Affordable Care Act*, que propõe a ampliação da cobertura dos seguros saúde para a população, a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços e a redução de custos para indivíduos e governo. Essa nova lei tornou obrigatório que empresas contratassem seguros-saúde para seus empregados e determinou que todos os americanos tivessem um seguro-saúde, com subsídios para pessoas que vivem próximas da linha de pobreza (DOMINGUEZ, 2010a).

A reforma exigiu também maior transparência na seleção dos indicadores utilizados pelos programas do *Department of Health and Human Services* (HHS) dos EUA (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013), que é o órgão governamental responsável pela gestão na área de saúde no país.

5.3.1. Iniciativas do governo relacionadas ao cuidado centrado no paciente

O governo dos EUA estabeleceu em 2011, como parte da *Affordable Care Act*, uma estratégia de qualidade - *National Quality Strategy (NQS)* - que funciona como um guia orientador para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e tem o objetivo de desenvolver indicadores e mensurar resultados (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A *NQS* apresentou como objetivos principais:

- (i) melhorar a qualidade do cuidado;
- (ii) promover pessoas saudáveis/comunidades saudáveis e
- (iii) tornar o cuidado acessível.

O primeiro objetivo é descrito como: melhorar a qualidade do cuidado tornando-o mais confiável, acessível, seguro e **centrado no paciente** (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

Foram definidas seis áreas prioritárias, com potencial para melhorar a qualidade do cuidado. Uma das áreas é o cuidado centrado no paciente, que tem como prioridade engajar pacientes e familiares como parceiros no cuidado. Foram estabelecidos como objetivos de longo prazo:

- (i) melhorar a experiência do paciente, familiar e cuidador com o cuidado prestado, com relação à qualidade, segurança e acesso;
- (ii) desenvolver planos de cuidado culturalmente sensíveis e compreensíveis, em parceria com os pacientes, familiares e cuidadores e utilizando um processo de tomada de decisão compartilhada;
- (iii) capacitar pacientes e seus familiares para se informar, coordenar e gerenciar seu cuidado de forma adequada e eficaz (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

A NQS destacou como importante iniciativa para atingir os objetivos propostos o programa *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS), desenvolvido pela AHRQ.

A AHRQ integra o *Department of Health and Human Services* (HHS) e tem como missão produzir pesquisas baseadas em evidências científicas para tornar o cuidado de saúde mais seguro, de maior qualidade, mais acessível e equitativo. Trabalha em parceria com outras organizações, para certificar que as evidências científicas sejam compreendidas e utilizadas. É a organização responsável por supervisionar a NQS (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

A AHRQ realizou estudos para desenvolver e promover a utilização de questionários (*surveys*) para avaliação da experiência dos consumidores com os serviços de saúde. O programa *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) criou ferramentas e recursos com objetivo de produzir informações comparativas sobre os serviços, para avaliação do atendimento ambulatorial, hospitais, lares de idosos, centros de diálise, tratamento cirúrgico, odontologia, clínicas de planos de saúde e atendimento aos indígenas e para ajudar a melhorar o seu desempenho (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, [S.d.]a).

Além da AHRQ, o HHS desenvolve pesquisas através do *Office Disease Prevention and Promotion* (ODPHP), departamento subordinado ao *National Institute of Health*. Em parceria com várias instituições, o ODPHP criou um plano para melhorar o sistema de saúde, denominado *Healthy People 2020*, que estabeleceu dez objetivos nacionais, baseados em evidências científicas e propôs metas de avaliação para monitorar progressos ao longo de uma década (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2014).

Entre as questões abordadas neste plano estão a comunicação entre o profissional e o paciente e a tecnologia de informação em saúde e os objetivos são:

- (i) melhorar o letramento em saúde (*health literacy*) da população;
- (ii) aumentar a proporção de pessoas que relatam satisfação com a habilidade de comunicação dos profissionais;
- (iii) aumentar o número de pacientes que utilizam recursos eletrônicos na saúde (acesso aos prontuários, comunicação com os profissionais, resultados de exames);
- (iv) aumentar o número de pessoas com acesso à internet;
- (v) aumentar a proporção de portais relativos à saúde com informações de qualidade;
- (vi) melhorar a comunicação sobre prevenção de doenças e promoção da saúde.

As metas estabelecidas para o letramento em saúde e a comunicação dos profissionais são baseadas nos questionários da AHRQ.

O HHS propôs outras iniciativas relacionadas à qualidade em saúde, entre elas a *Partnership for Patients*, parceria entre o setor público e o privado, com objetivo de tornar o cuidado hospitalar mais seguro, confiável e reduzir gastos e internações desnecessárias. Essa iniciativa propõe o engajamento dos pacientes e familiares para aumentar a segurança do paciente e reduzir as reinternações. Os pacientes são incentivados a ter uma participação ativa nas decisões sobre seu cuidado e estimulados a participar de conselhos, grupos de trabalho e organizações comunitárias (CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES, [S.d.]).

Na área da atenção primária em saúde, as diretrizes e iniciativas do governo também deram relevância ao cuidado centrado no paciente. O modelo *Patient-centered Medical Home* (PCMH), criado pela AHRQ, propôs a melhoria do sistema de saúde através da reorganização da atenção primária em saúde, com base em cinco pilares:

- (i) cuidado centrado no paciente;
- (ii) integralidade e trabalho em equipe;
- (iii) coordenação do cuidado;
- (iv) excelência no acesso, incluindo acesso por telefone e internet;
- (v) abordagem baseada na qualidade e segurança do cuidado.

O PCMH ressaltou a importância do engajamento dos pacientes para alcançar os objetivos propostos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, [S.d.]b).

A AHRQ publicou documento sobre a atenção primária em saúde, com recomendações para engajar os pacientes em três níveis:

- (i) envolvimento no seu próprio cuidado - comunicação, suporte à autogestão dos cuidados de saúde, decisão compartilhada e segurança do paciente (acesso aos registros, informações sobre prevenção de infecção, comunicação de eventos adversos).;
- (ii) melhoria da qualidade na prática da atenção básica - retroalimentação sobre pesquisas de satisfação, através dos questionários e a formação de conselhos e comissões de pacientes nos serviços de saúde. e
- (iii) desenvolvimento de pesquisas e políticas - inclusão dos pacientes no planejamento de políticas e de pesquisas (SCHOLLE et al, 2010).

As recomendações propostas pela AHRQ foram:

- (i) demonstrar resultados positivos da PCMH, através de resultados de questionários e grupos focais;
- (ii) incentivo por pagamento (bônus aos profissionais pelo envolvimento do paciente);
- (iii) treinamento dos profissionais para a utilização de recursos e ferramentas para o primeiro nível; acesso à tecnologia de informática e
- (iv) desenvolvimento de pesquisas específicas sobre o segundo e terceiro níveis (SCHOLLE et al, 2010).

5.3.2. Iniciativas de organizações não governamentais nos EUA

As ONG nos EUA também propõem diretrizes e estratégias para os serviços de saúde, com relação ao cuidado centrado no paciente.

O IOM é uma organização independente, parte do *The National Academies*, que tem como objetivo auxiliar o governo e o setor privado em suas decisões, através de pesquisas baseadas em evidências científicas. Os relatórios publicados por esta organização, “*To Err is Human*” em 1999 e “*Crossing the Quality Chasm*” em 2001 trouxeram referenciais para a qualidade e segurança em saúde que constituíram marcos fundamentais para a qualidade em saúde e a segurança do paciente (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

O relatório “*Crossing the Quality Chasm*” definiu o cuidado centrado no paciente como uma dimensão da qualidade e estabeleceu sua importância, incluindo entre as dez regras para melhorar o sistema de saúde, quatro regras que fazem relação a este atributo:

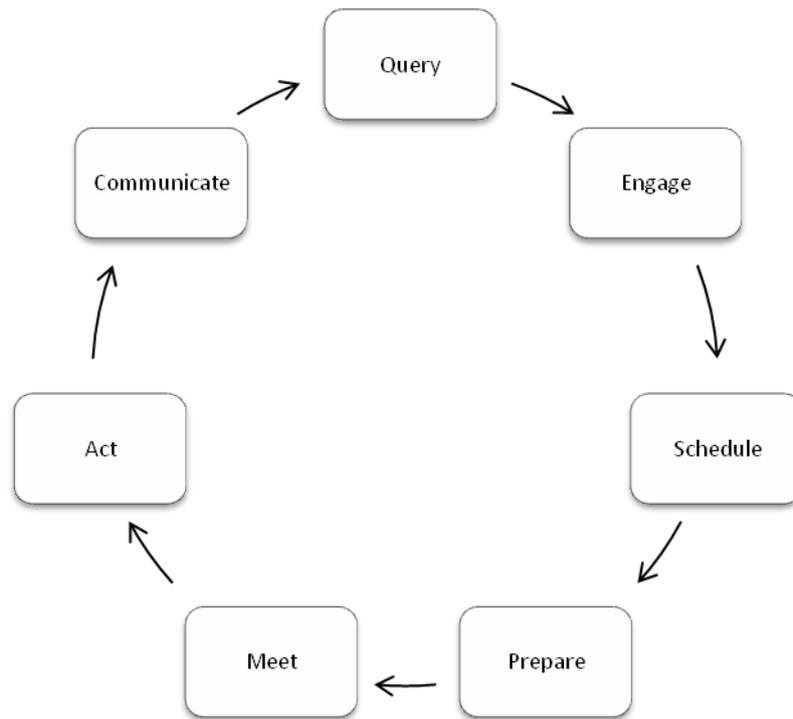
- (i) o cuidado deve ser baseado no estabelecimento de relações terapêuticas contínuas;
- (ii) deve ser customizado de acordo com as necessidades e valores do paciente;
- (iii) o paciente deve ser a fonte do controle, isto é, as informações necessárias e a oportunidade de fazer escolha são dadas e o sistema deve adaptar-se as diferenças entre os pacientes e encorajar as decisões compartilhadas e
- (iv) o conhecimento é compartilhado e a informação flui livremente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O IOM realiza fóruns e seminários interdisciplinares para discussão de temas em saúde. Em 2011 publicou o relatório denominado *Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care: Workshop Summary*, onde relatou conclusões de reuniões realizadas com participação de instituições nacionais e apresentou conceitos e ferramentas para incluir o cuidado centrado no paciente no tratamento de pacientes com câncer (BALOGH et al, 2011).

Relatório de 2015 desta organização, com o título *Transforming Health Care Scheduling and Access: Getting to Now*, fez recomendações para facilitar o acesso dos pacientes aos serviços e avaliou as iniciativas de cuidado centrado no paciente como uma estratégia para facilitar este acesso (KAPLAN; LOPEZ; MCGINNIS, 2015).

Esta ONG publicou documento em 2015, que estabeleceu um modelo para desenvolver o engajamento dos pacientes no cuidado (KAPLAN; LOPEZ; MCGINNIS, 2015). Este modelo encontra-se explicitado na figura 7.

Figura 7 - Modelo para o engajamento do paciente e família desenvolvido pelo IOM/2015
(*Framework for patient and family engagement: Care, scheduling, delivery, and follow-up.*)



Fonte: KAPLAN; LOPEZ; MCGINNIS, 2015.

O modelo está descrito como:

- Consulta (*Query*)

Paciente apresenta sua questão de saúde acessando o sistema disponível *on line*, o dia inteiro durante todos os dias da semana. O sistema deve estar estruturado para responder imediatamente. Considera-se que esta medida demonstra que as preocupações do paciente são respeitadas.

- Engajamento (*Engage*)

Há um processo colaborativo para responder às perguntas e à queixa do paciente. A comunicação é feita de uma forma compreensível e conveniente

- Agendamento (*Schedule*):

Paciente pode facilmente e rapidamente agendar consulta médica, ou remarca-la em qualquer hora do dia, em qualquer dia, inclusive de forma *on-line*. As novas consultas devem ser sincronizadas com as já agendadas

- Preparação (*Prepare*)

O paciente pode fazer os preparativos antes da consulta, preenchendo formulários e obtendo autorização para consultas e exames de laboratório *online*.

- Encontro (*Meet*)

Trata-se de um encontro, que inclui a consulta, entre o paciente e o profissional de saúde. O encontro acontece pessoalmente, *online* ou por telemedicina. O encontro tem horário marcado e são disponibilizadas para o paciente alternativas à espera (quando ocorrem atrasos). A equipe é respeitosa e cortês; o espaço para o exame tem privacidade e é confortável.

- Ação (*Act*):

O paciente e o profissional de saúde agendam encontros para acompanhamento posterior. É fornecido ao paciente um resumo da visita, registrado no portal e com cópia impressa. A equipe faz perguntas para certificar-se de que o paciente compreendeu as informações críticas. As prescrições são feitas por meio de registro eletrônico.

- Comunicação (*Communicate*):

O paciente tem atenção continuada da equipe de cuidados. São programadas consultas para acompanhamento. A equipe verifica se as questões trazidas pelo paciente foram respondidas (KAPLAN; LOPEZ; MCGINNIS, 2015).

Outra importante organização não governamental neste país é o IHI, organização independente, sem fins lucrativos, que trabalha em parceria com serviços de saúde para ajudar a atingir melhores resultados, mais qualidade e segurança do paciente. É reconhecido internacionalmente como um líder mundial em inovação e qualidade (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

Uma de suas cinco áreas de atuação do IHI é o cuidado centrado no paciente e família. Apresenta instrumentos e modelos para colocar em prática o cuidado centrado no paciente e publica diretrizes para os hospitais implantarem estes modelos. Esta organização desenvolveu um questionário para avaliar se os hospitais trabalham no engajamento de pacientes e familiares (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, [S.d.]).

O IHI publicou em 2008 um documento com recomendações para o sistema de saúde trabalhar em parceria com os pacientes. Trata-se de um relatório de um encontro entre o IHI e *Institute for Family-Centered Care (IFCC)*, intitulado “*Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: Recommendations and Promising Practices*”. Este relatório considerou quatro principais aspectos:

- (i) dignidade e respeito;
- (ii) informação compartilhada
- (iii) participação e
- (iv) colaboração.

As principais recomendações são:

- (i) informar e convencer os gestores da importância da parceria com os pacientes;
- (ii) oferecer oportunidades para administradores e profissionais de saúde aprenderem estratégias (treinamento profissional/diretrizes);
- (iii) colocar líderes dos pacientes e familiares em posições importantes no sistema de saúde; trabalhar junto aos grupos da comunidade;
- (iv) mobilizar organizações de acreditação para desenvolver normas de parceria e cuidado centrado no paciente e
- (v) mobilizar as empresas pagadoras para incluir benefícios financeiros para instituições que tiverem bons resultados no cuidado centrado no paciente (JOHNSON, 2008)

O IHI propõe modelos para colocar em prática o cuidado centrado no paciente baseados no método *Plan-Do-Study-Act (PDSA)*. Entre estes modelos está um para auxiliar os profissionais no tratamento de doenças terminais, com objetivo de engajar os pacientes no seu tratamento desde o início, auxiliando-os na expressão de seus desejos e escolha de opções para o final da vida (MCCUTCHEON et al, 2015).

The Joint Commission, outra importante organização não governamental independente dos EUA é responsável pela acreditação de mais de 15 mil organizações de saúde no país (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

As normas de avaliação para acreditação das instituições foram construídas respeitando as dimensões do cuidado definidas pelo IOM. *The Joint Commission* adicionou ao seu “*quality web check*” a pesquisa de satisfação dos pacientes com seu cuidado, utilizando para coleta de dados o questionário *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)*, que é um instrumento desenvolvido em parceria entre a AHRQ e o CMS (*The Centers for Medicare & Medicaid Services*). (JOINT COMMISSION, [S.d.]).

O portal *hospital compare*, criado pelo *Centers for Medicare and Medicaid* publica as informações comparativas entre os hospitais colhidas através do HCAHPS. O objetivo é

melhorar a qualidade dos serviços e publicar resultados com transparência para o público em geral (GOVERNMENT OF EUA, [S.d.]a).

A *Planetree* é outra organização independente nos EUA, que desde 1978 oferece educação e informações para os serviços de saúde com objetivo de promover o cuidado centrado no paciente e melhorar a qualidade do cuidado. Fornece uma metodologia estruturada para humanizar (“*humanizing*”) e personalizar a estrutura do cuidado às necessidades do paciente. Orienta as organizações de saúde para tornarem o cuidado centrado no paciente, através de desenvolvimento de infraestrutura de apoio, implementação de práticas e transformação da cultura organizacional. Além disso, oferece seminários e treinamento para os profissionais (PLANETREE, 2014).

O *Patient-Centered Outcomes Research Institute* é uma organização independente, não governamental, fundada em 2010. Tem como missão auxiliar as pessoas a tomar decisões informadas em saúde e melhorar a prestação de serviços e os resultados, através de informações baseadas em evidências científicas, com base em pesquisas orientadas por pacientes, cuidadores e a comunidade de saúde. O objetivo é determinar quais das muitas opções de cuidados de saúde disponíveis para os pacientes funcionam melhor em circunstâncias particulares (PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE, 2015a).

Essa ONG desenvolveu uma abordagem de pesquisas - *Patient Centered Outcomes Research* (PCOR), que investiga as questões e preocupações mais relevantes para os pacientes. A abordagem envolve pacientes, cuidadores, médicos e outros profissionais de saúde. A ONG orienta pesquisas com esta abordagem em vários estados e regiões do país (PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE, 2015a).

Existe um fundo para a pesquisa, o *Patient-Centered Outcomes Research Trust Fund*, criado a partir da *Patient Protection and Affordable Care Act*. Este fundo recebe de três fontes de financiamento: as dotações do fundo geral do Tesouro, as transferências de fundos do *Medicare e Medicaid* e uma taxa sobre seguros privados e planos de saúde (taxa PCOR), que começou a receber no ano fiscal de 2013. Dos valores recebidos neste fundo, 80% financiam pesquisas no Instituto e os 20% restantes vão para o HHS, para apoiar o desenvolvimento de pesquisas, sendo a maior parte transferida para a AHRQ. Para os anos fiscais de 2010 a 2012 o *PCOR Trust Fund* recebeu um total de 210 milhões de dólares. De 2013 a 2019 é previsto que o fundo receba anualmente 150 milhões de dólares (PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE, 2015b).

Como contrapartida, o HHS se compromete a: divulgar os resultados de pesquisas do *Patient-Centered Outcomes Research Institute* e de entidades financiadas pelo governo; desenvolver a capacidade de investigação comparativa através da concessão de bolsas de formação para os investigadores; desenvolver uma base de dados e recursos à disposição do público e apoiar a incorporação de pesquisa de organizações públicas, privadas e acadêmicas nos serviços de saúde (PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE, 2015b).

5.3.3. Monitoramento e resultados

Nos EUA várias instituições utilizam os questionários formulados pela AHRQ, particularmente os questionários CAHPS (*The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*), para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado. Este instrumento tem várias versões e são incluídos suplementos de acordo com o e que se pretende medir. É utilizado nas áreas de consulta ambulatorial, hospitais, odontologia, atendimento domiciliar e centros de hemodiálise (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, [S.d.]a). No quadro 1 constam as principais versões e as informações avaliadas.

Quadro 1 - Itens avaliados nas principais versões do *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) pela *Agency for Healthcare Research and Quality*.

Instrumento	Itens avaliados							
	Informação clara	Escuta	Demonstração de respeito	Tempo Suficiente de consulta	Envolvimento nas decisões	Informação sobre direitos	Privacidade	Conforto do ambiente
Child Medicaid 5.0	X	X	X	X				
Adult Medicaid 5.0	X	X	X	X				
HEDIS					X			
Comercial Survey	X	X	X	X				
Clinician&Group 3.0	X	X	X	X				
Surgical Care 2.0 *1	X	X	X	X	X			
American Indian	X		X	X	X			
Dental Plan Survey	X	X	X	X				X
ECHO *2	X	X	X	X	X	X	X	X
Home Health care (HHCAPS)*3	X	X	X					
Hospices								
In Center hemodialysis *4	X	X	X	X	X	X	X	X
Nursing Home*5	X	X	X		X		X	X

Fonte: Clinician & Group Surveys. Disponível em: <<https://cahps.ahrq.gov/>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

Existem perguntas que são comuns em todos os tipos de questionário da AHRQ:

- O profissional de saúde dá explicações fáceis de entender?
- O profissional escuta cuidadosamente o paciente?
- O profissional demonstra respeitar o que o paciente diz?
- O tempo de consulta é suficiente?

Para os hospitais, é utilizado o HCAHPS, que apresenta um conjunto de perguntas específicas, destinado a fornecer dados sobre o atendimento aos pacientes e atividades relacionadas à qualidade. Pode ser respondido por escrito, por telefone ou *Interactive Voice Response* (IVR), após 48 horas até seis semanas após a alta. Esse questionário tem versão em várias línguas (HOSPITAL CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTHCARE PROVIDERS AND SYSTEMS, [S.d.]). A versão em português encontra-se no anexo 1.

No portal do *Medicare*, - *hospital compare* - é possível fazer comparações dos resultados relativos aos hospitais através de tabelas e gráficos, considerando o item “*survey of patient experience*”, que se refere às respostas do questionário HCAPHS em vários hospitais. Os resultados podem ser comparados também com a média para cada estado. O *Medicare* publica os resultados, correspondentes a todo o país, para cada informação (GOVERNMENT OF EUA, [S.d.]a).

A AHRQ disponibiliza em seu portal os resultados de todos os CAHPS aplicados anualmente em atenção primária em saúde, planos de saúde e diversas clínicas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

O *National Quality Forum* (NQF), organização independente sem fins lucrativos, trabalha para melhoria da qualidade dos serviços nos EUA, através de aprovação de indicadores e retroalimentação do desempenho. Seus indicadores tornaram-se um padrão no setor saúde (NATIONAL QUALITY FORUM. [S.d.]).

Uma comissão criada pelo NQF foi encarregada de elaborar recomendações sobre a medição do desempenho para o cuidado centrado na pessoa/família. Esta comissão publicou relatório em agosto de 2014, com recomendações para formulação de indicadores. Segundo este relatório, os principais fatores que devem orientar a formulação de indicadores são:

- (i) cuidado individualizado;
- (ii) envolvimento da família;
- (iii) respeito, dignidade e compaixão;
- (iv) informação compartilhada/comunicação;
- (v) decisão compartilhada;

- (vi) autogestão;
- (vii) acesso e conveniência do cuidado (NATIONAL QUALITY FORUM, 2014).

Foram comparados os indicadores disponíveis, utilizando uma avaliação baseada no modelo estrutura/processo/resultado. Três princípios-chave foram observados para orientar a formulação de indicadores:

- (i) devem ser selecionados e desenvolvidos em parceria com os pacientes;
- (ii) devem ser focados na experiência do cuidado como um todo e não especificamente em um único local ou programa;
- (iii) devem ser medidos através da experiência relatada pelo próprio paciente, a menos que ele esteja impossibilitado de fazê-lo (NATIONAL QUALITY FORUM, 2014).

No relatório de 2014, o NQF fez um estudo comparativo sobre os indicadores incluídos nos questionários da CAHPS e os instrumentos utilizados em outros países. Fez recomendações sobre as prioridades no desenvolvimento de medidas de desempenho relacionadas ao cuidado centrado na pessoa e na família, com proposta de incluir cada vez mais os familiares do paciente nos inquéritos. Propôs a formação de um grupo de especialistas nos programas de avaliação CAHPS e *Patient Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS) para trocar experiências e desenvolver medidas de desempenho, com objetivo de formar no futuro a “*Person-centered Care 10*”, constituindo um padrão para os indicadores (NATIONAL QUALITY FORUM, 2014).

O PROMIS é um sistema de medidas altamente confiáveis do estado de saúde e bem-estar físico, emocional e social, auto-relatado pelos pacientes, financiado pelo *National Institutes of Health* (NHI). Os resultados encontrados pelo PROMIS podem ser utilizados para pesquisas clínicas e sobre a eficácia do tratamento.

O plano criado pelo ODPHP - *Health people-2020* - estabelece metas baseadas nos resultados dos questionários CAHPS.

Com relação às habilidades de comunicação dos profissionais e ao letramento em saúde, neste plano foram estabelecidas algumas as metas. Estas metas estão explicitadas nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 - Metas definidas pelo *Health people 2020* para a comunicação dos profissionais.

Meta	Linha de base (2007) (%)	Alvo em 2020 (%)
Aumentar a proporção de pessoas que relatam que os profissionais de saúde sempre ouviram atentamente a elas	59	65
Aumentar a proporção de pessoas que relatam que seus profissionais dão explicações fáceis de entender	60	66
Aumentar a proporção de pessoas que relatam demonstração de respeito pelo profissional	62	68,2
Aumentar o número de pessoas que relatam que os profissionais têm tempo suficiente de consulta	49	54

Fonte: National Institute of Health, Office of Disease Prevention and Health Promotion.

Tabela 4 - Metas definidas pelo *Health People 2020* para o letramento em saúde.

Meta	Linha de base (2011) (%)	Alvo em 2020 (%)
Aumentar a proporção de pessoas que relatam que o profissional de saúde sempre lhes deu instruções fáceis de compreender sobre o que fazer para cuidar de sua doença ou condição de saúde	64,1	70,5
Aumentar a proporção de pessoas que relatam que o profissional sempre pediu para descrever como eles vão seguir as instruções	24,4	26,9

Fonte: National Institute of Health, Office of Disease Prevention and Health Promotion.

5.4. Inglaterra

A Inglaterra é o maior e mais populoso país do Reino Unido, com 54,2 milhões de habitantes. Segundo dados da OECD, a expectativa de vida no Reino Unido é de 81 anos e o gasto com saúde representa 9,1% do PIB. O sistema de saúde – *National Health Service* (NHS) foi criado em 1948 e é tratado de forma unificada para os países membros, mas gerenciado separadamente por cada país (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-

OPERATION AND DEVELOPMENT, 2015e). A Inglaterra concentra a maior parte dos usuários.

O sistema de saúde foi criado incluindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade. O acesso é gratuito, atende a todos que o procuram e é baseado na necessidade de saúde e não na capacidade de pagamento, quase totalmente financiado por impostos federais. Qualquer pessoa residente no país tem direito a acesso aos serviços de saúde (DOMINGUEZ, 2010b).

Uma reforma no sistema de saúde, realizada no ano de 2000 acrescentou como princípios: oferecer uma ampla gama de serviços, adaptá-los às necessidades e preferências do paciente, responder às diferentes necessidades das diferentes populações, melhorar a qualidade dos serviços e minimizar os erros. Em documento que propõe a modernização dos serviços (*NHS Plan - A plan for investment, a plan for reform*) (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000) o governo reconheceu que “falta uma visão genuinamente centrada no paciente, na qual os serviços sejam pensados a partir de necessidades, estilo de vida e aspirações pessoais” e que seria preciso os serviços se adaptarem ao paciente e não o contrário.

Em 2012, o *Health and Social Care Act* propôs mudanças para reestruturar o sistema de saúde e considerou o cuidado centrado no paciente como elemento central para mudanças necessárias (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2012).

Especificamente para a Inglaterra, foi estabelecido em 2012 o *National Commissioning Board (NHS England)*, que destacou como um objetivo central do sistema de saúde colocar as expectativas do paciente e da população no centro de todas as suas ações (NHS ENGLAND, [S.d.]).

O *NHS England* pretendeu, com essa medida, estimular a participação dos pacientes no sistema de saúde, tratar aos pacientes com respeito e considerar seus interesses em primeiro lugar. Avaliou que colocar como elemento central a prioridade do paciente nas decisões pode proporcionar a melhoria dos resultados dos cuidados em saúde e garantir que nenhuma comunidade seja deixada de lado ou desfavorecida na prestação dos serviços de saúde (NHS ENGLAND, [S.d.]).

O *NHS England* definiu como sua missão proporcionar alta qualidade do cuidado, para todos, atualmente e no futuro. Qualidade, para o *NHS England* passou a ser definida como: um cuidado com segurança, efetividade e experiência positiva do paciente (“care that is clinically effective— not just in the eyes of clinicians but in the eyes of patients themselves;

safe; and provides as positive an experience for patients as possible“) (NHS ENGLAND, [S.d.]).

Este sistema de saúde incluiu em sua visão estratégica o propósito de alcançar serviços de saúde inclusivos, que divulguem metas e resultados com transparência e trabalhem em parceria com os pacientes e a população em geral. Elegeu como valores principais o respeito e a dignidade; o compromisso com a qualidade do atendimento; a compaixão; a melhor qualidade de vida; o trabalho em conjunto pelo bem do paciente. Considerou um direito do paciente ser ouvido cuidadosamente e ter oportunidade de expor suas ideias. O objetivo fundamental do sistema passou a ser melhorar os resultados para a população que utiliza os serviços (NHS ENGLAND, [S.d.]).

Em outubro de 2014 o NHS publicou relatório com o título *Five Year Forward View* (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014), com mudanças necessárias para o sistema de saúde e recomendações para os próximos cinco anos. O documento foi desenvolvido por *NHS England, Public Health England, Health Education England, Care Quality Commission* e *NHS Trust Development Authority* além dos representantes de grupos de pacientes e especialistas. As recomendações abrangeram temas como a prevenção de doenças, novos modelos flexíveis de prestação de serviços individualizados para as populações e as necessidades locais, integração entre os serviços e liderança em todo o sistema de saúde.

O relatório alertou para problemas com as doenças crônicas, o tabagismo, o abuso de álcool e a obesidade. Ressaltou a necessidade de maior engajamento dos pacientes, cuidadores e cidadãos na prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida. Reconheceu grandes progressos no sistema de saúde ao longo dos últimos 15 anos, com resultados positivos no tratamento de doenças como câncer e cardiopatias. Considerou o desafio de acompanhar a evolução da tecnologia com a preocupação com a sustentabilidade financeira e em manter o sistema igualitário.

Ainda neste documento, a melhoria nas atividades na área de prevenção foi colocada como um grande objetivo para o futuro. O NHS propôs novas formas de engajar os pacientes e a comunidade em atividades de prevenção.

O relatório constatou que o índice de satisfação dos pacientes com o sistema de saúde praticamente dobrou nos últimos 15 anos, mas esclareceu que, com a prevalência de doenças crônicas, ocorreram mudanças em relação ao tratamento que os pacientes almejam. Alguns (nem todos) querem ser informados e envolvidos no seu cuidado, o que muda a forma de relação entre os profissionais e o paciente (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014).

Os pacientes com doenças crônicas e seus cuidadores precisam de suporte e orientação para seu dia a dia, para desenvolver um cuidado personalizado, que respeite suas necessidades e seus valores e proporcione independência e bem estar. É necessário promover o acesso a informações sobre sua condição clínica e seu histórico, que devem estar disponíveis on-line. A proposta é de que, nos próximos cinco anos, todos os pacientes tenham acesso por internet aos seus registros e prescrições de medicamentos, constituindo uma verdadeira “revolução da informação” (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014,p.19)

Este relatório propôs também criar parceria dos serviços de saúde com voluntários e grupos da comunidade para educação e informação sobre determinadas condições clínicas e com orientações sobre autogestão. Foi criada a *Integrated Personal Commissioning* (IPC) para proporcionar um cuidado integrado e orçamento gerenciado pelo próprio paciente, em caso de necessidades de saúde complexas.

5.4.1. Organizações que participam da melhoria da qualidade em saúde

A *Health Foundation* é uma organização independente, não estatal, com grande importância no Reino Unido, que trabalha para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Conduz pesquisas e avaliações e prioriza duas áreas: segurança do paciente e cuidado centrado no paciente (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). Em seu portal constam várias publicações sobre o cuidado centrado na pessoa.

Esta organização estabeleceu como princípios para alcançar um cuidado centrado na pessoa:

- (i) dignidade e compaixão;
- (ii) coordenação do cuidado;
- (iii) cuidado personalizado e
- (iv) capacitação do paciente para se engajar no seu cuidado (HEALTH FOUNDATION, [S.d.]b).

A *Health Foundation* tem uma área específica em seu portal onde disponibiliza vídeos informativos, manuais e instrumentos para facilitar a implantação deste atributo na prática dos serviços de saúde (HEALTH FOUNDATION, [S.d.]b).

Em um estudo publicado em 2014, sobre os instrumentos utilizados para avaliação, a *Health Foundation* definiu o sistema de saúde centrado na pessoa como aquele que dá suporte

e informação às pessoas para tomar decisões sobre sua própria saúde e gerenciar seu tratamento (SILVA, 2014). A consecução desse propósito requer parceria entre os provedores dos serviços e os pacientes - nesse caso as pessoas - para desenvolver um cuidado de acordo com suas preferências, habilidades, estilos de vida e objetivos. O cuidado centrado na pessoa, para a *Health Foundation*, é como uma filosofia que serve de base para reorganizar o sistema de saúde, ocupando lugar central no NHS (SILVA, 2014).

Este estudo (SILVA, 2014) considerou que somente pesquisas com opinião dos pacientes não dizem tudo sobre os resultados do cuidado centrado na pessoa, mas seus resultados podem ser combinados com entrevistas com profissionais.

O estudo apontou dez aspectos que devem ser considerados na escolha de um instrumento para aferir se o cuidado prestado nos serviços de saúde é centrado na pessoa:

- (i) ter uma definição precisa sobre cuidados centrados na pessoa;
- (ii) os propósitos do instrumento devem apresentar a importância de medir o cuidado centrado na pessoa e como a informação será usada;
- (iii) ter abordagens que possam ser combinadas para proporcionar a profundidade e a generalização necessárias;
- (iv) demonstrar se é melhor entrevistar todos ou selecionar amostra;
- (v) verificar o melhor momento para utilizar o instrumento e coletar respostas;
- (vi) alocar tempo e recursos suficientes para planejar, implementar, analisar e utilizar medidas;
- (vii) definir que infraestrutura é adequada, para analisar e utilizar as informações;
- (viii) verificar como o resultado final deve ser apresentado para os diversos públicos;
- (ix) garantir que os pacientes, cuidadores, gestores e profissionais estejam confortáveis com a coleta de dados e saibam como serão usados e
- (x) definir as medidas de cuidado centrado na pessoa como um componente de uma estrutura mais ampla de avaliação dos serviços.

Outra organização do Reino Unido, a *Care Quality Commission* (CQC) - financiada em grande parte por impostos e que, ainda que se defina como um regulador independente dos serviços de saúde e de assistência social na Inglaterra, presta contas ao público, ao Parlamento e ao Ministro da Saúde - tem o papel de regular a prestação de cuidados na área de saúde e social na Inglaterra (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013). Os princípios que orientam a regulação dos serviços

feita por esta organização são segurança, efetividade, compaixão e alta qualidade do cuidado. Utiliza como instrumento para avaliar a satisfação dos pacientes com o cuidado o *National NHS patient survey programme* (CARE QUALITY COMMISSION, [S.d.]). Este instrumento foi desenvolvido para hospitais, serviços ambulatoriais, serviços de emergência (A&E), comunidades de saúde mental, crianças e adolescentes, maternidades e para o serviço de solicitação de ambulância por telefone (*Hear and Treat Callers*).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) é também uma organização pública não governamental, que presta contas ao Departamento de Saúde do NHS. Tem o objetivo de estabelecer diretrizes clínicas, através de comitês independentes. (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013) O NICE criou metas para melhorar a experiência dos pacientes (14 *quality statements in adult NHS services*) (figura 8) e formulou indicadores para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado em saúde, para cada uma das metas, baseado em informações colhidas pelos *NHS surveys* (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, [S.d.]).

Figura 8 - Metas criadas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* para melhorar a experiência dos pacientes com o cuidado

1. Os pacientes são tratados com dignidade, bondade, compaixão, cortesia, respeito, compreensão e honestidade. (1. Patients are treated with dignity, kindness, compassion, courtesy, respect, understanding and honesty.)
2. Os pacientes experimentam interações efetivas com profissionais com habilidade de comunicação. (2. Patients experience effective interactions with staff who have demonstrated competency in relevant communication skills.)
3. Os pacientes são apresentados para todos os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados e estão cientes dos papéis e responsabilidades dos membros da equipe de saúde. (3. Patients are introduced to all healthcare professionals involved in their care, and are made aware of the roles and responsibilities of the members of the healthcare team.)
4. Os pacientes têm a oportunidade de discutir suas crenças, preocupações e preferências na área de saúde, para embasar o seu cuidado individualizado. (4. Patients have opportunities to discuss their health beliefs, concerns and preferences to inform their individualised care.)
5. Os pacientes têm suporte dos profissionais de saúde para compreender as opções de tratamento relevantes, incluindo os benefícios, riscos e potenciais consequências. (5. Patients are supported by healthcare professionals to understand relevant treatment options, including benefits, risks and potential consequences.)
6. Os pacientes estão ativamente envolvidos na tomada de decisão compartilhada e tem o apoio de profissionais de saúde para fazer escolhas plenamente informadas sobre os exames, tratamentos e cuidados. (6. Patients are actively involved in shared decision making and supported by healthcare professionals to make fully informed choices about investigations, treatment and care that reflect what is important to them.)
7. Os pacientes estão cientes de que eles têm o direito de escolher, aceitar ou recusar tratamento e essas decisões são respeitadas e apoiadas. (7. Patients are made aware that they have the right to choose, accept or decline treatment and these decisions are respected and supported.)
8. Os pacientes estão cientes de que eles podem pedir uma segunda opinião. (8. Patients are made aware that they can ask for a second opinion.)
9. Os pacientes têm um cuidado adaptado às suas necessidades e preferências pessoais, levando em conta as circunstâncias, a sua capacidade de acesso aos serviços e suas doenças preexistentes. (9. Patients experience care that is tailored to their needs and personal preferences, taking into account their circumstances, their ability to access services and their coexisting conditions.)
10. Os pacientes têm suas necessidades físicas e psicológicas regularmente avaliadas e tratadas, incluindo a nutrição, hidratação, alívio da dor, higiene pessoal e ansiedade. (10. Patients have their physical and psychological needs regularly assessed and addressed, including nutrition, hydration, pain relief, personal hygiene and anxiety.)
11. Os pacientes têm a garantia de continuidade do cuidado. Sempre que possível, são atendidos pelo mesmo profissional ou equipe quando retornam ao serviço de saúde. (11. Patients experience continuity of care delivered, whenever possible, by the same healthcare professional or team throughout a single episode of care.)
12. Os pacientes recebem cuidados coordenados, com intercâmbio de informações claras e precisas entre profissionais de saúde e de assistência social. (12. Patients experience coordinated care with clear and accurate information exchange between relevant health and social care professionals.)
13. A escolha do paciente sobre compartilhar ou não informações relativas ao seu tratamento com seus familiares ou cuidadores é ouvida, respeitada e revista ao longo de todo o processo do cuidado. (13. Patients' preferences for sharing information with their partner, family members and/or carers are established, respected and reviewed throughout their care.)
14. Os pacientes são informados sobre com quem, como e quando fazer contato sobre suas necessidades de saúde. (14. Patients are made aware of who to contact, how to contact them and when to make contact about their ongoing healthcare needs.)

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

O *Picker Institute Europe* é uma organização filantrópica, não governamental que tem como objetivo auxiliar na promoção da saúde pública, promover educação em saúde, especialmente o treinamento de profissionais em habilidades de comunicação e desenvolver instrumentos de pesquisa para avaliar a perspectiva dos pacientes sobre o cuidado em saúde.

Incluiu em sua missão o objetivo de influenciar as políticas e as práticas de saúde para construir sistemas de saúde centrados nas necessidades e preferências das pessoas (PICKER INSTITUTE EUROPE, [S.d.]).

Esta ONG se baseia em princípios e diretrizes para a prática do cuidado centrado no paciente e desenvolveu questionários para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado. Tem publicações sobre o engajamento do paciente, a comunicação com os profissionais e a decisão compartilhada.

O *Picker Institute* estabeleceu como princípios do cuidado centrado no paciente:

- (i) acesso rápido a informações confiáveis;
- (ii) tratamento eficaz desenvolvido por profissionais de confiança;
- (iii) continuidade do cuidado;
- (iv) envolvimento e suporte para familiares e cuidadores;
- (v) informação clara e compreensível e suporte ao autocuidado;
- (vi) envolvimento nas decisões e respeito pelas preferências do paciente;
- (vii) suporte emocional, empatia e respeito e
- (viii) atenção para as necessidades físicas e ambientais (PICKER INSTITUTE EUROPE, [S.d.]).

5.4.2. Indicadores para monitorar o cuidado centrado no paciente e resultados

O NHS desenvolveu um programa para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado em saúde utilizando questionários (*NHS Surveys*), publicados pelo *Picker Institute Europe* e aprovados pelo CQC (SURVEY CO-ORDINATION CENTRE, [S.d.]).

Todos os *NHS trusts*, instituições criadas para garantir a qualidade na atenção e eficiência nos gastos dos hospitais (TANAKA; OLIVEIRA, 2007), devem realizar pesquisas de satisfação dos pacientes. Os resultados são usados para comparações entre os serviços e para obter um panorama nacional da satisfação dos pacientes com o sistema de saúde. Os questionários são enviados por correio (SURVEY CO-ORDINATION CENTRE, [S.d.]).

O CQC utiliza estes questionários, que abrangem os pacientes atendidos nas áreas de ambulatório, serviços de emergência, hospitais, maternidades, serviços de transporte de pacientes, atendimento a crianças e saúde mental. O quadro 2 descreve os itens presentes nos questionários.

Quadro 2 - Itens presentes nos *NHS surveys* para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado prestado.

Itens avaliados	Ambulatório	Serviços de emergência	Hospitais	Maternidades	Serviços de transporte de pacientes	Atendimento a crianças	Saúde Mental
Respeito e dignidade	X	X	X	X	X	X	X
Explicações fáceis de entender	X	X	X	X		X	
Envolvimento nas decisões	X	X	X	X		X	X
Privacidade	X	X	X			X	
Limpeza ou silêncio do ambiente	X	X	X	X		X	
Confianças profissionais	X		X	X		X	
Escuta cuidadosa		X		X	X	X	X

Fonte: Própria autora

Uma pergunta comum a todos os questionários do NHS é se os médicos ou outros profissionais conversaram em frente ao paciente “como se ele não estivesse ali” (“Did doctors talk in front of you as if you weren’t there?”). O questionário para pacientes ambulatoriais inclui ainda perguntas sobre a autogestão da condição clínica e o compartilhamento de informações entre os médicos de diferentes especialidades.

O questionário para hospitais inclui pergunta ao paciente sobre a disponibilidade de locais para higienização das mãos para utilização de profissionais e visitantes, o fornecimento de informações sobre cirurgias e procedimentos pós-operatórios e orientações após a alta. Tanto para hospitais quanto para serviços de emergência estão incluídas perguntas sobre controle da dor e suporte emocional ao paciente.

As respostas para as perguntas são marcadas em opções que variam entre **sempre** (*always*), **frequentemente** (*often*), **às vezes** (*sometimes*) ou **não/nunca** (*no/never*). Todos os questionários têm ao final uma área destinada aos comentários e sugestões dos pacientes (pergunta aberta).

Outro instrumento utilizado pelo NHS para pesquisa da satisfação dos pacientes é o *Family and Friends Test* (FFT). Foi lançado em abril de 2013 e é utilizado em todos os serviços hospitalares e departamentos de *Accident and Emergency* (A&E) no país. Em outubro de 2013 foram incluídas as maternidades e em abril de 2014 foi criado um questionário

destinado aos profissionais de saúde. O FFT começou a ser utilizado também na atenção primária em saúde e na saúde mental em dezembro de 2014. Em 2015 houve a expansão para serviços odontológicos, serviços de ambulância e transporte de pacientes. Já retornaram ao NHS mais de 4 milhões de respostas.

Este não é um *survey*, mas um novo tipo de ferramenta para aferir a experiência dos pacientes, respondido de forma contínua e com resultado em tempo real (NHS ENGLAND, 2014).

O FFT é utilizado como um guia para proposta de mudanças nos serviços de saúde que levam em consideração as expectativas dos pacientes. O teste é constituído de uma só pergunta: “Qual a probabilidade de você recomendar nossa enfermaria ou emergência, ou ambulatório para amigos e familiares se eles precisassem de cuidados ou tratamento similar? (*How likely are you to recommend our <ward / A&E department> to friends and family if they needed similar care or treatment?*).

Esta mesma pergunta é feita também em questionário aos profissionais.

Os entrevistados escolhem opções em uma escala que varia de **extremamente insatisfeito** (“*Extremely unlikely*”) a **extremamente satisfeito** (“*Extremely likely*”) ou podem selecionar como resposta **não sei** (“*Don’t no*”). É calculado um *score* para apresentar os resultados, usando o método *Net promoter Score* (NPS). O FFT é utilizado nacionalmente, ao lado de outros instrumentos como os NHS surveys.

O *NHS England* publicou em julho de 2014 uma revisão sobre o FFT, onde recomenda que seja divulgado o potencial do uso deste instrumento como ferramenta para melhoria da qualidade dos serviços e faz críticas à forma de apresentação dos resultados, de difícil entendimento para a população (NHS ENGLAND, 2014)

O *NHS Choices* é um portal com informações e orientações aos pacientes, que disponibiliza uma pesquisa de satisfação, utilizando a pergunta do FFT. Além disso, inclui quatro questões sobre a satisfação quanto à limpeza da área, a cooperação entre os profissionais, a dignidade e respeito demonstrados no tratamento e o envolvimento nas decisões (NATIONAL HEALTH SERVICE, [S.d.]). Os resultados são disponibilizados no portal para consulta da população, com possibilidade de comparação entre os diversos serviços de saúde.

Os resultados do FFT são também publicados mensalmente em portal do *NHS England*. No mês de setembro de 2015, retornaram 1.114.667 respostas dos pacientes. Os resultados constam na tabela 5.

Tabela 5 - Resultados do FFT para o mês de setembro/2015 publicados pelo NHS England

Tipo de serviço	Recomendaram (%)	Não recomendaram (%)
Hospitais e centros/dia	96	2
Serviços de Emergência	88	6
Atendimento ambulatorial	92	3
Transporte de pacientes	89	6
Saúde comunitária	95	2
Saúde mental	86	5
Odontologia	97	1
Atenção primária (GPs)	89	6

Fonte: National Health Service. Disponível em: <www.england.nhs.uk/FFTdata>. Acesso em: 14 nov. 2015.

5.5. Brasil

O Brasil é um país de grande extensão territorial, com área de 8.515.767,049 km² e população estimada em 204.783.370 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2016 (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [S.d.]).

A esperança de vida ao nascer é de 75,44 anos e o gasto com saúde representa 8,9 por cento do PIB (<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>). O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, previu atendimento gratuito para toda a população em ambulatório, atenção básica e internação hospitalar. O Ministério da Saúde é responsável pela elaboração de políticas nacionais de saúde e a operacionalização das ações é realizada pelos governos dos municípios e estados. Os recursos financeiros para o financiamento do SUS são obtidos por impostos nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990). Entretanto, atualmente, cerca de 27% da população brasileira é atendida por planos privados de saúde pagos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, [S.d.]).

O SUS foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde em 1990 e obedece aos seguintes princípios e orientações:

- (i) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- (ii) integralidade de assistência;
- (iii) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- (iv) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- (v) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- (vi) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- (vii) participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- (viii) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- (ix) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população e
- (x) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

A Constituição de 1988 determinou que os serviços de saúde deveriam preservar a autonomia dos indivíduos e garantir o acesso à informação sobre sua condição clínica (BRASIL, 1988). A partir deste princípio e de um processo de democratização vivido no país, surgiram diversas leis e normas que estabeleceram os direitos dos pacientes (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Com base nisso, o Ministério da Saúde publicou em 2006 a Carta dos direitos dos usuários da saúde, onde definiu seis princípios básicos para os direitos dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), conforme a figura 9.

Figura 9 – Princípios definidos pela carta dos direitos dos usuários do SUS

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007.

A Carta estabeleceu como garantia do paciente em consultas, procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e em internação, o respeito à integridade física, privacidade e conforto, individualidade, valores éticos, culturais e religiosos, além da confidencialidade, segurança do procedimento, bem-estar psíquico e emocional. Considerou também como uma garantia para o paciente o direito à informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A partir da reivindicação por parte de movimentos sociais, surgiu no Brasil a discussão sobre um atendimento em saúde mais humanizado e acolhedor. Foram criados pelo Ministério da Saúde, no final da década de 1990, dois programas: Programa de Humanização do pré-natal e nascimento e Programa de Humanização da Assistência Hospitalar. Em 2003, os dois programas deram origem à Política Nacional de Humanização (PNH) (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A PNH criou diretrizes e ferramentas para humanização do atendimento nos serviços de saúde. Em documento do Ministério da Saúde que serve de base para as discussões na implementação da política, a humanização foi conceituada como “aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde dos sujeitos; mudança na cultura de atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2003, p.10).

Alguns dos princípios em que se baseia a PNH estão relacionados com o conceito de cuidado centrado no paciente. O princípio da transversalidade foi definido como a atitude de

“reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013b).

Ao considerar o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, a PNH valoriza o papel do paciente e de sua família, colocando-os como protagonistas e corresponsáveis pelo seu cuidado (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010).

Os princípios do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos da PNH enfatizam que “Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013b).

As diretrizes propostas para a PNH incluem:

- (i) o **acolhimento**, que significa “escuta qualificada dos trabalhadores às necessidades dos usuários”;
- (ii) a **gestão participativa e cogestão**, que pressupõe mecanismos para garantir a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde; e
- (iii) a **ambiência**, relacionada com a criação de espaços saudáveis, com privacidade, acolhedores e confortáveis.

Outra diretriz desta política, a **clínica ampliada e compartilhada**, considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença e propõe a utilização de recursos que permitam “a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013b).

Com relação à diretriz **defesa dos direitos dos usuários**, o documento que embasa a PNH explicita que “todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2010, p.61)

A PNH propõe como método de execução, a inclusão de trabalhadores, gestores e usuários no processo de produção do cuidado através de rodas de conversa, incentivo às redes de cuidado e aos movimentos sociais. O caderno HumanizaSus, do Ministério da Saúde, esclarece que “incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um

poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2013b).

Na PNH é preconizada a avaliação dos serviços pelo usuário através de pesquisas de satisfação, ouvidorias e a participação dos usuários em colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Portas Abertas (NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2003).

A figura 10 apresenta os indicadores para monitoramento propostos pela PNH para a área hospitalar.

Figura 10 - Indicadores propostos para a área hospitalar da Política Nacional de Humanização

- Hospital funcionando com direito a acompanhante e com visita aberta (normas institucionalizadas)
- Espaços físicos e mobiliário adequados, seguindo o conceito referencial de ambiência
- Equipes multiprofissionais atuando com recursos que garantam vinculação e comunicação adequada com pacientes e acompanhantes (disponibilização de informações, horários para conversas, esclarecimentos sobre procedimentos, etc.)
- Escalas de atribuições e horários pactuados com profissionais/equipes para interlocução com pacientes e acompanhantes
- Material informativo disponibilizado regularmente em todos os locais de circulação dos usuários e acompanhantes; aumento do grau de satisfação dos usuários e acompanhantes (avaliações criteriosas)

Fonte: SANTOS-FILHO, 2006

O Ministério da Saúde (MS) desenvolveu também, em 1988, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que elaborou uma pesquisa de satisfação dos usuários para ambulatório, internação e emergências e um roteiro técnico para avaliação, utilizado por gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS (ANVISA). Na área de saúde mental, o PNASH foi utilizado para avaliação e monitoramento das condições de atendimento, gerando mudanças na gestão de leitos psiquiátricos (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2004).

O PNASH foi reformulado em 2004 e passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Em um primeiro momento foi aplicado em hospitais, maternidades, serviços ambulatoriais especializados, serviços de urgência e emergência e serviços ambulatoriais terapêuticos de alta complexidade (Centros de Alta

Complexidade em Oncologia e Unidades de Terapia Renal Substitutiva). Entre as ferramentas do PNASS estava a pesquisa de satisfação dos usuários do SUS (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2004).

O PNASS definiu quatro dimensões avaliativas:

- (i) roteiro de padrões de conformidade;
- (ii) indicadores de produção;
- (iii) pesquisa de satisfação dos usuários; e
- (iv) pesquisa das condições e relações de trabalho (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2004).

Definiu também três blocos de pesquisa: gestão organizacional, apoio técnico e logístico; gestão da atenção à saúde.

A pesquisa de satisfação dos usuários passou a ser realizada em todos os serviços de saúde pelo gestor local. A amostra dos pacientes a ser entrevistados era calculada conforme a média de atendimentos realizados nos últimos dez meses no serviço.

Para avaliação foram definidos padrões de conformidade sentinelas, isto é itens que sinalizam a qualidade do serviço, classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R).

No primeiro bloco, que estabelece os padrões para a gestão organizacional, existe um item relativo à demanda, usuário e sociedade. Neste item é avaliado, entre outros aspectos, se o serviço dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas suas reclamações, sugestões e solicitações. É recomendável que o serviço realize regularmente a pesquisa de satisfação dos usuários (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA, 2004)

Em 2015, o PNASS foi retomado, através de portaria do MS, para avaliação de unidades de urgência e emergência, centros especializados em reabilitação, maternidades, centros de terapia renal substitutiva e centros especializados em oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Na pesquisa de satisfação do usuário, o PNASS abrange as áreas de ambulatório, internação e serviços de emergência. Os itens avaliados são: agilidade no agendamento da consulta; agilidade no atendimento; acolhimento; confiança; ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído); roupas; alimentação.

Algumas perguntas desta pesquisa estão exemplificadas na figura 11.

Figura 11 – Perguntas incluídas na pesquisa de satisfação do usuário do PNASS

<p>Pergunta 3: A equipe de saúde demonstrou:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educação: () Sim () Não • respeito: () Sim () Não • interesse: () Sim () Não <p>Pergunta 4: Como você julga a limpeza dos ambientes? <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p>Pergunta 5: Como você julga o conforto dos ambientes? <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim</p> <p>Pergunta 6: O estabelecimento é bem sinalizado para você encontrar o local onde precisa ir? () Sim () Não () Não percebido</p> <p>Pergunta 7: Você sentiu confiança na equipe de saúde durante o atendimento? <input type="checkbox"/> Sim () Não () Mais ou menos</p> <p>Você teve informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde? <input type="checkbox"/> Sim () Não</p> <p>EXPECTATIVA: De uma maneira geral, você considera que este estabelecimento é: <input type="checkbox"/> Melhor que imaginava () Igual ao que imaginava () Pior que imaginava () Não imaginava</p>

Fonte: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004

Os resultados publicados em 2006 mostraram a expectativa positiva em relação ao serviço (soma de respostas “melhor” e “igual” à expectativa) em torno de 82,2% (média nacional) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Outras políticas e programas desenvolvidos no Brasil também incluíram aspectos relacionados ao cuidado centrado no paciente.

Na área de atenção básica, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) definiu que as equipes adotassem as diretrizes da Política Nacional de Humanização. Estabeleceu como atribuição comum a todos os profissionais “realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006, p. 42).

Em 2011, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde, em acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade

da atenção básica, através da criação de um padrão de qualidade para comparação entre as diversas regiões do país (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

Um dos objetivos definidos pelo PMAQ foi “estimular o foco da atenção básica no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários” (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2012).

Foram definidos entre outros objetivos, o fortalecimento da participação do usuário e o compromisso de tornar públicas as metas, padrões de qualidade e resultados alcançados.

O primeiro ciclo do PMAQ ocorreu em 2011, com a adesão de equipes da saúde da família e de Atenção Básica. Atualmente, encontra-se em seu segundo ciclo, que teve início em 2013.

A partir de uma avaliação externa, as equipes de atenção básica foram classificadas conforme seu desempenho. Esta avaliação incluiu um módulo de entrevista com o usuário nas unidades básicas de saúde (SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2013).

A entrevista com o usuário inclui perguntas sobre o acesso aos serviços de saúde, marcação de consultas, acolhimento à demanda espontânea e ação integral à saúde. No item ação integral à saúde, há perguntas sobre a privacidade do ambiente de consulta; se o paciente recebeu orientações sobre sua recuperação (necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios); se houve respeito aos hábitos culturais, costumes, religião; e se o paciente se sentiu à vontade para falar de suas preocupações.

A entrevista inclui ainda informações sobre acessibilidade, sinalização e adequação do ambiente. É prevista também uma avaliação através de um observador, que deverá verificar se os ambientes possuem boa ventilação, são iluminados, possuem privacidade para o atendimento. Também deve ser avaliado se a unidade tem equipamentos de tecnologia de informação e de telessaúde.

Nesta entrevista há uma pergunta sobre como o paciente consegue tirar suas dúvidas, após a consulta com o profissional (por telefone, endereço eletrônico ou na unidade).

Ao final da entrevista com o usuário, é feita a seguinte pergunta: “O senhor recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar”? A resposta deve ser marcada como sim ou não.

O grau de satisfação com o médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário, recepção e gerência é aferido numa escala de zero a dez (SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2013).

A pesquisa encontra-se em andamento, entretanto alguns resultados parciais foram publicados: 86% dos cidadãos recomendariam a unidade básica de saúde a um amigo ou familiar; 79% dos cidadãos avaliaram o cuidado recebido pela equipe como bom ou muito bom (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, [S.d.]).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou em 2012 o Programa Pacientes pela Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. O programa está em conformidade com as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu em 2006 treze áreas de ação do Programa Segurança do Paciente. O programa colocava como elemento central para melhorar a segurança dos serviços a participação do paciente, em um esforço coordenado com as famílias, consumidores e toda a sociedade (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004). Entretanto este programa não teve seguimento.

Uma das ações propostas pela ANVISA foi a publicação dos materiais informativos e educativos sobre o tema segurança do paciente (folder, panfletos, cartazes, site e vídeos). O objetivo seria oferecer ferramentas e informações para aprimorar a qualidade do atendimento ao paciente em consultas ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos, internações e exames.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desenvolveu em 2011 o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), com objetivo de estimular a qualificação dos prestadores de serviço, através de monitoramento, que é feito por meio de indicadores definidos pela ANS em conjunto com o Comitê Gestor do Programa QUALISS (COGEP) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, [S.d.]).

Entre os indicadores essenciais definidos para monitorar os hospitais estão incluídos: satisfação do cliente e monitoramento da manifestação do cliente (avaliação de reclamações e sugestões), colhidos através de questionários. São domínios obrigatórios para o questionário de satisfação do paciente o atendimento inicial, o atendimento pela enfermagem, o atendimento médico, a nutrição, a privacidade, a hotelaria e a satisfação geral.

O QUALISS determina que deve ser feita uma pergunta padrão: “O(a) senhor(a) recomendaria este hospital a um familiar ou amigo?”, inserida em um questionário, isto é, não deve ser feita separadamente. As respostas são definidas como sim ou não e a meta é atingir

100% de respostas positivas. (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, [S.d.]).

O indicador de satisfação do paciente encontra-se no estágio de avaliação da qualidade, confiabilidade e viabilidade. Após esta etapa, será decidida a generalização do uso para todos os prestadores que fizeram adesão ao programa QUALISS.

5.5.1. Outras instituições que atuam no Brasil

Os programas de acreditação no Brasil adotam metodologias que incluem alguns aspectos relacionados ao cuidado centrado no paciente.

O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) adota a metodologia da *Joint Commission International*, que inclui em suas metas um serviço de saúde centrado nas necessidades dos pacientes (CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE, 2013).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) adota como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação, que determina a utilização de sistemas de aferição da satisfação do usuário e a existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado (SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, 2002).

Alguns hospitais no país que são acreditados por estas instituições adotaram o cuidado centrado no paciente como um atributo de relevância na organização de seus serviços.

A ONG *Planetree* fornece um selo de reconhecimento, para instituição reconhecida como serviço centrado nos pacientes, em ambientes saudáveis e propícios de cura. As instituições afiliadas são avaliadas através dos componentes do Modelo *Planetree*, que inclui dez itens voltados para o cuidado centrado no paciente.

No Brasil, o Hospital Israelita Albert Einstein, na cidade de São Paulo, é a entidade responsável por treinar e certificar as instituições que se propõe a seguir este modelo (PLANETREE AMÉRICA LATINA, [S.d.]).

5.5.2. Semelhanças com as pesquisas de satisfação dos usuários utilizadas em outros países

No Brasil não há uma pesquisa única, a nível nacional, sobre a experiência dos pacientes com os serviços de saúde.

As entrevistas com os usuários no PNASS, na área hospitalar e PMAQ, na atenção básica, têm perguntas semelhantes aos questionários utilizados por outros países em relação às condições do ambiente (limpeza, acessibilidade, silêncio, sinalização). O PMAQ também inclui pergunta sobre a privacidade no local de consulta.

As duas pesquisas indagam sobre orientações e esclarecimentos ao paciente com relação à sua condição clínica ou seu estado de saúde, mas não incluem na pergunta se as informações foram claras e fáceis para o paciente compreender.

A entrevista do PNASS inclui pergunta sobre confiança nos profissionais.

O PMAQ inclui a informação sobre respeito à cultura, costumes e religião e também sobre escuta (se o paciente se sente à vontade para falar de suas preocupações). Pergunta também se o tempo de consulta é suficiente.

O programa QUALISS inclui pergunta muito semelhante àquela utilizada no *Family and Friends Test* (FFT) na Inglaterra: “O (a) senhor (a) recomendaria este hospital a um familiar ou amigo? ” O PMAQ também inclui a pergunta: “O senhor recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar? ” Porém, no FFT há gradações na resposta (a pergunta é com que frequência o serviço seria recomendado) e para as duas pesquisas do Brasil as respostas são SIM ou NÃO.

Não foram encontradas perguntas, nas pesquisas com usuários do PNASS e PMAQ sobre o envolvimento do paciente nas decisões e o gerenciamento do seu cuidado.

6. DESCRIÇÃO E SÍNTESE

Neste estudo foram encontrados, entre os países selecionados, alguns termos e definições relacionados ao cuidado centrado no paciente, que estão explicitados nos quadros 3, 4 e 5.

Quadro 3 – Definições encontradas para o termo cuidado centrado no paciente (*patient centred care*).

País	Organização	Definição	Tradução
Estados Unidos da América	Institute of Medicine (IOM)	“care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions”	cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas
Inglaterra	Picker Institute	“respect for patients’ values, preferences, and expressed needs, including an awareness of quality-of-life issues, involvement in decision-making, dignity, and attention to patient needs and autonomy”	respeito pelas necessidades, preferências e valores expressos pelos pacientes, incluindo a atenção com sua qualidade de vida, envolvimento nas decisões sobre seu cuidado, dignidade, atenção para suas necessidades e autonomia
Austrália	Institute for patient and family centred care (IPFCC)	“an approach to the planning, delivery and evaluation of health care that is grounded in mutually beneficial partnerships among health-care providers, patients and families”	abordagem para planejar, desenvolver e avaliar os serviços de saúde que é fundamentada em parcerias mútuas entre os serviços de saúde, os provedores, os pacientes e as famílias
Canadá	Health Canada (governo)	“the direction of our health care system must be shaped around health needs of individual patients, their families and communities”	direção do sistema de saúde moldada em torno das necessidades individuais dos pacientes, suas famílias e comunidades

Quadro 4 - Definições encontradas para o termo responsividade (*responsiveness*).

Pais	Organização	Definição	Tradução
Internacional	ONU	“how the system performs relative to non-health aspects, meeting or not meeting a population’s expectations of how it should be treated”	modo como o sistema responde aos aspectos não médicos do cuidado, atendendo ou não às expectativas da população sobre como deve ser tratada
Internacional	OECD	“the degree to which a system actually functions by placing the patient/user at the center of its delivery of healthcare”	o grau em que o sistema de saúde realmente funciona colocando o paciente/usuário no centro da prestação de cuidados
Austrália	National Health Performance Framework	“service is client orientated. Clients are treated with dignity, confidentiality, and encouraged to participate in choices related to their care”.	serviço é orientado para o cliente. Clientes são tratados com dignidade, confidencialidade e encorajado a participar nas escolhas relativas ao seu cuidado

Quadro 5 - Definições encontradas para o termo cuidado centrado na pessoa.

Pais	Organização	Definição	Tradução
Estados Unidos	National Quality Forum	“an approach to the planning and delivery of care across settings and time that is centered around collaborative partnerships among individuals, their defined family, and providers of care. It supports health and well-being by being consistent with, respectful of, and responsive to an individual’s priorities, goals, needs, and values”	abordagem para planejar e desenvolver cuidado em saúde, ao longo de diferentes locais e momentos, que é centrado em torno de parcerias e colaboração entre indivíduos, suas famílias e os prestadores de cuidado. Cuidado respeitoso e sensível às prioridades, objetivos, necessidades e valores do indivíduo
Inglaterra	Health Foundation	“a philosophy that sees patients as equal partners in planning, developing and assessing care to make sure it is most appropriate for their needs”.	Filosofia que vê o paciente como parceiro no planejamento, desenvolvimento e utilização do cuidado, para ter certeza de que este é apropriado às suas necessidades

Com relação aos **elementos** do cuidado centrado no paciente foram encontrados os termos:

Healthy literacy (letramento em saúde): encontrado em documentos do Canadá, Inglaterra e Estados Unidos e definido neste último país, pelo Department of Health and Human Services, como: grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas sobre saúde e os serviços necessários para tomar decisões apropriadas (“the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions”). (US Department of Health and human Service, 2000)

Self-management (autogestão): Termo encontrado em documentos da Inglaterra, Austrália e EUA. De acordo com a Health Foundation, a autogestão coloca as pessoas com doenças crônicas na condução de seu tratamento, isto é, as pessoas escolhem como querem administrar a sua condição clínica, estabelecem metas, em parceria com a equipe de saúde e traçam planos para conduzir seu tratamento, de acordo com essas metas.

Foram encontrados também neste estudo instrumentos de avaliação da experiência dos pacientes com o seu cuidado nos serviços de saúde, referidos nos países como forma de avaliar e monitorar se o cuidado é centrado no paciente.

O quadro 6 mostra os diversos elementos avaliados nos países pesquisados.

Quadro 6: Elementos do cuidado centrado no paciente avaliados através de pesquisas de satisfação do paciente nos países selecionados

Elementos avaliados	Países				
	Austrália	Canadá	Estados Unidos	Inglaterra	Brasil
Informação clara e compreensível (fácil de entender)	X		X	X	
Escuta/oportunidade de perguntar	X	X	X	X	X
Demonstração de respeito	X		X	X	X
Tempo suficiente de consulta	X	X	X	X	X
Envolvimento nas decisões		X	X	X	
Privacidade			X	X	X
Condições do ambiente			X	X	X
Informações sobre direitos			X		
Confiança nos profissionais				X	X
Suporte emocional		X		X	
Autogestão do cuidado			X	X	
Respeito aos valores culturais			X		X
Informações sobre a condição clínica e tratamento					X

Fonte: Própria autora

O quadro 7 apresenta os principais resultados encontrados na pesquisa entre os países que desenvolvem estratégias e ações no campo da melhoria da qualidade do cuidado.

Quadro 7 – Características do cuidado centrado no paciente encontradas nos países selecionados

Características/ Países	Austrália	Canadá	EUA	Inglaterra
Qual o termo utilizado?	Patient centered care	Patient centered care	Patient centered care [@]	Person centered care
O tema está expresso de forma central na política de saúde do país?	Sim	Sim	Sim	Sim
O governo ou ONGs propõem diretrizes para implantar o cuidado centrado no paciente nos serviços?	Sim	Sim	Sim	Sim
Em quais tipos de serviços de saúde, programas ou políticas específicos o cuidado centrado no paciente está delineado?	APS* ¹ HOSP* ² SM* ³ DC* ⁴	APS* ¹ HOSP* ² OD* ⁵	APS* ¹ HOSP* ² OD* ⁵	APS* ¹ HOSP* ² SM* ³ MAT* ⁶ TP* ⁷
Como está definido o orçamento para o desenvolvimento das ações relacionadas ao cuidado centrado no paciente?	Contido em outros programas e políticas	Contido em outros programas e políticas ^{..1}	Contido em outros programas e políticas ^{..2}	Contido em outros programas e políticas
Existem programas de capacitação para profissionais de saúde?	Sim ^{#1}	Sim	Sim ^{#2}	Sim ^{#3}
Existem Indicadores de monitoramento?	Sim	Sim	Sim	Sim
Os indicadores se baseiam em questionários para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado?	Sim	Sim	Sim	Sim
Os resultados do monitoramento são divulgados publicamente?	Sim	Sim	Sim	Sim
Existe material de divulgação direcionado aos pacientes?	Sim	Sim	Sim	Sim

[@] No documento do *National Quality Forum* (NQF) se utiliza o termo *Person-and family-centered care*

^{..1} Existe orçamento específico para capacitação

^{..2} Existe orçamento específico para pesquisa e capacitação de 150 milhões de dólares/anualmente

*¹ Atenção Primária em Saúde (APS)

*² Hospital (HOSP)

*³ Saúde Mental (SM)

*⁴ Doenças Crônicas (DC)

*⁵ Odontologia (OD)

*⁶ Maternidade (MAT)

*⁷ Transporte de pacientes (TP)

#¹ ocorre regionalmente

#² ONGs

#³ Picker Institute

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo evidenciaram semelhanças e diversidades nas definições, diretrizes e estratégias relativas ao cuidado centrado no paciente em diferentes países.

Não há diferença conceitual, quando se opta pelo termo cuidado centrado no paciente” (*patient centered care*) ou “cuidado centrado na pessoa” (*person centred care*). O termo mais encontrado nos documentos estudados foi “cuidado centrado no paciente”. As definições encontradas para este termo, muitas vezes, são semelhantes às definições utilizadas para o termo “cuidado centrado na pessoa”.

A definição proposta pelo governo do Canadá para o cuidado centrado no paciente, por exemplo, faz referência a uma abordagem ou direção do sistema de saúde moldada em torno das necessidades dos pacientes, famílias e comunidades. Muito se assemelha à definição de cuidado centrado na pessoa da Health Foundation.

Por outro lado, nos EUA, onde o termo predominantemente utilizado é cuidado centrado no paciente, o National Quality Forum utiliza o termo pessoa, porém com definição muito semelhante àquela do IOM para cuidado centrado no paciente (conforme quadro 5).

Os documentos que estabelecem indicadores e os guias para aplicação dos questionários de pesquisa não fazem distinção entre os dois termos. Nestes documentos aparecem ainda outros termos: responsividade (“*responsiveness*”) e engajamento do paciente (“*patient engagement*”) para se referir aos elementos avaliados, elementos estes que estão em conformidade com os princípios e diretrizes propostos para o atributo cuidado centrado no paciente pelo IOM, Health Foundation ou Picker Institute.

As perguntas dos questionários, utilizadas para monitoramento, são muito semelhantes entre os países estudados, não havendo distinção nestes instrumentos de avaliação em relação ao termo utilizado. Isso leva a concluir que a diferença entre estes conceitos não se expressa nitidamente na prática.

7.1 O cuidado centrado no paciente em planos e programas de governo:

Nos países estudados o tema do cuidado centrado no paciente começou a ser incluído em reformas dos sistemas de saúde a partir do ano 2000 ocupando, com o passar do tempo, um lugar central no planejamento de políticas e programas de alguns governos.

Com o NHS Plan, divulgado em 2000, o Reino Unido incluiu como objetivo central no planejamento do sistema de saúde o atendimento às necessidades e valores dos pacientes. Posteriormente, o cuidado centrado no paciente foi considerado um elemento fundamental para as propostas de mudanças nos serviços de saúde.

Este estudo constatou que, neste país, o estabelecimento de indicadores e metas para avaliar a qualidade do cuidado incluiu como um item fundamental o engajamento e a participação dos pacientes.

A importância do cuidado centrado no paciente é enfatizada em especial no planejamento de programas de prevenção e tratamento de doenças crônicas (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014).

Em 2001, nos EUA, o IOM elencou o cuidado centrado no paciente como um dos atributos da qualidade do cuidado em saúde (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). As ONG tiveram um importante papel na definição de conceitos, diretrizes e modelos para o cuidado centrado no paciente neste país. Depois da reforma do sistema de saúde proposta pelo governo em 2010, as agências governamentais passaram a dar ainda maior destaque a este atributo, incluindo-o no planejamento das políticas de saúde e monitorando-o nos serviços de saúde.

Nos EUA o cuidado centrado no paciente está incluído na estratégia nacional de qualidade e é um item importante para o planejamento de metas para o futuro nos serviços de saúde. As pesquisas sobre este atributo adquiriram relevância e o governo destinou um orçamento específico para esta finalidade.

No Canadá, o governo definiu em 2003 recomendações e áreas críticas para reforma do sistema de saúde e propôs a inclusão do cuidado centrado no paciente como uma questão fundamental para melhorar a qualidade (HEALTH CANADA, 2003).

A experiência dos pacientes com o cuidado passou a ser avaliada no Canadá através de questionários para a área hospitalar e a atenção básica. A estratégia de engajamento do paciente passou a ser incluída nos programas do governo nestas áreas. O governo destinou orçamento específico para estratégia de capacitação dos profissionais.

A Austrália, a partir da reforma do sistema de saúde em 2010, passou a incluir este atributo como elemento central de vários programas específicos: atenção básica, controle de doenças crônicas, atenção farmacêutica, saúde mental (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

Nos documentos dos países estudados, as estratégias utilizadas para implantar este atributo na prática dos serviços de saúde foram: a capacitação dos profissionais, a facilitação

do acesso às informações sobre sua saúde e o monitoramento através de indicadores, que foram extraídos de questionários de satisfação dos pacientes.

A seguir serão descritas algumas destas estratégias.

7.2 A estratégia de preparar os profissionais de saúde para o cuidado centrado no paciente

Uma estratégia importante utilizada em todos os países foi a capacitação dos profissionais para mudar a forma de lidar com os pacientes. Entre os exemplos de capacitação destaca-se a *Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice* (IECPCP), programa nacional canadense, com orçamento próprio, para capacitação dos profissionais

A inclusão de capacitação para o cuidado centrado no paciente nos currículos de formação profissional foi proposta na Austrália, no *National chronic disease strategy (NCDS)*, com destaque para treinamento de habilidades dos profissionais para favorecer a autogestão do cuidado aos pacientes.

As ONG têm tido papel importante no treinamento dos profissionais para as habilidades necessárias ao cuidado centrado no paciente. O *Picker Institute* oferece cursos de treinamento para os profissionais na área de comunicação. Nos EUA, a organização *Planetree* oferece treinamento aos profissionais, seguindo metodologia própria. A *Health Foundation*, na Inglaterra, o IHI e o IOM, nos Estados Unidos, disponibilizam modelos e ferramentas aos profissionais e gestores de saúde para implantar o cuidado centrado no paciente.

7.3 A estratégia de facilitar o acesso dos pacientes às informações sobre sua saúde

Outra importante estratégia adotada pelos governos é a facilitação do acesso dos pacientes às informações sobre sua saúde. Estas iniciativas têm a intenção de tornar mais fácil o acesso ao prontuário/registo eletrônico e promover o letramento em saúde (healthy literacy). Todos os esforços são empreendidos para informar os indivíduos sobre sua condição clínica e facilitar o seu engajamento no cuidado. A criação de uma rede de informações e suporte para os pacientes, com objetivo de promover o letramento em saúde foi uma das principais recomendações encontradas nos países estudados.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), departamento que faz parte do HHS nos EUA, o letramento em saúde pode ser considerado o nível básico

de informação que um indivíduo deve ter para: encontrar informações e serviços; comunicar as suas necessidades e preferências; processar o significado e utilidade da informação e dos serviços; compreender as escolhas, consequências e o âmbito da informação; decidir qual a informação e os serviços correspondem às suas necessidades e preferências (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

Portanto, o letramento em saúde pode ser considerado a base para o emponderamento do paciente, condição que vai permitir seu envolvimento nas decisões sobre o cuidado. Nos documentos dos países estudados, esta é uma importante estratégia para alcançar um cuidado centrado no paciente nos serviços.

Na Austrália, a informação sobre saúde é enfatizada como um direito dos pacientes. O plano do governo para a atenção básica incluiu a disponibilização de ferramentas de comunicação e incentivou o uso de registro eletrônico para facilitar o acesso ao plano de cuidados individualizado e personalizado de cada paciente. No portal do governo existem sugestões para os pacientes se engajarem no seu cuidado.

Nos EUA, a capacitação dos pacientes para gerenciar seu cuidado foi um objetivo estratégico de longo prazo estabelecido pela *National Quality Strategy*, em 2011. O objetivo de melhorar o letramento em saúde da população foi adotado em plano de metas criado pelo governo (*Healthy people 2020*). Planos e programas das ONG também ressaltaram a importância fundamental do acesso dos pacientes à informação sobre saúde.

O letramento em saúde é colocado ainda, como um objetivo fundamental, em relatório de 2003 do Canadá, que faz recomendações para reforma do sistema de saúde.

Como iniciativa importante nesta área, temos também a proposta do documento do *NHS England* de 2014 - *Five year forward view* -, que propõe uma “revolução da informação”, com acesso de **todos** os pacientes com doenças crônicas, nos próximos cinco anos, aos seus registros eletrônicos. Este relatório ressalta que nem todos os pacientes querem ser informados e participar das decisões sobre seu tratamento e preconiza o respeito às preferências e escolhas de cada indivíduo, mas considera que, como primeiro passo, seria necessário que as informações estivessem disponíveis para todos.

7.4 Os indicadores são extraídos dos questionários para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado em saúde

Para monitorar se o cuidado foi centrado no paciente nos serviços de saúde os governos desenvolveram indicadores, a partir dos questionários para avaliar a experiência dos

pacientes com o cuidado em saúde. As perguntas existentes nestes questionários foram muito semelhantes entre os países. Os elementos avaliados são comuns, como podemos observar no quadro 6. As perguntas sobre o tempo suficiente para a realização da consulta e se houve uma escuta cuidadosa por parte do profissional estão presentes nos questionários de todos os países e são também utilizadas pela OECD como indicadores para benchmarking entre os países para avaliar se cuidado está centrado no paciente.

7.5 O cuidado centrado no paciente no Brasil

No Brasil, algumas perguntas para monitorar o cuidado centrado no paciente estão incluídas nas avaliações da satisfação dos usuários para a área de atenção básica (PMAQ) e para a assistência hospitalar (PNASS). Porém, ao contrário dos outros países estudados, não houve uma continuidade na realização destas avaliações e nem a divulgação dos resultados ao longo do tempo.

O PNASS foi criado em 2004, a partir de um programa de 1998 (PNASH). Passaram-se dezessete anos e a avaliação foi retomada em 2015 e como nas edições anteriores não houve ao longo dos anos uma pesquisa contínua, com divulgação dos resultados para possibilitar o monitoramento.

O PMAQ, criado em 2011, deu início ao segundo ciclo em 2013 e encontra-se em andamento, não tendo sido publicados os resultados finais da pesquisa na área de satisfação dos usuários.

O programa Pacientes pela segurança do paciente, criado pela ANVISA, não teve continuidade.

Os princípios e diretrizes do SUS, regulamentados em 1990, já contemplavam os direitos dos usuários de participação e engajamento no seu cuidado. A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, definiu diretrizes e princípios que apresentam algumas semelhanças com as propostas para o cuidado centrado no paciente de outros países. Segundo Amaral e Leite, esta política “comandou a implantação de acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários no país”. A Política Nacional de Atenção Básica, na sua criação adotou estas diretrizes.

Os hospitais que passaram por um processo de acreditação, que não são mais de 4% do total dos hospitais do país, incorporaram os direitos dos pacientes e o monitoramento dos serviços como elemento dos seus planos estratégicos. No entanto, não houve o

desenvolvimento de estratégias de nível nacional, semelhantes às aquelas encontradas em outros países, para implantar o cuidado centrado no paciente na prática dos serviços.

7.6 Dificuldades e limitações do estudo

A pesquisa em documentos encontrados nos portais das organizações demandou um tempo longo, pois as informações não estavam disponíveis, na maioria das vezes, em documento único. Isso gerou a necessidade de analisar diversos programas e planos de governo e das ONG, em busca de informações que pudessem contribuir para esclarecer a maneira como o cuidado centrado no paciente se desenvolvia em cada país.

Outros países poderiam ter sido incluídos na pesquisa, com contextos do sistema de saúde diferente dos aqui apresentados, mas não houve tempo suficiente para esta inclusão, devido ao grande volume de informações encontradas nos quatro países selecionados.

Apesar destas dificuldades, o estudo alcançou o objetivo proposto, ao identificar e descrever as estratégias utilizadas nos diferentes países selecionados para implantar o cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde.

8. CONCLUSÃO

O cuidado centrado no paciente é um tema de relevância atual e tem importância fundamental na agenda dos governos para o planejamento de diretrizes futuras para os sistemas de saúde.

Em documento, ainda em consulta, a Organização Mundial de Saúde propõe objetivos estratégicos para a década de 2016/2026 para integração dos serviços de saúde dos diversos países, com a visão de colocar as pessoas e comunidades como elemento central destes serviços, respondendo às suas necessidades e preferências. A estratégia proposta é uma reorientação dos serviços de saúde, em países de todos os níveis de desenvolvimento, tornando os serviços responsivos e coordenados em torno das necessidades das pessoas e comunidades atendidas.

A OMS considera que esta estratégia tem potencial para gerar benefícios significativos, incluindo melhorar o acesso, melhorar os resultados clínicos, proporcionar o letramento em saúde e a autogestão da condição clínica pelo paciente, aumentar a satisfação dos pacientes com o cuidado, aumentar a satisfação dos profissionais com o trabalho e reduzir custos.

Foram propostos cinco objetivos estratégicos, sendo o primeiro emponderar e engajar os indivíduos, famílias e comunidades. O indicador proposto para avaliar o progresso neste objetivo estratégico é a proporção de países nos quais as pesquisas de satisfação dos pacientes são conduzidas com regularidade.

Ouvir e valorizar a opinião dos pacientes, entendendo o que eles experimentam e esperam dos serviços de saúde, adequando os serviços ao atendimento destas necessidades é o caminho do reconhecimento do cuidado centrado no paciente como elemento chave da melhoria da qualidade em saúde.

Considerando a realidade dos serviços de saúde no Brasil, é preciso destacar a importância de dar continuidade na realização de pesquisas de satisfação dos pacientes e divulgação dos resultados para a população.

Torna-se muito importante também neste contexto, onde existe uma carência de informação dos indivíduos sobre saúde e até mesmo sobre as formas de acesso aos serviços, a implantação de ações para promover o letramento em saúde da população.

A capacitação dos profissionais para o cuidado centrado no paciente é fundamental para atingir estes objetivos e deveria ser incluída na formação em áreas de saúde no Brasil.

Este estudo identificou um panorama das iniciativas e estratégias desenvolvidas em países que são referência em qualidade na área de saúde, esperando fornecer elementos para contribuir em futuras discussões sobre o planejamento da inclusão do cuidado centrado no paciente dos serviços de saúde no Brasil.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **QUALISS - Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – PNASS**. Brasília: ANVISA, 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/PNASS.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Rockville, 2015. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **National Strategy for Quality Improvement in Health Care: 2014 Annual Progress Report to Congress**. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/workingforquality/reports/annual-reports/nqs2014annlrpt.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)**. Rockville, [S.d.]a. Disponível em: <<https://cahps.ahrq.gov>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. **Patient Centered Medical Home**. Rockville, [S.d.]b. Disponível em: <<https://pcmh.ahrq.gov>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

AMARAL, L. R.; LEITE, L. S. A visão dos pacientes sobre o atendimento aos seus direitos no ambiente hospitalar. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 49-64, 2015. Disponível em: <<http://cbacred.tempsite.ws/ojs/index.php/Acred01/article/view/229/259>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **National Safety and Quality Health Service Standards**. Sydney: ACSQHC, 2012. Disponível em: <<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Patient-centred care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers**. Sydney: ACSQHC, 2011. Disponível em: <<http://www.safetyandquality.gov.au/implementation-toolkit-resource-portal/resources/additional-clinical-handover-resources/acsqhs-resources/Patient%20Centred%20Care%20Paper%20FINAL%20WEB%20VERSION.PDF>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Roles in realizing the Australian Charter of Healthcare Rights**. Sydney: ACSQHC, [2009?]. Disponível em: <<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Roles-in->>

Realising-the-Australian-Charter-of-Healthcare-Rights-PDF-1232-KB.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. [S.l], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.australia.gov.au/>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **A set of performance indicators across the health and aged care system.** [S.l: s.n.], 2008. Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442471955>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **National Health Performance Framework.** [S.l.], [S.d.]. Disponível em: <<http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569>>. Acesso em: 28 set. 2015.

BALOGH, E. et al. Patient-Centered Cancer Treatment Planning Improving the Quality of Oncology Care. **The Oncologist**, [S.l.], v. 16, n. 12, p. 1800-1805, 2011.

BERWICK, D. M. What “Patient-Centered” Should Mean: Confessions of An Extremist. **Health Affairs**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 555–565, 2009. Não paginado.

BRASIL. Lei nº 8.808, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 20 set. 1999. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CANADIAN FOUNDATION FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.cfhi-fcass.ca/>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.cihi.ca>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. Vancouver, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.cihc.ca/>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.patientsafetyinstitute.ca/>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

CAPRARA , A; RODRIGUES , J. A relação assimétrica médico-paciente:repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CARE QUALITY COMMISSION. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.cqc.org.uk/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. **Partnership for patients**. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://partnershipforpatients.cms.gov/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

CENTRO COLABORADOR PARA A QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS: Relatório final**. [S.l.: s.n.], 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ_2013.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. São Paulo: [S.d.]. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

CONILL, E. M. Os pontos positivos do sistema público de saúde canadense. **Revista Ser Médico**, São Paulo, v. 49, p. 13, 2009. Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=445>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 261–265, 2011.

DELBANCO, T. et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. **Health Expect**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 144–150, 2001.

DIGIOIA, A. et al. A patient-centered model to improve metrics without cost increase. **Journal of Nurse Administration**, Filadélfia, v. 40, n. 12, p. 540–546, 2010.

DOMINGUEZ, B. A reforma de Obama. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, v. 93, p. 10-11, 2010a.

DOMINGUEZ, B. Por dentro dos sistemas universais. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, v. 99, p. 11-13, 2010b. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_99.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, p. 1115–1118, 1990.

DWAMENA, F. et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 12, 2012. Não paginado. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract;jsessionid=F4C6CACAEA3CFC9C7E7194F6A2>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

EUROPEAN COMMISSION. **Eurobarometer qualitative study: Patient involvement**. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em:

<http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

FERNANDES, C. C. F. A Polêmica Questão do Seguro-Saúde nos Estados Unidos. **Cardiosource em português**, [S.l.], fev. 2010. Disponível em: <http://cientifico.cardiol.br/cardiosource2/noticias/int_noticia03.asp>. Acesso em: 8 fev. 2015.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FRAMPTON, S. et al. **Patient-centered care: Improvement guide**. Derby: Planetree; Camden: Picker Institute, 2008. Disponível em: <<http://planetree.org/wp-content/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

GOVERNMENT OF CANADA. **Canada's International Gateway**. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.canadainternational.gc.ca>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

GOVERNMENT OF EUA. **Hospital Compare**. Baltimore, [S.d.]a. Disponível em: <<http://www.medicare.gov/hospitalcompare>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

GOVERNMENT OF EUA. **Medicare.gov**. Baltimore: [S.d.]b. Disponível em: <<https://data.medicare.gov/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

HEALTH CANADA. **Pan-Canadian Health Human Resource Strategy: 2007/08 Report**. Ottawa: Health Canada, 2008. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2008-ar-ra-eng.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2016.

HEALTH CANADA. **Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice**. Ottawa, 2006. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2006-iecps-fipccp-workatel/index-eng.php>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

HEALTH CANADA. **A 10-year plan to strengthen health care**. Ottawa, 2004. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi-eng.php>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

HEALTH CANADA. **2003 First Ministers' Accord on health care renewal**. Ottawa, 2003. Disponível em: <<http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/cards-cartes/collaboration/2003-accord-eng.php>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

HEALTH CANADA. [S.l.], [S. d.]. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

HEALTH COUNCIL OF CANADA. **Turning what we know into action:** A commentary on the National Symposium on Patient Engagement. Toronto: Health Council of Canada, 2012. Disponível em: <http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=321>. Acesso em: 28 jun. 2015

HEALTH COUNCIL OF CANADA. **How engaged are Canadians in their Primary Care? Results from the 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.** Toronto: Health Council of Canada, 2011. Disponível em: <http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=186>. Acesso em: 30 jun. 2015.

HEALTH COUNCIL OF CANADA. Toronto, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.healthcouncilcanada.ca/>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

HEALTH FOUNDATION. [S.l], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

HEALTH FOUNDATION. **Person centred care resource centre.** [S.l]: [S.d.]. Disponível em: <<http://personcentredcare.health.org.uk/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

HOSPITAL CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTHCARE PROVIDERS AND SYSTEMS. **Hospital Survey (HCAHPS).** [S.l], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.hcahponline.org/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Cambridge, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.ihl.org/>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm:** A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press, 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027>. Acesso em: 15 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [S.l], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

JOINT COMMISSION. [S.l], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.jointcommission.org/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

JOHNSON, B. et al. **Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family - Centered Health Care System:** Recommendations and Promising Practices. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PartneringwithPatientsandFamiliesRecommendationsPromisingPractices.aspx>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

KAPLAN, G.; LOPEZ, M. H.; MCGINNIS, J. M. (Orgs.). **Transforming Health Care Scheduling and Access:** Getting to Now. Washington: National Academy Press, 2015.

KELLEY, E.; HURST, J. Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. **OECD Health Working Papers**, Paris, v. 23, p. 1-36, 2006. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

KITSON, A. et al. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. **Journal of Advanced Nursing**, [S.l.], v. 69, p. 4-15, 2013.

LINDAU, S. T. et al. Synthesis of Scientific Disciplines in Pursuit of Health:the Interactive Biopsychosocial Model. **Perspectives in Biology and Medicine**, [S.l.], v. 46, n. 3, p. 74–86, 2003.

MCCUTCHEON, A. K. et al. “**Conversation Ready**”: A Framework for Improving End-of-Life Care. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement, 2015. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ConversationReadyEndofLifeCare.aspx>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

MCMILLAN, S et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. **Medical Care Research and Review**, [S.l.], v. 70, n. 6, p. 567-596, 2013.

MEAD, N; BOWER, P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. **Patient education and counseling**, [S.l.], v. 48, n. 1, p. 51–61, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**: Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

NATIONAL HEALTH PRIORITY ACTION COUNCIL. **National Chronic Disease Strategy**. [S.l: s.n.], 2006. Disponível em: <www.health.gov.au/chronicdiseasestrategy>. Acesso em: 7 fev. 2015.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Five Year Forward View**. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **Health and Social Care Act 2012**. Norwich: The Stationery Office, 2012. Disponível em: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **The NHS Plan**: A plan for investment, a plan for reform. Norwich: The Stationery Office, 2000. Disponível em:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/dh_4002960>. Acesso em: 21 nov. 2014.

NATIONAL HEALTH SERVICE. **NHS Choices**. [S.l.], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.nhs.uk/>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Health People 2020**. Washington, 2014. Disponível em: <<http://www.healthypeople.gov/2020>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. [S.l.]: [S.d.]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

NATIONAL QUALITY FORUM. Washington, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.qualityforum.org/>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Priority Setting for Healthcare Performance Measurement: Addressing Performance Measure Gaps in Person-Centered Care and Outcomes**. Washington: National Quality Forum, 2014. Disponível em: <<http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=77423>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

NATIONAL STEERING COMMITTEE ON PATIENT SAFETY. **Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care**. Ottawa: [S.n.], 2002. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/building_a_safer_system_e.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

NHS ENGLAND. **Review of the Friends and Family Test**. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/fft-rev1.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

NHS ENGLAND. Redditch, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.england.nhs.uk/>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/152754755aab3d1e?projector=1>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

OLSSON, L.E. et al. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials – a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, [S.l.], v. 22, n. 23-24, p. 456–465, 2013.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT . Paris, 2015a. Disponível em: <<http://www.oecd.org>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT . **Australia**. Paris, 2015b. Disponível em: <<https://data.oecd.org/australia.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT . **Canada**. Paris, 2015c. Disponível em: < <https://data.oecd.org/canada.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT . **United States**. Paris, 2015d. Disponível em: <<https://data.oecd.org/united-states.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT . **United Kingdom**. Paris, 2015e. Disponível em: <<http://www.oecd.org/unitedkingdom/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health a glance 2013**. Paris, [S.d.]. Disponível em: <www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance>. Acesso em: 11 jul. 2014.

PATIENTS AS PARTNERS. [S.l.], [S.d.]. Disponível em: <<http://www.patientsaspartners.ca/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE. Washington, 2015a. Disponível em: <<http://www.pcori.org/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE. **How We're Funded**. Washington, 2015b. Disponível em: <http://www.pcori.org/about-us/annual-reports-and-financials/how-were-funded>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PATIENTS CANADA. Toronto, 2014. Disponível em: <<http://www.patientscanada.ca/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PLANETREE. Derby, 2014. Disponível em: <<http://planetree.org/>>. Acesso em: 24 jul. 2015.

PLANETREE AMÉRICA LATINA. Derby, [S.d.]. Disponível em: <http://www.healingenvironment.org/planetree/centros_designados.html>.

PICKER INSTITUTE EUROPE. Oxford, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.pickereurope.org/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

PIPER, D.; DUNBAR, N. Healthcare Rights: Will patients' rights be respected? In: AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Windows into Safety and Quality in Health Care 2008**. Sydney: ACSQHC, 2008. Disponível em: <<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2008/01/Windows-into-Safety-and-Quality-in-Health-Care-2008-FINAL.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. Ottawa, [S.d.]. Disponível em: < <http://www.phac-aspc.gc.ca/>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

RASMUSSEN,E.; JORGENSEN, K.; LEYSON, S. **Person-centred care**: Co-creating a healthcare sector for the future. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.dnv.com/binaries/PersonCentredCare_web_Final_tcm4-611086.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

ROMANOW, R. **Building on Values: The Future of Health Care in Canada**. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002. Disponível em: <http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SANTOS, M. C. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [S.l.], v. 28, n. 10, p. 47-57, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/3120>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SANTOS-FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar**: Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_5.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SÁ-SILVA, J.R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <<http://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

SCHOLLE, S.H. et al. **Engaging Patients and Families in the Medical Home**. Rockville: AHRQ, 2010. Disponível em: <<https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Engaging%20Patients%20and%20Families%20in%20the%20Medical%20Home.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Folheto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos HumanizaSUS, 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília: [S.d.]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SILVA, D. **Helping measure person-centred care**. Londres: Health Foundation, 2014. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SOUZA, P; MENDES,W. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

STARFIELD ,B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? **The Permanente Journal**, Portland, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SURVEY CO-ORDINATION CENTRE. **NHS Surveys**. Oxford, [S.d.]. Disponível em: <<http://www.nhssurveys.org/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E.. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100002>>. Acesso em: 13 set. 2015.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300017&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 set. 2015.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, v. 3, p. 17-24, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Geneva, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026: Executive Summary**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180984/1/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS

Estudo HCAHPS (Avaliação do Paciente Hospitalar relativamente aos Sistemas e Prestadores de Cuidados de Saúde)

INSTRUÇÕES DO ESTUDO

- ◆ Só deve preencher este estudo se for o paciente, durante a hospitalização, indicado na carta de apresentação. Não preencha este estudo se não for o paciente.
- ◆ Responda a todas as perguntas marcando o quadrado à esquerda da sua resposta.
- ◆ Por vezes vamos pedir-lhe que salte algumas perguntas deste estudo. Quando isto acontece, verá uma seta com uma observação que lhe indica qual a pergunta que deve responder a seguir, como por exemplo:
 - Sim
 - Não → *Se responder Não, vá para a Pergunta 1*

Poderá verificar a existência de um número no estudo. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu estudo, para que não lhe enviemos lembretes.

Nota: As perguntas 1 a 25 deste estudo fazem parte de uma iniciativa nacional que visa determinar a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais. OMB #0938-0981

Responda às perguntas deste estudo relativamente à hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

1. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o tratou com cortesia e respeito?

- 1 Nunca
2 Algumas vezes
3 Habitualmente
4 Sempre

2. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem o escutou atentamente?

- 1 Nunca
2 Algumas vezes
3 Habitualmente
4 Sempre

3. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal de enfermagem lhe explicou as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- 1 Nunca
2 Algumas vezes
3 Habitualmente
4 Sempre

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS

4. Durante esta hospitalização, quando pressionou o botão de chamada, com que frequência recebeu ajuda no momento em que queria?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre
⁹ Nunca pressionei o botão de chamada

OS CUIDADOS QUE RECEBEU DOS MÉDICOS

5. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o trataram com cortesia e respeito?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

6. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos o escutaram atentamente?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

7. Durante esta hospitalização, com que frequência os médicos lhe explicaram as coisas de uma forma que conseguisse entender?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

AMBIENTE HOSPITALAR

8. Durante esta hospitalização, com que frequência o seu quarto e sanitário foram mantidos limpos?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

9. Durante esta hospitalização, com que frequência a área próxima do seu quarto se manteve silenciosa durante a noite?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

A SUA EXPERIÊNCIA NESTE HOSPITAL

10. Durante esta hospitalização, necessitou de ajuda por parte do pessoal de enfermagem, ou de outro pessoal do hospital, para ir ao sanitário ou para usar uma arrastadeira (comadre)?

- ¹ Sim
² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 12

11. Com que frequência obteve ajuda para ir ao sanitário ou para usar a arrastadeira (comadre) logo que necessitava?

- ¹ Nunca
² Algumas vezes
³ Habitualmente
⁴ Sempre

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS

12. Durante esta hospitalização, necessitou de remédios para as dores?
- ¹ Sim
- ² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 15
13. Durante esta hospitalização, com que frequência a sua dor foi bem controlada?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
14. Durante esta hospitalização, com que frequência o pessoal do hospital fez tudo o que era possível para o ajudar a aliviar dor?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
15. Durante esta hospitalização, foi-lhe administrado algum remédio que nunca tivesse tomado anteriormente?
- ¹ Sim
- ² Não → Se responder Não, vá para a Pergunta 18
16. Antes de lhe administrarem um novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital lhe disse para que era o remédio?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
17. Antes de lhe administrarem qualquer novo remédio, com que frequência o pessoal do hospital descreveu os possíveis efeitos secundários (colaterais) de uma forma que conseguisse entender?
- ¹ Nunca
- ² Algumas vezes
- ³ Habitualmente
- ⁴ Sempre
- QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL**
18. Depois de ter tido alta do hospital, foi diretamente para a sua casa, para a casa de outra pessoa ou para outra instituição de cuidados de saúde?
- ¹ Própria casa
- ² Casa de outra pessoa
- ³ Outra instituição de cuidados de saúde facility → Se responder outra instituição, vá para a Pergunta 21
19. Durante esta hospitalização, os médicos, pessoal de enfermagem, ou outro pessoal do hospital, falaram-lhe sobre se teria a ajuda necessária após ter alta do hospital?
- ¹ Sim
- ² Não
20. Durante esta hospitalização recebeu informação, por escrito, referente a sintomas ou problemas de saúde aos quais deveria estar atento depois de ter alta do hospital?
- ¹ Sim
- ² Não

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO HOSPITAL

Responda às perguntas seguintes sobre a hospitalização indicada na carta de apresentação. Não inclua qualquer outra hospitalização nas suas respostas.

21. Usando um número de 0 a 10, em que 0 significa o pior hospital possível e 10 significa o melhor hospital possível, que número usaria para classificar este hospital durante a sua hospitalização?

- 0 O pior hospital possível
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10 O melhor hospital possível

22. Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?

- Definitivamente não
 Provavelmente não
 Provavelmente sim
 Definitivamente sim

ENTENDIMENTO DOS CUIDADOS PRESTADOS QUANDO TEVE ALTA DO HOSPITAL

23. Durante esta hospitalização, o pessoal tomou em consideração as minhas preferências, bem como as da minha família, ou do assistente de cuidados domiciliários (cuidador), na decisão sobre quais seriam as minhas necessidades de cuidados de saúde após ter alta.

- 1 Discordo totalmente
 2 Discordo
 3 Concordo
 4 Concordo totalmente

24. Quando tive alta do hospital, sabia bem as minhas responsabilidades quanto ao controle da minha saúde.

- 1 Discordo totalmente
 2 Discordo
 3 Concordo
 4 Concordo totalmente

25. Quando tive alta do hospital, sabia bem a razão por que iria tomar cada um dos meus remédios.

- 1 Discordo totalmente
 2 Discordo
 3 Concordo
 4 Concordo totalmente
 5 Não me foi dado qualquer remédio, quando tive alta do hospital

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS

A SEU RESPEITO

Faltam apenas algumas perguntas.

26. Durante esta hospitalização, foi admitido neste hospital através da Urgência (Emergência)?
- ¹ Sim
- ² Não
27. Em geral, como classificaria a sua saúde como um todo?
- ¹ Excelente
- ² Muito boa
- ³ Boa
- ⁴ Razoável
- ⁵ Fraca
28. Em geral, como classificaria a sua saúde mental ou emocional como um todo?
- ¹ Excelente
- ² Muito boa
- ³ Boa
- ⁴ Razoável
- ⁵ Fraca
29. Qual é o seu nível escolar?
- ¹ 8 anos de escolaridade ou menos
- ² Frequência do ensino secundário, sem receber o diploma
- ³ Diploma do ensino secundário ou equivalente (GED);
- ⁴ Frequência universitária ou curso universitário de 2 anos
- ⁵ Curso universitário de 4 anos
- ⁶ Curso universitário com duração superior a 4 anos
30. É de origem ou descendência espanhola, hispânica ou latina?
- ¹ Não, não sou de origem espanhola, hispânica ou latina
- ² Sim, de origem porto-riquenha
- ³ Sim, de origem mexicana, mexicana americana, chicana
- ⁴ Sim, de origem cubana
- ⁵ Sim, outra origem espanhola/hispânica/latina
31. Qual a sua raça? Escolha uma ou mais.
- ¹ Branca
- ² Negra ou afro-americana
- ³ Asiática
- ⁴ Nativa do Havai ou de outra Ilha do Pacífico
- ⁵ Índia americana ou nativa do Alasca
32. Qual é a língua mais falada em casa?
- ¹ Inglês
- ² Espanhol
- ³ Chinês
- ⁴ Russo
- ⁵ Vietnamita
- ⁶ Outra língua (escreva em letra maiúscula): _____

ANEXO 1 - Versão em português do questionário HCAHPS**OBRIGADO**

Devolva, por favor, este estudo depois de preenchido,
no envelope com porte pré-pago.

[NAME OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING HOSPITAL]

[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR OR SELF-ADMINISTERING
HOSPITAL]

As perguntas 1 a 22 e 26 a 32 são parte do Estudo sobre HCAHPS e são do governo norte-americano. Estas perguntas de HCAHPS são do domínio público e, por conseguinte, NÃO estão sujeitas às leis de direitos de autor dos EUA. As três perguntas referentes a Care Transitions Measure® (Perguntas 23-25) estão abrangidas pelos direitos de autor de The Care Transitions Program® (www.caretransitions.org).