



**PROQUALIS**  
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE

---

# Simplificando o cuidado centrado na pessoa

O que todos devem saber sobre o cuidado  
centrado na pessoa

**GUIA RÁPIDO**

## SOBRE A HEALTH FOUNDATION

A *Health Foundation* é uma instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido.

Estamos aqui para apoiar as pessoas que trabalham com o cuidado de saúde, seja na prática ou na formulação de políticas, para promover melhorias duradouras nos serviços de saúde.

Realizamos um trabalho de pesquisa e análise aprofundada das políticas, financiamos programas de melhoria para colocar ideias em prática no NHS, apoiamos e desenvolvemos lideranças e compartilhamos evidências para promover mudanças mais amplas.

Queremos que o Reino Unido tenha um sistema de saúde da maior qualidade possível — seguro, efetivo, centrado na pessoa, oportuno, eficiente e equitativo.

Publicado pela *The Health Foundation* em 2014 com o título

*Person-Centred care made simple*

© The Health Foundation 2014

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A *Health Foundation* permitiu a tradução deste material e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A *Health Foundation* não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Disponível em: <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>  
Person-Centred care made simple

**Proqualis | Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016**

**Coordenação Geral:** Margareth Crisóstomo Portela

**Revisão técnica:** Victor Grabois

**Revisão gramatical / Copidesque:** Infotags Desenvolvimento em Informática Ltda ME.

**Edição Executiva:** Alessandra dos Santos e Miguel Papi

**Tradução:** Diego Alfaro

Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada

## Sumário

Introdução .....	4
O que é o cuidado centrado na pessoa? .....	5
Por que o cuidado centrado na pessoa é tão importante? .....	7
Como foi desenvolvido o cuidado centrado na pessoa? .....	8
Como colocar em prática o cuidado centrado na pessoa? .....	9
Perguntas frequentes .....	13
Onde posso encontrar mais informações? .....	16
Referências .....	19

## Introdução

Os desafios que o NHS enfrenta são bem conhecidos. O número de idosos e pessoas que vivem com doenças e incapacidades crônicas está aumentando. Ao mesmo tempo, a pressão sobre o orçamento para os serviços sociais e de saúde aumenta cada vez mais. Para oferecer um cuidado de alta qualidade, que proporcione às pessoas a melhor qualidade de vida possível, precisamos repensar a relação entre as pessoas e os serviços que cuidam delas.

No cuidado centrado na pessoa, assistentes sociais e profissionais de saúde trabalham em conjunto com os usuários dos serviços. O cuidado centrado na pessoa auxilia estes usuários a desenvolverem os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é coordenado e adaptado às necessidades do indivíduo. Além disso, é fundamental assegurar que as pessoas sejam sempre tratadas com dignidade, compaixão e respeito.

Isso pode parecer evidente em qualquer forma de cuidado de saúde, mas não é o que habitualmente se

observa na prática. O cuidado de saúde é muitas vezes prestado “para” as pessoas, e não “com” elas. Além disso, há dificuldade em incluir os pacientes nas decisões e os objetivos deles são vistos apenas em termos de resultados clínicos específicos.

Para adotar o cuidado centrado na pessoa de forma rotineira, é preciso promover mudanças fundamentais na forma como os serviços são prestados, nos papéis das pessoas envolvidas — não apenas dos profissionais de saúde, mas também dos pacientes — e nas relações entre pacientes, equipes e profissionais de saúde. Embora seja um processo difícil, o cuidado centrado na pessoa já é prestado por um número modesto (embora crescente) de serviços, com resultados positivos. A mudança requer esforço, mas é certamente possível.

A proposta deste guia é apresentar um panorama geral do cuidado centrado na pessoa. Este material destina-se a qualquer pessoa interessada em saúde e no cuidado de saúde, incluindo os profissionais de saúde e os usuários do NHS.

## O que é o cuidado centrado na pessoa?

O termo “cuidado centrado na pessoa” é usado para se referir a muitos princípios e atividades diferentes, e não há consenso sobre sua definição. Em parte, isso ocorre porque o cuidado centrado na pessoa é uma área que surgiu há pouco tempo e está ainda em evolução. Além disso, se o cuidado é centrado na pessoa, sua forma depende das necessidades, das circunstâncias e das preferências do indivíduo que o recebe. O que é importante para uma pessoa pode ser desnecessário, ou até mesmo indesejável, para outra. O cuidado também pode mudar ao longo do tempo, à medida que as necessidades do indivíduo se alteram.

Em vez de oferecer uma definição concisa, porém inevitavelmente limitada, a *Health Foundation* identificou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa:<sup>\*</sup>

1. Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito.
2. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado.
3. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado.
4. Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena.

Figura 1: Os quatro princípios do cuidado centrado na pessoa



\* Para mais informações sobre estes princípios, consulte o artigo do Dr. Alf Collins para a *Health Foundation*, “*Measuring what really matters*”, disponível no sítio: [www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters](http://www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters)

Toda intervenção ou cuidado específico oferecido à pessoa deverá se pautar por esses princípios. Todo exemplo de cuidado centrado na pessoa, em qualquer experiência com o cuidado de saúde, envolverá uma combinação desses princípios.

Se a pessoa for altamente dependente (por exemplo,

se estiver inconsciente ou tiver algum tipo de incapacidade), será preciso, provavelmente, dar mais ênfase aos princípios de dignidade, compaixão e respeito, coordenação e personalização. Contudo, mesmo nesses casos, geralmente é possível praticar todos os quatro princípios em algum grau.

## Uma nova relação

O princípio da capacitação é um pouco diferente dos demais. Para um prestador de cuidado de saúde, é viável preservar os outros três princípios sem a contribuição do paciente. Os prestadores podem trabalhar em prol da população que atendem para assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade e recebam serviços mais coordenados e adaptados às suas necessidades.

Porém, para que o cuidado seja capacitante, a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes deve ser uma parceria, e não uma relação na qual o profissional é o especialista e o paciente apenas segue as suas

instruções. É preciso que os profissionais de saúde e os pacientes trabalhem juntos para:

- ▶ entender o que é importante para cada indivíduo;
- ▶ tomar decisões sobre seu cuidado e tratamento;
- ▶ identificar e atingir seus objetivos.

Os profissionais de saúde, os demais funcionários dos serviços sociais e de saúde, os trabalhadores de apoio e outros devem ajudar as pessoas a desenvolver os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam para participar plenamente dessa parceria.

## Terminologia

Como o conceito de cuidado centrado na pessoa é novo e ainda está sendo desenvolvido, você talvez se depare com uma série de outros termos que também são utilizados para indicar princípios e atividades semelhantes, como “cuidado centrado no paciente”, “personalização”, “cuidado centrado na relação” e, na Escócia, “mutualidade”.

Neste manual, usamos “cuidado centrado na pessoa”. Utilizamos o termo “pessoa” para enfatizar a abordagem holística para o cuidado, levando em conta a pessoa como um todo, sem um foco estreito na doença ou nos sintomas, mas considerando também suas preferências, seu bem-estar e o contexto social e cultural mais amplo.

## Por que o cuidado centrado na pessoa é tão importante?

Considerando-se a grande atenção dada atualmente às metas financeiras e de segurança, algumas pessoas poderiam questionar se o cuidado centrado na pessoa não seria apenas algo “bom de se ter”, mas não uma prioridade essencial — ou pelo menos uma prioridade secundária. No entanto, se invertermos esse pensamento de acordo com os quatro princípios apresentados acima (página 6), será que estamos dizendo que é aceitável que o cuidado de saúde:

- ▶ não ofereça dignidade, compaixão ou respeito às pessoas?
- ▶ seja mal coordenado?
- ▶ trate as pessoas como um conjunto de diagnósticos ou sintomas sem levar em conta suas necessidades emocionais, sociais e práticas, nem as de seus cuidadores?
- ▶ mantenha a dependência, de modo que os pacientes não reconheçam e não desenvolvam suas próprias aptidões e competências nem tenham uma vida independente e plena?

Obviamente, a maioria das pessoas responderia “não” a essas perguntas. Porém, além da evidente justificativa ética, também existem alguns motivos muito práticos para adotarmos o cuidado centrado na pessoa. Muitas pessoas querem ter um papel mais ativo no seu cuidado de saúde e existem cada vez mais evidências de que as abordagens centradas na pessoa, como as decisões compartilhadas e o apoio ao autocuidado, podem melhorar uma série de fatores, como a experiência vivida pelo paciente, a qualidade do cuidado e os resultados de saúde. Alguns exemplos:

- ▶ O apoio a pacientes com doenças crônicas, permitindo-lhes gerir sua própria saúde e cuidado, pode

melhorar os resultados clínicos<sup>1</sup>. Quando as pessoas têm um papel mais colaborativo na gestão da sua saúde e do seu cuidado, é menos provável que precisem utilizar serviços hospitalares de emergência<sup>2</sup>. A probabilidade de cumprirem os planos de tratamento<sup>3</sup> e de tomarem os remédios corretamente também aumenta<sup>4</sup>.

- ▶ Pacientes que contam com a oportunidade e com o apoio para tomarem decisões sobre seu cuidado e tratamento em parceria com os profissionais de saúde ficam mais satisfeitos com o cuidado<sup>5</sup>, são mais propensos a escolher tratamentos com base em seus valores e preferências (e não nos do médico<sup>6</sup>) e tendem a escolher tratamentos menos invasivos e caros<sup>7</sup>.
- ▶ Pacientes com mais conhecimentos, aptidões e confiança para gerir seu próprio cuidado de saúde são mais propensos a adotar comportamentos de saúde positivos e apresentam melhores resultados de saúde<sup>8</sup>.
- ▶ O cuidado centrado na pessoa também é bom para os profissionais de saúde. À medida que a participação do paciente aumenta, o desempenho e a motivação da equipe aumentam de forma correspondente<sup>9</sup>.

O cuidado centrado na pessoa também deve fazer com que os recursos investidos gerem maiores benefícios, pois assegura que os serviços se baseiem nas necessidades e preferências dos usuários, e não na conveniência dos prestadores.

O cuidado centrado na pessoa e, em especial, abordagens como o planejamento colaborativo do cuidado e do apoio e o apoio ao autocuidado (consulte a Seção 5) também podem ajudar os serviços a responder às necessidades do crescente número de pessoas que vivem com doenças crônicas.

## Como foi desenvolvido o cuidado centrado na pessoa?

O início dos anos 1960, o psicólogo Carl Rogers foi o primeiro a empregar o termo “centrado na pessoa” no âmbito da psicoterapia (ele já tinha utilizado o termo “centrado no cliente” nos anos 1950). Embora seu significado fosse diferente, em muitos aspectos, do conceito atual de “cuidado centrado na pessoa”, um elemento-chave comum às duas abordagens é a empatia, a disposição do profissional para suspender seu julgamento e considerar a perspectiva do usuário do serviço, o que Rogers chamou de “consideração positiva incondicional”.

No fim da década de 1970, o psiquiatra americano George Engel promoveu a passagem do modelo médico para um modelo biopsicossocial de saúde, modelo este bastante usado atualmente para explicar a mudança necessária para a prestação do cuidado centrado na pessoa.

Essas ideias começaram a se alinhar no âmbito da saúde na década de 1990, nos Estados Unidos, quando foi desenvolvido o Modelo de Cuidado à Doença Crônica para resolver as deficiências identificadas no apoio a pessoas com doenças de longa duração. Posteriormente, em 2001, o influente *Institute of Medicine* incluiu o “foco no paciente” como uma das seis dimensões da qualidade no cuidado de saúde<sup>10</sup>.

Ao longo da década seguinte, as ideias ligadas ao foco na pessoa começaram a surgir de forma cada vez mais regular nas políticas de saúde do Reino Unido. O Plano do NHS para o ano 2000 destacou a necessidade de personalização e coordenação<sup>11</sup>, enquanto o relatório Wanless, de 2002, enfatizava a capacitação e o empoderamento, tratando os pacientes como parceiros no cuidado<sup>12</sup>.

Em 2008, o relatório *High quality care for all* (“Cuidado de alta qualidade para todos”), de Lord Darzi, descreveu as mudanças nas expectativas do público diante dos serviços, incluindo a importância de que as pessoas fossem envolvidas nas decisões sobre seu cuidado<sup>13</sup>.

No ano seguinte, a primeira constituição do NHS na Inglaterra definiu o que as pessoas podiam esperar do NHS, reunindo todas essas declarações de intenções

num quadro de direitos. A constituição afirmou que “os serviços do NHS devem refletir as necessidades e as preferências dos pacientes, suas famílias e seus cuidadores. Os pacientes, além de sua família e cuidadores quando relevante, serão envolvidos e consultados em todas as decisões sobre seu cuidado e tratamento”. Essa posição foi reforçada nas versões subsequentes<sup>14</sup>.

Desde 2010, os inquéritos de Francis sobre as falhas no cuidado prestado no *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust* entre 2005 e 2009 recolocaram o cuidado centrado na pessoa no centro das atenções, com foco na dignidade, na compaixão e no respeito<sup>15</sup>. Posteriormente, em 2013, o Grupo Consultivo de Berwick defendeu um “maior envolvimento dos pacientes e seus cuidadores em todos os níveis dos serviços de saúde para proporcionar um cuidado de saúde seguro, significativo e apropriado”<sup>16</sup>.

Hoje, o cuidado centrado na pessoa também é fundamental para as políticas dos quatro países do Reino Unido. O *Health and Social Care Act* de 2012 impõe ao NHS da Inglaterra e aos compradores de cuidado de saúde (sigla em inglês: CCGs) a obrigação legal de envolver os pacientes no processo de cuidado<sup>17</sup>. O foco do programa Vision 2020, da Escócia, é o apoio ao autocuidado<sup>18</sup>. A estratégia de qualidade 2020 da Irlanda do Norte cita o “foco no paciente e no cliente” como uma de suas três áreas prioritárias<sup>19</sup>, enquanto o Livro Branco galês *The listening organisation* (“A organização que ouve”) se concentra exclusivamente em “assegurar que o cuidado prestado pelo NHS no País de Gales seja centrado na pessoa”<sup>20</sup>.

### Mais informações

A nossa linha do tempo interativa é um guia visual que percorre os principais eventos que contribuíram para o avanço em direção a serviços de saúde mais centrados na pessoa ao longo dos últimos 50 anos. Acesse a linha do tempo no sítio: [www.health.org.uk/pcctimeline](http://www.health.org.uk/pcctimeline)

## Como colocar em prática o cuidado centrado na pessoa?

Para tornar o cuidado de saúde mais centrado na pessoa, os serviços e os profissionais de saúde precisam estar abertos a uma ampla variedade de abordagens e iniciativas. Esta seção apresenta alguns exemplos do trabalho que está sendo feito, com o objetivo de inspirar e ajudar todos aqueles que pretendem colocar em prática o cuidado centrado na pessoa.

Esta seção inclui uma combinação de abordagens amplas, iniciativas específicas e métodos de melhoria da qualidade. Algumas dessas abordagens buscam melhorar o cuidado ou a experiência vivida por cada paciente, enquanto outras se concentram em tornar o cuidado mais centrado na pessoa no nível organizacional ou em um nível ainda mais amplo.

### Planejamento colaborativo do cuidado e do apoio

Uma forma de oferecer apoio a pessoas com doenças e incapacidades crônicas é trabalhar junto aos seus profissionais de saúde no planejamento do cuidado. Esse processo envolve examinar o que é importante para a pessoa, identificar o melhor tratamento, cuidado e apoio e ajudá-la a definir objetivos e a pensar nas ações necessárias para atingi-los.

A instituição filantrópica *National Voices* desenvolveu um guia interativo para os quatro estágios dessa abordagem:

- ▶ preparar-se para uma discussão;
- ▶ ter a discussão (com o parceiro do cuidado e do apoio);
- ▶ anotar os principais pontos discutidos;
- ▶ analisar.

#### Saiba mais

[www.nationalvoices.org.uk/what-care-and-support-planning](http://www.nationalvoices.org.uk/what-care-and-support-planning)

### Formulação conjunta baseada na experiência

Um método para melhorar as experiências vividas pelas pessoas no cuidado de saúde envolve coletar as experiências dos pacientes e dos profissionais e depois reunir estes para desenvolver melhorias nos serviços. Esse método baseado em evidências foi desenvolvido por acadêmicos do *King's College London* e testado em diversos países.

A abordagem ajuda os profissionais de saúde a reestruturar o seu trabalho, a enxergar as coisas do ponto

de vista dos pacientes e a trabalhar junto destes para identificar as mudanças, geralmente pequenas, que fazem uma grande diferença no modo como os pacientes vivenciam o cuidado.

#### Saiba mais:

[www.kingsfund.org.uk/ebcd](http://www.kingsfund.org.uk/ebcd)

## Olá, meu nome é...

Campanha nacional fundada por Kate Granger, uma médica com câncer terminal, para estimular todos os profissionais de saúde a dizerem seu nome e profissão quando se apresentam a um novo paciente. Kate afirma que “na minha opinião, esse é o primeiro passo para

que o cuidado de saúde seja prestado com compaixão”.

Saiba mais:

[www.hellomynameis.org.uk](http://www.hellomynameis.org.uk)

## House of Care

Modelo inspirado em boas práticas e evidências internacionais para mostrar que o planejamento efetivo do cuidado depende de quatro elementos principais no sistema de saúde local:

- ▶ – Os pacientes sentem que participam das decisões sobre seu tratamento e cuidado e são capazes de agir com base nessas decisões.
- ▶ – Os profissionais de saúde se comprometem a trabalhar em parceria com os pacientes.
- ▶ – Existem sistemas para organizar os recursos de forma efetiva.
- ▶ – Existe uma abordagem sistêmica para a contratação de serviços de saúde.

O *House of Care* ilustra a importância e a interdependência de cada elemento: se um elemento for defi-

ciente ou estiver ausente, a estrutura não será adequada para a sua finalidade. O modelo pode servir como:

- ▶ – uma lista de verificação, destacando os elementos que precisam estar presentes;
- ▶ – uma metáfora, enfatizando que o planejamento do cuidado e do apoio é complexo e que todos os componentes precisam estar presentes para que o cuidado seja bem sucedido;
- ▶ – um referencial flexível, guiando cada comunidade local para a construção de uma casa estável projetada em torno das suas necessidades.

Saiba mais:

<http://coalitionforcollaborativecare.org.uk/house-of-care>

## Cuidado centrado na pessoa e na família

Um processo de melhoria da qualidade centrado em dois aspectos paralelos do cuidado de saúde: os processos de cuidado (a forma como o cuidado é organizado) e as interações da equipe com pacientes e familiares (interações humanas).

Esta abordagem baseada em evidências incorpora o acompanhamento do trajeto seguido pelo paciente e o *feedback* deste, desenvolvendo uma visão comum daquela que seria a experiência ideal para o paciente e trabalhando por meio de melhorias individuais. Um

conjunto de ferramentas oferece estudos de caso, orientações para cada etapa e métodos de aprimoramento utilizados ao longo de todo o processo.

Saiba mais:

[www.kingsfund.org.uk/projects/PFCC](http://www.kingsfund.org.uk/projects/PFCC);  
[www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/family-patient-centred-care](http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/family-patient-centred-care)

## Orçamentos de saúde pessoais/individuais

Sistema que permite que as pessoas administrem seu cuidado da forma mais adequada. É utilizado na América do Norte, na Australásia, na Escandinávia e em boa parte da Europa Ocidental. O paciente e a sua equipe de saúde elaboram um plano que lhes ajuda a atingir seus objetivos. Em seguida, eles recebem um “orçamento” para gastar com o cuidado. Alguns recebem o valor diretamente, enquanto outros recebem um orçamento nominal ou um orçamento administrado por terceiros.

Os pacientes podem optar por gastar seu orçamento em coisas que melhoram sua saúde e bem-estar, mas

que geralmente não são consideradas como parte do cuidado de saúde, como a mensalidade de uma academia de ginástica ou um acompanhante para atividades pessoais.

Saiba mais:

[www.personalhealthbudgets.england.nhs.uk](http://www.personalhealthbudgets.england.nhs.uk); [www.selfdirectedsupportscotland.org.uk/directing-your-own-support](http://www.selfdirectedsupportscotland.org.uk/directing-your-own-support)

## Rondas de Schwartz

Abordagem concebida para ajudar os assistentes sociais e profissionais de saúde a desenvolver sua cultura organizacional e a apoiar outros profissionais, permitindo-lhes tempo para a reflexão e a troca de ideias.

Nas “rondas”, os profissionais reúnem-se para almoçar e depois examinam um evento ocorrido no local de trabalho, como algum incidente envolvendo um determinado paciente, ou discutem um tema do tipo “o que fazer quando as coisas não saem como planejado”, cujo foco normalmente são os aspectos não clínicos do cuidado. Uma equipe faz uma breve apresentação de sua experiência e depois os colegas trocam ideias e expe-

riências semelhantes. Esta discussão é moderada por facilitadores treinados.

Diversos benefícios foram documentados com o uso desta abordagem. Por exemplo, os membros da equipe demonstram maior empatia, tornando-se mais confiantes ao lidar com questões delicadas e com aspectos não clínicos do cuidado e mais abertos a expressar ideias, dúvidas e sentimentos.

Saiba mais:

[www.pointofcarefoundation.org.uk/schwartz-rounds](http://www.pointofcarefoundation.org.uk/schwartz-rounds)

## Apoio ao autocuidado

Abordagem sistêmica para permitir que pessoas com doenças crônicas administrem sua própria saúde no dia a dia. Diariamente, as pessoas que vivem com doenças crônicas tomam decisões e atitudes e administram uma grande variedade de fatores que contribuem para a sua saúde. O apoio ao autocuidado reconhece esse fato e estimula as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam.

Para pessoas com doenças crônicas, o apoio ao autocuidado pode incluir programas estruturados de educação em grupo, apoio personalizado para a gestão da saúde ou entrevistas motivacionais. Os profissionais de saúde também precisam desenvolver suas aptidões, conhecimentos e confiança para apoiar os pacientes — por exemplo, recebendo treinamento para a definição de programas e metas e para o acompanhamento das metas

definidas. Os serviços também precisam de uma organização diferente para assegurar que as pessoas realmente recebam o apoio de que precisam — por exemplo, modificando os sistemas de TI para que os pacientes recebam os resultados de exames antes da consulta seguinte.

## Tomada de decisões em conjunto

Processo colaborativo no qual um profissional de saúde apoia um paciente para que decida sobre um curso de ação específico — por exemplo, a estratégia utilizada para controlar a dor causada por artrite no joelho.

A conversa reúne os conhecimentos do profissional de saúde — como as opções terapêuticas, com seus riscos e benefícios — e as áreas que o paciente conhece melhor: suas preferências, circunstâncias pessoais e sociais, objetivos, valores e crenças.

A abordagem pode ser útil sempre que for preciso tomar uma decisão. Ela pode ajudar a preparar os pa-

## Quadros “O que importa para mim”

Quadros informativos colocados acima dos leitos para assegurar que todos saibam o que é mais importante para cada paciente. Os quadros magnéticos são usados para anotar as preferências e prioridades dos pacientes — por exemplo, se querem que seus amigos ou familiares estejam por perto, ou suas preferências sobre o alívio da dor, o sono ou as opções terapêuticas. Os quadros ajudam a compartilhar informações que nem sempre são incluídas nas passagens de caso e servem como um

Saiba mais:

<http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care/self-management-support>

cientes antes de uma consulta, estimulando-os a pensar sobre as perguntas que querem fazer. Costuma envolver materiais de apoio desenvolvidos para ajudar as pessoas a pesar suas opções, como recursos informativos, ferramentas e tabelas de apoio à decisão.

Saiba mais:

<http://personcentredcare.health.org.uk/person-centred-care/shared-decision-making>

assunto de conversa, ajudando os profissionais de saúde a conhecer melhor os pacientes.

Esse artifício foi desenvolvido como parte da estratégia de melhoria da qualidade do *Salford Royal NHS Foundation Trust* e são usados em todas as enfermarias do *Salford Royal Hospital*.

Saiba mais:

[www.srft.nhs.uk/about-us/quality/what-matters-to-me](http://www.srft.nhs.uk/about-us/quality/what-matters-to-me)

## Perguntas frequentes

### Que mudanças são possíveis com o cuidado centrado na pessoa?

O cuidado centrado na pessoa pode ser usado para melhorar qualquer aspecto do cuidado de saúde, desde a marcação de consultas até as decisões sobre cuidados paliativos. O cuidado centrado na pessoa tem sido utilizado para melhorar a qualidade do cuidado de saúde de uma série de formas, a saber:

- ▶ reduzir o número de queixas e melhorar o processo de internação numa unidade psiquiátrica protegida<sup>21</sup>;
- ▶ negociar um plano de tratamento para pessoas com problemas recorrentes de saúde mental, trabalhando com elas durante um período saudável para planejar como deve ser o tratamento quando sua capacidade de tomar decisões estiver reduzida<sup>22</sup>;
- ▶ apoiar pessoas com doenças como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), depressão e dor crônica, proporcionando um autocuidado mais efetivo por meio da educação estruturada, do treinamento de profissionais de saúde e da melhoria de processos organizacionais<sup>23</sup>;
- ▶ apoiar mulheres na decisão de se submeter a uma mastectomia ou a uma cirurgia com preservação da mama e homens com hipertrofia prostática na decisão de receber medicamentos, cirurgia ou fazer mudanças no estilo de vida<sup>24</sup>;
- ▶ permitir que pacientes em diálise executem o maior número possível dos 13 passos necessários para gerir seu próprio tratamento hospitalar, conforme se sintam confortáveis com eles<sup>25</sup>;
- ▶ apoiar usuários de serviços de saúde mental empregando trabalhadores de apoio (pessoas com vivência em problemas de saúde mental) como parte da equipe de saúde, a fim de proporcionar apoio prático, físico e emocional, contribuindo, assim, para uma redução significativa do tempo de internação das pessoas com quem trabalham<sup>26</sup>.

### O cuidado centrado na pessoa tem um custo acessível?

Qualquer sistema de saúde precisa assegurar que seus recursos sejam direcionados de forma a produzir resultados positivos. Isso é especialmente importante nas épocas de maior pressão sobre o orçamento. Adotando uma abordagem centrada na pessoa, os profissionais de saúde podem se assegurar de que não prescreverão medicamentos que os pacientes não vão tomar, não os encaminharão a serviços que não vão utilizar nem indicarão cirurgias que os pacientes prefeririam não fazer.

Em outras palavras, adotar qualquer curso de ação sem assegurar sua compatibilidade com as preferências

e prioridades do paciente é potencialmente uma perda de tempo e de recursos financeiros<sup>27</sup>.

Atualmente, 70% dos gastos com saúde são destinados ao tratamento de 18 milhões de pessoas que, estima-se, vivem com doenças crônicas no Reino Unido. Então, a verdadeira pergunta é: será que podemos nos dar ao luxo de deixar de investigar novas formas de organizar os serviços para fazer o melhor uso possível dos recursos? O cuidado centrado na pessoa assegura que os recursos sejam gastos no que realmente é importante para as pessoas.

## O cuidado centrado na pessoa poupa dinheiro?

Há evidências de que o cuidado centrado na pessoa gera economias e custos mais baixos no uso dos serviços. Por exemplo:

- ▶ quando as pessoas estão bem informadas, podem escolher tratamentos diferentes — em geral, tratamentos menos invasivos e mais baratos<sup>28, 29</sup>;
- ▶ pessoas que recebem apoio para gerir seu próprio cuidado de forma mais efetiva têm uma menor probabilidade de precisar utilizar serviços de emergência<sup>30</sup>;
- ▶ pessoas que participam das decisões sobre seu cuidado têm maior probabilidade de cumprir o plano terapêutico e de tomar seus remédios corretamente<sup>31</sup>.

O cuidado centrado na pessoa também pode ajudar a atender às demandas de saúde de uma população cada vez mais idosa e ao imenso crescimento das doenças crônicas. Muitas destas podem ser atenuadas com mudanças no estilo de vida, como uma dieta mais saudável. Tais mudanças, por sua própria natureza, só podem ser eficazes se o foco estiver naquilo que é importante para as pessoas.

Ao permitir que os pacientes façam escolhas com base no que desejam, o cuidado centrado na pessoa ajuda a oferecer um maior valor agregado, assegurando que as despesas sejam direcionadas àquilo que os pacientes mais valorizam.

## O cuidado centrado na pessoa leva mais tempo?

O cuidado centrado na pessoa não consiste num conjunto completo de ferramentas e atividades, e sim numa mentalidade que valoriza e apoia os pacientes como parceiros no próprio cuidado.

Abordagens simples como a campanha “Oi, meu nome é” — em que o profissional se apresenta ao paciente pelo nome — não tomam muito tempo, mas podem fazer uma grande diferença. Por outro lado, certas abordagens centradas na pessoa, como a tomada de de-

cisões em conjunto, podem levar mais tempo, a curto prazo, do que uma consulta típica. No entanto, se a consulta típica resultar na prescrição de um medicamento que a pessoa considere difícil de incorporar em sua rotina, resultando na falta de adesão ao tratamento, numa piora dos sintomas e num maior número de consultas futuras, nota-se que essa “perda de tempo” deixa de ser tão evidente.

## Como saber se o cuidado oferecido é centrado na pessoa?

Não existe uma solução única e padronizada para medir se o cuidado é centrado na pessoa\*. Como o cuidado centrado na pessoa é formado por uma combinação de atividades que dependem do paciente e da situação,

pode ser difícil tentar medi-lo. O que é centrado na pessoa para alguns, pode não o ser para outros.

Uma abordagem centrada na pessoa significa manter o foco nos elementos do cuidado, do apoio e do trata-

\* Nossa recente revisão de evidências, *Helping measure person-centred care, faz um resumo dos estudos que avaliaram em que medida o cuidado é centrado na pessoa, destacando as abordagens e as ferramentas geralmente utilizadas na medição* ([www.health.org.uk/helpingmeasurepcc](http://www.health.org.uk/helpingmeasurepcc)). Porém, esta é uma área em constante evolução, e o artigo de Alf Collins, *Measuring what really matters, explora o que precisa ser feito para que possamos desenvolver um sistema coerente de medição do cuidado centrado na pessoa* ([www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters](http://www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters)).

mento que mais importam para o paciente, sua família e seus cuidadores. Portanto, antes mesmo de pensar em medir, a prioridade é identificar o que é mais importante para eles, sem fazer suposições. Por exemplo, os dados organizacionais talvez mostrem que o tempo de espera dos pacientes ambulatoriais é muito longo, mas outras fontes podem revelar que os pacientes estão mais preocupados com a falta de informações durante a espera do que com a espera em si.

O ponto de partida é analisar uma experiência com o cuidado (como uma consulta ambulatorial ou uma

internação para uma cirurgia) com base nos quatro princípios descritos na Seção 2 e avaliar até que ponto eles estão sendo cumpridos. Isto requer uma série de informações, incluindo dados quantitativos e qualitativos, tais como históricos pessoais. Também é essencial monitorar e dar resposta aos mecanismos de retroalimentação, como as reclamações e as pesquisas com pacientes (retroalimentação local em tempo real e pesquisas nacionais), que andam lado a lado com a medição.

## Quais são as barreiras e os fatores facilitadores do cuidado centrado na pessoa?

Existem muitos fatores, em todos os níveis do sistema de saúde, que podem atuar como barreiras ou facilitadores do desenvolvimento e da incorporação do cuidado centrado na pessoa no sistema de saúde como um todo.

Em âmbito nacional existe uma série de mecanismos, tais como os sistemas de pagamento, que podem prejudicar ou contribuir para o cuidado centrado na pessoa. Dentro dos serviços de saúde, os processos e sistemas organizacionais também podem afetar as tentativas de implementá-lo. Por exemplo, será que os sistemas de TI podem ajudar os pacientes, enviando os resultados de exames e outras informações antes das consultas?

Num nível mais fundamental, a cultura organizacional pode ter uma grande influência sobre a motivação das equipes e dos indivíduos e sobre a sua capacidade de trabalhar com foco na pessoa. O apoio e o comprometimento por parte dos líderes seniores, atuando como defensores da mudança, podem ter um efeito poderoso. Estimular e capacitar as equipes para que transformem os serviços no nível local, sem impor soluções, e reunir um núcleo de profissionais para impulsionar as mudanças também podem ajudar muito.

Além disso, as características individuais de cada pessoa podem afetar seu desejo ou sua capacidade de se

envolver em seu próprio cuidado. Essas características incluem o contexto social e cultural, o estado de saúde, o tipo de doença e as crenças e preferências da pessoa. É importante levar esses fatores em conta ao desenvolver intervenções e abordagens.

Entre os profissionais de saúde, um obstáculo bastante comum é o fato de muitos acreditarem que o cuidado que oferecem já é centrado na pessoa. Porém, as evidências mostram que isso geralmente não é verdade<sup>32</sup>. Técnicas como a formulação conjunta baseada na experiência (página 18), o cuidado centrado na pessoa e na família (página 20) e o treinamento prático em apoio ao autocuidado e na tomada de decisões em conjunto (página 22) podem ajudar a abrir os olhos dos profissionais de saúde para a distância que existe entre o que acreditam ser a experiência dos pacientes e o que os pacientes afirmam vivenciar na realidade.

Em última análise, todos os níveis do sistema de saúde, incluindo as políticas locais e nacionais, a gestão e a liderança organizacional, os profissionais de saúde, os pacientes e os usuários do sistema têm um papel na criação das condições e das circunstâncias certas para que o cuidado centrado na pessoa possa florescer.

## Onde posso encontrar mais informações?

### 1000 Lives Plus

O programa de melhoria galês apoia pessoas e organizações para que ofereçam um cuidado de saúde com a melhor qualidade e segurança possível à população do

País de Gales.

[www.1000livesplus.wales.nhs.uk/pp-driven-care](http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/pp-driven-care)

### 6Cs

Iniciativa desenvolvida em resposta à estratégia e à visão do programa *Compassion in Practice*, promovido pelo *Chief Nursing Officer* da Inglaterra, com base nos “6Cs”:

- ▶ cuidado
- ▶ compaixão
- ▶ coragem
- ▶ compromisso
- ▶ competência
- ▶ comunicação<sup>33</sup>

O projeto *6Cs Live!* trabalha para promover essas seis áreas de ação, alinhando ferramentas, técnicas e exemplos de boas práticas e tornando-os facilmente acessíveis. Também promove um centro virtual de comunicação onde enfermeiros, enfermeiros obstetras e profissionais de saúde podem compartilhar conhecimentos e soluções para melhorar a qualidade do cuidado, aprimorar os serviços e comemorar seus êxitos.

[www.england.nhs.uk/nursingvision/6cslive](http://www.england.nhs.uk/nursingvision/6cslive)

### Coalition for Collaborative Care

Grupo de organizações dos setores da saúde, da assistência social e do voluntariado que trabalha para melhorar as relações entre as pessoas em suas interações diárias com o NHS e com os serviços de assistência

social, de forma que o cuidado e o apoio sejam organizados em torno do que seja mais importante para elas.

<http://coalitionforcollaborativecare.org.uk>

### Health Foundation

Instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido. A *Health Foundation* realiza um trabalho de pesquisa e avaliação, coloca ideias em prática no NHS

através de uma série de programas de melhoria, apoia e desenvolve lideranças e compartilha evidências para promover mudanças mais amplas.

[www.health.org.uk](http://www.health.org.uk)

## Centro de recursos da *Health Foundation* para o cuidado centrado na pessoa

Recurso online desenvolvido para ajudar os profissionais de saúde a implementar serviços de saúde mais centrados na pessoa. O centro de recursos oferece ferramentas, informações e outros materiais destinados a

capacitar as pessoas a gerir a sua própria saúde de forma mais efetiva e a tomar decisões bem embasadas sobre o seu cuidado de saúde.

<http://personcentredcare.health.org.uk>

## The King's Fund

Instituição filantrópica inglesa que procura entender de que maneira é possível melhorar o sistema de saúde, trabalhando com pessoas e organizações para conceber

políticas, transformar serviços e promover mudanças de comportamento.

[www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)

## National Voices

Coalisão nacional de instituições filantrópicas sociais e de saúde na Inglaterra. Trabalha para fortalecer a voz dos pacientes, usuários de serviços, cuidadores, fa-

mílias e organizações voluntárias que trabalham para eles.

[www.nationalvoices.org.uk](http://www.nationalvoices.org.uk)

## Picker Institute Europe

Organização sem fins lucrativos que produz e utiliza evidências para promover um cuidado de alta qualidade e uma melhoria das experiências vividas pelos pacientes. Suas atividades incluem desenvolver pesquisas

sobre as experiências dos pacientes, oferecer retroalimentação sobre médicos específicos e analisar as experiências vividas pelos pacientes.

[www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.org)

## Point of Care Foundation

Instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar as experiências vividas pelos pacientes no cuidado de saúde e aumentar o apoio às equipes que trabalham com eles. Oferece recursos e soluções práticas para organizações de cuidados sociais e de saúde,

incluindo treinamento e apoio para organizações que desejam organizar Rondas de Schwartz (página 20) e a formulação conjunta de projetos baseada na experiência (página 18).

[www.pointofcarefoundation.org.uk](http://www.pointofcarefoundation.org.uk)

## Year of Care

Iniciativa que pretende melhorar a qualidade do cuidado oferecido a pessoas com doenças crônicas. Seu foco é utilizar o planejamento do cuidado para tornar mais relevante e efetivo o contato entre pessoas com doenças crônicas e seus profissionais de saúde. Tam-

bém oferece orientações sobre como contratar uma maior variedade de serviços locais para apoiar pessoas com doenças crônicas na comunidade.

[www.yearofcare.co.uk](http://www.yearofcare.co.uk)

## Referências

1. De Silva D. *Helping people help themselves*. Londres: The Health Foundation, maio de 2011, p6. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves)
2. De Silva D. *Helping people help themselves*. Londres: The Health Foundation, maio de 2011. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves)
3. De Silva D. *Helping people share decision making*. Londres: The Health Foundation, julho de 2012. [www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)
4. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). *Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. NICE, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
5. De Silva D. *Helping people share decision making*. Londres: The Health Foundation, julho de 2012, p.9. [www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)
6. O'Connor AM, et al. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. *Health Affairs*, acesso exclusivo via web, 7 de outubro de 2004.
7. De Silva D. *Helping people share decision making*, The Health Foundation, junho de 2012, p.12. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves).  
Veja também evidências dos Estados Unidos que sugerem que o uso de ferramentas de apoio à decisão do paciente, utilizadas na tomada de decisões em conjunto, pode reduzir custos: Arterburn D, et al. Introducing decision aids at group health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Affairs*, 8 de fevereiro. 2013.
8. Hibbard J, Gilbert H. *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. The King's Fund, 2014.
9. The King's Fund. *Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can*. Londres: The King's Fund, 2012.
10. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
11. Department of Health. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*. Cm 4818-I. Norwich: HMSO, julho de 2000.
12. Wanless D. *Securing our future health: taking a long-term view*. Londres: HM Treasury, abril de 2002.
13. Darzi A. *High quality care for all: NHS next stage review final report*. Norwich: TSO, junho de 2008.
14. Department of Health. *The NHS Constitution for England*. Department of Health, 2013. [www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england](http://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england)
15. Francis R. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London: TSO, fevereiro de 2013. [www.midstaffspublicinquiry.com/report](http://www.midstaffspublicinquiry.com/report).
16. Berwick D. *A promise to learn – a commitment to act: Improving the safety of patients in England*. London: Williams Lea, agosto de 2013.
17. Health and Social Care Act 2012, section 13H.
18. NHS Scotland. *Everyone matters: 2020 workforce vision*. Edimburgo: APS Group Scotland, 2013.
19. Department of Health, Social Services and Public Safety. *Quality 2020: A 10-year strategy to protect and improve quality in health and social care*. Belfast: Department of Health, Social Services and Public Safety, novembro de 2011.
20. Williams A. *The listening organisation: Ensuring care is person-centred in NHS Wales*. Cardiff: 1000 Lives Plus, 2013.
21. The King's Fund. *Case study 1: Oxleas Mental Health Trust*. [www.kingsfund.org.uk/projects/ebcd/case-study-1-running-ebcd-mental-health-inpatient-service](http://www.kingsfund.org.uk/projects/ebcd/case-study-1-running-ebcd-mental-health-inpatient-service).  
Citado em Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ* 2014; 348.
22. CAMHS EBPU, *Closing the Gap through Changing Relationships*. London: The Health Foundation. [www.health.org.uk/media\\_manager/public/75/publications\\_pdfs/CAMHS\\_final%20report.pdf](http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/publications_pdfs/CAMHS_final%20report.pdf)
23. The Health Foundation. *Co-creating Health*. [www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/co-creating-health/sites](http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/co-creating-health/sites)
24. The Health Foundation. *MAGIC: Shared decision making*. [www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/shared-decision-making/the-programme](http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/shared-decision-making/the-programme)
25. The Health Foundation. *Enabling self-management and shared haemodialysis care in hospital based dialysis*. [www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/closing-the-gap-through-changing-relationships/related-projects/from-dependency-to-control-enabling-self-dialysis-in-hospital](http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/closing-the-gap-through-changing-relationships/related-projects/from-dependency-to-control-enabling-self-dialysis-in-hospital)

26. The Health Foundation. *Transforming the culture of mental health services through peer support*. [www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/closing-the-gap-through-changing-relationships/related-projects/transforming-the-culture-of-mental-health-services-through-peer-support](http://www.health.org.uk/areas-of-work/programmes/closing-the-gap-through-changing-relationships/related-projects/transforming-the-culture-of-mental-health-services-through-peer-support)
27. Trueman P, Taylor DG, Lawson K, Bligh A, Meszaros A, Wright D, et al. *Evaluation of the scale, causes and costs of waste medicines*. York Health Economics Consortium and The School of Pharmacy, University of London: York e Londres, 2010.  
Estima-se que, em 2009, cerca de 300 milhões de libras em medicamentos com prescrição médica não foram utilizados.
28. Coulter A, Collins A. *Making shared decision making a reality: No decision about me, without me*. King's Fund: Londres, 2011
29. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. *Patients' preferences matter: stop the silent misdiagnosis*. The King's Fund: Londres, 2012, pp11-12.
30. De Silva D. *Helping people help themselves*. Londres: The Health Foundation, Maio de 2011. [www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves](http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves)
31. De Silva D. *Helping people share decision making*. Londres: The Health Foundation, July 2012. [www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making](http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making)
32. King E, Taylor J, Williams R, Vanson T. *The MAGIC programme: evaluation*. The Health Foundation, abril de 2013. [www.health.org.uk/publications/the-magic-programme-evaluation/](http://www.health.org.uk/publications/the-magic-programme-evaluation/)
33. Commissioning Board Chief Nursing Officer and DH Chief Nursing Adviser. *Compassion in practice: nursing, midwifery and care staff, our vision and strategy*. Leeds: Department of Health/NHS Commissioning Board, dezembro de 2012. [www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf](http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf)