

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**MARIA FERNANDA MENDES TEDESCO**

**CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E SUA APLICABILIDADE EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

**São Paulo  
2019**

**MARIA FERNANDA MENDES TEDESCO**

**CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E SUA APLICABILIDADE EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laura Maria César Schiesari

**São Paulo**

**2019**

Tedesco, Maria Fernanda Mendes.

Cuidado centrado no paciente e sua aplicabilidade em um hospital público universitário / Maria Fernanda Mendes Tedesco. - 2019.

80 f.

Orientador: Laura Maria Cesar Schiesari.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde. 2. Hospitais universitários. 3. Cuidados médicos. I. Schiesari, Laura Maria Cesar. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 64.024.8

**MARIA FERNANDA MENDES TEDESCO**

**CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE E SUA APLICABILIDADE EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo da  
Fundação Getulio Vargas, como requisito para  
a obtenção do título de Mestre em Gestão para  
Competitividade

Área de concentração: Gestão em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Maria César  
Schiesari

Data da Aprovação

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Laura Maria César  
Schiesari - FGV- EAESP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ana Maria Malik - FGV- EAESP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ivana Lucia Pimentel de Siqueira -  
HSL

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a minha mãe que sempre me impulsionou a alcançar voos inimagináveis, aos meus irmãos que sempre estiveram comigo, e em especial ao meu marido e companheiro Fábio Tedesco que me apoiou durante todo o curso, e sempre acreditou que eu conseguiria chegar a essa etapa da vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer todos os dias e me ajudar a superar todos os obstáculos que a vida nos proporciona.

A minha mãe e meus irmãos por me acompanharem nessa jornada e me apoiarem em todos os momentos difíceis.

Ao meu marido Fábio Tedesco que me impulsiona, cuida de mim e sempre está ao meu lado em todos os momentos de alegria e dificuldades presentes em minha vida, me apoiando e me fortalecendo para seguir em frente e nunca desistir! Te amo muito e tudo fica mais leve ao seu lado, obrigada por ser esse ser humano fantástico e tão especial em minha vida, essa conquista é nossa!

A toda equipe da FGV do curso de Mestrado de Gestão de Competitividade que indiscutivelmente faz um brilhante trabalho para que o curso aconteça, em especial a Coordenadora e Professora Dr<sup>a</sup> Ana Maria Malik, que esteve presente durante todo o curso, nos apoiando e sempre preocupada com nossas expectativas. Obrigada por todo seu apoio e dedicação a esse curso, sem dúvidas faz toda a diferença!

A minha admirável orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Laura Maria César Schiesari, que foi a principal responsável pela elaboração e finalização desse trabalho, compartilhando todo o seu enorme conhecimento da melhor maneira possível. Obrigada professora por me impulsionar e ser tão acolhedora em um dos momentos mais difíceis de minha vida, jamais me esquecerei!

A diretoria do Instituto Central do Hospital das Clínicas, por aceitar participar desse trabalho, e proporcionar uma reflexão tão importante para a área da saúde hospitalar.

A toda diretoria de enfermagem, em especial Maria Cristina Peres Braido Francisco, por me inspirar diariamente e me apoiar na execução desse trabalho.

A Carmem Mohamad Rida Saleh, diretora do Serviço de Educação Permanente, por me orientar e auxiliar para aprovação desse projeto e em especial Maria Elisângela de Vasconcelos Augusto pela paciência, dedicação e por me ouvir em todos os meus momentos de aflição!

A todos meus colegas da turma pela parceria e amizade construída durante todo o curso, os levarei por toda a minha vida!

## RESUMO

O cuidado centrado no paciente reconhece e valoriza os diferentes sujeitos oferecendo uma assistência individualizada, integral e humanizada, sintetizando o acolhimento. Envolve pacientes, equipe multiprofissional e gestores. Não existe um consenso ou uma única definição sobre o cuidado centrado no paciente, porém, todos os dados encontrados na literatura convergem para o envolvimento e participação do paciente, familiares e equipe de saúde de forma conveniente e equilibrada, a fim de tornar a assistência mais segura e com melhor qualidade. O objetivo do trabalho é avaliar a percepção dos gestores a respeito da aplicabilidade do cuidado centrado no paciente em organização hospitalar pública universitária. Estudo qualitativo e exploratório desenvolvido a partir de entrevistas com gestores da alta liderança de um hospital público, universitário e terciário. O estudo mostrou que os gestores consideraram não ser possível neste momento implantar o modelo centrado no paciente, dadas às barreiras existentes, muito embora já tenham sido observadas algumas mudanças, como a equipe multiprofissional começando a ter o seu papel reconhecido e valorizado, principalmente com a acreditação. O avanço da proposta requer mudança da cultura organizacional, o que depende de intencionalidade da direção, com envolvimento das lideranças de todas as profissões envolvidas no cuidado. Trata-se de processo longo e gradual, que requer esforços sistemáticos e concentrados no atingimento deste objetivo. As entrevistas revelaram muitos pontos em comum entre as respostas, mesmo que de diferentes áreas de atuação, os gestores compartilharam ideias semelhantes sobre o tema. Apesar de o hospital estar caminhando em direção a este objetivo, muitos são os desafios, como falta de recursos humanos, qualificação do colaborador, escassos recursos financeiros e mudança da cultura institucional. Para avançar rumo ao cuidado centrado é necessário que o trabalho seja de fato em equipe e que os profissionais tenham condições adequadas para desempenhar plenamente sua função no atendimento e que pacientes sejam protagonistas de seus cuidados em saúde.

Descritores: cuidado centrado no paciente, hospital, humanização, segurança do paciente.

## ABSTRACT

Patient centered care recognizes and values the different subjects offering individualized, comprehensive and humanized care, synthesizing the reception. It involves patients, multiprofessional team and managers. There is no consensus or single definition on patient centered care, however, all data found in the literature converge into the involvement and participation of the patient, family, and health team in a convenient and balanced manner, in order to make care safer and with better quality. The objective of this study is to evaluate the perception of managers regarding the applicability of the patient centered care model at an university public hospital. This is a qualitative and exploratory study using interviews with senior managers of the hospital. The study showed that managers considered that it was not possible at that moment to implement the patient centered model, given the existing barriers. However, some changes were already observed, such as the recognition of the role of the multiprofessional team began, mainly with accreditation. It is also important to change the culture, which depends on the intentionality of the direction, with involvement of the leaderships of all the professions involved in the patient care. It is a long and gradual process that requires systematic and concentrated efforts to achieve this goal. The interviews revealed many points in common, evidencing that managers shared similar ideas on the subject. Although the hospital is moving towards this goal, there are still many challenges such as lack of human resources, employee qualification, scarce financial resources and institutional culture. In order to move towards patient centered care, it will be necessary to develop teamwork and to provide adequate conditions so that professionals can fulfill their roles in care and patients are able to carry out their own care.

Keywords: patient centered care, hospital, humanized care, patient safety

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Organograma da estrutura organizacional do HCFMUSP ..... 35

Figura 2. Estrutura funcional descentralizada do HCFMUSP ..... 36

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Percepção dos respondentes sobre o modelo assistencial do hospital. ....	44
Quadro 2. Percepção dos respondentes sobre a equipe multiprofissional. ....	46
Quadro 3. Percepção dos respondentes sobre o cuidado centrado no paciente. ....	46
Quadro 4. Pontos relevantes sobre a humanização no atendimento hospitalar. ....	49
Quadro 5. Percepção dos respondentes sobre os desafios da implantação do cuidado centrado no paciente. ....	55
Quadro 6. Percepção dos respondentes sobre os benefícios da implantação do cuidado centrado no paciente. ....	59

## LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPPesq	Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMUSP
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CTH	Câmaras Técnicas de Humanização
EUA	Estados Unidos da América
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GAMIA	Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HAC	Hospital Auxiliar de Cotoxó
HAS	Hospital Auxiliar de Suzano
HC	Hospital das Clínicas
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
ICr	Instituto da Criança
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IMRea	Instituto de Reabilitação
InCor	Instituto do Coração
InRad	Instituto de Radiologia

IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IOT	Instituto de Ortopedia
IPq	Instituto de Psiquiatria
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
LIM	Laboratórios de Investigação Médica
NADI	Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar
NAVIS	Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG	Organização Não Governamental
PAMB	Prédio dos Ambulatórios
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
POP	Procedimento Operacional Padrão
QUALISS	Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UFAR	Unidade de Farmacotécnica Hospitalar

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVO.....	15
3 JUSTIFICATIVA.....	16
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
4.1 Histórico.....	17
4.2 Cuidado centrado no paciente .....	19
4.3 Cuidado centrado no paciente no mundo .....	20
4.4 Cuidado centrado no Brasil: elementos iniciais .....	23
4.5 Empoderamento e Educação de pacientes e familiares .....	28
4.6 <i>Triple Aim</i> .....	30
4.7 Experiência do Paciente .....	31
5 METODOLOGIA .....	34
5.1 Desenho de estudo.....	34
5.2 Caracterização do serviço.....	34
5.2.1 Iniciativas no Instituto Central do Hospital das Clínicas .....	37
5.3 Caracterização da amostra.....	40
5.4 Procedimentos do estudo.....	40
5.5 Aspectos éticos.....	42
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	65
9 REFERÊNCIAS .....	66
ANEXO I - Questionário.....	74
ANEXO II – Aprovação do projeto de pesquisa.....	75
ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	77

## 1 INTRODUÇÃO

A humanização do atendimento é um tema relevante e atual, tendo em vista a importância de promover um cuidado que proporcione maior satisfação e conforto, não focando somente na doença, mas no ser humano de uma forma geral, incluindo todos os aspectos que envolvem o paciente no seu processo de saúde-doença. Uma maneira de alcançá-la é o cuidado centrado no paciente, muitas vezes descrito como medicina centrada no paciente ou cuidado centrado no paciente e família (RAWSON; MORETZ, 2016).

Não há consenso na sua definição (HANNA, 2010; PROQUALIS, 2014), mas a *Health Foundation*, instituição filantrópica independente que trabalha para melhorar a qualidade do cuidado em saúde no Reino Unido, identificou três princípios: assegurar que os pacientes sejam tratados com dignidade, compaixão e respeito; oferecer cuidado, apoio ou tratamento coordenado e personalizado; e apoiar os pacientes para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (COLLINS, 2014). Segundo Carl Rogers (1977, p. 165; 171-172; 174 apud FONSECA 2009):

“A vida plena [...] é o processo do movimento numa direção que o organismo humano seleciona quando é interiormente livre”. “Este processo implica a expansão e a maturação de todas as potencialidades de uma pessoa. Implica a coragem de ser. Significa que se mergulha em cheio na corrente da vida”. “A pessoa que funciona plenamente [...] não apenas experimenta, mas utiliza a maior liberdade e quanto mais a pessoa viver uma vida plena, mais experimentará a liberdade de escolha e mais a sua escolha se traduzirá eficazmente no seu comportamento”.

No modelo tradicional "centrado na doença", o paciente e suas necessidades têm papel passivo e o médico passa a ser o detentor de toda a expertise e conhecimento (CAVALHEIRO, 2009). Considerando a doença e o doente, esse tipo de cuidado é mais abrangente, pois busca entender as necessidades e desejos do paciente e não se restringe somente à doença (BENSING, 2000). O paciente é um participante ativo, corresponsável por seu tratamento, a decisão deve ser compartilhada entre equipe de saúde, pacientes e familiares (EPSTEIN, 2000).

Avedis Donabedian (1990 apud GOMES; JUNIOR, 2017, p. 24), principal autor a sistematizar os conhecimentos sobre a avaliação da qualidade em saúde, propôs uma forma de se compreender a qualidade através de seus sete atributos, dentre eles a aceitabilidade, que pressupõe considerar os desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias em conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, a relação paciente-praticante, as amenidades, isto é, aspectos considerados periféricos, não diretamente relacionados à qualidade técnica, mas que podem aumentar o bem estar de profissionais e usuários, como, por exemplo, condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre (SILVA, 2009), os efeitos do cuidado e o custo do atendimento.

Para que o paciente esteja de fato no centro e possa participar ativamente do seu próprio cuidado, é essencial que tenha acesso às informações necessárias para seu tratamento e ainda para aderir a hábitos saudáveis. Neste cenário a educação em saúde do paciente tem papel fundamental, reforçando o engajamento e parceria com pacientes e familiares. Para Alvarenga (2017), profissional à frente de várias importantes iniciativas de Experiência do Paciente no Brasil, “durante muito tempo, a maioria dos pacientes assumiu uma postura passiva em relação ao tratamento”, o que “ocorria tanto pelo acesso limitado às informações que os pacientes tinham quanto pela atitude paternalista dos profissionais de saúde, que controlavam tudo o que deveria ser feito, muitas vezes sem o envolvimento do paciente nas decisões do cuidado” (ALVARENGA; BAIA, 2017).

Segundo a enfermeira Baia (2017) “pacientes engajados e questionadores assumem progressivamente o protagonismo de seu cuidado, e nós da área da saúde temos que oferecer ao máximo mecanismos que propiciem a eles esse papel”. Essa ideia reforça a importância da educação em saúde e o papel fundamental da equipe no fornecimento das informações de fácil entendimento para o paciente para que ele consiga exercer o seu papel de protagonista (ALVARENGA; BAIA, 2017).

## **2 OBJETIVO**

Identificar a percepção da alta direção sobre a assistência baseada no cuidado centrado no paciente em hospital público universitário de grande porte.

### **3 JUSTIFICATIVA**

O cuidado centrado no paciente não possui definição única, e vem sendo tratado de diferentes formas, porém, o ponto central é envolver o paciente no seu cuidado, por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado, mediante tomada de decisão compartilhada, a fim de tornar a assistência mais segura e com melhor qualidade.

Colocar o paciente no centro do cuidado é tendência mundial, pois os usuários dos serviços de saúde estão a cada dia mais exigentes e cientes de seus direitos, ao mesmo tempo em que os sistemas de saúde estão buscando cada vez mais minimizar riscos, sendo que pacientes ativos e participativos contribuem para tornar o cuidado mais seguro.

Trata-se de tema relevante para a melhoria do cuidado em saúde, sobretudo na organização na qual o estudo será realizado, hospital prestador de cuidado de alta complexidade e formador de importante contingente de profissionais de saúde no país, o que torna a proposta ainda mais inovadora.

O Instituto Central (IHC) recentemente conquistou a certificação de Acreditado Pleno nível 2 pela ONA. Esta iniciativa poderá apoiar o alcance deste objetivo, por meio da promoção da discussão e reflexão sobre o tema, sobretudo considerando que o manual de 2018 tem o cuidado centrado no paciente como um de seus fundamentos.

O interesse pelo tema parte da consideração que para tornar o cuidado centrado no paciente, as organizações e os profissionais de saúde precisam estar abertos a uma ampla variedade de abordagens e iniciativas. Esse trabalho é uma oportunidade para promover essa discussão e refletir sobre o assunto.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Histórico

Entre 1940 e 1951, Carl Ransom Rogers (1902-1987), psicoterapeuta norte americano, foi o primeiro a utilizar o termo *patient-centered* ao desenvolver uma proposta de "terapia centrada no cliente", que posteriormente foi modificada para "abordagem centrada na pessoa" (MOREIRA, 2010; GOMES e JUNIOR, 2017). Definiu como uma abordagem aplicável não somente na clínica, mas em qualquer espaço em que as relações humanas ocorram (TELLES; BORIS; MOREIRA, 2014).

O conceito de “medicina centrada no paciente” foi descrito na literatura médica em 1955 por Balint, que propunha a atenção às necessidades individuais de cada paciente, em contraste com a “medicina centrada na doença” (DWAMENA *et al*, 2012; CAVALHEIRO, 2009).

Desde 1978, o *Planetree*, uma organização sem fins lucrativos, definiu o que é uma organização centrada no paciente, por possuir métodos pioneiros para personalização, humanização e desmistificação da experiência do cuidado aos pacientes, residentes e seus familiares (PLANETREE, 2016).

Hoje, o *Planetree* é internacionalmente reconhecido como inovador em práticas centradas nos pacientes e criou seu próprio modelo de assistência centrada no paciente, utilizado em mais de 500 hospitais, instituições de longa permanência, hospitais de saúde comportamental, centros ambulatoriais, centros de saúde, farmácias e bibliotecas de ciências da saúde (PLANETREE, 2016).

O programa *Planetree* foi criado para reconhecer serviços de saúde em todo mundo que adotam e implementam o cuidado centrado no paciente de modo compreensivo. Desde sua fundação identificou elementos principais considerados essenciais para uma prática efetiva de assistência centrada no paciente (PLANETREE, 2016). São eles:

- ✓ Paciente é um indivíduo para ser cuidado, não uma condição médica a ser tratada.
- ✓ Cada paciente é único e tem necessidades diferentes.
- ✓ Pacientes são parceiros e têm o conhecimento e expertise necessária para seu cuidado.

- ✓ Os familiares e amigos dos pacientes também são parceiros.
- ✓ O acesso a informações claras de saúde é essencial para incentivar os pacientes a participar de seu cuidado e as organizações centradas no paciente têm a responsabilidade de disponibilizar acesso a essas informações.
- ✓ A oportunidade de decidir é essencial para o bem estar dos pacientes e as organizações centradas no paciente têm a responsabilidade de maximizar essas oportunidades de escolhas e respeitá-las.
- ✓ Cada membro da organização é um cuidador que tem o papel de suprir as necessidades de cada paciente. Os colaboradores podem conhecer as necessidades de modo mais eficaz se a organização oferecer suporte para atingirem suas inspirações profissionais.
- ✓ O cuidado centrado no paciente é a chave para um sistema de assistência à saúde de alta qualidade e uma base necessária para a assistência segura, efetiva, eficiente, conveniente e equilibrada.

Em 1994 foi fundado o *Picker Institute*, uma organização não governamental (ONG) dedicada a promover o avanço dos cuidados centrados no paciente e a melhora da experiência e interação do paciente com os prestadores de cuidados de saúde. Foi pioneira no uso de dados científicos sobre o assunto para educar as equipes de saúde dos hospitais sobre como melhorar os serviços aos pacientes na perspectiva dos mesmos (FRAMPTON *et al.*, 2008).

Publicou um guia definindo oito aspectos principais para o cuidado centrado no paciente: respeito pelos valores e preferências dos pacientes; coordenação e integração dos cuidados; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional e alívio do medo e da ansiedade; envolvimento da família e dos amigos; continuidade do cuidado e acesso aos cuidados (FRAMPTON *et al.*, 2008).

Após a publicação do IOM, o cuidado centrado no paciente passou a ser considerado um atributo da qualidade em saúde. Para sua concretização, é fundamental estabelecer uma parceria entre profissionais e pacientes a fim de garantir que o cuidado respeite suas necessidades e preferências individuais para que seus valores possam orientar as decisões clínicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

## 4.2 Cuidado centrado no paciente

Nos últimos 30 anos, surgiu na literatura abordagem dos “cuidados centrados no paciente”. Apesar da popularidade do conceito, há pouco consenso quanto ao seu significado. Edith Balint (1969) descreve a medicina centrada no paciente como "entender o paciente como um ser humano único" enquanto para Byrne e Long (1976) diz representar um estilo de consulta onde o médico utiliza o conhecimento e experiência do paciente para guiar a interação (apud, MEAD; BOWER 2000).

Para McWhinney (1989), “o médico tenta entrar no mundo do paciente, para ver a doença através dos seus olhos”. Dar informações aos pacientes e envolvê-los na tomada de decisão também foram destacadas como estratégias para o cuidado centrado no paciente por Cliord (1996); Farmer (1996); Grol (1990); Lipkin (1984); de Maeseneer (1990); Mokkink (1990); Murrell (1996); Napodano (1984); Quill (1984); Whiteldel (1990); Winefield (1996), conforme citado por Mead e Bower (2000).

Para Laine e Davidoff (1996), cuidado centrado no paciente é “estritamente congruente e responsivo a desejos, necessidades e preferências dos pacientes”. A descrição mais abrangente foi fornecida por Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam e Freeman (1995a) cujo modelo de método clínico centrado no paciente identificou seis componentes interligados (apud, MEAD; BOWER 2000, tradução nossa):

1. Considerar a doença e a experiência da doença, ou seja, o impacto que esta pode causar na vida do paciente, como cada um lida com o seu diagnóstico;
2. Compreensão do paciente como um todo, de forma holística, favorecendo o processo de cuidado humanizado;
3. A gestão deve priorizar sempre o paciente e desta forma envolver todos em seu cuidado;
4. Incorporação de prevenção e promoção da saúde;
5. Melhorar a relação médico-paciente;
6. Ser realista em relação às limitações pessoais e questões como a disponibilidade de tempo e recursos.

O termo “cuidado centrado na pessoa” também é utilizado como sinônimo de cuidado centrado no paciente para definir uma abordagem de orientação, suporte e informações necessários para que as pessoas tenham condições de tomar decisões sobre sua própria saúde e gerenciar seu tratamento (SILVA, 2014). 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 (PROQUALIS, 2014).

Ao invés de oferecer uma definição concisa, porém inevitavelmente limitada, Dr. Alf Collins da *Health Foundation*, em seu artigo “*Measuring what really matters*”, identificou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa (PROQUALIS, 2014):

1. Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito;
2. Oferecer cuidado, apoio ou tratamento coordenado;
3. Oferecer 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.

O *Picker Institute* traz definição mais abrangente:

Nos termos mais amplos, o cuidado centrado no paciente é aquele cuidado gerado em torno dele. É um modelo onde a equipe de saúde se associa com o próprio paciente e familiar para identificar e satisfazer todas as suas necessidades e preferências. Um dos focos do cuidado centrado no paciente é a equipe. Para o sucesso desse modelo também é importante abordar a experiência da equipe, pois a sua capacidade e o envolvimento para cuidar dos pacientes está diretamente relacionado também a valorização dos mesmos dentro do ambiente hospitalar (FRAMPTON *et al.*, 2008, tradução nossa).

### **4.3 Cuidado centrado no paciente no mundo**

Austrália, Canadá, EUA e Inglaterra são exemplos de países que apresentam propostas de ações para melhoria da qualidade em saúde. O cuidado centrado no paciente está incluído nas estratégias de governo para a área da qualidade. A forma de avaliação deste atributo nestes países é semelhante, baseada em pesquisa de satisfação do paciente gerando indicadores de monitoramento da experiência da população com os serviços.

Na Austrália o cuidado centrado no paciente foi incluído em planos e programas específicos do governo para a atenção básica, saúde mental, doenças crônicas e atenção farmacêutica conforme *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, (2012). A reforma do sistema de saúde foi realizada em 2010 e considerou a experiência vivenciada pelos pacientes como um dos itens importantes para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (GOMES; JUNIOR, 2017).

De acordo com *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2008), a participação e o envolvimento dos pacientes no seu cuidado foram definidos como um direito dos indivíduos. O Estatuto dos Direitos dos Pacientes e Consumidores, criado em 2008, estabeleceu como direitos do paciente ter um papel ativo em seu tratamento e participar tão plenamente quanto desejar nas decisões sobre seus cuidados.

Segundo Romanow (2002) em 2001 foi criada no Canadá a comissão - *The Commission on the Future of Health Care in Canada* que publicou relatório que inclui o cuidado centrado no paciente como um dos eixos das reformas. Uma das recomendações foi a criação de uma rede para promover a educação em saúde da população, com informações confiáveis e suporte para consulta dos pacientes. A capacitação dos profissionais foi uma estratégia utilizada para melhorar a forma de lidar com os pacientes. Entre os exemplos destaca-se a *Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice*, programa nacional canadense, com orçamento próprio.

A *Health Council of Canada* em 2011 aplicou questionários para os pacientes com as seguintes perguntas: (1) Com que frequência você é envolvido da maneira como gostaria nas decisões relativas ao seu cuidado? (2) Com que frequência você tem tempo suficiente na consulta médica? e (3) Com que frequência você tem oportunidade de perguntar sobre o tratamento recomendado? Os resultados mostraram que 48% dos canadenses com consultas regulares na atenção primária em saúde responderam positivamente às três perguntas e foram considerados pacientes engajados no seu tratamento (apud GOMES; JUNIOR, 2017).

Em 2010 ocorreu a reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos, por meio do *Affordable Care Act*, com o estabelecimento da *National Quality Strategy*, orientando sobre a melhoria da qualidade do cuidado em saúde, monitorada por indicadores. O cuidado centrado no paciente foi uma áreas com potencial para melhorar a qualidade do cuidado (PROQUALIS, 2013; GOMES; JUNIOR, 2017).

Nos EUA, organizações não governamentais tiveram grande importância na promoção do cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde. Exemplos dessas iniciativas são: *Institute of Medicine*, *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), *Planetree*, e *Joint Commission*, organizações que desenvolveram pesquisas, publicaram relatórios e/ou criaram modelos que promoveram a prática do cuidado centrado no paciente (GOMES; JUNIOR, 2017).

Em 2001 o *Institute of Medicine* (IOM) propôs seis objetivos para os sistemas de saúde no século XXI, a fim de que os pacientes possam ter suas necessidades atendidas com maior segurança, de maneira confiável, ajustável às suas necessidades, integrado e disponível na medida em que necessitam (apud FELIX, 2016). Segundo ele o cuidado à saúde deveria ser:

- ✓ Seguro: evitar danos aos pacientes nos seus cuidados como resultado da assistência prestada a eles.
- ✓ Efetivo: oferecer serviços baseados em conhecimento científico a todos os que podem se beneficiar.
- ✓ Centrado no paciente: fornecer cuidados que sejam respeitosos e atendam às preferências, necessidades e valores individuais do paciente e que seus valores orientem todas as decisões clínicas.
- ✓ Oportuno: reduzir esperas e atrasos, às vezes prejudiciais para aqueles que recebem e oferecem o cuidado.
- ✓ Eficiente: evitar desperdícios relacionados ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias, e energia.
- ✓ Equitativo: prover um cuidado que não varia em qualidade em decorrência de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica, e condição socioeconômico.

A *Health Foundation* é uma instituição que tem como objetivo que a população do Reino Unido seja mais saudável, apoiada por cuidados de saúde de alta qualidade acessíveis de forma equitativa. O país investe cerca de 37 milhões de libras por ano para melhorar a saúde e a assistência médica, soma esta bastante relevante. A *Health*

*Foundation* lançou plano estratégico a ser trabalhado nesses próximos anos, de 2019 a 2021, baseado em quatro pilares (THE HEALTH FOUNDATION, 2018, tradução nossa):

- ✓ Promover vidas saudáveis para todos;
- ✓ Compreender a qualidade da saúde e cuidados;
- ✓ Apoiar a melhoria dos cuidados de saúde;
- ✓ Tornar os serviços de saúde e cuidados mais sustentáveis.

Na Inglaterra, a reforma do sistema de saúde realizada em 2000 resultou no *NHS Plan - A plan for investment, a plan for reform*, que propôs a modernização dos serviços de saúde. 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”. Conforme o *Health and Social Care Act* em 2012, mudanças foram propostas para reestruturar o sistema de saúde e consideraram o cuidado centrado no paciente como elemento central para direcionar mudanças necessárias (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2012).

#### **4.4 Cuidado centrado no Brasil: elementos iniciais**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Conforme a Constituição Federal de 1988, a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. O SUS garante acesso integral, universal e gratuito à saúde para toda a população do país. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define as diretrizes para organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro e traz como um de seus princípios:

Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; 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 (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde publicou em 2006 a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, onde definiu seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde (BRASIL, 2007):

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.

A partir da reivindicação por parte de movimentos sociais, surgiu no Brasil a discussão sobre um atendimento em saúde mais humanizado e acolhedor (GOMES, 2016). O Ministério da Saúde criou dois programas: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) em 2001 (BRASIL, 2001) e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2002 (BRASIL, 2002). Em 2003, os dois programas deram origem à Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como humaniza SUS (BRASIL, 2015).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. Seu objetivo é aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade (BRASIL, 2001).

O objetivo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). A humanização neste contexto compreende pelo menos dois aspectos fundamentais:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de

medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado (BRASIL, 2013).

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado (BRASIL, 2013).

A PNH está baseada no “método de tríplice inclusão” nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes envolvidos nestes processos, com o objetivo de reduzir as filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; e gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2019):

1. Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade;
2. Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança;
3. Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal.

Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos

de atenção e de gestão (BRASIL, 2019). Essa reforma foi discutida por Gastão Wagner de Sousa Campos em sua tese de livre docência trazendo a ideia de clínica ampliada através da concepção Paidéia, que caracteriza-se (CAMPOS; AMARAL, 2007):

Pelo esforço para envolver trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos. Reforma da estrutura e mudanças culturais.

Essa concepção sugerida se propõe a realizar uma reformulação, uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, trazendo para a prática clínica conhecimentos da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas (CAMPOS; AMARAL, 2007). Os dispositivos do PNH são:

- ✓ Acolhimento com Classificação de Risco;
- ✓ Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- ✓ Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- ✓ Projetos Cogерidos de Ambiência;
- ✓ Colegiado Gestor;
- ✓ Contrato de Gestão;
- ✓ Visita Aberta e Direito à Acompanhante;
- ✓ Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP);
- ✓ Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- ✓ Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- ✓ Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- ✓ Projeto Memória do SUS que dá certo;
- ✓ Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação.

A primeira ouvidoria pública brasileira foi criada em 1986. Desde então, e em especial desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, as ouvidorias evoluíram rapidamente, sob o impulso das reivindicações populares por participação nas deliberações do Estado. Em 1995 foi criada a Ouvidoria-Geral da República, como parte da estrutura do Ministério da Justiça. Em 1999, o Estado de São Paulo promulgou a lei

de proteção ao usuário do serviço público, determinando a criação de Ouvidorias em todos os órgãos públicos estaduais (BRASIL, 2014).

A Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017 estabelece normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos prestados direta ou indiretamente pela administração pública. Segundo o Capítulo III, Art. 9º “Para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos”. O Art. 10. diz “A manifestação será dirigida à ouvidoria” (BRASIL, 2017).

A PORTARIA nº 1.864, de 24 de outubro de 2016 institui o Programa de Avaliação Cidadã de Serviços e Políticas Públicas (PROCID) com o objetivo de coletar dados e produzir informações acerca da satisfação dos usuários de políticas e serviços públicos prestados pelo Poder Executivo federal, promovendo o seu monitoramento sob a perspectiva do usuário (BRASIL, 2016).

A saúde suplementar não apresenta abordagem estruturada e única, mas os prestadores privados há muito utilizam pesquisas de satisfação do paciente e possuem serviços de atendimento ao cliente. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) monitora a qualidade dos prestadores de serviço na saúde através do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) que visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviço. O objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral (BRASIL, 2012).

Um dos indicadores essenciais diz respeito à centralidade no paciente que envolve a satisfação do cliente e o monitoramento da manifestação do cliente, uma avaliação de reclamações e sugestões. Além destes, são utilizados indicadores de segurança, efetividade, eficiência, equidade e acesso (BRASIL, 2012).

Além disso, programas de acreditação utilizados mais frequentemente em organizações privadas do que públicas, adotam metodologias que incluem alguns aspectos relacionados ao cuidado centrado no paciente. Entre eles, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) dissemina a metodologia da *Joint Commission International*; a

Organização Nacional de Acreditação (ONA) adota como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação (GOMES, 2016).

A *Health Standards Organization*, antiga *Accreditation Canada International*, também presente no Brasil, utiliza a metodologia “*QMentum International*” que está alinhada com os princípios da Governança Clínica, sendo utilizada em mais de 50 países pelo mundo. Uma das diretrizes para avaliação dessa acreditação diz respeito ao cuidado centrado no paciente, com foco em colocar os pacientes e familiares no centro do cuidado, segundo a *IQG Health Services Organization*.

Mais recentemente o modelo *Planetree* chegou ao Brasil, inicialmente no Hospital Israelita Albert Einstein em 2011 e posteriormente no Hospital Mãe de Deus em 2017. Estas organizações são responsáveis por treinar e certificar instituições que se propõem a seguir o modelo *Planetree*. Esta ONG americana fornece um selo de reconhecimento para as instituições que promovem o cuidado centrado no paciente (PLANETREE AMÉRICA LATINA, 2019). Apesar de o cuidado centrado ter sido introduzido em alguns hospitais brasileiros há algum tempo, é o movimento da experiência do paciente que tem feito com que ele fique mais conhecido.

#### **4.5 Empoderamento e Educação de pacientes e familiares**

Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu estratégias e áreas prioritárias para a política europeia de saúde e bem-estar até 2020. Um dos objetivos específicos é a cidadania e empoderamento do paciente. O relatório considera o empoderamento e o cuidado centrado no paciente como elementos-chave para melhorar os resultados de saúde, a satisfação do usuário com a saúde, a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, trazendo melhor adesão aos regimes de tratamento e garantindo o uso eficiente dos recursos primários de saúde (CEREZO; JUVE-UDINA; DELGADO-HITO, 2016).

O empoderamento do paciente é um novo conceito aplicado nos cuidados em saúde. A OMS define o empoderamento como “um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde” estando relacionado também com a segurança do paciente. Segundo a OMS (2009) quatro elementos são fundamentais para o desenvolvimento do processo (apud BRASIL, 2013):

- ✓ A compreensão do paciente/família sobre o seu papel;
- ✓ Que o paciente adquira conhecimento suficiente para ser capaz de se envolver com sua saúde;
- ✓ Habilidades do paciente;
- ✓ A presença de um ambiente facilitador.

Com base nesses elementos o empoderamento do paciente pode ser definido como um processo em que o paciente entende seu papel, a partir de conhecimentos e habilidades fornecidos pelos prestadores de cuidado à saúde, dentro de um ambiente facilitador, em que todos reconhecem as diferenças e incentivam sua participação (BRASIL, 2013).

Um conceito relacionado diz respeito à alfabetização em saúde. Segundo a OMS (2009) é a capacidade de compreender a informação de saúde e usá-la para tomar decisões sobre saúde e cuidados médicos (BRASIL, 2013).

Falhas de comunicação podem causar mal-entendidos, proporcionando a ocorrência de erros e eventos adversos. Para tanto é importante que os profissionais de saúde atentem que nem todos os pacientes têm ou possuem as seguintes características, conforme a *Joint Commission International* (2009), citado por BRASIL, 2013.

- ✓ Entendem a terminologia médica;
- ✓ Tem habilidades de leitura que lhes permita ler ou compreender;
- ✓ Compreendem as explicações orais fornecidas pelos profissionais de saúde;

Segundo Schreck e Watson (2009), a prática educativa é o processo mais importante no envolvimento de pacientes e familiares. Aprender é uma maneira de transformar o conhecimento, percepções e habilidades em comportamento. Todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente devem colaborar no processo de educação.

Para Coulter e Ellis (2007) a educação é fundamental para o envolvimento do paciente, e reforçam que educar não é apenas garantir que os pacientes possam ler e entender informações sobre saúde, mas também educá-lo de forma que possam compreender e exercer o seu empoderamento.

#### 4.6 *Triple Aim*

Em 2008, Donald Berwick, Thomas Nolan, e John Whittington, pesquisadores do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), publicaram o artigo “*Triple Aim: Care, Health And Cost*” e descreveram o *Triple Aim* como uma estratégia para aperfeiçoar o desempenho do sistema de saúde americano (BERWICK, NOLAN, WHITTINGTON, 2008). Em 2010, o *Triple Aim* tornou-se parte da estratégia nacional dos EUA para abordar questões de saúde (WHITTINGTON *et al*, 2015). Os três objetivos para a melhora da saúde incluem (BERWICK, NOLAN, WHITTINGTON, 2008, tradução nossa):

1. Melhorar a experiência do paciente no cuidado (incluindo qualidade e satisfação);
2. Melhorar a saúde da população;
3. Reduzir o custo dos cuidados de saúde.

Para os autores, os componentes do *Triple Aim* não são independentes um do outro, ou seja, melhorar os cuidados pode elevar os custos se as melhorias estiverem associadas a novas, efetivas, e mais caras tecnologias ou medicamentos. Por outro lado, eliminar o uso excessivo ou o uso indevido de terapias ou testes diagnósticos pode levar tanto a redução de custos quanto a melhores resultados (BERWICK, NOLAN, WHITTINGTON, 2008).

A busca pelo *Triple Aim* está sujeita a restrições políticas específicas, tais como decisões sobre quanto gastar com cuidados de saúde ou que cobertura fornecer e para quem. O mais importante, para Berwick, Nolan, e Whittington (2008), deve ser a promessa de equidade para que todos possam ter acesso a um sistema de saúde de qualidade. E para isso é necessário rastrear a experiência de atendimento, que inclui o engajamento do paciente, continuidade e práticas clínicas preventivas.

Para atingir o *Triple Aim* é preciso melhorar algumas condições como:

1. Delimitação da população de interesse: somente quando a população é especificada, é possível, em princípio, conhecer suas experiências de cuidado, seu *status* de saúde, e os custos relacionados ao cuidado desta população;
2. Restrições políticas: como os limites orçamentários;

3. Coordenação dos serviços prestados para apoiar o atingimento dos três objetivos de uma só vez. Pressupõe envolvimento dos pacientes e familiares, redesenho dos serviços e estruturas permitindo assim a gestão da saúde da população com a máxima qualidade possível.

Apesar do amplo reconhecimento do nome *Triple Aim*, as definições de sua estrutura refletem variações importantes. Mery *et al* (2017) identificaram a necessidade de considerar a inclusão de pelo menos mais dois objetivos dos sistemas de saúde - a experiência do provedor de cuidados e o desejo de alcançar a igualdade na saúde para as populações. Ainda, os autores recomendam uma interpretação e uso crítico do *Triple Aim* nos sistemas de saúde.

Originalmente o *Triple Aim* não apontava o papel crítico da força de trabalho na transformação da saúde. Por isso foi proposta inclusão de um quarto objetivo para reconhecer a importância da equipe de saúde e de todos os funcionários no processo de cuidado. O novo *Triple Aim* adicionaria um quarto objetivo: melhorar a experiência de prestação de cuidados, valorizando assim a necessidade do trabalhador ter uma atividade significativa e buscar seu bem estar neste contexto (SIKKA, *et al.*, 2015; ZAMBON, 2015).

Algumas organizações destacam outras prioridades como *The Military Health System* (O Sistema de Saúde Militar americano), por exemplo, que acrescentou a prontidão como seu quarto objetivo (FEELEY, 2017).

#### **4.7 Experiência do Paciente**

A experiência do paciente é um tema relativamente recente na área da saúde e está aos poucos adquirindo maior relevância para as organizações de saúde em todo o mundo. No Brasil este processo ainda é incipiente, muito embora várias organizações hospitalares privadas estejam centrando esforços para desenvolvimento da visão e implementação de ações relacionadas à melhoria da experiência do paciente. No momento atual, há muita confusão ainda com satisfação do paciente (COSTA, 2017).

Segundo a *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, por definição

A experiência do paciente abrange a gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, incluindo planos de saúde,

médicos, enfermeiros, demais profissionais em hospitais, práticas médicas e outros serviços de saúde. Como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, a experiência do doente inclui vários aspectos da prestação de cuidados de saúde que os doentes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados (AHRQ, 2017).

Para o *Beryl Institute*, organização dedicada à melhoria da experiência do paciente e que atua em mais de 80 países, experiência do paciente é a “soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o atendimento” (THE BERYL INSTITUTE, 2019).

Entender a experiência do paciente é um ponto fundamental na mudança em direção ao cuidado centrado no paciente. Analisando vários aspectos da experiência do paciente, pode-se avaliar até que ponto eles estão recebendo cuidados que são respeitosos e que respondem às preferências, necessidades e valores individuais. Avaliar a experiência do paciente, juntamente com outros componentes, como a eficácia e a segurança dos cuidados é essencial para fornecer uma imagem completa da qualidade dos cuidados de saúde (AHRQ, 2017).

A gestão da qualidade coloca a preocupação com o cliente em sua definição e como foco de suas ações. Apesar disso, poucos sistemas e organizações de saúde têm sido capazes de posicionar os usuários no centro de suas atividades, levando em conta sistematicamente suas expectativas. Para reverter esse panorama, tem sido reforçada a ideia da “experiência do paciente”, inspirada em tendências do marketing (SCHIESARI, 2017).

A experiência do paciente permite que pacientes e familiares definam o “valor” do cuidado prestado, permitindo que as organizações de saúde foquem seus esforços no que importa para ele. Fortalecer a sua experiência, muitas vezes significa implementar passos simples que poderiam fazer a diferença para os pacientes (COSTA, 2017). Com alguns exemplos:

- ✓ Aumentar o cuidado para que o paciente/familiar seja compreendido e suas dúvidas sejam formalmente documentadas para que possa ser posteriormente consultado;

- ✓ Manter uma conversa aberta com o paciente/familiar, fazendo com que ele se sinta confortável em se abrir com qualquer um dos profissionais de saúde sobre qualquer assunto;
- ✓ Interpretar as demandas dos pacientes/familiares de acordo com seus valores pessoais e culturais, suposições e crenças;
- ✓ Compreender o cuidador como um “parceiro”, de forma a tornar mais fácil para eles se envolverem com a assistência.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Desenho de estudo**

Trata-se de estudo qualitativo e exploratório envolvendo gestores da alta liderança de hospital público universitário sobre a implantação da assistência centrada no paciente.

Por meio deste trabalho foi feito levantamento da percepção dos líderes da instituição sobre tema recente e será avaliada a possibilidade de seu uso na organização em questão. O levantamento da literatura apontou experiências semelhantes, sobretudo em hospitais de outros países ou algumas iniciativas pontuais em hospitais privados brasileiros.

Segundo Piovesan e Temporini (1995) um “estudo exploratório se refere a um estudo preliminar cujo principal objetivo é se familiarizar com um fenômeno que deve ser investigado, permitindo um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade utilizando uma pequena amostra”.

### **5.2 Caracterização do serviço**

O trabalho foi realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC - FMUSP), hospital universitário de nível terciário situado na cidade de São Paulo. É integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e atende pacientes de alta complexidade, sendo referência nacional e internacional.

Criado pelo Decreto nº 13.192 de 19 de janeiro de 1943 e inaugurado em 19 de abril de 1944, o HCFMUSP é uma autarquia do Governo do Estado de São Paulo, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde para efeitos administrativos e associada à Faculdade de Medicina da USP para efeitos acadêmicos. Sua sede está localizada na Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – Cerqueira César – São Paulo – SP (FFM, 2017).

A missão-visão do HCFMUSP é ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde e seus valores são a ética, humanismo, responsabilidade social, pluralismo, pioneirismo e compromisso institucional (HCFMUSP, 2019).

A estrutura organizacional do hospital foi estabelecida em abril de 1977 pelo Decreto nº 9.720, nela constam as unidades, cargos e funções que o compõem, numa estrutura vertical (FFM, 2017).

A partir da Portaria HCFMUSP de 14 de novembro de 1994 foram instituídas as “Diretrizes para a implantação da Descentralização Administrativa no Hospital”, delegando competências administrativas às Diretorias Executivas, estabelecimento de cronograma a fim de organizar uma programação para a descentralização orçamentária, de administração dos recursos materiais, serviços, recursos humanos e assessoria jurídica (FFM, 2017). A estrutura organizacional do HCFMUSP é representada pelo organograma da Figura 1 abaixo:

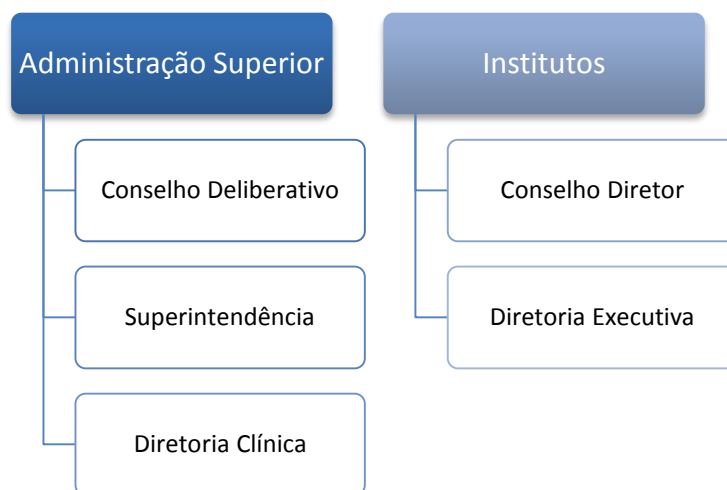


Figura 1. Organograma da estrutura organizacional do HCFMUSP

Já os Institutos que compõem a estrutura organizacional do HCFMUSP são constituídos por Diretoria Executiva e Conselho Diretor (também formado por Professores Associados dos Departamentos e Disciplinas da FMUSP). Com o objetivo de uniformizar as Normas Regulamentares destes Conselhos Diretores, em 2006 foi alterado o Regulamento do HCFMUSP aprovado pelo Decreto nº 9.720, de abril de 1977. A Estrutura funcional descentralizada apresenta-se na Figura 2 (FFM, 2017):

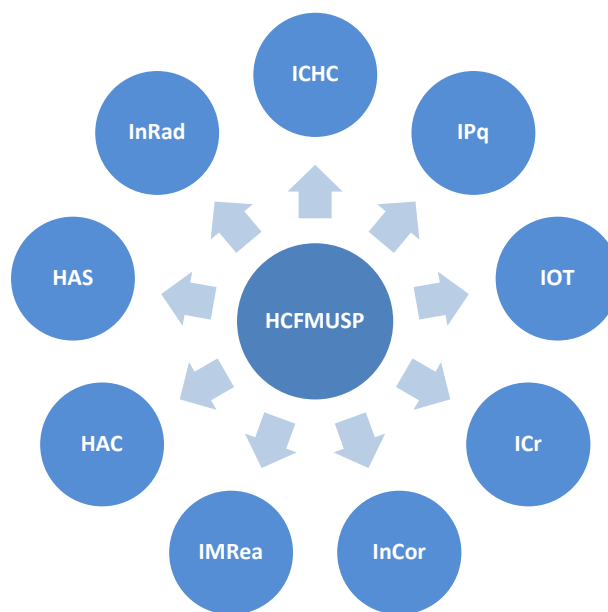


Figura 2. Estrutura funcional descentralizada do HCFMUSP

Legenda: ICHC = Instituto Central do Hospital das Clínicas; IPq = Instituto de Psiquiatria; IOT = Instituto de Ortopedia; ICr = Instituto da Criança; InCor = Instituto do Coração; IMRea = Instituto de Reabilitação; HAC = Hospital Auxiliar de Cotoxó; HAS = Hospital Auxiliar de Suzano; InRad = Instituto de Radiologia.

O Sistema Faculdade de Medicina/HCFMUSP está organizado como um Sistema Acadêmico de Saúde. Ocupando uma área construída de 600 mil m<sup>2</sup>, atende mais de 2,5 milhões de pacientes por ano, conta com 2.500 leitos e 20 mil colaboradores e desenvolve em torno de 6% das pesquisas brasileiras nas áreas de saúde e ciências biomédicas (FFM, 2017).

Desenvolve projetos de pesquisa nas mais diversas áreas da ciência. Os pesquisadores atuam nos Laboratórios de Investigação Médica (LIM), totalizando 455 linhas de pesquisa que abrangem todas as áreas de conhecimento médico e da saúde. No período de 2012 a 2016, foram acumuladas 9.129 publicações, sendo 70,73% dos artigos publicados em revistas internacionais (FFM, 2017).

Na Faculdade de Medicina da USP, os acadêmicos têm sólida formação, treinamento nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) e orientação humanista e permeada nos mais elevados preceitos éticos e morais. Atualmente, são 1400 alunos; 1800 pós-graduandos; 1600 residentes e 1039 colaboradores, sendo 375 professores, que atuam em 17 departamentos (FFM, 2017).

O Instituto Central do Hospital das Clínicas (ICHC), foi o primeiro prédio a ser construído, é um dos maiores hospitais da América Latina, tem o maior número de leitos

de todo o complexo. Hospital terciário e quaternário atende alta complexidade (FFM, 2017) de aproximadamente 37 especialidades médicas. O ICHC abriga a maioria das especialidades de clínicas médicas e cirúrgicas, a Unidade de Emergência Referenciada, que presta atendimento aos casos de alta complexidade. Destaca-se a atuação das equipes multiprofissionais, entre elas, a da Divisão de Nutrição e Dietética – primeira unidade de Nutrição em hospital público do País e do Mercosul a conquistar a Certificação NBR ISO 9001 e a Divisão de Farmácia que abriga a Unidade de Farmacotécnica Hospitalar (UFAR) com produção semi-industrial de medicamentos (FFM, 2017).

Também engloba o Prédio dos Ambulatórios (PAMB), que oferece tratamento a pacientes ambulatoriais, além de contar com áreas de apoio diagnóstico e terapêutico. No PAMB encontra-se o maior centro cirúrgico e a Divisão de Laboratório Central, primeiro laboratório do serviço público do Brasil a receber o certificado ISO 9002 (FFM, 2017).

Ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção médico-hospitalar e reabilitação de alta complexidade aos usuários do SUS são as atividades de assistência promovidas pelo HCFMUSP (FFM, 2017; HCFMUSP, 2019).

O Complexo Hospital das Clínicas possui a maior estrutura de ouvidoria na área hospitalar e foi pioneiro na introdução desta atividade em hospital público no Brasil. Surgiu em 1988, a partir da edição de Norma de Serviço conjunta do Presidente do Conselho Diretor e do Diretor Executivo do ICHC. Em 1999, com a Lei de Defesa do Usuário do Serviço Público, nº 10.294, de 20 de abril de 1999, a Superintendência designou a ouvidoria central e as ouvidorias dos demais Institutos (ABO, 2019).

A ouvidoria encaminha mensalmente, à diretoria executiva, os indicadores de insatisfação, e anualmente o relatório gerencial. Os dados também vão para a Superintendência do Hospital das Clínicas e para o Governo do Estado, por meio da ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde (ABO, 2019).

#### 5.2.1 Iniciativas no Instituto Central do Hospital das Clínicas

Ainda que não exista a assistência centrada no paciente propriamente dita dentro do hospital algumas iniciativas já acontecem utilizando princípios semelhantes ou relacionados.

Há 30 anos o GAMIA (Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial), programa ambulatorial do Serviço de Geriatria do HCFMUSP, busca desenvolver a autoestima e a satisfação pessoal e estimular a autonomia e independência, além da promoção da saúde e da qualidade de vida nos idosos (GEROSAÚDE, 2019).

A atuação multidisciplinar no GAMIA surgiu a partir da política de promoção do envelhecimento saudável e do conceito de promoção de saúde no envelhecimento. Atualmente a equipe é composta pelas áreas de nutrição, psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, odontologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, além de profissionais voluntários (GEROSAÚDE, 2019).

O NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) tem por objetivo atender pacientes do HCFMUSP que, devido ao tipo de doença, piora do quadro clínico ou impossibilidade de comparecer ao hospital, necessitam da assistência domiciliar. A equipe é composta por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, nutricionistas, psicólogos e farmacêuticos. Antes e após as visitas domiciliares, são realizadas reuniões com a equipe a fim de estudar providências, orientações e encaminhamentos para cada paciente agendado. A equipe orienta e direciona a responsabilidade aos cuidados para o próprio paciente, a família e ao cuidador, já que há impossibilidade de visitas semanais em cada domicílio (ANSAI *et al*, 2013).

O NAVIS (Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual) do Hospital das Clínicas da FMUSP, programa da Medicina Preventiva, também oferece assistência multiprofissional a vítimas de violência sexual. A equipe é composta por infectologista, ginecologista, proctologista, enfermeira, assistente social e psicóloga (GUIA DA CIDADANIA, 2019).

Nos últimos anos, o foco do HCFMUSP tem sido as pessoas, priorizando a humanização nos setores. Nesse sentido, foi criado o projeto “Brilho nos Olhos”, visando a melhorar os resultados e, ao mesmo tempo, trazer mais entusiasmo e satisfação a todos que trabalham no maior Complexo Hospitalar Universitário do Brasil e um dos maiores hospitais do hemisfério sul (FFM, 2017).

Ao lado dos recursos tecnológicos e das constantes renovações estruturais, o ICHC também vem implantando um grande projeto de humanização, focado na construção coletiva de compromissos éticos e técnicos, que se expressam em ações para o cuidado

ao paciente e melhoria das relações de trabalho entre os profissionais da saúde. Chamada de Rede Humaniza, é coordenada pelo Núcleo Técnico de Humanização, que é formado pelos grupos de Trabalho de Humanização presentes nas diversas instâncias do HCFMUSP (FFM, 2017).

O modelo estratégico adotado pela atual gestão do HCFMUSP foi idealizado em 2010, quando um grande grupo se reuniu na “Conferência Em Busca do Futuro”. As expectativas definidas foram divididas em seis diretrizes (FFM, 2017):

1. Integração: de todo o Sistema FM/HCFMUSP. Aprimoramento, valorização e integração dos processos de ensino, pesquisa e extensão;
2. Humanização: no atendimento e em todas as relações humanas;
3. Sustentabilidade: econômica e socioambiental. Estabelecimento de governança e gestão participativas;
4. Internacionalização: ampliando o intercâmbio com conhecimento do exterior e o reconhecimento internacional;
5. Excelência no Ensino: graduação, pós-graduação, residência e extensão;
6. Incorporação de novas tecnologias: em ensino, pesquisa e assistência.

O Sistema FMUSPHC, desde 2003 desenvolve projetos e ações voltados para Humanização de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Em 2010, foi criada a Rede Humaniza FMUSPHC, a qual adota os seguintes princípios para todas as práticas de atenção e gestão (COMITÊ HUMANIZA FMUSPHC, 2002):

- ✓ Valorização da vida;
- ✓ Compromisso com a qualidade do trabalho;
- ✓ Valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;
- ✓ Estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;
- ✓ Estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

Na Faculdade de Medicina da USP existe a Liga de Humanização, criada no início de 2015 pela graduanda Nicole Sigrist e pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Izabel Rios com o objetivo de

criar um espaço acadêmico em que alunos e profissionais pudessem discutir temas voltados à humanidade das áreas da saúde, como empatia, estabelecimento de vínculo com os pacientes, espiritualidade. Segundo Sigrist (2017):

Cuidar de uma pessoa vai muito além de curar uma doença. É essencial que o profissional de saúde, seja ele médico, enfermeiro, fisioterapeuta, entre outros, tenha um olhar empático para com seu paciente, almejando entender como aquele ser humano lida com sua condição de saúde, como isso afeta sua vida profissional e social, se há uma rede de suporte de familiares e/ou amigos... Inúmeros fatores devem ser considerados para um tratamento efetivo.

### **5.3 Caracterização da amostra**

O Instituto Central do Hospital das Clínicas é constituído por Divisões e Departamentos responsáveis por gerenciar diferentes áreas. Foram selecionados para entrevista os seguintes gestores da alta liderança do hospital: Diretora Clínica, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia e Psicologia.

Os gestores possuem formação específica em suas áreas de atuação, com ampla experiência no ambiente hospitalar. Suas diretorias reúnem as equipes multiprofissionais que desenvolvem os cuidados em saúde dos pacientes.

### **5.4 Procedimentos do estudo**

Entrevistas individuais foram realizadas com aplicação de um questionário (ANEXO I), em Abril de 2019, em dias e horários previamente agendados com os participantes.

Antes da entrevista, os participantes receberam todos os esclarecimentos com relação ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO III) em duas vias, uma para o participante e outra para o estudo.

O instrumento norteador das entrevistas foi composto por questionário de dez questões, sendo três referentes a informações dos profissionais (gênero, faixa etária e tempo de trabalho na instituição) e sete abertas sobre o tipo de assistência no hospital, conhecimento sobre o tema do estudo, experiências em outras instituições, bem como o

que seria necessário para a implantação do modelo centrado no paciente com seus desafios e benefícios.

O método de entrevista utilizado no estudo permitiu ao gestor compartilhar suas histórias, por meio de um relato em que seleciona detalhes de suas experiências, e os ordena em uma sequência que favorece sua melhor compreensão. Ao simbolizar sua experiência pela linguagem, o entrevistado tem a possibilidade de refletir sobre elas e novos significados podem ser a ela atribuídos (SEIDMAN, 2006).

As entrevistas, como meios de obtenção de informações relevantes à pesquisa, segundo Vergara (2009), possuem inúmeras limitações, tais como a possibilidade de existência de dificuldade de comunicação entre pesquisado e pesquisador, ocorrência de influência sobre o entrevistado por parte do entrevistador, exigência de considerável disponibilidade de tempo das partes envolvidas, possibilidade de ocorrência de preconceitos, esquecimentos, articulações imprecisas e, também, retenção ou distorção de informações pelo entrevistado. Quanto ao entrevistador, pode haver dificuldade de articulação e coerência em sua fala, dificuldade de entendimento da fala do entrevistado, ausência de discernimento ou, ainda, existência de preconceitos (apud DURÁN, 2012, p. 17).

As principais limitações da entrevista são a falta de motivação do entrevistado para responder as perguntas que lhe foram feitas; a inadequada compreensão do significado das perguntas; o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; inabilidade, ou mesmo incapacidade, do entrevistado para responder adequadamente, em decorrência de insuficiência vocabular ou de problemas psicológicos; a influência exercida pelo aspecto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado; e a influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado (JÚNIOR; JÚNIOR, 2011, p. 242-243).

Para minimizar as limitações das entrevistas, a pesquisadora teve o cuidado para não ser tendenciosa e não influenciar as respostas. Procurou utilizar o autoconhecimento para permitir a neutralização de seus preconceitos, estereótipos e crenças que poderiam prejudicar as entrevistas.

As perguntas foram lidas para o entrevistado, esclarecendo dúvidas e orientando no sentido de explorar o tema a partir das questões. As entrevistas foram gravadas em áudio

para que não houvesse perda de informações, e posteriormente seu conteúdo foi transcrito em sua íntegra, sofrendo apenas correções estruturais, sem modificar o sentido do que foi expresso pelos entrevistados para análise dos dados extraídos das entrevistas.

Nos resultados, foram apresentados trechos das entrevistas que ilustravam seu conteúdo. Optou-se por apresentá-los da forma padronizada, ou seja, mantendo-se fiel às palavras dos entrevistados, porém editando os trechos para facilitar a compreensão do leitor. Para assegurar o anonimato, foi atribuída a cada gestor uma identificação aleatória de E1 a E7.

### **5.5 Aspectos éticos**

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq) e Plataforma Brasil por meio do CAEE: 09198019.3.0000.0068, parecer n° 3.258.739 sendo aprovado em 11 de abril de 2019 (ANEXO II). Antes de qualquer procedimento, os participantes receberam todos os esclarecimentos com relação ao estudo e somente foram incluídos aqueles que concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Asseguramos o compromisso da privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados sete gestores da alta liderança do Hospital das Clínicas. Um dos gestores entregou o questionário respondido por escrito, não havendo entrevista presencial por incompatibilidade de agendas.

Os respondentes eram do gênero feminino, a maior parte com faixa etária entre 45 e 60 anos e trabalhavam há mais de 10 anos na instituição, exceto a gestora da Fisioterapia (5 a 10 anos).

Em sua grande maioria, os gestores consideraram que o modelo assistencial da instituição é centrado no médico e/ou nos professores por se tratar de um hospital escola, mas outros classificaram como centrado no paciente ou com foco no tratamento da patologia. Ou seja, a visão dos gestores não é homogênea, o que é esperado, considerando suas diferentes formações, posições e familiaridade com o tema. Mas os gestores observaram mudança neste modelo, com a equipe multiprofissional começando a ter o seu papel reconhecido e valorizado, principalmente com a acreditação (Quadro 1).

Medicalocêntrico [...] focado no médico [...] mas está mudando para um sistema onde a equipe multiprofissional é mais ouvida, mas por enquanto é focado no médico, nem no paciente nem na equipe. (E1)

[...] temos na verdade um modelo que é médico centrado, embora as discussões que a gente vem fazendo pela acreditação ONA têm trazido uma participação maior da equipe multiprofissional [...] um modelo centrado na gente e não no paciente. (E2)

[...] acho que tem um foco sim no paciente, centrado no paciente com olhar de certa forma de todos os profissionais, multiprofissional [...]. (E4)

Eu acho que é uma característica não só do Instituto Central, mas nos outros institutos também ainda tem aquela ideia que o médico que detém realmente o poder, então a partir do atendimento, todos os outros estão interligados com ele [...] a equipe multiprofissional começou a surgir e então isso vai mudar o modelo da assistência, então os outros profissionais, eles têm voz dentro da equipe, eu acho que a gente pode melhorar, mas isso já está acontecendo. (E5)

[...] voltado ao paciente, mas não é um modelo centrado no valor [...].  
(E6)

Modelo assistencial é muito baseado nos professores [...] por ser um hospital referência de ensino e pesquisa, hospital universitário [...]. (E7)

Quadro 1. Percepção dos respondentes sobre o modelo assistencial do hospital.

Modelo assistencial do Instituto Central
<ul style="list-style-type: none"><li>• Centrado no médico e/ou professores (hospital escola)</li><li>• Centrado no paciente ou com foco no tratamento da patologia</li><li>• A visão dos gestores não é homogênea</li><li>• Mudança: equipe multiprofissional (papel reconhecido e valorizado)</li></ul>

Esse modelo centrado no médico vem do princípio de que as relações eram marcadas pela hierarquia entre médicos e não-médicos (PEDUZZI, 2001), como apontam as respostas dos gestores sobre o modelo atual de assistência no hospital. A divisão do trabalho em uma unidade hospitalar, considerando a equipe multidisciplinar, surge como modo de enfrentamento da complexidade inerente às peculiaridades do sistema de saúde, à dinâmica do processo saúde-doença e à dimensão holística do paciente (DE OLIVEIRA, 2010), principalmente dentro de um hospital de nível terciário, como é o caso do HCFMUSP. Desta maneira, a importância crescente da equipe multiprofissional no cuidado de casos complexos vem trazendo uma mudança no modelo assistencial.

A relevância da equipe multiprofissional foi um aspecto valorizado durante as entrevistas. Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste na modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Assim, o paciente recebe uma assistência mais especializada e completa, que só uma equipe multiprofissional consegue proporcionar.

Apesar do reconhecimento crescente da importância da equipe multiprofissional, algumas práticas apontam a dificuldade em integrar os profissionais não médicos em atividades da equipe, como as visitas multiprofissionais. Mas o simples fato da visita ocorrer já representa o primeiro passo. Para avançar rumo ao cuidado centrado é necessário que o trabalho seja de fato em equipe e que os profissionais tenham condições

adequadas para desempenhar plenamente sua função no atendimento ao paciente. Para tanto é fundamental que haja mudança de cultura, o que depende de intencionalidade clara da direção, com envolvimento das lideranças de todas as profissões envolvidas no cuidado. Obviamente que este é um processo longo e gradual, que requer esforços sistemáticos e concentrados no atingimento deste objetivo (Quadro 2).

[...] todas as atividades, processos, profissionais estão ao redor, se conversam [...] a avaliação dele tem que ser multiprofissional [...] ter plano terapêutico, ter o cuidado de todos os profissionais com relação a resultado do paciente. (E1)

[...] tem lugares que a gente tem uma tendência a aceitar melhor, tanto a equipe multiprofissional quanto a valorização do paciente, da cultura dele, das coisas que são importantes para ele, da presença da família, tem algumas equipes que estão mais abertas a isso [...] a visita multiprofissional não fica visita multiprofissional, fica uma visita médica assistida pelos outros profissionais, em outras não, em outros acontece, chamam, querem a nossa presença, nossa opinião, a nossa participação, mas é difícil você pensar que tem um plano terapêutico multiprofissional [...] algumas coisas acho que estão em transição, estão mudando, uma participação maior da equipe multiprofissional, mas ainda não vejo um plano terapêutico que seja multiprofissional [...]. (E2)

[...] para a equipe multiprofissional seria bem um mundo ideal, mas seria um bom modelo de trabalho em equipe que nós sempre preconizamos, onde as pessoas seriam reconhecidas e se sentiriam valorizadas [...]. (E4)

[...] quando você vê que é formalizado essa discussão multiprofissional e que a voz não tem protagonismo, ela não é do médico, ela é da equipe, nós temos que ter essa interdependência para poder atender o paciente no seu geral [...] sempre é falado nessa visita guiada por metas a importância da fala de cada profissional [...]. (E5)

Quadro 2. Percepção dos respondentes sobre a equipe multiprofissional.

Equipe multiprofissional
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldade em integrar os profissionais não médicos</li><li>• Visitas multiprofissionais</li><li>• Cuidado centrado = trabalho em Equipe</li><li>• Condições adequadas para desempenhar plenamente sua função</li><li>• Mudança de cultura = direção, lideranças e profissões envolvidas no cuidado</li></ul>

Sobre o entendimento dos gestores a respeito do tema, as respostas foram muito semelhantes mesmo com suas diferentes formações. Em comum, um cuidado personalizado e humanizado, oferecendo e suprimindo as verdadeiras necessidades, que muitas vezes podem ser ações simples, mas para isso a equipe precisa estar sintonizada e conhecer o paciente. Porém segundo o *Picker Institute*, ainda é difícil para as instituições saberem o que realmente significa o cuidado centrado no paciente e colocá-lo em prática (Quadro 3).

Hoje, o cuidado centrado no paciente está na consciência da maioria dos líderes da saúde. Declarações de missão organizacional fazem referência a isso, comitês especiais foram convocados para abordá-lo e recursos consideráveis são gastos para solicitar *feedback* do paciente sobre ela. No entanto, muitas organizações continuam a lutar com o que "é" (FRAMPTON *et al.*, 2008).

Quadro 3. Percepção dos respondentes sobre o cuidado centrado no paciente.

Cuidado centrado no paciente
<ul style="list-style-type: none"><li>• Respostas foram muito semelhantes mesmo com suas diferentes formações</li><li>• Cuidado personalizado e humanizado</li><li>• <i>Picker Institute</i>: ainda é difícil para as instituições saberem o que realmente significa o cuidado centrado no paciente e colocá-lo em prática</li></ul>

Para o *Planetree* (2016) uma abordagem centrada na saúde do paciente pode promover parcerias com os usuários de serviços de saúde e seus familiares a fim de

identificar e satisfazer de modo completo as necessidades e preferências dos pacientes/familiares. Além de melhorar a experiência do paciente, as organizações de serviços de saúde também podem focar em apoiar as inspirações profissionais e pessoais de seus colaboradores, sendo que esses podem atender de modo mais eficaz as necessidades daqueles que assistem quando suas necessidades também estão sendo supridas.

Para o *Institute of Medicine* (2001), o cuidado centrado no paciente está baseado na parceria entre equipe de saúde, os pacientes e seus familiares para que todas as decisões respeitem as necessidades, os desejos e as preferências dos pacientes e que eles recebam educação e o suporte necessários para tomar as decisões e participar do seu próprio cuidado.

[...] para fazer esse cuidado eu preciso informar muito bem o meu paciente. (E2)

Prioritário é que seja transparente para ele [...] as informações têm que ser claras para ele. (E4)

Uma pesquisa realizada pelo Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido em 2014 mostrou que 20% dos pacientes não teriam sido suficientemente informados sobre sua condição de saúde e tratamento em curso e um em cada dez pacientes relataram não ter compreendido a informação que lhe foi passada (CARE QUALITY COMMISSION, 2014). Esses dados revelam a importância da informação e da comunicação efetiva entre paciente e equipe de saúde, além de evidenciarem a dificuldade dos prestadores de serviços de saúde informar os pacientes de forma adequada e, ainda, de se comunicarem.

Os gestores relataram a importância da comunicação e interação entre pacientes e a equipe de saúde. É preciso oferecer um atendimento humanizado, e com empatia, apesar das adversidades do cotidiano como falta de recursos humanos (Quadro 4). Segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados do que, por exemplo, a falta de médicos e a falta de medicamentos (BRASIL, 2001). O trecho abaixo mostra a importância das relações humanas para os pacientes, principalmente no ambiente hospitalar:

[...] explicando também para o paciente todas as coisas que vão acontecer com ele e como ele vai ser afetado a partir dos procedimentos que vão ser realizados nele a partir de então [...] o principal é que ele seja ouvido, ou seus familiares caso ele não possa [...] que seus cuidadores sejam ouvidos em todas as etapas do processo e você sempre olhe o que vai acontecer com esse paciente a partir daquele procedimento e o que ele espera, se a vontade dele está sendo seguida e se é possível seguir a vontade dele [...]. (E1)

[...] protagonismo do paciente [...] direitos do paciente [...] questão da comunicação equipe, paciente e família [...]. (E5)

[...] muitas vezes as nossas necessidades não estão de encontro com as expectativas e necessidades do paciente [...] ouvir o paciente [...]. (E6)

[...] é ter esse olhar um pouco mais pelo lado do paciente, que muitas vezes o número não diz nada, para ele é como ele está se sentindo. (E7)

Na visão de Oliveira e Guirardello (2006), a hospitalização pode desencadear no indivíduo sentimentos negativos, pois ao deparar-se com um problema de saúde vê-se impedido de desempenhar suas atividades. A distância do convívio familiar e o fato de ter que permanecer, mesmo que temporariamente, em um ambiente com normas e rotinas a que não está habituado podem gerar insatisfação e ansiedade no paciente. A expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, ao tratamento e à qualidade do cuidado é um fator que pode repercutir na assistência que virá a receber.

É importante considerar que a vida do paciente não começou no dia que ele internou, porque às vezes a equipe considera isso, segundo um relato de um dos gestores. A equipe o conheceu apenas naquele momento, mas existe uma história pregressa. Uma hospitalização por mais breve que seja acaba interrompendo uma história de vida e as suas relações.

E mais uma vez o relacionamento entre os profissionais que prestam o cuidado com os pacientes e seus familiares/cuidadores pode auxiliar a recuperação/tratamento. O bom convívio com a equipe durante os dias de hospitalização contribui para uma estadia mais confortável, na medida do possível. As afinidades podem ocorrer ou não, mas essa boa relação ajuda ambas as partes, tanto o profissional cujo trabalho passa a ser mais

prazeroso e gratificante, como o paciente, para quem talvez a sensação de cuidado e empatia esteja mais presente.

Muitas vezes se a equipe conseguir adaptar, por exemplo, o horário de banho que geralmente é realizado no período da manhã para o horário no qual aquele paciente estava acostumado, isto pode trazer mais conforto. Mesmo com a rotina já estabelecida nas enfermarias, ter essa visão humana e a empatia pelo paciente pode ser transformador, beneficiando principalmente o paciente.

[...] oferecer algumas coisas que ele precisa o que ele coloca como demanda, e não apenas aquilo que a gente acha necessário pra ele [...] é você adequar de alguma forma a sua conduta [...] dar a informação que ele precisa [...] nesse modelo, por exemplo, a equipe tem muito mais trabalho, porque ela precisa conhecer esse paciente, pensando não só o que é a doença, mas no sentido que esta doença assume na vida dele, que significado ele atribui pra essa doença, que religião ele tem ou que trabalho ele tem, como isso impacta na doença, na hospitalização, como interfere nas relações dele, na vida ocupacional e também pensando em como você pode aumentar autonomia dele com relação ao autocuidado. (E2)

[...] muitas vezes a gente tem uma rotina muito rígida que a gente não consegue “flexibilizar” o cuidado e eu sei que isso dá muito trabalho para equipe, por conta de manter uma ordem institucional [...]. (E2)

Quadro 4. Pontos relevantes sobre a humanização no atendimento hospitalar.

Visão humana e Empatia pelo paciente	Paciente valoriza a forma de atendimento
	Capacidade demonstrada pelos profissionais para compreender suas demandas e expectativas
Hospitalização	Paciente = pode desencadear sentimentos negativos
	Problema de saúde = impedido de desempenhar suas atividades

Houve o relato de iniciativas já existentes no hospital, GAMIA e NADI, com características do modelo de cuidado centrado no paciente. O GAMIA, Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, conta com a atuação multidisciplinar para promoção do envelhecimento saudável. Conforme relatado por um dos gestores, esse

projeto tem o objetivo de desenvolver a autoestima e estimular independência dos idosos, uma vez que eles são empoderados através de aulas sobre informações em saúde e participam de atividades que estimulam o convívio social.

Essa iniciativa é uma oportunidade para esses idosos serem protagonistas de seus cuidados, principalmente nesta fase da vida. A educação em saúde oferecida para esses pacientes faz com que eles tenham as ferramentas necessárias para poder conscientemente decidir sobre suas escolhas.

[...] esse projeto (GAMIA) é muito interessante porque esses pacientes foram empoderados [...] essa questão do atendimento holístico, isso acontece realmente na geriatria. (E5)

O NADI, Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar, é uma iniciativa que visa ampliar o atendimento do paciente para o seu domicílio. Esse modelo assistencial é um exemplo de trabalho em equipe, onde a união multiprofissional fez a diferença para o seu sucesso. Pode ser considerado também um modelo a ser seguido para a possível implantação do cuidado centrado no paciente em um hospital público universitário.

[...] (NADI) dá muito orgulho, foi feito todo um trabalho, um estudo, visita em outros serviços de assistência domiciliar para que realmente ele acontecesse e ele só acontece com o trabalho da equipe, trabalhando junto com a mesma fala, com o mesmo atendimento, com a mesma atenção [...] o cuidado centrado no paciente nesses projetos é o foco, tanto ele (paciente) como a família [...]. (E5)

O HC realiza periodicamente transplantes de diversos órgãos. Um serviço oferecido e também citado nas entrevistas diz respeito ao atendimento integral ao paciente transplantado, em lista de espera, e para os possíveis doadores, uma reunião para a conscientização dos pacientes e familiares sobre a complexidade do procedimento, possíveis complicações e a importância também do pós transplante com a adesão ao tratamento medicamentoso. Fornecer a informação correta para os pacientes faz com que ele consiga ter a oportunidade de refletir sobre o seu tratamento e sua saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) grande parte desses procedimentos são custeados pelos SUS, sendo assim, caso esse paciente não siga as orientações há o risco

de perda do enxerto com grande impacto no sistema de saúde. Mais uma vez o trabalho da equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso de todas as iniciativas citadas.

[...] sei que os transplantes muitas vezes têm uma reunião periódica com representantes da equipe médica e família para discutir caminhos, esclarecimentos da terapêutica [...] é trabalhar a informação paciente/família junto com a instituição. (E6)

Todos os entrevistados relataram que não tiveram experiências anteriores com assistência centrada no paciente.

Um projeto piloto na enfermaria da Geriatria foi relatado por um gestor. Esse local foi utilizado também na implantação de outro projeto piloto sobre orientação de alta, em parceria com a Divisão de Farmácia. A enfermaria da Geriatria poderia acolher futuramente projeto piloto sobre o cuidado centrado no paciente.

[...] tem visita guiada por metas, tem a continuidade do cuidado, tem a equipe multiprofissional [...], mas ainda falta ouvir a voz, a experiência, ouvir mais o paciente. (E1)

Houve também um relato sobre a experiência de um gestor sobre uma instituição privada de saúde, sistema diferente do Hospital das Clínicas, onde o foco é a prestação de ações e serviços de saúde à comunidade, caracterizado por ser um hospital público.

[...] era um hospital privado então aparecia um pouco mais as necessidades dos pacientes [...] o paciente paga [...] é outro tipo de relação que ele estabelece e ele exige um pouco mais, acaba ficando um pouco mais centrado, mas não porque era um modelo que a instituição queria oferecer, mas porque o paciente era um cliente ali que pagava e acabava tendo uma atenção diferenciada [...]. (E2)

Para um dos entrevistados o hospital está voltado para aumentar a segurança do paciente, tendo iniciado a discussão sobre o modelo centrado no paciente tardiamente, já que outras organizações já iniciaram abordagem da experiência do paciente, que tem o cuidado centrado como uma de suas estratégias fundamentais.

[...] 17 anos que eu trabalhei em outro lugar e se falava menos ainda nisso [...] estamos atrasados, a gente vem falando de modelo centrado no paciente e hoje estamos pensando na segurança do paciente enquanto

outras instituições já estão discutindo a questão da experiência do paciente. (E2)

Alguns gestores acreditam que o processo de acreditação pode auxiliar na implantação do cuidado centrado no paciente, uma vez que a certificação atesta a excelência do hospital na qualidade e segurança da assistência, no atendimento humanizado, na capacitação da equipe multidisciplinar e nos constantes investimentos em melhorias de processos e infraestrutura. Um dos pontos relatados durante a visita de certificação foi justamente o engajamento da alta administração até o operacional no processo de mudança de cultura para a qualidade e segurança da assistência (IBES, 2015).

[...]acredito que o cuidado centrado no paciente vai levar a saúde baseada em valor, e uma saúde baseada em valor é mais custo efetiva, vai melhorar em tudo, eu acho que melhora imagem da instituição, melhora o posicionamento dela, com relação aos outros hospitais, é um passo para a acreditação, é uma questão importante que a acreditação vai ver e pode ajudar a subir de nível, procurar creditações mais diferentes [...]. (E1)

[...] quando começou a discussão da ONA, muita coisa a gente não tinha, aqui na divisão a gente não tinha nenhum POP, não tinha nada definido e muitas coisas a gente conseguiu caminhar [...]. (E2)

Desde 2015 o Instituto Central do Hospital das Clínicas possui o selo de qualidade ONA. Segundo esta organização, o processo de acreditação traz a implantação de processos permanentes de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência (ONA, 2014).

Segundo Mendes e Mirandola (2015) a acreditação hospitalar tem capacidade de gerar melhorias relacionadas à gestão dos processos, satisfação dos clientes e desenvolvimento de profissionais de saúde, melhorando assim a qualidade dos serviços prestados. Schiesari (2017) acredita que “um hospital acreditado segue padrões que o auxiliam a priorizar algumas ações e a focar seus processos nos pacientes”.

Os gestores consideraram não ser possível neste momento implantar o modelo centrado no paciente, dadas as barreiras existentes. No entanto, avaliando o que é feito em outras organizações no Brasil e fora, a introdução deste modelo seria uma excelente

oportunidade para avançar em termos de qualidade da assistência. Mas é fato que o estágio de maturidade da cultura da qualidade na organização ainda é incipiente, daí as dificuldades

[...] eu não acho que seria impossível [...]. (E2)

[...] não vejo que é impossível [...] acho que é possível, mas vão ter várias barreiras. (E4)

Várias são as dificuldades apontadas para a adoção do modelo de cuidado proposto, como por exemplo, recursos humanos insuficientes, falta de capacitação da equipe, infraestrutura inadequada, necessidade de treinamentos, e falta de recursos financeiros.

Eu acho que estamos caminhando para, mas tem muitas barreiras [...] não vai ser uma coisa fácil de aplicar [...] precisava ter a vontade da alta administração e do corpo clínico [...] eles precisam querer. (E1)

[...] para mim é utópico pensar que o HC algum dia vai ter um modelo único, padronizado, porque isso depende de pessoas [...] não tem dimensionamento de pessoal suficiente [...] não tem gente pra fazer, as pessoas que tem, às vezes não são capacitadas [...] não tem verba [...] não é responsabilidade só da gestão é uma responsabilidade na verdade de toda a equipe (E2).

Primeiro ter clareza do papel de cada membro da equipe multiprofissional e não só internamente, mas de ampla divulgação externa, para a população [...] conscientização da alta direção [...] *Benchmarking* para poder conhecer modelos de aplicação em que você possa fazer uma transformação, uma adequação aqui para o instituto. (E6)

[...] acho que realmente não sei como seria aqui [...]. (E7)

O hospital necessita do trabalho de pessoas para o seu funcionamento, pois são pessoas cuidando de pessoas. A implantação de qualquer mudança institucional não é fácil, e dentro das diversas barreiras existentes está à aceitação de todos os profissionais envolvidos, uma vez que essas mudanças afetam significativamente a rotina de quem está na linha de frente da prestação do cuidado.

Como descrito no relatório do *Institute of Medicine (2001) “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century”* e durante as entrevistas, redesenhar o sistema de prestação de cuidados de saúde exigirá mudanças estruturais e processos do ambiente em que os profissionais e organizações de saúde funcionam.

A assistência não é apenas mais uma indústria de serviços, é caracterizada por pessoas cuidando de outras pessoas em momentos de necessidade e estresse. Relações estáveis e de confiança entre um paciente e a equipe de saúde podem ser cruciais para o sucesso do tratamento. Portanto, a importância de preparar adequadamente os colaboradores por meio de capacitação e educação continuada (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Para o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente é necessário ter profissionais preparados e engajados. Porém nem sempre é possível ter uma equipe dimensionada adequadamente e com pessoas realmente engajadas. Há grande diversidade de pessoas e de profissionais, mas é possível utilizar estratégias para mudar a cultura da organização focando o grande objetivo do hospital que é o cuidado ao paciente.

[...] as pessoas não se apropriam do que é o trabalho delas [...] tem um monte de gente que está aqui por causa do salário, porque ele fazendo ou não, vai receber [...] os mais antigos então, que tem essa cultura, que é mais arcaica. (E2)

[...] nesses projetos de sucesso, são as pessoas que realmente apostam neste modelo de atendimento [...] os nossos colaboradores tem muito interesse, mas nem sempre por conta de horário e número insuficiente a gente muitas vezes não consegue [...]. (E5)

Há grandes desafios para a implantação no hospital (Quadro 5). Como já citado anteriormente, as mudanças podem trazer desconfortos principalmente para os profissionais envolvidos diretamente nos novos processos.

Quadro 5. Percepção dos respondentes sobre os desafios da implantação do cuidado centrado no paciente.

Desafios	
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Humanos insuficientes</li> <li>• Infraestrutura inadequada</li> <li>• Falta de recursos financeiros</li> <li>• Treinamentos</li> <li>• Falta de capacitação da equipe</li> <li>• Mudança cultural</li> </ul>
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade compartilhada</li> <li>• Seu papel ativo no cuidado</li> <li>• Nível sócio cultural</li> <li>• Envolvimento de familiares e cuidadores</li> <li>• Conhecimento de seus direito e deveres</li> </ul>

Melhorar a cultura do hospital é um grande desafio organizacional e sistêmico que requer equipes multidisciplinares e educação baseada em evidências para conscientizar e mudar comportamentos individuais (LOPEZ-JENG; EBERTH, 2019).

Um estudo de Almeida e Ferreira (2010) investigou o impacto das atitudes frente às mudanças nas organizações e mostrou que as atitudes de aceitação às mudanças tiveram um impacto positivo nos comportamentos de cidadania organizacional, que as atitudes de ceticismo frente às mudanças interferiram negativamente nos comportamentos de proteção ao sistema e de criação de clima favorável e que, quanto menor a idade, maior a propensão a apresentar comportamentos de cidadania organizacional voltados para o oferecimento de sugestões criativas para o sistema, e de criação de clima favorável à organização.

As mudanças trazem desconfortos, pois alteram o que já era uma rotina estável e exige adaptação às novas estruturas que podem ser favoráveis ou não ao colaborador (CARVALHO, 2015). Dentro do Instituto Central existem muitos profissionais que trabalham há muitos anos e que são mais resistentes às mudanças institucionais. Ao contrário, a nova geração de alunos que estão em formação, pode contribuir com novos pensamentos e no aprimoramento nos cuidados centrados no paciente.

Essa mudança de cultura exigirá que os profissionais de saúde reajustem suas práticas, compatibilizando-as com a presença crescente e desejável dos usuários no cotidiano das organizações de saúde (SCHIESARI, 2017).

[...] convencer a equipe clínica, principalmente os professores, de que isso realmente é importante, porque eu acho que tira um pouco o médico do pedestal, coloca o paciente no lugar de centro do cuidado e todos os outros profissionais de igual para atender as necessidades desse paciente [...]. (E1)

O desafio é a mudança de cultura, mudança de cultura grande [...]. (E7)

O fato de a instituição ser um hospital escola também pode contribuir para mudanças culturais. Ser referência em ensino, pesquisa e assistência faz com que tanto os alunos quanto os colaboradores tenham a chance de aprender na prática e estarem em constante atualização do que há de mais importante e recente, melhorando assim a qualidade do serviço prestado ao paciente (ARAUJO, 2014).

Eu acho que nós temos a vantagem de ser um hospital escola, acho que ter esse conceito dentro da graduação é uma coisa que faz com que os nossos processos comecem a saturar de uma forma quase que natural, porque a gente sabe que boa parte das coisas que acontecem aqui envolve alunos, residentes e acho que se eles trazem essa bagagem da graduação já tem esse outro olhar, mais ou menos o restante da instituição acho que começa a pensar dessa forma, [...]. (E7)

Kathleen Stephany (2014), psicóloga e professora da Faculdade de Ciências da Saúde de *Douglas College*, considera a empatia como a base de uma comunicação efetiva e uma das mais importantes habilidades a serem desenvolvidas pelo ser humano. É a habilidade de se colocar no lugar das pessoas, para que uma pessoa possa visualizar e sentir na mesma perspectiva as experiências vivenciadas por outra (s) (apud TEREZAM; REIS-QUEIROZ; HOGA, 2017).

Houve um relato interessante sobre a empatia no ambiente hospitalar. Os profissionais mesmo desempenhando suas tarefas com excelência muitas vezes não conseguem sentir como o paciente e a única maneira é vivenciar a experiência.

[...] difícil você mudar a cabeça de quem trabalha aqui há muitos anos [...] mas às vezes só quando você está na posição de paciente que você percebe essa importância, às vezes uma palestra não tem como tocar o colaborador, mas estar deitado numa maca, ser um paciente é uma das coisas que a gente fez aqui na emergência, colocar os preceptores deitados nas macas e foi muito bom [...].  
(E7)

O atendimento personalizado de um paciente é algo importante durante o seu tratamento. Para isso a equipe precisa ir além e conseguir enxergar não apenas um doente mas também o ser humano que está por trás de cada paciente. Neste contexto a equipe multiprofissional exerce um grande papel no atendimento compartilhado, uma vez que dependendo da abordagem e das relações estabelecidas, cada profissional consegue captar informações diferentes que ao final ajudam a construir um plano específico para cada paciente.

[...] a questão da comunicação tanto com o paciente quanto com a família como a questão da comunicação entre a equipe multiprofissional porque o que ele conversa com você não é o que ele conversa muitas vezes com o médico [...]. (E2)

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) apontaram que à medida que os profissionais centram a atenção no paciente e suas necessidades de saúde, há um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção.

Para exemplificar esse contexto, podemos relatar um importante fato citado sobre o que se deve fazer e como se deve fazer para respeitar a individualidade de cada paciente. Ao relatar o diagnóstico, o profissional pode fazê-lo de diversas maneiras, tendo o conhecimento sobre a possível reação desse paciente ou até por um pedido pessoal, o médico pode oferecer apenas as informações mínimas, sem detalhar o prognóstico, pois para alguns pacientes isso pode ocasionar grande angústia e ansiedade que podem prejudicar o seu tratamento.

Em relação aos pontos positivos do cuidado centrado no paciente foram levantadas questões como a valorização do paciente e família, que podem contribuir para a melhora da satisfação e conseqüentemente tornar este paciente mais consciente sobre sua saúde. Valorizar também o profissional e a equipe multiprofissional leva a um melhor atendimento e uma assistência mais segura com a participação de todos.

São muitos os benefícios de sua implantação, tanto para a instituição quanto para os pacientes (Quadro 6). Para o hospital, o cuidado centrado no paciente seria mais um atributo na melhoria da qualidade prestada, pois o foco sempre será o paciente. Ações que favoreçam e valorizem toda a cadeia de cuidados auxiliam o paciente a se tornar protagonista de seu tratamento.

[...] ele começa a dar mais valor a isso e se responsabilizar mais a ser aderente, a tomar os seus cuidados, a ter mais cuidados com a sua saúde [...] agrega valor ao cuidado [...] melhora imagem da instituição, melhora o posicionamento dela, com relação aos outros hospitais. (E1)

[...] você conseguir oferecer o melhor tratamento para ele, que seja o mais adequado [...] porque aí você conhecendo melhor esse paciente você trata melhor [...] você melhora a adesão ao tratamento, você melhora com isso a satisfação e a experiência do paciente e dos familiares, você melhora desfecho clínico e se você melhora desfecho clínico você aumenta a rotatividade dos leitos. (E2)

[...] você teria aí um tempo de permanência menor desse paciente na instituição [...] (E4)

[...] quando eu tenho um paciente, uma população mais informada eu tenho uma maior satisfação do cliente e da família. Tenho uma eficiência em todos os trabalhos, onde cada um sabe o seu papel, com eficiência nas atividades, eu tenho certamente uma assistência mais segura com a participação de todos, segura e com qualidade. E eu tenho uma satisfação maior do colaborador, também do profissional da equipe que ele faz um papel mais transparente e com a participação de paciente/família. (E6)

[...] acho que o paciente satisfeito ele traz muito benefício para instituição, ele adere mais ao tratamento [...] paciente que se sente cuidado sente que seus valores são respeitados eu acho que ele colabora

mais com o tratamento, ele coparticipa do seu cuidado e não é só aquela coisa de cobrar, só cobra a instituição [...] reduza absenteísmo na consulta ambulatorial, que é um absurdo [...]. (E7)

Quadro 6. Percepção dos respondentes sobre os benefícios da implantação do cuidado centrado no paciente.

Benefícios	
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado centrado no paciente seria mais um atributo na melhoria da qualidade prestada</li> <li>• Melhora imagem da instituição</li> <li>• Agrega valor ao cuidado</li> <li>• Acreditação</li> <li>• Melhora a satisfação do paciente</li> <li>• Menor tempo de permanência = custo</li> </ul>
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protagonista de seu tratamento</li> <li>• Recebe um tratamento melhor</li> <li>• Começa a dar mais valor</li> <li>• Mais aderente</li> <li>• Mais cuidados com a sua saúde</li> <li>• Melhora satisfação e experiência</li> <li>• Redução do absenteísmo nas consultas</li> </ul>

Em contrapartida o hospital público possui um perfil de paciente característico, diferente de um hospital privado. Muitas vezes são pacientes com baixo grau de instrução, o que pode dificultar o entendimento dos processos e, conseqüentemente, tornar esse paciente protagonista de seu cuidado exige também da equipe um esforço maior para levar essa informação com uma linguagem de fácil entendimento para esse público.

[...] o paciente sabe o que ele tem o que deve ser feito e ele pode opinar, a família pode opinar, mas nós vamos ter que ter muito cuidado para ver realmente quais são as famílias e quais são os pacientes que tem condições de chegar até aí [...] essa equipe tem uma linguagem que eles entendem, eles vão ter a oportunidade de perguntar, tudo isso facilita inclusive a alta, a família é envolvida no cuidado centrado no paciente. (E5)

Segundo o *Institute for Healthcare Improvement*, há uma percepção crescente de que os sistemas bem-sucedidos de saúde do futuro serão aqueles que podem, simultaneamente, oferecer excelente qualidade de atendimento, a custos otimizados, enquanto melhoram a saúde de sua população. O *Triple Aim* é hoje considerado essencial para que hospitais e sistemas de saúde alcancem alto desempenho.

[...] para a instituição eu acho que o cuidado centrado no paciente é um dos pilares do *Triple Aim/Quadruple Aim* [...] agregar valor é realmente você ter o melhor tratamento com o melhor custo possível, então eu acredito que o cuidado centrado no paciente vai levar à saúde baseada em valor, uma saúde baseada em valor ela é mais custo efetiva [...]. (E1)

Conhecer a percepção do paciente sobre o cuidado recebido tem sido uma preocupação dos pesquisadores e profissionais responsáveis pela assistência (OLIVEIRA; GUIRARDELLO, 2006). Segundo (10) Young, Meterko e Desai (2000) nas últimas décadas, a satisfação do paciente tem sido considerada como um critério para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Mas segundo Schiesari (2017) poucos sistemas e organizações de saúde têm sido capazes de posicionar os usuários no centro de suas atividades, levando em conta sistematicamente suas expectativas.

O sistema público de saúde brasileiro possui um serviço muitas vezes desconhecido por alguns pacientes chamado Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde. É responsável por receber reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS. Essa é uma importante ferramenta para garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos (BRASIL, 2019).

O Hospital das Clínicas possui um serviço de ouvidoria que visa a proteção e defesa do usuário dos serviços prestados pela instituição no que diz respeito a informação, a qualidade na prestação do serviço e o controle adequado do serviço público. O paciente pode acionar esse serviço através dos seguintes canais de atendimento: atendimento presencial, contato telefônico ou através de formulário disponibilizado no site institucional (HCFMUSP, 2019).

Dentro de instituições públicas é importante enfatizar a melhoria do serviço prestado. As ouvidorias confirmam o elo entre o paciente e a administração pública, para oferecer aos usuários um atendimento eficaz e humanizado, contribuindo também para o avanço de todo o sistema público de saúde.

É necessário saber trabalhar as informações recebida nas ouvidorias. Esperar o paciente manifestar sua opinião não é o modo mais eficaz, sendo necessário maior proatividade por meio de projetos para mensuração do atendimento em todas as esferas como enfermarias, ambulatórios e após a realização de exames.

[...] acho que não ouvimos muito o paciente, tem aquela caixinha, mas eu acho que para você realmente fazer uma pesquisa voltada para o paciente não pode só ser aquela coisa passiva, eu espero ele escrever na caixa de sugestão, tem que ter alguma coisa proativa [...]. (E7)

A manifestação da opinião também pode trazer uma questão importante para o paciente, muitos ficam inseguros ao expressar verdadeiramente suas opiniões por medo que essa atitude possa interferir no seu atendimento dentro da instituição, principalmente dentro de um hospital público de nível terciário, dada a dificuldade de ter acesso a este tipo de serviço.

[...] a gente precisa estar sempre monitorando [...] nós temos um questionário que é aplicado pelas relações públicas onde o paciente realmente fala [...] muitos ficam inseguros, achando que se ele colocar alguma coisa negativa deixaria de ser paciente, mas eu acho que isso é uma coisa que já passou [...]. (E5)

Além da pesquisa de satisfação do paciente é importante ouvir também o colaborador, pois é ele que está na linha de frente dos processos e lida diretamente com o paciente. Foi citada por um dos entrevistados iniciativa realizada pelo setor da Humanização referente a essa ação de também ouvir a opinião dos colaboradores.

Um dos canais de escuta é a Ouvidoria, pesquisa de satisfação do paciente, [...] nós já tivemos para os colaboradores, e foi muito interessante [...] foi feito pela humanização. (E5)

Como já dito anteriormente, o cuidado centrado resulta em grandes ganhos para a instituição e principalmente para o paciente. Há barreiras que devem ser rompidas, tais como as limitações de alguns pacientes de entendimento e participação no seu processo de doença, tendo em vista o perfil de alguns pacientes, em geral a sua maioria, com baixa escolaridade. A comunicação da equipe multiprofissional apresenta oportunidades de melhorias, sendo esse um fator de grande relevância para o sucesso das ações e principalmente a padronização desse modelo para todo o Instituto.

Por ser um hospital escola, há maior rotatividade de profissionais, tornando mais desafiadora a consolidação dos processos institucionais. Este tipo de iniciativa requer envolvimento de todos que compõem a organização, e, sobretudo, o apoio da alta liderança. A enfermagem tem um papel fundamental nesta implantação, tendo em vista que é a equipe que fica mais tempo com o paciente e muitas vezes são capazes de sensibilizar a equipe multidisciplinar através de suas atitudes e monitoramento dos processos, exercendo papel crucial no relacionamento com o paciente.

Para que o modelo da assistência centrada seja implementado na instituição é necessário o mapeamento de todo o processo do fluxo do paciente e clareza na compreensão de todas as formas possíveis de inserção do paciente como centro do cuidado, de forma a agregar valor a todos da instituição.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores consideraram não ser possível neste momento implantar o modelo de cuidado centrado no paciente, dadas às barreiras existentes, mas já existem diversas iniciativas. As entrevistas revelaram muitos pontos em comum entre as respostas de gestores das diferentes áreas de atuação.

O pouco conhecimento a respeito do tema por quase todos os entrevistados e o fato dos gestores não estarem em contato direto com os pacientes também pode ter dificultado o entendimento das implicações de sua utilização no ambiente estudado.

O Instituto Central do Hospital das Clínicas é uma instituição de referência e incorporar o cuidado centrado no paciente seria um grande avanço e traria muitos benefícios. Porém ainda estamos distantes dessa realidade, uma vez que mudanças organizacionais requerem tempo e cooperação de todos os envolvidos. O maior envolvimento da equipe multiprofissional é recente dentro do hospital, mas aos poucos as pessoas estão compreendendo a importância do trabalho conjunto, unindo paciente, cuidador, familiar e cada um da equipe de cuidados à saúde.

A dificuldade que o cuidado centrado representa nas organizações de saúde como um todo, no Brasil, mesmo em instituições privadas, muitas vezes diz respeito ao próprio paciente que quase sempre não assume o seu papel de protagonista nos cuidados, por diversos motivos, como, por exemplo, a falta de conhecimento e a cultura brasileira. Essa mudança cultural envolve não só a equipe de saúde e o hospital, mas está principalmente na conscientização do próprio paciente sobre seu importante papel.

A satisfação do paciente em hospital público, terciário, de referência e universitário traz a questão do papel do serviço das Ouvidorias, onde é necessário não só receber as críticas, sugestões e elogios, mas saber trabalhar essas informações em benefício dos pacientes, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelo serviço público, como a alta procura resultando nas grandes listas de esperas. Em contrapartida, as instituições privadas utilizam a qualidade da assistência como estratégia de marketing hospitalar para estabelecer vínculos e conquistar seus clientes, graças ao aumento da segurança do cuidado e a valorização das individualidades do cuidado.

Dada à importância e relevância desse assunto, para que esse modelo possa ser efetivamente utilizado em hospital público universitário de grande porte, seria necessário realizar inicialmente projeto piloto em uma unidade de internação, como por exemplo, a enfermaria da Geriatria, com planejamento de expansão, após a avaliação dos principais problemas e obstáculos encontrados e revisão para melhoria e adequação às necessidades identificadas.

## **8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Este trabalho envolveu apenas a alta liderança de um dos institutos do complexo HC na coleta de informações a respeito da utilização do modelo do cuidado centrado no hospital. Isto obviamente não é o suficiente para avaliar com precisão a complexidade dos desafios para sua implementação. Grupos focais com colaboradores de diferentes áreas e segmentos de atuação poderiam fornecer dados importantes. Além disso, contato com realidades similares que tenham utilizado tal modelo também auxiliaria o entendimento dos passos a percorrer.

As entrevistas foram realizadas por colaborador do hospital, no caso a mestranda, o que também pode trazer alguns vieses para obtenção e interpretação dos dados coletados.

O número restrito de perguntas que guiaram as entrevistas e o curto período para sua realização também podem ter impactado a qualidade do dado obtido.

## 9 REFERÊNCIAS

ABO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES. Ouvidoria do InCor é instrumento de melhoria contínua e exercício da cidadania. 2019. Disponível em: <http://www.abonacional.org.br/artigo/222>. Acesso em: 05 jul. 2019.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). U.S. Department of Health & Human Services. What Is Patient Experience?. 2017. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>. Acesso em: 16 mai. 2019.

AGRELI, H.F; PEDUZZI, M; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, Dec. 2016.

ALMEIDA, S.P; FERREIRA, M.C. O Impacto das Atitudes Frente às Mudanças Organizacionais nos Comportamentos de Cidadania. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2010, 30 (3), 492-503.

ALVARENGA, M.A; BAIA, W. R.M. Hospital Sírio Libanês. Paciente como protagonista nos cuidados à saúde. 2017. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/paciente-como-protagonista-nos-cuidados-a-saude.aspx>. Acesso em: 28 abr. 2019.

ANSAI, J. H. et al . Evolução de desempenho físico e força de preensão palmar em idosos assistidos por um programa de assistência domiciliar interdisciplinar em um ano. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 197-202, June 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502013000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mai. 2019.

ARAÚJO, K.M; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde*. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1261-1281.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. *Windows into Safety and Quality in Health Care 2008*, ACSQHC, Sydney, 2008. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Windows-into-Safety-and-Quality-in-Health-Care-2008-FINAL.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2019.

BENSING, J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, v. 39, n. 1, p. 17-25, Jan 2000. ISSN 0738-3991. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000084824600003 >. Acesso em: 8 mar. 2019.

BERWICK, D.M; NOLAN, T.W; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, 27 (3) 2008, pp. 759-769. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.27.3.759>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/* Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. LEI Nº 13.460, DE 26 DE JUNHO DE 2017. *Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública*. - Brasília, 2017.

BRASIL. LEI Nº 8.080, 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* - Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://ans.gov.br/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/qualiss-programa-de-qualificacao-de-prestadores-de-servicos-de-saude/monitoramento-da-qualidade-dos-prestadores-de-servicos-de-saude/modulos-e-indicadores/qualiss-indicadores-hospitalares-essenciais-2013-14>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários *da saúde* / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doação de Órgãos: transplantes, lista de espera e como ser doador*. 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Método e Dispositivos da PNH. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/metodo-e-dispositivos-da-pnh>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria do SUS. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>. Acesso em: 16 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização – PNH*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS* / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizaus>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento* / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

BRASIL. Ouvidoria-Geral da União. História das ouvidorias. 2014. Disponível em: <http://ouvidorias.gov.br/cidadao/conheca-a-ouvidoria/historia-das-ouvidorias>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.864, DE 24 DE OUTUBRO DE 2016. Institui o Programa de Avaliação Cidadã de Serviços e Políticas Públicas. Brasília, 2016.

CAMPOS, G.W.S; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.4, 849-859, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 fev. 2019.

CARE QUALITY COMMISSION. National results from the NHS inpatient survey 2014. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/201500519%20NH%20Inpatient%20Survey%202014%20National%20summary%20and%20results%20tables%20FINAL.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2019.

CARVALHO, P.S. O Impacto das Atitudes Frente às Mudanças Organizacionais. *Psicologia.pt*. 2015.

CAVALHEIRO, E. Doença ou Doente?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 9, n. 2, p. 117-119, June 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 fev. 2019.

CEREZO, P. G; JUVE-UDINA, M-E; DELGADO-HITO, P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 50, n. 4, p. 667-674, Aug. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400667&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400667&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2019.

COLLINS, A. Measuring what really matters: Towards a coherent measurement system to support person-centred care. *The Health Foundation*, 2014.

COMITÊ HUMANIZA FMUSPHC. REDE HUMANIZA FMUSPHC. 2002. Disponível em: [https://www.hc.fm.usp.br/humaniza/quem\\_somos.html](https://www.hc.fm.usp.br/humaniza/quem_somos.html). Acesso em: 18 abr. 2019.

COSTA, A. Você sabe o que é experiência do paciente?. Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/voce-sabe-o-que-e-experiencia-do-paciente/>. Acesso em: 16 mai. 2019.

COULTER A, ELLINS J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007 Jul 7;335(7609):24-7. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/335/7609/24>. Acesso em: 7 jul. 2019.

DE OLIVEIRA, A. M *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: a perspectiva do profissional de enfermagem. *rev.latinoam.bioet.*, Bogotá , v. 10, n. 2, p. 58-67, Dec. 2010 . Disponível

em:<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022010000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

DURÁN, M. H. C. A motivação dos peritos criminais das unidades técnico-científicas da Polícia Federal na Bahia. Dissertação (mestrado). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. - 2012. 103 f.

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.

EPSTEIN, R. M. The science of patient-centered care. *Journal of Family Practice*, v. 49, n. 9, p. 805-807, Sep 2000. ISSN 0094-3509. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000089693700004 >. Acesso em: 8 mar. 2019.

FEELEY, D. Institute for Healthcare Improvement. The Triple Aim or the Quadruple Aim? Four Points to Help Set Your Strategy; 2017. Disponível em: <http://www.ihl.org/communities/blogs/the-triple-aim-or-the-quadruple-aim-four-points-to-help-set-your-strategy>. Acesso em: 9 abr. 2019

FELIX, E. P. V. Existe trade-off entre eficiência e qualidade nas organizações hospitalares? / Tese (doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2016. Disponível em: [http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16246/Tese\\_Evandro\\_Felix\\_FGV\\_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16246/Tese_Evandro_Felix_FGV_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 17 mai. 2019.

FFM. Fundação Faculdade de Medicina. Relatório Anual: Ações de Assistência Integral à Saúde. 2017. Disponível em: <http://extranet.ffm.br/Atuacao/AssistenciaIntegralSaude.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FONSECA M.J.M. Carl Rogers: Uma concepção holística do homem. ResearchGate. 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/271586954\\_Carl\\_Rogers\\_Uma\\_concepcao\\_holistica\\_do\\_homem](https://www.researchgate.net/publication/271586954_Carl_Rogers_Uma_concepcao_holistica_do_homem). Acesso em: 27 abr. 2019.

FRAMPTON, S. *et al.* *Patient-centered care: improvement guide*: Picker Institute, 2008.

GEROSAÚDE. Serviço de Geriatria do HCFMUSP. GAMIA. Disponível em: [http://www.gerosaude.com.br/servicos/ambulatorio\\_GAMIA.asp](http://www.gerosaude.com.br/servicos/ambulatorio_GAMIA.asp). Acesso em: 11 abr. 2019.

GOMES, P.H.G. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos. Dissertação (Dissertação em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 107. 2016.

GOMES, P.H.G; JUNIOR, W.V.M. O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais. *Revista Acreditação*. v. 7, n. 13, 2017.

GUIA DA CIDADANIA. Rede de Defesa de Direitos das Meninas e das Mulheres do Estado de São Paulo. Medicina Preventiva FMUSP. Disponível em: <http://www.redededefesadedireitos.com.br/assistencia-psicossocial/navis-nucleo-de-atendimento-a-vitimas-de-violencia-sexual-do-hospital-das-clinicas-da-fmusp/>. Acesso em: 11 abr. 2019.

HANNA, A. Policy Paper: Patient-Centred Care. *OMA Health Policy Department*. 2010.

HCFMUSP. Instituição: Institutos. Disponível em: <https://sites.google.com/hcfm.usp.br/hcfmusp/institui%C3%A7%C3%A3o/institutos>. Acesso em: 15 abr. 2019.

HCFMUSP. Ouvidoria e Central de Dispensação de Medicamentos (CDM). Disponível em: [http://www.hcfm.usp.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=400&Itemid=298](http://www.hcfm.usp.br/index.php?option=com_content&view=article&id=400&Itemid=298). Acesso em: 16 mai. 2019.

IBES. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP é acreditado ONA-IBES. 2015. Disponível em: <http://www.ibes.med.br/instituto-central-do-hospital-das-clinicas-da-faculdade-de-medicina-da-usp-e-acreditado-ona-ibes/>. Acesso em: 12 abr. 2019.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. The IHI Triple Aim; 2019. Disponível em: <http://www.ihio.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>. Acesso em: 9 abr. 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/doi:10.17226/10027>. Acesso em: 14 mar. 2019.

IQG Health Services Organization. *Programa de Acreditação Internacional*. 2019. Disponível em: <http://www2.iqg.com.br/instituicoes/o-que-a-iqg-faz-pela-sua-instituicao-de-saude/>. Acesso em: 18 abr. 2019.

JÚNIOR, A.F.B; JÚNIOR, N.F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. *Evidência*, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. [https://met2entrevista.webnode.pt/\\_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf](https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

LOPEZ-JENG, C; EBERTH, S.D. Improving Hospital Safety Culture for Falls Prevention Through Interdisciplinary Health Education. *Health Promotion Practice*. 2019.

MEAD, N; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. Volume 51, 2000, Pages 1087-1110. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600000988?via%3Dihub>. Acesso em: 19 abr. 2019.

MENDES, G.H.S; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gest. Prod.*, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 636-648, Set. 2015 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2015000300636&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11 abr. 2019.

MERY, G; MAJUMDER,S; BROWN, A; DOBROW, M.J. What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. *Health Policy*, Volume 121, Issue 6, 2017, p. 629-636. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851017300891?via%3Dihub#bib0005>. Acesso em: 19 abr. 2019.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010.

NATIONAL HEALTH SERVICE. Health and Social Care Act. Norwich, 2012 . Disponível em: <[http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga\\_20120007\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

OLIVEIRA, A.M.L; GUIRARDELLO, E.B. Satisfação do paciente com os cuidados de de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (1): 70-7.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. Conheça a ONA. 2014. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/20/A-ONA>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, Feb. 2001 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PIOVESAN, A; TIMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev. Saúde Pública*. 20 (4), 1995.

PLANETREE AMÉRICA LATINA. Planetree Gold Certified Sites 2019. Disponível em: <https://planetree.org/planetree-designated-sites/>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PLANETREE INTERNATIONAL DESIGNATION: Definição e medidas de excelência no cuidado centrado no paciente. Critérios de Designação Internacional Planetree. 2016-2017.

PLANETREE, Inc. Patient-Preferred Practice Primer: Patient-Directed Visiting. Derby, CT, 2014. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2016/09/2-Planetree-Patient-Preferred-Practice-Primer-Patient-Directed-Visiting.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PROQUALIS. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fiocruz. *Simplificando o cuidado centrado na pessoa: O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa*, 2014.

PROQUALIS. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fiocruz. *Simplificando a melhoria da qualidade: O que todos devem saber sobre melhoria da qualidade do cuidado de saúde*, 2013.

RAWSON, J. V.; MORETZ, J. Patient- and Family-Centered Care: A Primer. *J Am Coll Radiol*, v. 13, n. 12 Pt B, p. 1544-1549, Dec 2016. ISSN 1558-349X. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27888939>. Acesso em: 5 abr. 2019.

ROMANOW R J. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada. 356f, 2002. Disponível em: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SCHIESARI, L. Cuidado com o Paciente. *GV Executivo*, v16, n4, p.18, 2017. Disponível em: [https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gv\\_pesquisa.fgv.br/files/arquivos/cuidado\\_com\\_o\\_paciente.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gv_pesquisa.fgv.br/files/arquivos/cuidado_com_o_paciente.pdf). Acesso em: 25 abr. 2019.

SCHRECK, M; WATSON, S. Education and Training. In: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC): Of infection control and epidemiology. 3a ed. Washington: 2009.

SEIDMAN, I. Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences. 3rd ed. New York: Teachers College Press, 2006.

SIGRIST, C.A. Liga de Humanização FMUSP. 2017. Disponível em: <https://www.hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/Liga%20de%20Humanizacao%20FMUSP.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SIKKA, R, et al. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf.* 2015;0:1–3. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2015/06/02/bmjqs-2015-004160.full.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SILVA, D. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. The Health Foundation, London, 2014.

SILVA, L.M.V.S. Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária. SciELO Books. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6bmrk/pdf/costa-9788523208813-12.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

TELLES, T.C.B; BORIS, G. D.J.B; MOREIRA, V. O conceito de tendência atualizante na prática clínica contemporânea de psicoterapeutas humanistas. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia , v. 20, n. 1, p. 13-20, jun. 2014 .

TEREZAM, R; REIS-QUEIROZ J; HOGA L.A.K. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017;70(3):669-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0032>. Acesso em: 18 abr. 2019.

THE BERYL INSTITUTE. About The Beryl Institute. 2019. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/About>. Acesso em: 04 jul. 2019.

THE HEALTH FOUNDATION. Strategy 2019–2021: The road ahead for the Health Foundation. 2018. Disponível em: [https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Strategy%202019-2021%20-%20The%20road%20ahead%20for%20the%20Health%20Foundation\\_0.pdf](https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2018/Strategy%202019-2021%20-%20The%20road%20ahead%20for%20the%20Health%20Foundation_0.pdf). Acesso em: 19 abr. 2019.

WHITTINGTON J.W. et al. Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *The Milbank Quarterly*, Vol. 93, No. 2, 2015. p.263-300. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462878/pdf/milq0093-0263.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2019.

YOUNG, G.J; METERKO, M; DESAI, K.R. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. *Med Care.* 2000;38(3):325-34. Disponível em: [https://journals.lww.com/lwwmedicalcare/Fulltext/2000/03000/Patient\\_Satisfaction\\_With\\_Hospital\\_Care\\_\\_Effects.9.aspx](https://journals.lww.com/lwwmedicalcare/Fulltext/2000/03000/Patient_Satisfaction_With_Hospital_Care__Effects.9.aspx). Acesso em: 10 jun. 2019.

ZAMBON, L. Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. “Triple Aim” do IHI deve ser substituído pelo “Quadruple Aim”. 2015. Disponível em: [https://www.segurancadopaciente.com.br/central\\_conteudo/triple-aim-do-ihl-deve-ser-substituido-pelo-quadruple-aim/](https://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/triple-aim-do-ihl-deve-ser-substituido-pelo-quadruple-aim/). Acesso em: 10 abr. 2019.

## ANEXO I - Questionário

### Questionário da entrevista

<b>Informações gerais</b>
---------------------------

**1. Sexo:**

Masculino  Feminino

**2. Faixa de idade:**

Até 25 anos  De 25 a 35 anos  De 35 a 45 anos

De 45 a 60 anos  Acima de 60 anos

**3. Há quanto tempo trabalha na organização:**

1 ano ou menos  mais de 1 a 3 anos  mais de 3 a 5 anos

mais de 5 a 10 anos  mais de 10 anos

**4. Como o Sr/Sra definiria o modelo assistencial do Instituto Central?**

**5. O que Sr/Sra entende por cuidado centrado no paciente?**

**6. O Sr/Sra já teve contato ou experiência com assistência centrada no paciente em outra instituição? Se sim, que iniciativa foi esta e qual sua percepção sobre a mesma?**

**7. Que aspectos o Sr/Sra definiria como prioritários na assistência centrada no paciente?**



**8. Como veria a implantação desse modelo no Instituto Central?**

**9. O que precisa ser feito para implantar o modelo centrado no paciente no Instituto Central?**

**10. Quais seriam os principais desafios e quais seriam os benefícios para a instituição e os pacientes?**

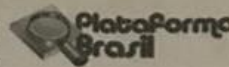
Fonte: Elaborado pela autora

## ANEXO II – Aprovação do projeto de pesquisa

	<b>USP - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE</b>	
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO		
<b>Pesquisador:</b> Maria Fernanda Ferreira Mendes		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 09198019.3.0000.0068		
<b>Instituição Proponente:</b> Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 3.258.739		
<b>Apresentação do Projeto:</b> Este é um protocolo voltado para o cuidado ao paciente no ambiente hospitalar		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Visa entrevistar diversos gestores, cotejando suas ações e atitudes frente a esta questão		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Não haverá intervenções nem procedimentos, o protocolo se limitando a entrevistas técnicas		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> O projeto encontra-se corretamente elaborado, e poderá trazer novas luzes sobre o cuidado ao paciente		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> O TCLE está direcionado aos gestores e aborda os itens apropriados		
<b>Recomendações:</b> Não há		
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> Não há pendências		
<b>Considerações Finais a critério do CEP:</b> Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto		
<b>Endereço:</b> Rua Ovidio Pires de Campos, 225 5º andar <b>Bairro:</b> Cerqueira Cesar <b>CEP:</b> 05.403-010 <b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO PAULO <b>Telefone:</b> (11)2661-7585 <b>Fax:</b> (11)2661-7585 <b>E-mail:</b> cappesq.adm@hc.fm.usp.br		

SEDE/INQUA-T.1.1  
-16-Abr-2019-14:36-005532-1/1

Página 01 de 02



Continuação do Parecer: 3.258.739

conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1300670.pdf	08/03/2019 16:08:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_FINAL.docx	08/03/2019 16:07:37	Maria Fernanda Ferreira Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.docx	08/03/2019 16:02:22	Maria Fernanda Ferreira Mendes	Aceito
Folha de Rosto	FR_assinada.pdf	08/03/2019 15:47:19	Maria Fernanda Ferreira Mendes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 11 de Abril de 2019

Assinado por:

ALFREDO JOSE MANSUR  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-010  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)2661-7585 Fax: (11)2661-7585 E-mail: capteeq.adm@hc.fm.usp.br

## ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DADOS DA PESQUISA

1) TÍTULO DA PESQUISA: Cuidado centrado no paciente: viabilidade de implantação em um hospital público universitário

2) PESQUISADOR PRINCIPAL: Maria Fernanda Mendes Tedesco

CARGO/FUNÇÃO: Enfermeira da Diretoria de Enfermagem

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: Coren-SP173924 – ENF

3) DEPARTAMENTO/INSTITUTO: Divisão de Enfermagem do IC - HCFMUSP

Você está sendo convidado a participar de um estudo que irá analisar a percepção dos gestores a respeito da aplicabilidade do cuidado centrado no paciente no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Se você concordar em participar voluntariamente deste estudo, você será brevemente entrevistado (a) acerca da sua opinião e experiência sobre cuidado centrado do paciente. Este estudo não oferece desconfortos ou riscos aos seus participantes.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a sua identificação. Você tem direito à privacidade. Toda informação obtida neste estudo que possa ser identificada com seu nome, permanecerá confidencial. Seu nome não será revelado em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo, sem o seu expresso consentimento.

Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O acesso ao projeto é de forma voluntária. Não há despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Não se prevê indenizações nos custos do projeto.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a Enf. Maria Fernanda Mendes Tedesco, que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 – Instituto Central, 5º andar, no telefone (11) 2661-6344, e-mail: maria.ftmendes@hc.fm.usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel.: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549 e-mail: cappelq.adm@hc.fm.usp.br.

V.1.0 – 31 de janeiro de 2019

Página 1 de 2

Rubrica do Participante \_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador \_\_\_\_\_

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Cuidado centrado no paciente: viabilidade de implantação em um hospital público universitário".

Eu discuti as informações acima com o pesquisador responsável Enf. Maria Fernanda Mendes Tedesco sobre minha decisão em participar nesse projeto. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos, riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente/representante legal

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO (OU ETIQUETA INSTITUCIONAL DE IDENTIFICAÇÃO) DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

NOME: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.): \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_