ENFERMEIROS
UMA VOZ PARA LIDERAR
A SAÚDE É UM DIREITO HUMANO



A SAÚDE É UM DIREITO HUMANO
ACESSO, INVESTIMENTO E CRESCIMENTO ECONÓMICO

DIA INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS

RECURSOS E EVIDÊNCIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS

Ficha Técnica:

Título: Enfermeiros: Uma voz para liderar - A saúde é um direito humano;
Dia Internacional do Enfermeiro 2018 – do original - «Nurses: a Voice to Lead - Health is a Human Right; International Nurses Day 2018».

Tradução: Alphatrad Portugal, Unipessoal Lda.

Revisão pela Ordem dos Enfermeiros: Enf.º Luís Filipe Barreira, Vice-Presidente do Conselho Directivo, Enf.ª Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem;
Enf.º Márcio Tavares, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional da Região Autónoma dos Açores (Mandato 2016/2019); Gabinete de Relações Internacionais da Ordem dos Enfermeiros.

ISBN português: 978-989-8444-44-8

ÍNDICE

Mensagem do Presidente do ICN 4

Parte um: A Saúde é um direito humano 5

Introdução 5
O desafio que nos é colocado 6
O direito à saúde e o foco do ICN para o ano 7
Elementos chave de uma abordagem aos direitos a um sistema de saúde 8
Os seis elementos fundamentais de um sistema de saúde eficaz baseados no direito à saúde 10
Por que devem os enfermeiros estar interessados no direito à saúde como uma abordagem aos cuidados de saúde? 11

Parte dois: Clarificar a complexidade do acesso aos cuidados de saúde 12

A visão singular e íntima do enfermeiro 12
Acesso aos cuidados de saúde: Sensibilização e identificação das necessidades não satisfeitas 14
Acesso aos cuidados de saúde: Satisfazer diversas necessidades 17
Acesso aos cuidados de saúde: Disponibilidade e fácil acesso a serviços 20
Acesso aos cuidados de saúde: Custos viáveis dos cuidados 24
Acesso aos cuidados de saúde: Cuidados seguros e de qualidade 27
Acesso aos cuidados de saúde: Prontidão do acesso 30
Acesso aos cuidados de saúde: Cuidados orientados para as pessoas 33

Parte três: Investimento e crescimento económico 35

Cobertura Universal da Saúde 37
Cuidados Orientados para as Pessoas 40
Recursos Humanos para a Saúde 44

Parte quatro: Da política à prática – Da prática à política 49

A palavra final 55

Referências 56

Patrocinador do Projecto: Howard Catton

Autores: David Stewart, Erica Burton, Professor Jill White (Parte IV)

Apresentação e edição: Lindsey Williamson, Julie Clerget, Violaine Bobot, Bethany Halpin, Marie Carrillo

Conselheiros Especiais: Professor Sridhar Venkatapuram, Professora Anne Marie Rafferty, Professora Marla Salmon, Professor Thomas Kearns

Comité Directivo: Simon Hlungwani, Dr Kwua–Yun Wang, Sra Paola Pontoni Zuniga

Concepção: Artiflex Creative Webnet Ltd.

Todos os direitos reservados, incluindo a tradução para outras línguas. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por impressão, por meios foto-estáticos ou de qualquer outra forma, ou armazenada num sistema de recuperação, ou transmitida sob qualquer forma ou vendida sem o consentimento escrito do Conselho Internacional de Enfermeiros. Podem ser reproduzidos pequenos excertos (com menos de 300 palavras) sem autorização, com a condição de que a fonte seja indicada.

Copyright © 2018 pelo ICN – International Council of Nurses,
3, place Jean–Marteau, 1201 Genebra, Suíça

ISBN : 978-92-95099-48-7

Mensagem do Presidente do ICN

O Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses - ICN) acredita que a saúde é um direito humano. O ICN está na vanguarda da defesa do acesso à saúde e os enfermeiros são a chave para o conseguir. Em todo o mundo, há pessoas e comunidades que sofrem de doenças devido à falta de cuidados de saúde acessíveis e de custo viável. Mas também não nos devemos esquecer que os cuidados de saúde se aplicam aos enfermeiros! Sabemos que uma qualidade melhorada e segurança para os doentes dependem de um ambiente de trabalho positivo das equipas. Isto traduz-se no direito a um ambiente de trabalho seguro, numa remuneração adequada e no acesso a recursos e educação. A isto, temos de adicionar o direito de sermos ouvidos nas tomadas de decisão e na implementação de uma política de desenvolvimento!

Como a voz global da enfermagem, o ICN continuará a pronunciar-se e a manifestar-se. Em 2018, o ICN está a fazê-lo ainda mais alto e mais forte do que nunca. No seguimento do tema do Dia Internacional da Enfermagem (DIE) de 2018 – Enfermeiros: Uma Voz para Liderar, a Saúde é um Direito Humano - este conjunto de ferramentas apresenta evidência convincente de como o investimento na enfermagem conduz ao desenvolvimento económico e como a melhoria das condições de vida das pessoas conduz à existência de sociedades coesas e economias produtivas.

Para os enfermeiros, A Saúde é um Direito Humano, o que significa que todos os seres humanos têm o direito a um acesso de custo viável e a cuidados de saúde de qualidade quando mais precisam. E há enfermeiros a trabalhar em ambientes de cuidados de saúde todos os dias e em posições de influência e de tomada de decisão que o estão a fazer neste momento!

Neste Dia Internacional dos Enfermeiros, vamos unir-nos para partilhar de que forma os enfermeiros estão a transformar os cuidados de saúde e os sistemas de saúde para que ninguém fique esquecido. Juntemos as nossas vozes para ser uma única voz de liderança, apoiando uma abordagem aos cuidados e sistemas de saúde focados nas pessoas, e assegurando que as nossas vozes são ouvidas para influenciar a política de saúde, e o planeamento e prestação de cuidados de saúde.

Em nome de todos no ICN, Feliz Dia Internacional dos Enfermeiros!

Annette Kennedy
Presidente
Conselho Internacional de Enfermeiros



PARTE UM:
A SAÚDE É UM DIREITO HUMANO

Para mim, a questão fulcral da Cobertura Universal da Saúde é uma questão ética.
Queremos que os nossos concidadãos morram porque são pobres?
Ou que milhões de famílias fiquem empobrecidas devido a despesas de saúdes catastróficas porque carecem de protecção de risco financeiro?
A Cobertura Universal da Saúde é um direito humano."

- Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Director Geral, OMS)[1]

Introdução

O Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) acredita que a saúde é um direito humano. O ICN está na vanguarda da defesa do acesso à saúde e os enfermeiros são a chave para o conseguir. Em todo o mundo, há pessoas e comunidades que sofrem de doenças devido à falta de cuidados de saúde acessíveis e de custo viável.

Como a voz global da enfermagem, o ICN continuará a pronunciar-se e a manifestar-se. Em 2018, o ICN está a fazê-lo ainda mais alto e mais forte do que nunca. No seguimento do tema do Dia Internacional da Enfermagem (DIE) de 2018 – Enfermeiros: Uma Voz para Liderar, a Saúde é um Direito Humano - este conjunto de ferramentas apresenta evidência convincente de como o investimento na enfermagem conduz ao desenvolvimento económico e como a melhoria das condições de vida das pessoas conduz à existência de sociedades coesas e economias produtivas.

Para os enfermeiros, A Saúde é um Direito Humano, o que significa que todos os seres humanos têm o direito a um acesso de custo viável e a cuidados de saúde de qualidade quando mais precisam. E há enfermeiros a trabalhar em ambientes de cuidados de saúde todos os dias e em posições de influência e de tomada de decisão que o estão a fazer neste momento!

Neste Dia Internacional dos Enfermeiros, vamos unir-nos para partilhar de que forma os enfermeiros estão a transformar os cuidados de saúde e os sistemas de saúde para que ninguém fique esquecido. Juntemos as nossas vozes para ser uma única voz de liderança, apoiando uma abordagem focada nas pessoas dos cuidados e sistemas de saúde focados nas pessoas, e assegurando que as nossas vozes são ouvidas para influenciar a política de saúde, e o planeamento e prestação de cuidados de saúde.

#IND2018 #VoicetoLead

O desafio que nos é colocado

Em Junho de 2017, Dainius Puras, Relator Especial das Nações Unidasa, apresentou o seu relatório ao Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas[2] sobre o direito de todos, ao usufruto do mais alto padrão de saúde física e mental. O relatório focou os cuidados de saúde mental no qual o Relator concluiu que "nada mais do que uma "mudança na maré" irá acabar com anos de negligência nos cuidados de saúde mental[3]. O relatório destacou as décadas de negligência, abuso e violência que os grupos socialmente vulneráveis sofreram, incluindo pessoas com deficiências intelectuais, cognitivas e psicossociais, quer devido à falta de cuidados e apoio quer por terem recebido cuidados ineficientes e prejudiciais.

O Relator Especial da ONU afirmou que "embora existam sistemas de saúde mental, estão segregados dos outros cuidados de saúde e têm por base práticas desactualizadas que podem violar os direitos humanos". Defende também que as políticas e serviços de saúde mental estão em crise – não uma crise de desequilíbrios químicos, mas de desequilíbrios de poder" – e exigiu compromissos políticos arrojados, respostas políticas urgentes e acções correctivas imediatas.

Na sua opinião, um dos motivos para isto é o domínio dos modelos biomédicos, com uma dependência da medicação, e na falha em respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde. Os tratamentos focam-se apenas na patologia às custas do bem-estar da pessoa no terreno mais amplo das vidas pessoais, sociais, políticas e económicas.

O relatório destaca ainda que as políticas públicas negligenciam a importância das pré-condições para uma fraca saúde mental como a violência, o desemprego, a exclusão social, o isolamento e o colapso das comunidades, a desvantagem sistémica socioeconómica e as condições prejudiciais no trabalho e nas escolas.
O relatório conclui que a abordagem que falha em proteger o ambiente social, económico e cultural não está só a falhar com as pessoas com deficiência; também está a falhar na promoção da saúde mental e do bem-estar ao longo da vida.

Com o exemplo da saúde mental, o Dr. Puras mostra claramente que a questão fundamental que está a causar entraves na nossa capacidade de alcançar saúde para todos é a falta de uma abordagem para a saúde que seja focada nas pessoas. Tal como a saúde, incluindo a acessibilidade a cuidados, é um direito humano, temos de nos direccionar mais além do que a visão meramente patológica e biológica da saúde. Há acções políticas, sociais, económicas, científicas e culturais que podem potenciar uma boa saúde para todos. A boa saúde depende do acesso a água potável segura e a uma boa nutrição, a condições sanitárias adequadas, à educação, à extensão da igualdade e liberdade na sociedade e a outros factores determinantes subjacentes à saúde. As condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem têm um efeito predominante nos fardos da doença e na perda prematura da vida. É aqui que a enfermagem pode ter um efeito profundo ao proporcionar uma perspectiva dos direitos humanos da saúde. Historicamente, a base da prática da enfermagem é cuidar da saúde e bem-estar dos indivíduos e comunidades. A base filosófica da enfermagem é uma abordagem da saúde orientada para as pessoas.

[a] O actual Relator Especial das NU é Dainius Puras, um psiquiatra da Lituânia. Os Relatores Especiais e especialistas independentes são nomeados pelo Conselho dos Direitos Humanos das NU, sediado em Genebra, para examinarem e reportarem sobre um determinado tema de direitos humanos ou sobre a situação de um país. Tratam-se de cargos honorários e os especialistas não são funcionários das NU nem são remunerados pelo seu trabalho.



"Existe uma crise moral no tratamento da saúde mental. Falhámos nos direitos humanos nos hospitais em muitos países."
– Prof. Vikram Patel



> O tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal; o cuidado de um doente deve ser totalmente pessoal"
>
> – Francis W. Peabody[5]

O direito à saúde e o foco do ICN para o ano

Por que está o ICN a focar-se na saúde como um direito humano? Este foco amplo permite aos enfermeiros compreenderem as bases filosóficas de toda a nossa prática, quer seja na promoção da saúde, na prevenção da doença ou traumatismos ou no tratamento crónico e agudo. Permite-nos identificar os efeitos da saúde nos determinantes sociais da saúde como as condições sanitárias, a alimentação adequada, a habitação decente, as boas condições de trabalho, a educação, a igualdade e um ambiente limpo.[4] O papel da enfermagem na abordagem das desigualdades, práticas discriminatórias e relações de poder injustas nos determinantes sociais da saúde foram o foco do Dia Internacional dos Enfermeiros (DIE) de 2017 ("Enfermeiros: Uma voz de Liderança – Alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável"). Permite-nos também compreender o sistema de cuidados de saúde a partir de uma perspectiva focada nas pessoas e nas comunidades. Este ano, o DIE apoia-se nas mensagens do DIE de 2017, explorando agora temas como o **acesso** aos cuidados de saúde e o impacto das questões de acesso nos resultados da saúde.

Os sistemas de saúde são um elemento essencial numa sociedade saudável e equitativa. Quando a saúde é encarada como um direito humano, é exigido uma acção da nossa parte e uma responsabilidade de permitir o acesso a um sistema de saúde. Esta crença deve ser o alicerce de um sistema eficaz e os seus benefícios irão fluir, em última análise, nas comunidades e países. O direito à saúde é mais do que um chavão para os profissionais de saúde, grupos da sociedade civil e organizações não-governamentais num esforço para mudar de forma positiva o mundo. Na maioria dos casos, o direito à saúde é um instrumento legal que pode ser usado para responsabilizar os governos e a comunidade internacional. Pode e deve ser usado como uma ferramenta construtiva para que o sector da saúde proporcione os melhores cuidados aos indivíduos, comunidades e populações.[6]

A Cobertura Universal de Saúde e a forma como se traduz em vários países é altamente contextual. Fundamentalmente, não deve ser negado a ninguém o acesso os apropriados cuidados de saúde padrão do seu país devido à sua situação financeira, onde os cuidados de saúde fornecidos levam as pessoas ainda mais profundamente à pobreza. Uma perspectiva de direitos humanos na saúde significa que, onde quer que viva, pode receber cuidados de saúde para o ajudar nas suas necessidades de saúde.

Em Setembro de 2015, **193 PAÍSES APROVARAM FORMALMENTE UM NOVO PLANO PARA O MUNDO QUE NÓS DESEJAMOS** – este incluía a Cobertura Universal de Saúde – o direito à saúde sem dificuldades financeiras[7]

PELO MENOS 400 MILHÕES DE PESSOAS GLOBALMENTE CARECEM DE ACESSO a um ou mais serviços de saúde essenciais

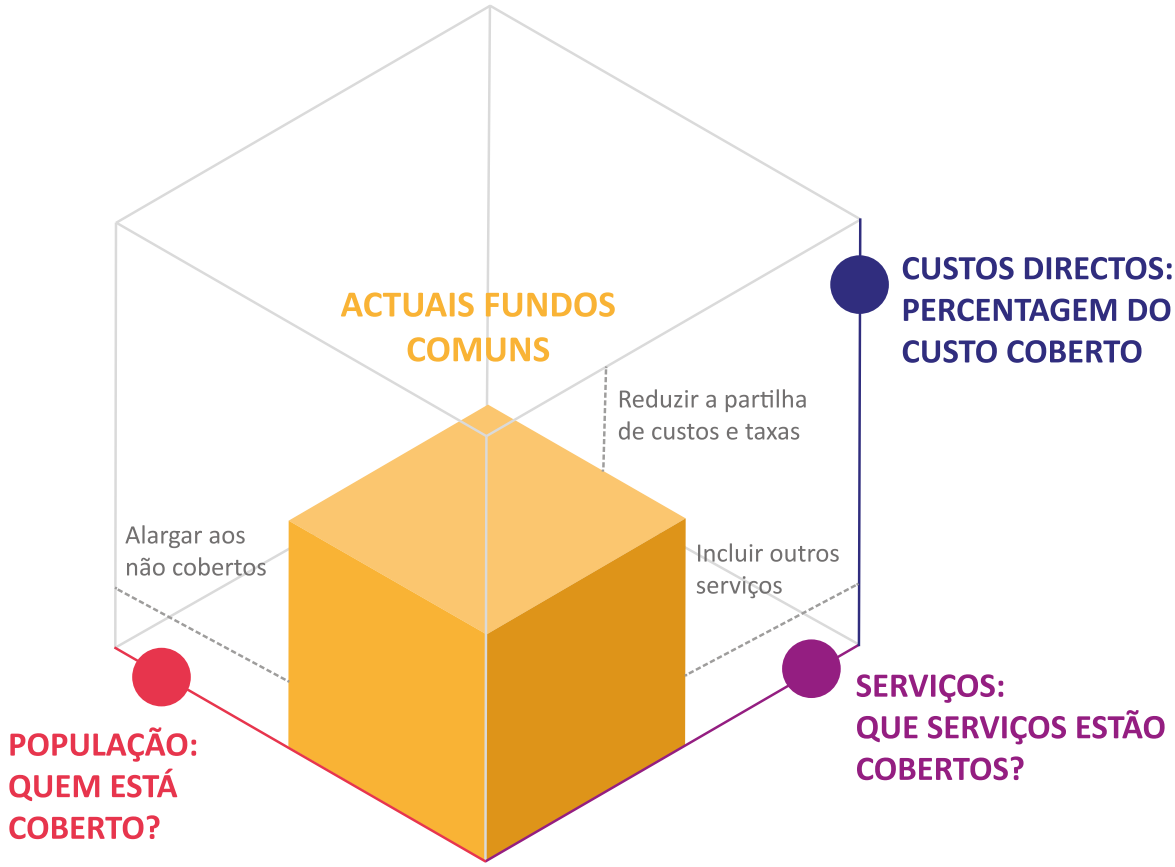
EM CADA ANO, 100 MILHÕES DE PESSOAS CAEM NA POBREZA por pagarem serviços essenciais[7]

Em média, cerca de **32% DAS DESPESAS DE SAÚDE DE CADA PAÍS** derivam de pagamentos efectuados pelos próprios doentes[7]

40% DA POPULAÇÃO MUNDIAL não dispõe de protecção social[8]

É NECESSÁRIO UM MÍNIMO DE 44 USD POR PESSOA POR ANO para fornecer serviços de saúde básicos e vitais: 26 Estados-Membros da OMS gastaram menos do que isto em 2011[8]

Figura 1: As três dimensões da OMS a considerar para ser atingida a cobertura universal[9]



Elementos-chave de uma abordagem aos direitos a um sistema de saúde

Um elemento fulcral do direito à saúde e a aspiração ao mais alto padrão de saúde possível é um sistema de saúde eficaz e integrado que abranja cuidados de saúde, que tenha em consideração as determinantes da saúde. Este sistema de saúde também tem de dar resposta às prioridades locais e nacionais e de ser acessível a todos. Quando isto for alcançado, estão lançados os alicerces para uma sociedade saudável e equitativa.



Figura 2: Os princípios gerais de um sistema de saúde baseado no direito à saúde[10]



RESULTADOS E PROCESSOS

Preocupação com o modo como o sistema de saúde funciona e como o faz (ou seja, transparente, participativo e não discriminatório).



CULTURALMENTE APROPRIADO

Um sistema de saúde deve respeitar as diferenças culturais.



CONCRETIZAÇÃO PROGRESSIVA

O direito ao mais alto padrão de saúde é sujeito a uma concretização progressiva e à disponibilidade dos recursos. Por outras palavras, um sistema de saúde integrado e abrangente não pode ser construído de um dia para o outro. Contudo, o progresso deve ocorrer e deve ser avaliado com indicadores de referência.



EQUIDADE, IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO

Um sistema de saúde deve ser acessível a todos sem discriminação, incluindo aqueles que vivem na pobreza, minorias, indígenas, mulheres, crianças, pessoas com deficiência, idosos, etc.



DETERMINANTES DA SAÚDE

A saúde dos indivíduos e das comunidades precisa de mais do que cuidados médicos. Isto inclui a abordagem dos determinantes de saúde.



QUALIDADE

O serviço de saúde deve ter uma boa qualidade, com acesso à medicação essencial. A qualidade também é extensível à forma como os doentes são tratados no sistema de saúde.

ABORDAGEM HOLÍSTICA FOCADA NAS PESSOAS



CUIDADOS CONTINUADOS

Deve haver uma combinação adequada de serviços primários, secundários e terciários que forneçam uma prevenção e cuidados continuados. Isto inclui também processos apropriados de referenciação.



COORDENAÇÃO

Um sistema de saúde eficaz requere a coordenação entre vários sectores e departamentos como os de saúde, do ambiente, da água, dos transportes, etc. A coordenação tem de integrar desde a formulação de políticas ao fornecimento efectivo dos serviços.



COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

É necessária uma cooperação global para o "bem público global". Isto pode incluir o controlo de doenças infecciosas, a disseminação da investigação na área da saúde e iniciativas reguladoras internacionais. Isto pode ser extensível a não causar danos a países vizinhos e a apoiar países de baixo rendimento.



ATINGIR EQUILÍBRIOS

Por vezes, existe concorrência entre diferentes necessidades. Estas devem ser consideradas no seu contexto. Nem sempre há respostas fáceis a questões difíceis, em particular em um ambiente em que os recursos são limitados.



MONITORIZAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO

Os direitos implicam deveres e os deveres responsabilidades. A responsabilidade inclui monitorizar a conduta, o desempenho e os resultados.



OBRIGAÇÕES LEGAIS

O direito ao mais alto padrão de saúde possível dá origem a obrigações juridicamente vinculativas, incluindo as aqui mencionadas.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS)[11] delineou uma abordagem geral ao direito à saúde através do reforço dos sistemas de saúde. Estes encontram-se identificados no seguinte diagrama como seis elementos fundamentais de um sistema de saúde funcional.

Figura 3: Os seis elementos fundamentais de um sistema de saúde funcional







Por que devem os enfermeiros estar interessados no direito à saúde como abordagem aos cuidados de saúde?

É baseado na evidência: A abordagem do direito à saúde nos sistemas de saúde está baseada na evidência, sendo uma importante forma demonstrada de melhorar a saúde e a equidade numa população. Esta abordagem é fundamental para trazer estrutura e disciplina à abordagem da criação de políticas de saúde em um país e permite que os governos sejam responsabilizados.[12]

Cada pessoa tem valor/importância intrínseco e é uma expressão da humanidade: Muitos sistemas de saúde têm uma abordagem histórica de serem conduzidos de "cima para baixo" quando procuram eficiências económicas. O indivíduo fica, por vezes, perdido nestas abordagens. Outras abordagens assentaram numa perspectiva da doença em lugar de encararem a pessoa como um todo, cuja mente e corpo estão ligados e que deve ser tratada com dignidade e respeito. Historicamente, os enfermeiros tiveram uma visão holística do indivíduo e da sua personalidade na comunidade. Os enfermeiros podem liderar apoiando uma abordagem dos sistemas e cuidados de saúde centrados nas pessoas. Isto coloca o bem-estar dos indivíduos, comunidades e populações no centro do sistema de saúde. O sistema de saúde não pode ser tecnocrático ou retirado das pessoas cujo propósito é servir.[13]

Obrigação legal: Existem várias obrigações juridicamente vinculativas relacionadas com o direito ao mais alto padrão de cuidados de saúde. Isto significa que os governos e os sistemas de saúde têm responsabilidades de fornecer um determinado padrão de cuidados às comunidades e populações.

Os enfermeiros têm um contributo crítico a prestar: Embora tenha sido criada legislação para apoiar o direito ao mais elevado padrão de cuidados de saúde, muitas organizações, instituições e governos estão a avaliar o que isto significa e como pode ser colocado em prática. O direito à saúde não é estático e continua a evoluir à medida que ocorrem progressos nos campos da ciência e das tecnologias. Os enfermeiros precisam de efectuar uma contribuição decisiva para este progresso dado que têm o raciocínio científico, os fundamentos filosóficos e a proximidade com o doente, a sua família e a comunidade.

O sucesso da Cobertura Universal da Saúde através dos cuidados focados nas pessoas depende da profissão da enfermagem fornecer uma abordagem transformacional à forma como a saúde é conceptualizada e como os cuidados de saúde são proporcionados. Isto inclui constituir e promover parcerias com indivíduos e comunidades, responsáveis políticos, governos e outros profissionais de saúde para modificar os efeitos dos determinantes sociais da saúde; conceptualizar os prestadores de cuidados como parte da comunidade; e desenvolver e difundir modelos inovadores de fornecimento de serviços.

Uma abordagem orientada para as pessoas, um sistema de saúde funcional, a existência de profissionais de saúde com as competências adequadas e que abordem as questões do acesso são os elementos base críticos da Cobertura Universal da Saúde. A Parte Dois analisa mais detalhadamente as questões relacionadas com o acesso.



PARTE DOIS:
CLARIFICAR A COMPLEXIDADE DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

> Se não envolvermos os consumidores, doentes e familiares no processo dos cuidados de saúde, nunca conseguiremos eliminar as desigualdades nem melhorar a saúde."
>
> – Kalahn Talyor–Clark[14]

A visão única e intimista do enfermeiro

Não há nenhuma outra profissão que responda às necessidades de uma pessoa nos seus períodos de maior vulnerabilidade como a de enfermagem. A relação entre o cliente e o enfermeiro fornece uma visão única e intimista da vida de uma pessoa. Veja como exemplo estas histórias reais de doentes contadas por enfermeiros.

Com diagnóstico recente de cancro da mama, a verdadeira tragédia de Amelia foi ter perdido o marido dois meses antes do seu diagnóstico. A um mês de se reformar, ele recusou ir ao hospital devido a uma dor no tórax. Disse que era apenas uma indigestão e voltou para a cama, não voltando a acordar. A dor de Amelia residia mais na perda do marido do que no seu próprio cancro.

Admitido no hospital para um tratamento de três meses por doença hematológica, foi administrada uma injecção a Yusuf que se destinava a outro doente e para a qual não tinha dado o seu consentimento. Isto colocou em risco a eficácia do tratamento e atrasou um mês a sua alta hospitalar. Yusuf está furioso com a forma como o hospital lidou com o problema e como o notificaram do erro.

José está sempre a rir mas, por detrás das gargalhadas, esconde terríveis medos. Embora nunca tenha fumado, está em remissão de um cancro de estadio 4. José tem de fazer mensalmente quimioterapia que se prolonga por uma semana. Três dias antes de cada regime de quimioterapia, sofre de terríveis ataques de pânico.

Quando a quimioterapia está a entrar no seu corpo, o que José deseja apenas é arrancar o sistema de soroterapia linha e ir para casa porque sabe como será a semana seguinte depois da quimioterapia lhe ter envenenado o corpo.

Beatrice perdeu muito peso de forma óbvia e está cada vez mais frágil. Antes era cantora, mas a força desapareceu-lhe da voz. Há vários meses que detecta sangue nas fezes. Beatrice foi colocada numa lista de espera para uma colonoscopia. A lista é tão longa que o hospital lhe recomendou que fizesse o exame no privado, mas não pode pagar esta opção, pelo que aguarda. Dois anos mais tarde, faz o procedimento. Durante uma ronda pelas instalações com alunos, o médico aproximou-se dos pés da cama e informou-a que tem cancro do cólon de estadio 4. "Falavam como se eu não estivesse sequer presente," diz Beatrice. "Não passava de um 'espécimen' na cama."

Mais do que qualquer outra profissão de saúde, os enfermeiros passam a maior parte do tempo com os doentes e suas famílias, tendo conhecimento em primeira mão de histórias que têm impacto na saúde e bem-estar dos doentes. Todos temos uma história e cada história tem o potencial para melhorar o sistema de saúde e permitir que indivíduos e comunidades alcancem os mais elevados padrões de saúde possíveis. É destas visões que deriva o poder da mudança. Os responsáveis políticos estão distanciados dos requisitos que constroem um sistema de saúde eficaz e orientado para as pessoas. Para eles, é algo periférico. Para os enfermeiros, é a experiência do dia-a-dia. O direito aos mais elevados padrões de saúde possíveis requer a vivência dos enfermeiros para que seja desafiada a forma como o sistema funciona e como pode ser melhorado (desenvolvido em mais detalhe na Parte Quatro).

O acesso aos cuidados de saúde é um determinante fundamental sobre como o sistema de saúde está a satisfazer as necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades. É essencial para a crença que a saúde é um direito humano, sendo a base da Cobertura Universal da Saúde e dos cuidados focados nas pessoas.

Para esta publicação relativa ao DIE, "acesso" é definido como a "oportunidade para aceder e obter serviços de cuidado de saúde apropriados em situações de necessidade percepcionada de cuidados."[15] Acesso tem a ver com permitir às pessoas dar os passos certos para conseguir contactar ou obter cuidados de saúde de acordo com as suas necessidades e esses cuidados de saúde se concretizarem. Esta visão é um entendimento holístico de "acesso" dado que incorpora factores tanto do utilizador como do prestador de cuidados de saúde, em lugar de encarar simplesmente o acesso como uma questão de o doente poder pagar esses serviços.

Esta secção irá explorar as várias dimensões e determinantes do acesso e como interagem utilizando uma estrutura dinâmica (Figura 4) desenvolvida por Lesvesque, Harris e Russell[15], que consideram que o acesso resulta da acumulação de experiências e resistências enfrentadas pelos indivíduos. Esta secção visa cultivar um melhor entendimento das complexidades que constituem o acesso para a prática informada da enfermagem no terreno e para permitir à comunidade de enfermeiros informar eficientemente a política que visa abordar a Cobertura Universal da Saúde.

Figura 4: Uma estrutura conceptual do acesso aos cuidados de saúde[15]



ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE:

Sensibilização e identificação das necessidades não satisfeitas

Em 2014, 422 milhões de pessoas no mundo sofriam de diabetes, o que causou directamente mais de 1,6 milhões de mortes.[16] A diabetes é uma doença crónica complicada e dispendiosa que afecta praticamente 1 em cada11 pessoas a nível mundial, com gastos globais de US$ 673 bilhões (12% das despesas de saúde globais).[17] A prevalência global da diabetes explodiu, com o número de adultos diagnosticados aumentando rapidamente. No entanto, a proporção do problema não é totalmente conhecida dado que muitas pessoas desconhecem que sofrem da doença e que necessitam de tratamento.

Na África do Sul, os investigadores acreditam que mais de 53% da população não sabe que tem diabetes. Dos que foram diagnosticados, mais de 80% não têm os níveis de açúcar no sangue controlados e têm importantes necessidades de cuidados não satisfeitas.[18] Este problema não é exclusivo da África do Sul; é observado por todo o mundo. Há várias causas para esta elevada taxa de necessidades não satisfeitas. Estão relacionadas quer com o entendimento dos indivíduos dos sinais e sintomas da doença, procurando assim cuidados médicos, quer com a capacidade dos sistemas de saúde de fornecerem os serviços e informações necessários quanto a diabetes.

O entendimento e conhecimento do indivíduo sobre a diabetes condiciona a sua atitude para com o tratamento, opções de estilo de vida e capacidade para autocontrolar a doença. Quando a literacia em termos de saúde é baixa, há uma maior incidência de outras condições crónicas, uma saúde pior e uma qualidade de vida diminuída. Uma literacia inadequada da saúde contribui para o fardo desproporcionado dos problemas relacionados com a diabetes nas populações desfavorecidas.[19]

Há também desafios nos sistemas de saúde. Muitas organizações, tanto públicas como privadas, estão a tentar implementar estratégias para melhorar a detecção e o controlo da diabetes. Mas muitas destas estratégias estão não só a falhar como também são dispendiosas. As que foram consideradas como bem-sucedidas possuem diversas características semelhantes. Transferem os cuidados para mais próximo do consumidor; melhoram o envolvimento com o indivíduo e com a comunidade para melhorar os conhecimentos e entendimento da diabetes e dos tipos de serviços que estão disponíveis; e focam-se em alinhar as necessidades holísticas do consumidor com os cuidados de saúde profissionais apropriados.[20] O principal impulsionador disto é melhorar o acesso aos cuidados de saúde e tratar a diabetes como uma doença crónica com importantes implicações no estilo de vida.

Para os serviços de saúde estarem acessíveis, as pessoas têm de saber da sua existência, compreender como podem aceder a eles e desejar utilizá-los. O primeiro passo para aceder aos cuidados de saúde é saber-se que necessitamos deles. O segundo é que os serviços de saúde são fornecidos de forma que permite ao utilizador identificar necessidades de saúde e aceder aos serviços de saúde apropriados.



[b] Há um número insuficiente de especialistas para satisfazer as necessidades da diabetes, pelo que os centros de excelência deslocaram 80-90% dos doentes diabéticos para os cuidados primários ou comunitários.

ESTUDO DE CASO: **Serviços de saúde integrados e promoção de doenças não comunicáveis nos idosos**

Contribuidor: Baithesda, Wenda Oroh **País:** Indonésia



O Centro de Saúde Comunitário no subdistrito de Ranomut, Indonésia, é um dos vários centros de saúde comunitários nomeados pelo governo para abordar questões de saúde pública na cidade de Manado. Estão actualmente registados 1.214 idosos neste Centro de Saúde Comunitário que fornece serviços de saúde integrados e promoção da saúde para doenças não comunicáveis na população idosa. Os centros usam a Posbindu PTM que é uma estrutura para promover e prevenir esforços na saúde baseados na comunidade. O objectivo da Posbindu PTM é aumentar a participação pública na prevenção e detecção precoces de factores de risco de doenças não comunicáveis (DNC). Em relação às pessoas em risco ou com DNC, o programa visa controlar e manter uma saúde óptima.

Os serviços oferecidos ao abrigo desta estrutura incluem aconselhamento, partilha de experiências e de conhecimentos; detecção precoce de DNC através de exames à condição da saúde mental; e estado nutricional através da avaliação do peso e altura, medição da pressão arterial, hemoglobina e urinálise. Dependendo das necessidades locais, os centros realizam actividades como alimentação suplementar e desporto. As actividades da Posbindu PTM são da própria comunidade e totalmente implementadas pela comunidade para a comunidade com o apoio de enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Este serviço em Ranomut procura aumentar o acesso aos serviços de saúde dos idosos que fazem parte da comunidade. O programa foi adaptado para satisfazer as necessidades locais e aumentar a participação. Visa melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde aos idosos, particularmente os pobres e vulneráveis. Está não só focado na saúde do indivíduo, como também na saúde da comunidade.

O programa foi desenvolvido em resposta à procura crescente de serviços de saúde causado pelas DNC e ao número limitado de profissionais de saúde. Em 2014, havia aproximadamente 892.000 profissionais de saúde para uma população de 250 milhões de pessoas. Para além do escasso número de profissionais, há uma distribuição irregular dos profissionais de saúde. Na Indonésia, cerca de metade está concentrada em Bali e Java.

Este programa tem sido bem- sucedido na melhoria da saúde nos idosos. Os benefícios chegaram através da participação comunitária apoiada por pares que ajudou a mudar a forma como as pessoas encaravam a sua saúde. Os enfermeiros deste serviço têm liderado o envolvimento e o contacto com a comunidade. Têm mudado a percepção das comunidades quanto a estilos de vida saudáveis e motivaram os indivíduos a terem um maior controlo sobre a sua saúde e bem-estar.

ESTUDO DE CASO: **Proporcionar serviços de saúde no coração da comunidade: O Hospital Nacional de Sri Lanka**

Contribuidor: K.M.Sriyani Padmalatha **País:** Sri Lanka



Como parte da equipa multidisciplinar, os enfermeiros do Hospital Nacional de Sri Lanka prestam serviços de proximidade para melhorar o acesso a cuidados de saúde essenciais a pessoas que vivem próximo. Isto inclui lares, escolas, ambientes de trabalho e centros comunitários. Usando uma clínica móvel, conseguem chegar à comunidade, identificar as suas necessidades de saúde e proporcionar acesso a serviços de saúde em conformidade.

Os serviços que são oferecidos incluem; avaliação física, monitorização da pressão arterial, teste ao açúcar no sangue, altura e peso, análises ao sangue e à urina; planeamento familiar e cuidados de fertilidade; apoio nutricional; oftalmologia, avaliação dos ouvidos, nariz e garganta; educação de saúde para prevenção de doenças e detecção precoce; aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis; exercício e controlo de peso; sono e saúde; saúde mental e meditação.

Historicamente, um dos principais desafios no Sri Lanka é a limitada disponibilidade de serviços baseados na comunidade que forneçam diagnóstico, investigação e avaliação na comunidade. Por esse facto, as capacidades hospitalares são largamente superadas, com muitas admissões que poderiam ser evitadas. Uma larga percentagem da comunidade desconhece a sua condição de saúde e há um importante número de doenças não comunicáveis por diagnosticar.

Em resultado deste serviço, são oferecidas gratuitamente todos os dias mais de 350 consultas. Nos últimos três anos, mais de 300.000 pessoas foram avaliadas nestas clínicas. Os serviços chegam a pessoas na comunidade que, de outro modo, não receberiam serviços de saúde, sendo por isso muito respeitadas e apreciadas pela comunidade. O essencial nestes serviços é existir um envolvimento comunitário na forma como os cuidados são fornecidos.

Porque os serviços são fornecidos gratuitamente, todas as equipas são voluntárias. Muitos enfermeiros utilizam os seus dias de folga para dar apoio nas clínicas. Estão actualmente a ser analisados os benefícios do serviço. Posteriormente, serão apresentados ao Ministério da Saúde para futuro apoio ao projecto.

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:
Satisfazer diversas necessidades

Os povos indígenas por todo o mundo têm geralmente piores desfechos de saúde do que as populações não indígenas. Estima-se que a diferença na esperança de vida das populações indígenas e não indígenas seja de 21,5 anos nos Camarões, 13,1 anos no Quénia, 12,5 no Canadá, e 10 anos na Austrália.[21] Estas disparidades na saúde são uma grave preocupação e é necessário entender como o acesso aos serviços de saúde afecta os desfechos.

Os indígenas têm uma menor probabilidade de usar serviços de cuidados de saúde preventivos, bem como menor probabilidade se terem acções preventivas precoces quando os sintomas surgem. Isto aumenta o risco de hospitalização e mortalidade. Têm sido realizados numerosos estudos para aferir os motivos pelos quais os indígenas não se envolvem nem acedem aos serviços de saúde na mesma proporção das suas contrapartes não indígenas. Os estudos identificam diversos factores chave para isso, incluindo ausência de serviços de cuidados de saúde culturalmente adequados; comportamentos racistas os discriminatórios por parte das equipas dos cuidados de saúde; o custo não suportável da procura de cuidados de saúde e a incapacidade para comparecer às consultas.[21,22]

Como referido acima, uma das principais razões para retardar ou não procurar cuidados é a falta de confiança nos serviços de saúde tradicionais. Um líder de uma comunidade indígena reflectiu sobre este tema e afirmou:

"... muitas pessoas não quiseram ir lá [ao serviço de saúde local tradicional] porque sentiam que o local era hostil, as equipas não eram cordiais com elas e havia muitas atitudes estranhas, as pessoas sentiam que eram discriminadas, e o sítio muito estéril … não era um ambiente confortável ... não falavam como nós ...mas sim de forma abrupta, de forma alta e abrupta, também não havia comunicação, sabe? Essa falta de compreensão sobre como se fala, o tom usado para com as pessoas indígenas … havia isso, e também provavelmente não havia conhecimentos culturais dos profissionais … como discriminação, racismo ou, sabe, pura ignorância e falta de sensibilidade e falta de conhecimentos sobre os problemas de saúde dos indígenas …"[23]

Têm sido usadas diversas estratégias para abordar estas diferenças culturais. Uma é melhorar a adequação cultural dos serviços de cuidados de saúde, assegurando que não ocorrem episódios de racismo e discriminação. O ónus de melhorar a segurança cultural cabe ao prestador dos cuidados de saúde e não ao doente, assegurar que os serviços estão dimensionados e culturalmente adaptados para todos os doentes.[23]

A aceitação dos serviços de saúde está associada a muito mais do que à sensibilização cultural. Inclui outros componentes como o género, religião e outros factores sociais. Por exemplo, poderá haver menos vontade por parte das mulheres de procurar cuidados de saúde se os prestadores forem essencialmente homens (e vice versa). Como afirmam Levesque et al.[15], "a capacidade de procurar cuidados de saúde relaciona-se com os conceitos de autonomia e capacidade pessoais para decidir procurar cuidados, com os conhecimentos sobre as opções de cuidados de saúde e direitos individuais que determinariam expressar a intenção de obter cuidados de saúde."

Em uma abordagem de direitos humanos à saúde, os sistemas de saúde têm de proporcionar cuidados com base na não discriminação. A OMS afirma que o princípio de não discriminação procura *"… garantir que os direitos humanos são exercidos sem discriminação de qualquer tipo com base na raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outro estado como deficiência, idade, estado civil e familiar, orientação sexual e identidade de género, estado de saúde, local de residência, situação económica e social"*.[25]

> A proficiência cultural requer mais do que nos tornarmos culturalmente conscientes ou praticar a tolerância. É a capacidade de identificar e desafiar os nossos próprios pressupostos, valores, crenças culturais, e assumir o compromisso de comunicar no interface cultural."
>
> – Secretariado dos Cuidados Nacionais de Crianças Aborígenes e das Ilhas[24]

ESTUDO DE CASO: *Right to Care:* **expandir o acesso aos cuidados de saúde para oferecer serviços de testes complementares ao VIH**

Contribuidor: Letsatsi Paul Potsane **País:** África do Sul



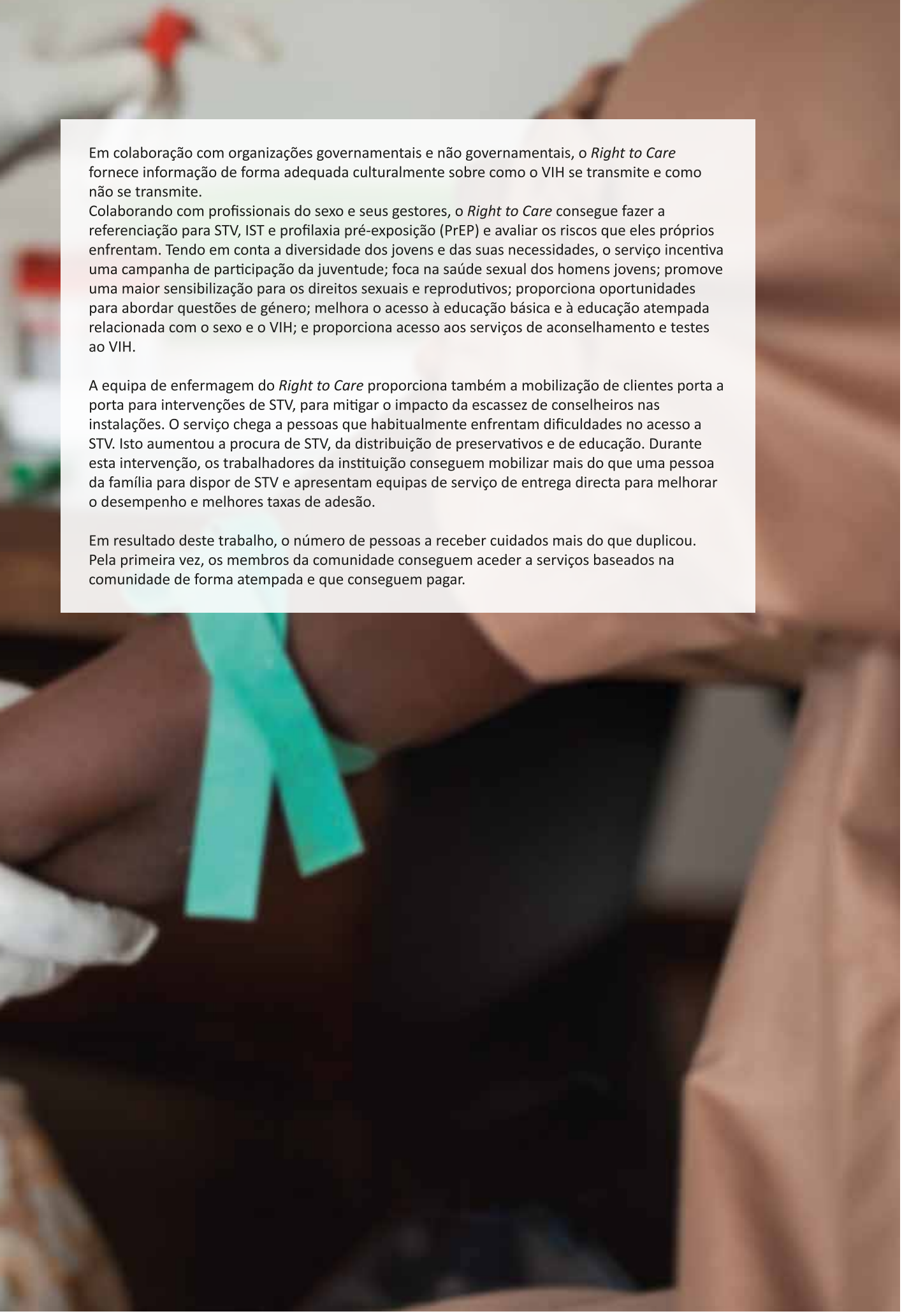
Right to Care é a vanguarda do apoio e prestação de serviços de prevenção, cuidados e tratamento de pessoas com VIH e TB e outras doenças associadas. Localizado na Região A da entrada a norte de Joanesburgo, o serviço Right to Care tem como equipa dois Enfermeiros Diplomados e oito Conselheiros para o VIH. Trabalhando em proximidade com a comunidade, a equipa presta Serviços de Teste ao VIH (STV) abrangentes, como aconselhamento sobre o VIH e testes, bem como o acesso e iniciação a terapêutica anti–retroviral (TAR). Fazem também testes à tuberculose, a infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a doenças não comunicáveis (DNC), para além de testes de gravidez e referenciação para a circuncisão médica. A disponibilidade de testes a DNC contribui para aumentar os STV e reduzir o estigma e a discriminação. Todas as campanhas sobre STV na comunidade são focadas e direccionadas para populações de difícil acesso e zonas com serviço reduzidos, utilizando clínicas móveis para alcançar membros da comunidade em diversas áreas.

A organização trabalha em parceria com o governo e com comunidades para encontrar soluções pioneiras para estabelecer e fortalecer os cuidados de saúde públicos. As zonas de especialidade incluem os cuidados e tratamento do VIH e da TB, automatização de farmácias, circuncisão masculina médica e diagnóstico e tratamento do cancro do colo do útero.

Na Região A, há um misto de vida urbana e rural. A região tem uma série de povoações informais e nela habitam mais de 250.000 pessoas. A pobreza e o desemprego são problemas importantes nesta região. Num povoado de 56.000 pessoas, a taxa de desemprego é superior a 50% e mais de 70% dos residentes vive abaixo da linha de pobreza. A população tem baixos níveis de literacia e é relativamente jovem, com aproximadamente 24% da população com uma idade entre os 20 e os 29 anos.

Devido a estas circunstâncias, existe um elevado fardo da doença, sobretudo de VIH. Os modelos tradicionais de cuidados têm tido dificuldades em satisfazer as necessidades da comunidade devido à capacidade e recursos. Por esse facto, o nível de Aconselhamento e Testes Iniciados pelo Prestador (PICT, *Provider–Initiated Counselling and Testing*) é baixo, há uma fraca coordenação de dados, escassez de conselheiros e de espaço para o aconselhamento e testes. Outro problema é que as instalações de saúde têm horas de expedientes limitadas e as crianças em idade escolar não conseguem aceder aos serviços. Os profissionais do sexo enfrentam também dificuldades em aceder aos serviços de saúde.

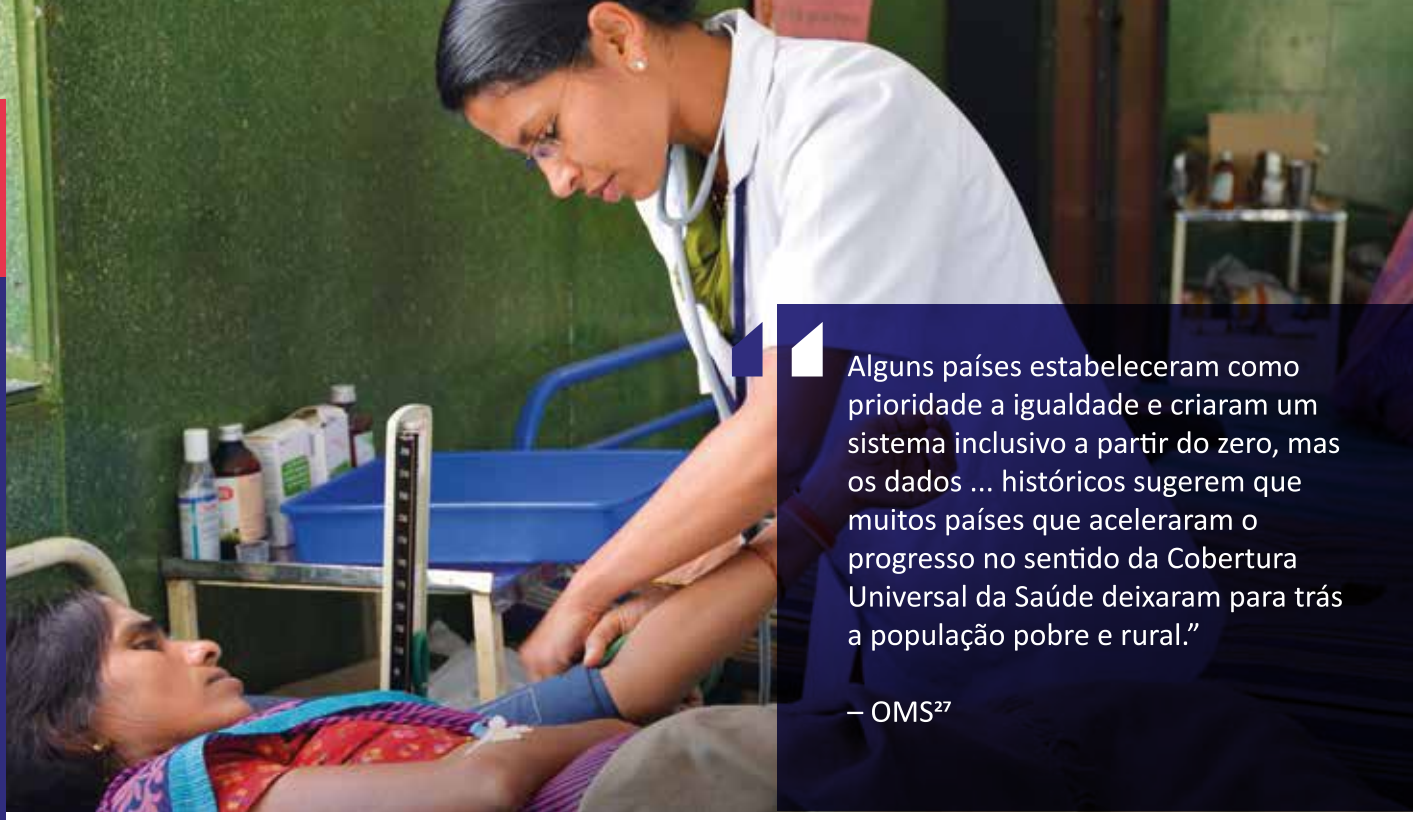
O impacto do problema é devastador. Há um número elevado de órfãos e crianças angustiadas devido à SIDA; e um número crescente de clientes que requerem hospitalização por doenças relacionadas com o VIH devido ao tratamento tardio, cuidados de custo elevado e escassez de profissionais de saúde na área de médicos, enfermeiros e aliados.



Em colaboração com organizações governamentais e não governamentais, o *Right to Care* fornece informação de forma adequada culturalmente sobre como o VIH se transmite e como não se transmite.
Colaborando com profissionais do sexo e seus gestores, o *Right to Care* consegue fazer a referenciação para STV, IST e profilaxia pré-exposição (PrEP) e avaliar os riscos que eles próprios enfrentam. Tendo em conta a diversidade dos jovens e das suas necessidades, o serviço incentiva uma campanha de participação da juventude; foca na saúde sexual dos homens jovens; promove uma maior sensibilização para os direitos sexuais e reprodutivos; proporciona oportunidades para abordar questões de género; melhora o acesso à educação básica e à educação atempada relacionada com o sexo e o VIH; e proporciona acesso aos serviços de aconselhamento e testes ao VIH.

A equipa de enfermagem do *Right to Care* proporciona também a mobilização de clientes porta a porta para intervenções de STV, para mitigar o impacto da escassez de conselheiros nas instalações. O serviço chega a pessoas que habitualmente enfrentam dificuldades no acesso a STV. Isto aumentou a procura de STV, da distribuição de preservativos e de educação. Durante esta intervenção, os trabalhadores da instituição conseguem mobilizar mais do que uma pessoa da família para dispor de STV e apresentam equipas de serviço de entrega directa para melhorar o desempenho e melhores taxas de adesão.

Em resultado deste trabalho, o número de pessoas a receber cuidados mais do que duplicou. Pela primeira vez, os membros da comunidade conseguem aceder a serviços baseados na comunidade de forma atempada e que conseguem pagar.



> Alguns países estabeleceram como prioridade a igualdade e criaram um sistema inclusivo a partir do zero, mas os dados ... históricos sugerem que muitos países que aceleraram o progresso no sentido da Cobertura Universal da Saúde deixaram para trás a população pobre e rural."
>
> – OMS[27]

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:

Disponibilidade e fácil acesso a serviços

Na maioria dos países do mundo, a taxa de suicídio é muito mais elevada nos indivíduos que vivem em zonas rurais. De facto, é alarmante considerar que o risco de suicídio duplica se vivermos numa região rural comparado com uma área metropolitana.[26]

É improvável que exista apenas uma explicação para o motivo das taxas de suicídio serem superiores nas populações rurais, dado que o suicídio é um fenómeno multidimensional e parece ser impulsionado por uma mistura de factores contextuais sociais, culturais e económicos, para além de factores individuais.[28] Um dos factores intervenientes é a diferença no acesso e a possibilidade de utilização de tratamentos e serviços eficazes. Há frequentemente uma diferença significativa entre as zonas rurais e urbanas em relação ao acesso, utilização e gastos com a saúde mental.

A Aliança de Saúde Rural Nacional[28] afirmou, "O diagnóstico atempado, tratamento e controlo contínuo de uma doença mental em zonas rurais e remotas tem probabilidade de ocorrer tarde ou nunca, resultando muitas vezes no aumento da probabilidade de hospitalização e, por vezes, conduzindo ao desfecho mais trágico – dano próprio e suicídio."

Regra geral, as pessoas que vivem em zonas rurais têm também condições gerais de saúde piores do que as pessoas que vivem em zonas metropolitanas devido às significativas diferenças nos determinantes sociais de saúde.

Embora estes determinantes sociais de saúde possam não ser exclusivos das zonas rurais, o isolamento poderá exacerbá-los. Isto inclui, entre outros, o acesso a comunicações, (cobertura de telemóveis e internet) e alterações ambientais (como secas e cheias que afectam os meios de subsistência).

O acesso em termos de disponibilidade dos serviços de saúde é um componente crítico da saúde e do bem-estar. Disponibilidade inclui a capacidade de aceder aos recursos de cuidados de saúde, quer sejam infra-estruturas ou recursos humanos, e se os profissionais de saúde possuem a educação, experiência e capacidades adequadas para proporcionarem os serviços necessários. É esta disponibilidade de recursos que está muitas vezes desigualmente distribuída entre zonas metropolitanas, regionais e rurais. Isto é particularmente verdade nas áreas de especialização como a saúde mental.[18] Vikram Patel, uma autoridade internacional no campo da saúde mental, afirmou que "Há mais psiquiatras na Califórnia do que em toda a África…Há uma enorme diferença de tratamento, em que 50% dos que necessitam de cuidados de saúde mental não conseguem aceder a eles em países de elevados rendimentos e 90% nos de baixo rendimento. Em alguns países, como a Índia e a China, a maioria simplesmente não dispõe de tratamento."[29]

A acessibilidade ou a capacidade para aceder a serviços é também afectada por uma série de outros factores. Tal inclui mobilidade e a utilização de transportes acessíveis para chegar aos serviços de saúde. Isto afecta particularmente os mais vulneráveis na nossa comunidade, como as pessoas com necessidades especiais e os idosos. Inclui também aqueles cujas exigências de trabalho afectam a sua capacidade para aceder os serviços de saúde durante o horário de expediente.

ESTUDO DE CASO: ***Bega Teen Clinic:*** **melhoria do acesso aos cuidados e educação na área da saúde para jovens nas cidades rurais**

Contribuidor: Jodie Meaker **País:** Austrália



A *Bega Teen Clinic* é um modelo gerido por enfermeiros e de intervenção precoce para acesso aos cuidados de saúde primários de adolescentes, inserido nas práticas clínicas gerais existentes que proporciona serviços de acolhimento para jovens em cidades rurais. Localizada em Bega, New South Wales, Austrália, o objectivo deste modelo é derrubar barreiras para que os jovens possam aceder a cuidados de saúde preventivos. Os benefícios para a saúde e sociais a longo prazo de conseguir prevenir uma gravidez indesejada ou de encaminhar alguém para intervenções psicológicas antes de se tornar suicida assumem um caracter de salvação da vida.

A *Teen Clinic* nasceu por virtude da necessidade. A cidade de Bega é uma área de elevada necessidade socioeconómica, com uma fraca rede de transportes públicos. Há cerca de três anos, ocorreu uma vaga de suicídios de jovens na pequena cidade, com um significativo e duradouro impacto na comunidade. As ligações entre escolas, jovens e sistema de saúde locais eram débeis e era claro que as formas tradicionais de aceder aos cuidados, como a marcação de consultas com o clínico geral, eram encaradas como fortes barreiras entre os jovens. A transição de consultar um médico como criança acompanhada pelos pais para uma consulta sozinho com um médico, com novas preocupações e questões de saúde, pode ser assustador para muitos adolescentes.

Está disponível um enfermeiro duas tardes por semana na *Teen Clinic* para consultas. Os adolescentes podem deslocar-se até lá para avaliação de IST, aconselhamento sobre preservativos, preocupações com relacionamentos, questões de saúde mental ou saúde em geral e educação. O papel do enfermeiro é ser um ponto de entrada facilitador para fazer a triagem dos adolescentes, proceder a uma avaliação inicial e/ou educação de saúde e referenciar para um clínico geral e outros prestadores conforme necessário.

O modelo da *Teen Clinic* utiliza as infra-estruturas, clínicos e equipas existentes, sendo por isso um modelo eficiente em termos financeiros e de recursos para proporcionar serviços a jovens em cidades rurais. Este modelo de cuidados baseados na equipa inclui equipas de recepção, enfermagem, psicólogos e clínicos gerais que fazem parte da instituição, mas visa também criar envolvimento da comunidade e estabelecer relações com outros serviços como professores e conselheiros, trabalhadores de saúde mental, serviços de apoio à família e agências de apoio ao emprego e à habitação. A *Teen Clinic* proporciona uma abrangente abordagem comunitária à coordenação de cuidados para este grupo de risco.

Este inovador modelo de cuidados apenas foi possível graças ao facto dos enfermeiros terem trabalhado todo o seu âmbito de prática. Pelo facto dos enfermeiros da *Teen Clinic* terem trabalhado num âmbito alargado proporcionou uma ligação de elevada qualidade, apoiando os jovens a tornarem-se utilizadores informados dos cuidados de saúde.

ESTUDO DE CASO: **Envolvimento com o sector da educação para promover a saúde mental e a prevenção do comportamento suicida**

Contribuidor: José Carlos Santos, Ordem dos Enfermeiros
País: Portugal



Foi desenvolvido em Portugal um plano inovador para responder aos problemas de saúde mental nas escolas. O programa foca-se no envolvimento com a comunidade educativa, sendo uma abordagem multinível à promoção da saúde mental e prevenção do comportamento suicida. Intervindo com professores e pessoal auxiliar, pais e alunos, o objectivo do serviço é promover o bem-estar, a auto estima e o desenvolvimento de estratégias para lidar com a situação, bem como para combater o estigma e a sintomatologia depressiva. É operado por profissionais de cuidados de saúde primários que realizam sessões educacionais para as equipas escolares e pais e sessões sócio-terapêuticas para os alunos.

O fardo da doença mental entre os adolescentes está a aumentar. Não obstante, devido à fraca literacia em termos de saúde mental, falta de acesso e estigma (particularmente no que toca ao comportamento suicida), apenas cerca de 20% dos que necessitam procuram a ajuda de um profissional em saúde mental. Por outro lado, o suicídio é a terceira causa de morte nos adolescentes, estando a aumentar as lesões auto-infligidas neste grupo etário.

Uma intervenção comunitária direccionada para a, claramente deficitária, área de saúde mental, o programa utiliza uma abordagem inovadora que abrange uma dinâmica activa, jogos sócio-terapêuticos e de proximidade e o envolvimento dos serviços de saúde locais. O sucesso do programa deriva da participação activa de diversos parceiros locais e nacionais e das actividades realizadas nas salas de aula, em toda a escola, na comunidade e por Portugal. A equipa de coordenação é composta exclusivamente por enfermeiros (enfermeiros de saúde mental e de saúde pública), que são essencialmente as forças motrizes.

Têm-se registado melhorias significativas no bem-estar, sobrevivência, auto-estima e também a diminuição dos sintomas depressivos que conduzem a comportamentos suicidas. Desde o início do programa, tem havido um aumento da aceitação desta abordagem à saúde mental e comportamento suicida nas escolas. Em simultâneo, permitiu identificar a necessidade crescente de mais tempo de escola dedicado à saúde e cidadania.

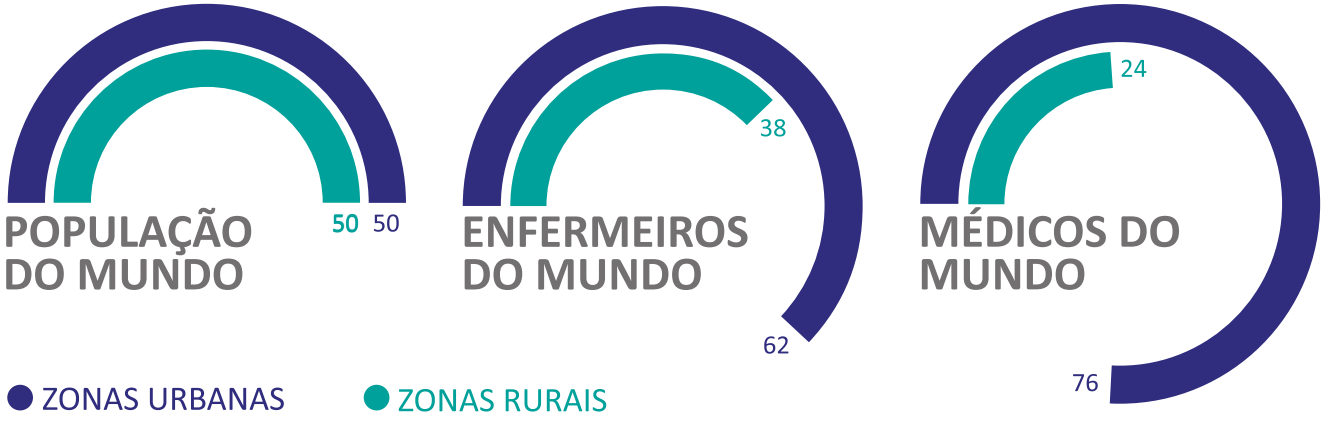


Os sistemas de saúde por todo o mundo têm dificuldades em conseguir um acesso equitativo aos serviços de saúde das suas populações. Isto é especialmente verdade nas pessoas mais vulneráveis e desprotegidas e para aquelas que vivem nas zonas rurais. É muito difícil assegurar as equipas certas, com as competências certas, no local certo e no momento certo para fornecerem serviços de saúde eficazes e de confiança para melhorar os desfechos na saúde.

Estima-se que metade da população do mundo vive em zonas rurais, mas estas áreas são servidas por menos de 38% do total de enfermeiros disponíveis. Em alguns países, é ainda pior do que isto.

A distribuição dos trabalhadores de saúde é muitas vezes um constrangimento grave para assegurar a equidade do acesso aos serviços de saúde essenciais e alcançar os objectivos dos sistemas de saúde.

Figura 5: Distribuição rural/urbana mundial de médicos e enfermeiros[30]





> Pobreza não é apenas falta de dinheiro; é não termos a capacidade para nos apercebermos do nosso total potencial como seres humanos."
>
> – Amartya Sen[33]

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: Custos viáveis dos cuidados

Mary tinha 60 anos de idade e vivia numa em uma zona rural quando foi diagnosticada com cancro da mama. O especialista recomendou-lhe que fizesse tratamento de radioterapia. Isto implicava um tratamento diário por um período de cinco semanas. Vivendo numa zona rural, isto significava que tinha de deixar a família e fazer uma viagem de carro por mais de cinco horas para uma área metropolitana com instalações oncológicas apropriadas. Esta foi uma decisão difícil para Mary devido ao tempo que estaria afastada da família e aos custos que teria de suportar para receber os cuidados. Para além de todos os custos com deslocações, alojamento e de subsistência, tinha também de considerar os custos do tratamento de US$ 4.000. "Não temos dinheiro para isto" disse Mary. "Como posso pagar este valor, para além de todas as outras despesas?"

Em média, nos países da OCDE, 19% dos gastos com cuidados de saúde são pagos directamente pelos doentes. Em termos do orçamento geral para a casa, as despesas médicas representam em média aproximadamente 2,8% dos gastos para artigos e serviços médicos. As duas principais fontes de gastos pagos pelo doente são os cuidados curativos e medicamentos.[31] Mas a obtenção de cuidados inclui também despesas de deslocação, absentismo do emprego, cuidados com crianças e outras disposições parentais, sendo estes custos exacerbados quando os cuidados são procurados após o expediente.

Trata-se de um custo substancial e afecta dramaticamente os mais vulneráveis na nossa comunidade. Em um estudo de 37 países de baixo e médio rendimento realizado pela OMS, foi estimado que entre 6-17% das pessoas destas populações ficam na pobreza extrema devido às despesas médicas.[32]

Os custos crescentes dos gastos hospitalares combinados com a também crescente participação dos custos por parte dos doentes são uma significativa fonte de preocupações em termos de orçamentos pessoais. A evidência vinda de todo o mundo indica que, quando uma família enfrenta problemas com o pagamento de contas médicas, retardam ou desistem dos cuidados de saúde necessários. Embora alguns possam considerar que estão a poupar dinheiro com cuidados de saúde desnecessários, custa muito mais aos doentes, ao sistema de saúde e à economia mais alargada quando os problemas de saúde simples se tornam cada vez mais complexos.[34] Quando os problemas de saúde não são detectados ou tratados precocemente, habitualmente agravam-se, resultando em hospitalizações mais prolongadas ou mais tratamentos nos hospitais. Estes custos poderiam ser evitados com uma intervenção precoce nos cuidados de saúde primários.

No entanto, os custos vão muito além do sistema de saúde. Quanto mais doentes as pessoas estão, menor a probabilidade de trabalharem, pagarem impostos e estarem activamente envolvidos na comunidade. Isto tem um impacto negativo nas receitas fiscais dos governos e, eventualmente, nos orçamentos nacionais.

A capacidade das pessoas de pagarem os cuidados de saúde é um modelo largamente utilizado em todo o mundo. Se este modelo estiver instituído, se as pessoas tiverem de pagar os serviços de cuidados de saúde, terão de ter capacidade para o fazer sem consequências catastróficas nos recursos necessários (como alimentação, alojamento, transportes). A pobreza, isolamento social ou endividamento limitam a capacidade das pessoas para pagar serviços, afundando-as ainda mais na pobreza, sem possibilidades de romperem com a cadeia da pobreza.[16]

ESTUDO DE CASO: **A futura geração de cuidados de saúde a retalho nos EUA**

Contribuidor: Tracey J. Kniess, DNP, CRNP, FNP-BC
País: EUA



As *Walmart Care Clinics* são estabelecimentos que fornecem todos os cuidados primários com preços acessíveis, exactamente onde as pessoas necessitam – em centros de retalho. As clínicas têm diversas salas de examinação e laboratórios completos para testes locais ou encomendados.

Localizadas em áreas rurais com escassez de profissionais de saúde, as *Walmart Care Clinics* fornecem cuidados primários às comunidades que servem. Sessenta e três por cento destas clínicas estão localizadas na zona dos Apalaches ou outras com escassez de profissionais de saúde.[35] Muitos dos doentes não têm seguro, ou têm seguros com coberturas baixas, e o custo dos cuidados nas clínicas é acessível para a maioria. Estas clínicas geridas por Enfermeiros Clínicos proporcionam também cuidados primários de elevada qualidade a pessoas marginalizadas pela sociedade.

É importante que o aumento do acesso aos cuidados primários seja acompanhado por uma eficácia melhorada e cuidados de alta qualidade. Os Enfermeiros Clínicos das *Walmart Care Clinics* prestam cuidados baseados na evidência em colaboração com médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Uma revisão sistemática dos resultados dos Enfermeiros Clínicos revelam resultados semelhantes aos dos cuidados prestados apenas por médicos. Os cuidados prestados em colaboração entre Enfermeiros Clínicos e médicos reflectem resultados ainda melhores.[36] As clínicas com Enfermeiros Clínicos são cruciais para a prestação de cuidados a pessoas que, de outro modo, não receberiam cuidados.

As clínicas de retalho e os centros de cuidados urgentes podem ser alternativas muito eficazes em termos de custos e de poupança de tempo em relação às urgências hospitalares no que respeita a cuidados não urgentes. Estima-se que 13,7%–27,1% de todas as consultas em urgências hospitalares poderiam ter lugar em clínicas de retalho ou centros de cuidados urgentes, com uma potencial poupança de custo no sistema de cuidados de saúde de aproximadamente US$ 4,4 bilhões anualmente.[37]

Com um custo baixo por consulta nas clínicas de retalho (US$ 79) comparado com o custo de uma consulta num consultório médico (US$ 160-US$ 230), a poupança total de todos os doentes diabéticos cobertos por seguros comerciais, Medicare ou Medicaid poderia totalizar acima de US$ 100 milhões (US$ 7 por pessoa por ano), utilizando pressupostos conservadores, e até US$ 2,7 bilhões (US$ 164 por pessoa por ano) se metade das consultas em consultórios relacionadas com a diabetes migrasse para as clínicas de retalho.[38]

33% dos participantes nos **EUA, REPORTARAM PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS CUSTOS** dos cuidados médicos.

15% dos participantes no Canadá **PAGARAM DO SEU BOLSO MAIS DE US$ 1.000** no ano passado.

23% dos participantes em França **TIVERAM PROBLEMAS GRAVES PARA PAGAR**, ou não puderam pagar, as contas médicas.

EM CADA ANO:

100 **MILHÕES DE PESSOAS GLOBALMENTE** são empurradas para baixo da linha de pobreza devido aos gastos com os cuidados de saúde.[7]

Nalguns países, 2% da população **GASTA MAIS DE 40% DO DINHEIRO DISPONÍVEL QUE NÃO É DESTINADO À CASA E ALIMENTOS** com cuidados de saúde.[39]

150 **MILHÕES DE PESSOAS SOFREM DE CATÁSTROFE FINANCEIRA** devido ao dinheiro que gastam do seu bolso.[7]

Tipicamente, 20-40% dos **GASTOS COM A SAÚDE SÃO DESPERDIÇADOS**.[40]



ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: Cuidados seguros e de qualidade

Em Novembro de 2007, Bella Bailey faleceu no Hospital de Stafford, Reino Unido, depois de ter sido admitida para cirurgia de hérnia. A sua morte resultou de um conjunto de erros, culminando na falha final de lhe administrarem a medicação vital. De acordo com a filha e outras testemunhas, passou as últimas semanas da sua vida no hospital, assustada e com dores. A filha conduziu uma campanha para que fossem investigadas as circunstâncias da sua morte. No início de 2008, foram recebidos numerosos alertas relativos à segurança dos doentes nos sistemas de notificação da saúde, tendo um inquérito sido liderado por Robert Francis QC.[42] O inquérito público investigou de que modo os responsáveis por supervisionarem o SNS - os reguladores nacionais, a autoridade de saúde local e o conselho de administração do hospital – não conseguiram evitar os terríveis acontecimentos no Hospital de Stafford, onde centenas de pessoas morreram desnecessariamente devido a cuidados inadequados. Sir Ian Keened, Presidente da Comissão de Cuidados de Saúde, descreveu a situação como "o pior escândalo dos cuidados hospitalares dos tempos recentes".[43]

O inquérito detectou que os elementos básicos dos cuidados foram negligenciados. Os medicamentos ou não foram administrados ou foram-no de forma tardia; os doentes não foram lavados por um período até um mês e os doentes tinham medo de estar no hospital. O relatório concluiu que a causa primária deste sub-padrão de cuidados era "uma escassez crónica de pessoal, sobretudo de enfermagem."[43] Os outros problemas mais relevantes relacionavam-se com uma pesada carga de trabalho, uma fraca cultura, uma fraca liderança e recursos limitados.

As pessoas de Stafford foram decepcionadas pelo seu hospital local. Este é um terrível desfecho e um exemplo do que acontece quando existe uma má qualidade de cuidados. Infelizmente, o caso não é único. A segurança do doente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde mas, como numerosos estudos de todo o mundo demonstram, muitos doentes sofrem danos durante os cuidados de saúde, quer resultando em danos permanentes, prolongamento da hospitalização ou até morte. Nos EUA, estima-se que a terceira principal causa de morte é devida a erros médicos. No Reino Unido, é notificado um acidente de dano no doente em cada 35 segundos.[44]

É evidente que os serviços que são inseguros e de baixa qualidade causam piores desfechos de saúde e até danos. Levesque et al.[15] acreditam que, como parte do acesso aos cuidados, tem de ser tida em conta a qualidade desses cuidados. Se os indivíduos e as comunidades apenas têm acesso a serviços de fraca qualidade, isto é uma restrição do acesso aos cuidados de saúde. O acesso não está apenas relacionado com a disponibilidade e a possibilidade de pagar, mas também se é aceitável e eficaz.

Esta adequabilidade dos cuidados torna-se ainda mais evidente na saúde mental. Há uma diferença significativa nos desfechos, isolamento social e respeito pelos direitos dos indivíduos dependendo da adequabilidade do tratamento que recebem. De acordo com o Relator Especial das NU no Concelho de Direitos Humanos[2], "os tratamentos que envolvem coerção, medicalização e exclusão, que são vestígios de relações de cuidados psiquiátricos tradicionais" levam a violações dos direitos humanos.
Ao passo que um entendimento moderno de recuperação, serviços baseados na evidência e serviços integrados baseados na população restabelecem a dignidade e capacitam o indivíduo a regressar como titular de direito às suas famílias e comunidade. A utilização de serviços com uma qualidade de tratamento inerentemente variada não pode ser encarada como cuidados igualmente apropriados.[15]

Em 2001, como estratégia para melhorar a qualidade dos cuidados, o Instituto de Medicina (IDM) publicou um livro intitulado "Atravessar o Fosso da Qualidade".[45] Os problemas destacados no livro ainda se aplicam hoje. "Os cuidados de saúde são categorizados por mais para saber, mais para controlar, mais para vigiar, mais para fazer e mais pessoas envolvidas em fazê-lo em qualquer altura na história".[45] Considerando estas complexidades, os enfermeiros (e outros clínicos) não conseguem, individualmente, lembrar-se e aplicar todo o conhecimento necessário para proporcionar cuidados seguros, de elevada qualidade, nas famílias ou comunidades.

Decorreram 16 anos desde que este relato do IDM foi publicado. Há agora forte evidência quanto às estratégias com maior probabilidade de alcançarem os objectivos traçados. Esta evidência foi reunida internacionalmente e suscita acção. A evidência da melhoria da qualidade através da enfermagem está relacionada com: combinação de competências; cultura; educação; níveis de pessoal; liderança; cuidados Interdisciplinares; investigação; e informática.

Globalmente, os custos associados a erros de medicação foram estimados em US$ 42 bilhões em cada ano ou quase 1% dos gastos totais e globais com a saúde.[46]

De cada 100 hospitalizações num determinado momento, sete nos países desenvolvidos e 10 nos países em vias de desenvolvimento irão necessitar de cuidados de saúde por infecções.[44]

50% das complicações de cirurgias associadas a cuidados cirúrgicos são evitáveis.[44]

É notificado de forma frequente que cerca de 1 em cada 10 doentes hospitalizados sofrem danos, podendo 50% desses danos ser prevenidos.[44]

Num estudo da frequência e preventabilidade de eventos adversos, em 26 países de rendimentos baixos e médios, a taxa de eventos adversos era de cerca de 8%, dos quais 83% podiam ter sido prevenidos e 30% conduziram à morte.[44]

Estima-se que 421 milhões de hospitalizações ocorram todos os anos no mundo, ocorrendo aproximadamente 42,7 milhões de eventos adversos em doentes durante essas hospitalizações.[44]

Figura 6: Melhoria da qualidade através da enfermagem[47-65]



ESTUDO DE CASO: **Estabelecer o padrão na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade**

Contribuidor: Beth Matarasso, Sean Birgan, Veronica Casey
País: Austrália



O Hospital Princesa Alexandra (HPA) em Queensland, Austrália, recebeu por três vezes a designação de instalação *Magnet* e a reputação por ter estabelecido o padrão na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. A condição de *Magnet* é um prémio atribuído pelo *American Nurses' Credentialing Centre* (ANCC) a hospitais que satisfazem os critérios desenhados para medir a robustez e qualidade da sua enfermagem.

Em 2001, a instituição enfrentava muitos desafios, incluindo uma rotatividade de 28% em enfermagem, 12% de taxa de vagas, 12% de camas fechadas e utilização sem precedentes de enfermeiros recrutados em agências, o que prejudicava a prestação de cuidados. Estes factores reflectiam-se numa cultura de enfermagem marcada por um sentimento de culpa, redução da satisfação no trabalho e experiências e desfechos dos doentes que desafiavam a crença dos enfermeiros de terem a custódia de prestarem cuidados humanitários e seguros através da defesa, qualidade e holismo.

Procurando soluções para estes problemas complexos e persistentes, o HPA voltou-se para o exterior, para o Programa de Reconhecimento *Magnet*, um programa de excelência em enfermagem da ANCC. O Programa de Reconhecimento *Magnet* fornece a estrutura para orientar a transformação cultural e a prática de enfermagem inovadora e informada na investigação. Esta iniciativa de melhoria da qualidade forneceu o estímulo para a organização implementar acções lideradas por enfermeiros que produziram mudanças positivas, como melhoria da segurança do doente e da satisfação do doente.

Hoje, a liderança da enfermagem no HPA é definida pelos valores de enfermagem de integridade, responsabilidade e profissionalismo. Os enfermeiros trabalham em colaboração com colegas interprofissionais, mantendo o compromisso de cuidados e desfechos seguros e eficazes para os doentes.

O respeito interprofissional pelo conhecimento e prática da enfermagem é evidente em muitas iniciativas interprofissionais lideradas por enfermeiros que conduziram a mudanças no ambiente da prática. Como tal, o orgulho e a competência dos enfermeiros ficam fortalecidos, permitindo uma forte liderança da enfermagem em todos os níveis da enfermagem e contextos.

Fundamental para a integridade e profissionalismo dos enfermeiros do HPA é a mentalidade de melhoria contínua, evidenciado pelos reportes robustos e análises de dados, significando ambos uma forte cultura de compromisso com o crescimento, mudança e cuidados dos doentes.

O HPA foi reconhecido como um empregador de selecção pelas preferências das duas graduações, estando entre os mais elevados no estado, e retenção melhorada de enfermeiros, com uma rotação actual de aproximadamente 10%. A equipa de enfermagem do HPA procura saber mais sobre como os doentes e consumidores experienciam e sentem satisfação com os cuidados que recebem e com as interacções com os enfermeiros, tendo assistido a um aumento global de 9% de satisfação tanto nos cuidados em internamento como em ambulatório.

Há dois outros aspectos relativos a adequabilidade, nomeadamente “oportunidade” e “envolvimento” que são suficientemente importantes para serem debatidos mais detalhadamente.

ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE: Prontidão do acesso

Um filho que cuidava do pai, reflectindo no percurso deste no sistema de cuidados de saúde, disse *“Em 2009, foi diagnosticado ao meu pai cancro pancreático. Desde a altura do diagnóstico até ao seu último dia, decorreram nove semanas. Durante essas primeiras sete semanas, antes da hospitalização e cuidados paliativos, as visitas ao centro em ambulatório eram categorizadas por longos períodos de espera. Por vezes esperávamos cinco horas na clínica para a consulta com o especialista. Esta consulta tinha então uma duração entre cinco e dez minutos. No final do dia, o meu pai estava em agonia, exausto e emocionalmente incapaz de suportar. No dia seguinte, lá estávamos de novo à espera. Desta vez, por patologia e quimioterapia. Mais oito horas passavam. Com tão pouco tempo para passar com o meu pai antes da sua morte, é tão triste que tanto desse tempo tenha sido passado em uma sala de espera de uma clínica.”*

Infelizmente, esta é a experiência de muitos doentes – alguns que têm de percorrer longas distâncias para chegar à instituição, muitos que tiveram de perder um dia de salário para estarem presentes, e outros que tiveram de entregar os filhos ao cuidado de outros enquanto aguardavam. Apesar das consultas estarem marcadas, os doentes podem esperar um tempo significativo nos estabelecimentos de saúde pela prestação dos serviços. O grau com que os consumidores de saúde estão satisfeitos com os cuidados recebidos correlaciona-se fortemente com o tempo que aguardam em uma sala de espera. As experiências positivas estão em regra associadas a uma maior adesão aos cuidados recomendados, melhores resultados clínicos, menor utilização dos cuidados de saúde e melhores desfechos da qualidade da saúde.[66] Longos tempos de espera podem causar frustração, inconveniência, sofrimento e insatisfação em relação ao sistema de cuidados de saúde.

O IDM recomendou que 90% dos doentes devem ser vistos no intervalo de 30 minutos em relação à hora marcada.[66] No entanto, nos vários países, não é invulgar os doentes aguardarem duas a quatro horas antes de serem vistos.[67] Longos tempos de espera são barreiras ao acesso aos serviços, representando uma importante fonte de ansiedade e angústia para os doentes e quem os apoia.

A prontidão do acesso é também crítica na prevenção de atrasos potencialmente prejudiciais na prestação dos cuidados de saúde. Em muitos casos, quanto mais cedo o tratamento, melhor o desfecho na saúde. Os atrasos no tratamento aumentam a probabilidade de morte pré-operatória e internamento de urgência não planeado, causando desfechos piores em termos de funcionamento físico e social. Longos tempos de espera agravam potencialmente os sintomas, deterioram a condição do doente e conduzem a desfechos clínicos piores.[68]

Os tempos de espera prolongados resultam da interacção complexa entre a oferta e a procura. A procura é afectada por questões como a condição de saúde da população, preferências dos doentes, despesas e tipos de tratamentos médicos emergentes. A oferta, por outro lado, é afectada por um conjunto de questões do pessoal e das infra-estruturas, políticas e procedimentos. Contudo, os tempos de espera não são um problema exclusivo da oferta. Há muitos países com níveis elevados de despesas, pessoal e infra-estruturas suficientes que apresentam longos tempos de espera devido a ineficiências.

O artigo 25 da Declaração de Direitos Humanos das NU afirma que “todas as pessoas têm direito a cuidados médicos … e o direito à segurança em caso de…doença e incapacidade...” A carta sofreu alterações para articular isto, recomenda que os estados-membros proporcionem “acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.” Acesso equitativo significa assegurar que não é negado o acesso a ninguém. É também uma questão de escala e cumprimento de horários. Uma qualidade apropriada implica também que os serviços serão prestados no horário correcto. O cumprimento de horários é um aspecto da adequabilidade e está proximamente correlacionado com a eficácia de uma intervenção.[69]

Os Enfermeiros Registados (ER) são as linhas da frente dos cuidados e a sua competência e liderança sustentadas são críticas para permitir a transformação do sistema de saúde. Os ER procedem à triagem dos serviços de urgência, coordenam os cuidados e orientarem os doentes pelo sistema; reduzem o tempo de internamento e aceleram as altas das instituições. Os ER, que são transversais no contínuo dos cuidados, são todos contribuidores críticos para prevenir as admissões hospitalares, melhorar os tempos de espera e reduzir as ineficiências, criando assim serviços de saúde acessíveis.

ESTUDO DE CASO: **Clínica *Twin Bridges* - Gerida por Enfermeiros Clínicos**

Contribuidor: Valerie Winberg **País:** Canadá



A Clínica *Twin Bridges*, gerida por enfermeiros clínicos, em Ontário, Canadá, é uma clínica de cuidados primários interdisciplinar que proporciona cuidados a 3.200 doentes. As Clínicas Geridas por Enfermeiros Clínicos (CGEC) são um modelo inovador para a prestação de cuidados de saúde abrangentes, concebido para melhorar o acesso aos cuidados de milhares de indivíduos e famílias que não dispõem actualmente de um prestador de cuidados primários.

Ontário lutou com uma escassez de profissionais de cuidados primários por mais de 10 anos e muitas regiões sofriam mesmo de uma falta grave destes profissionais. Esta escassez criou muitas comunidades com grandes números de doentes "não associados" ou "órfãos" (ou seja, sem prestador primário) cujo único acesso a cuidados era através dos serviços de urgência locais. Isto originou serviços de urgência sobrelotados e longas horas de espera. Mais, a falta de acesso a cuidados preventivos, monitorização regular e manutenção de doenças crónicas resultam numa maior utilização de hospitais.

Estes estabelecimentos de saúde geridos por enfermeiros clínicos prestam serviços às pessoas ao longo da vida. Os serviços incluem exames de saúde periódicos, cuidados a doenças episódicas, imunizações, prevenção de lesões, avaliação avançada de feridas e tratamento de doenças crónicas. Inclui também programas individuais e de grupo com vista ao bem-estar físico e mental, como mindfulness, meditação, gestão da ansiedade, preparação física através de exercício e yoga, cessação tabágica, alimentação saudável e competências para a preparação de alimentos. A clínica tem também uma parceria com a Primeira Nação Aamjiwnaang para prestar serviços de cuidados primários a indivíduos da comunidade Primeiras Nações.

Em resultado deste serviço, a Twin Bridges proporcionou um novo ponto de acesso dos doentes aos cuidados de saúde e recebeu elevadas pontuações de satisfação dos doentes em respostas a inquéritos. O projecto reduziu substancialmente o número de doentes não associados em toda a província de Ontário e deu acesso a serviços abrangentes num só local. Permitiu também que os serviços mantivessem um custo acessível e capacitou os doentes a sentirem-se ouvidos e a interagirem abertamente com as equipas. A Twin Bridges implementou um modelo de cuidados partilhados entre Enfermeiros Clínicos, o que permite o acesso a consultas no mesmo dia e assegura que todos os doentes dispõem de um prestador de cuidados primários; permitiu também uma experiência melhorada de cuidados partilhados na assistência a doentes complexos.

O modelo de cuidados em Twin Bridges é excepcionalmente inovador no seu contexto. Um aspecto verdadeiramente único do modelo é a incorporação da liderança da enfermagem em uma equipa interprofissional. Com a parceria entre Enfermeiros Clínicos e os indivíduos e as comunidades para melhorar a saúde e o bem-estar, os doentes estão no centro do serviço e totalmente envolvidos nos serviços prestados pelas equipas de cuidadores. O sucesso da clínica levou o Ministro da Saúde e os Cuidados a Longo Prazo a financiar mais 25 clínicas pela província de Ontário.

ESTUDO DE CASO: *Outcome Health*: prestação de serviços de urgência na saúde mental

Contribuidor: Kate Cogan **País:** Austrália



Outcome Health, no estado de Victoria, Austrália, é uma equipa sénior de Enfermeiros Credenciados para a Saúde Mental (CMHN, *Credentialed Mental Health Nurses*) que trabalha lado a lado com a equipa do call centre que presta apoio especializado à saúde mental.

A *Ambulance Victoria* dá resposta de urgência a emergências médicas e doenças potencialmente fatais e fornece transporte a serviços de urgência em todo o estado, que tem uma população de aproximadamente 5,8 milhões de pessoas.

Aproximadamente 25% das chamadas recebidas para auxílio de emergência estão relacionados com a saúde mental. Embora a equipa do *call centre* tenha formação em saúde metal, não possui as competências complexas de saúde mental necessárias para determinar com confiança quais as chamadas que representam de facto uma emergência. A *Outcome Health* sente necessidade de apoio especializado no campo da saúde mental nos serviços de urgência para assegurar o apoio adequado onde é mais necessário na comunidade.

Os CMHN fazem a triagem das chamadas relacionadas com a saúde mental para que o envio de um veículo de emergência faça de facto sentido e haja uma alocação correcta dos serviços. Mantêm a pessoa em linha até à chegada de um veículo de emergência e procedem à gestão da crise. Desenvolvendo um curso de acção alternativo com a pessoa em linha mantém em segurança a pessoa com doença mental grave até à chegada do apoio de emergência. Reduz também o número de veículos de emergência enviados para situações de não urgência.

Durante a conversa por telefone, a avaliação do risco é extremamente importante. Esta tarefa complexa é feita rapidamente e as decisões são negociadas com a pessoa em linha. Fazendo perguntas a essa pessoa, o CMHN irá ponderar o risco para as equipas do serviço de emergência que acorrem e conseguem que os indivíduos que fazem ameaças de uso de armas as coloquem de lado. Esta informação é transferida para outros serviços para assegurar a sua segurança quando entram em cena. Através da interacção com os CMHN, as pessoas em linha e as suas famílias ficam a saber como e quando podem procurar ajuda apropriada para a saúde mental. Embora a urgência dos casos não se altere, esta função permitiu às famílias e outros a apoiar e a dar assistência aos seus entes queridos. Os CMHN dão também apoio aos clínicos na ambulância e à equipa do *call centre*.

O sucesso do programa conduziu à expansão do serviço para prestar consultas de urgência baseadas na comunidade por parte de prestadores estabelecidos para desenvolver planos de cuidados continuados e apoio. Este importante serviço assegura que é prestado o nível apropriado de cuidados de emergência onde é mais necessário, poupando tempo e dinheiro. O serviço é o primeiro do género em todo o mundo.

NUM ESTUDO REALIZADO EM 2016:[41]

56% dos questionados em França **CONSEGUIRAM VER UM MÉDICO OU ENFERMEIRO** no mesmo dia ou no dia seguinte, na última vez que necessitaram de cuidados médicos.

50% dos questionados no Canadá que estiveram num serviço de urgência **AGUARDARAM MAIS DE DUAS HORAS POR CUIDADOS.**



64% dos questionados na Alemanha que necessitaram de cuidados médicos **CONSIDERARAM QUE ERAM DIFÍCEIS DE CONSEGUIR APÓS O EXPEDIENTE.**

NUM ESTUDO RELATIVO AO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE:[71]

50% dos questionados na Suécia afirmou que os seus especialistas lhes falaram sobre **OPÇÕES DE TRATAMENTO E OS ENVOLVERAM NAS DECISÕES SOBRE OS SEUS CUIDADOS.**

5% dos questionados em França **TINHAM UM PLANO ESCRITO DESCREVENDO O TRATAMENTO QUE DESEJAVAM NO FINAL DA VIDA** (adultos com >65 anos de idade).

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE:

Cuidados orientados para as pessoas

"O cliente, não o enfermeiro, é a figura de autoridade e o decisor, o papel do enfermeiro envolve ajudar os indivíduos e as famílias na escolha das responsabilidades para mudar o processo de saúde."

– Rose Marie Risso Parse (Teórica de Enfermagem)[69]

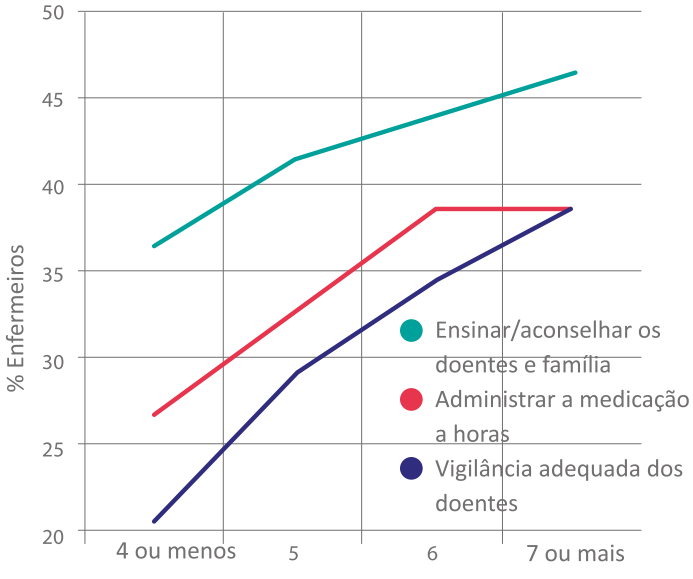
Em 2015, foi realizada uma revisão sistemática[70] dos cuidados de enfermagem falhados. Dos 42 estudos realizados nesta área, 55-98% dos enfermeiros notificaram a falha de um ou mais itens de cuidados durante o tempo da avaliação. As actividades que eram falhadas com maior frequência eram as relacionadas com as necessidades emocionais e psicológicas, e não as relacionadas com as necessidades fisiológicas. A causa mais comum de actividades falhadas estava relacionada com elevadas cargas de trabalho e o número insuficiente de enfermeiros.

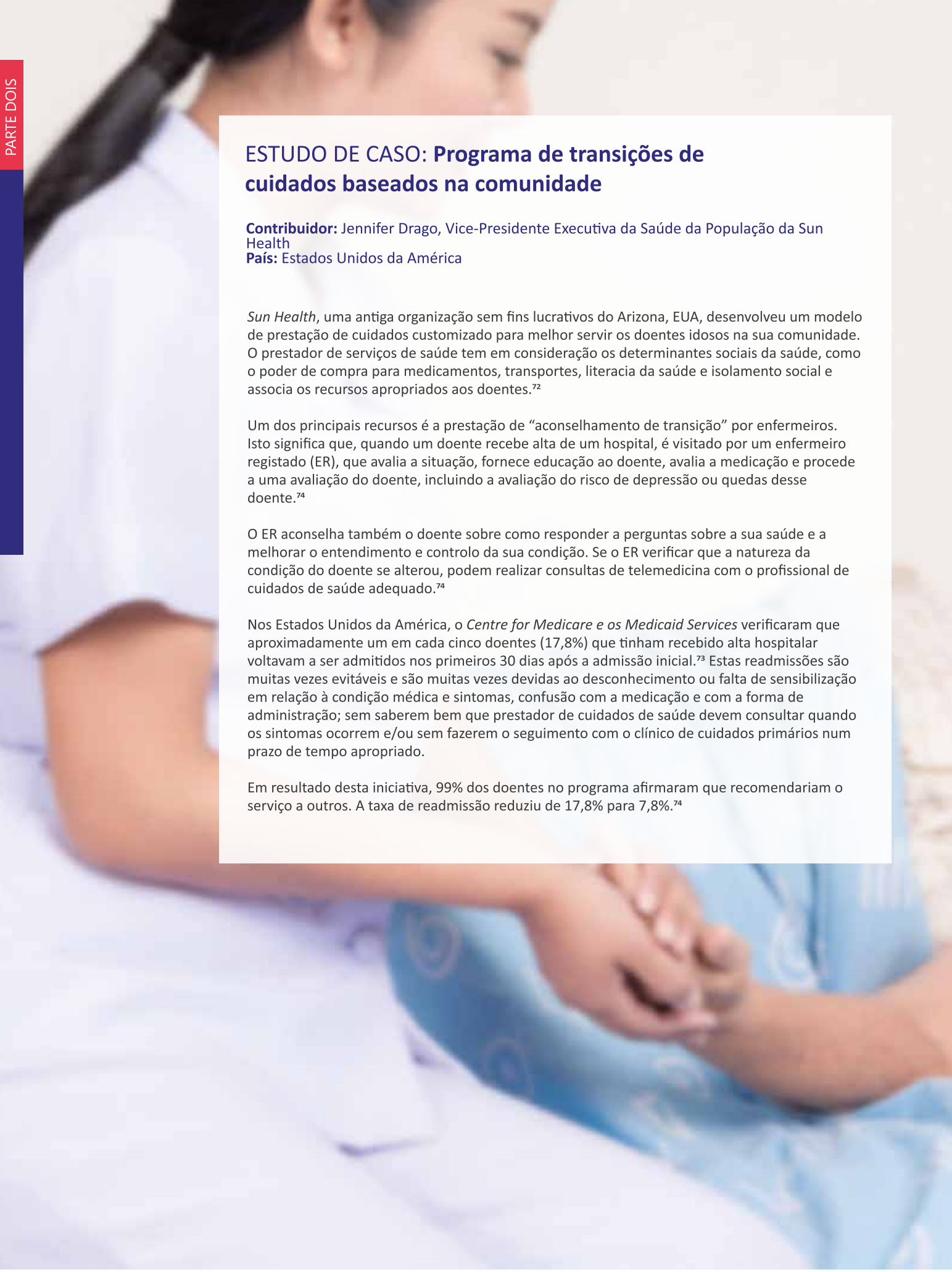
Reflectindo nestes estudos, é difícil perceber onde estes serviços de saúde podem estar a prestar uma abordagem orientada para as pessoas na prestação de cuidados, onde existe uma capacidade para envolver e participar nas tomadas de decisões e decisões de tratamento. Há o risco de, com cargas de trabalho elevadas associadas, a enfermagem avance para uma abordagem de cuidados orientada para um padrão e não para um padrão orientado para as pessoas. Os cuidados orientados para um padrão referem-se a realizar numerosas tarefas num período de tempo específico com o risco destas tarefas terem precedência sobre o envolvimento e a satisfação das necessidades holísticas do doente.

Quando entramos numa rotina ou temos um local de trabalho sobrelotado, perdemos a consciência da pessoa como um todo, e perdemos de vista o seu caracter exclusivo. Quando isto acontece, arriscamos perder a capacidade e motivação de uma pessoa de se envolver nos seus cuidados e de assumir compromisso em concluir o tratamento. Como Levesque *et al.*[15] afirmam, "O acesso a cuidados óptimos requer em última análise que a pessoa esteja integralmente envolvida nos cuidados, e isto é observado na interacção com a natureza do serviço de facto oferecido e prestado."

A importância da participação nos cuidados está baseada na evidência. É também um direito humano internacional. No Artigo 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, as pessoas que necessitam de cuidados têm o direito à participação livre, informada, activa e significativa em decisões que afectam as suas vidas.[71] O direito à participação estende-se mais além da recepção de cuidados, envolve também a organização e implementação de serviços de cuidados de saúde.

Figura 7: Notificação por parte dos enfermeiros em relação a cuidados falhados no último turno devido a sobrecarga de trabalho, RN4CAST2017[72]





ESTUDO DE CASO: **Programa de transições de cuidados baseados na comunidade**

Contribuidor: Jennifer Drago, Vice-Presidente Executiva da Saúde da População da Sun Health
País: Estados Unidos da América

Sun Health, uma antiga organização sem fins lucrativos do Arizona, EUA, desenvolveu um modelo de prestação de cuidados customizado para melhor servir os doentes idosos na sua comunidade. O prestador de serviços de saúde tem em consideração os determinantes sociais da saúde, como o poder de compra para medicamentos, transportes, literacia da saúde e isolamento social e associa os recursos apropriados aos doentes.[72]

Um dos principais recursos é a prestação de "aconselhamento de transição" por enfermeiros. Isto significa que, quando um doente recebe alta de um hospital, é visitado por um enfermeiro registado (ER), que avalia a situação, fornece educação ao doente, avalia a medicação e procede a uma avaliação do doente, incluindo a avaliação do risco de depressão ou quedas desse doente.[74]

O ER aconselha também o doente sobre como responder a perguntas sobre a sua saúde e a melhorar o entendimento e controlo da sua condição. Se o ER verificar que a natureza da condição do doente se alterou, podem realizar consultas de telemedicina com o profissional de cuidados de saúde adequado.[74]

Nos Estados Unidos da América, o *Centre for Medicare e os Medicaid Services* verificaram que aproximadamente um em cada cinco doentes (17,8%) que tinham recebido alta hospitalar voltavam a ser admitidos nos primeiros 30 dias após a admissão inicial.[73] Estas readmissões são muitas vezes evitáveis e são muitas vezes devidas ao desconhecimento ou falta de sensibilização em relação à condição médica e sintomas, confusão com a medicação e com a forma de administração; sem saberem bem que prestador de cuidados de saúde devem consultar quando os sintomas ocorrem e/ou sem fazerem o seguimento com o clínico de cuidados primários num prazo de tempo apropriado.

Em resultado desta iniciativa, 99% dos doentes no programa afirmaram que recomendariam o serviço a outros. A taxa de readmissão reduziu de 17,8% para 7,8%.[74]



PARTE TRÊS:
INVESTIMENTO E CRESCIMENTO ECONÓMICO

> O crescimento económico sem investimento no desenvolvimento humano é insustentável e não ético"
>
> – Amartya Sen[33]

Uma história frequente na política é a discussão da alocação dos recursos por altura da elaboração do orçamento: o Ministro da Agricultura pode dizer, "Se comprarmos este tanto de fertilizante e cultivarmos estes tantos metros quadrados, poderemos produzir este tanto, e se o preço de mercado for este tanto, o nosso rendimento será este tanto." O Ministro dos Transportes pode responder, "Mas não conseguiremos transportar os nossos produtos para o porto porque as estradas estão em condições terríveis e, se investirmos em estradas, os rendimentos da exportação ascenderão a este tanto." O Ministro da Saúde intervirá então e dirá, "A Saúde é um Direito Humano."[75] Sir George Alleynec, antigo Enviado Especial das NU para o VIH/SIDA nas Caraíbas, narra esta como sendo uma verdadeira história de uma conversa com um ministro de estado. Salienta o ponto importante de que os ministros da saúde não são bons a persuadir os outros ministros que a saúde é um bom investimento e, consequentemente, não conseguem avaliar a natureza inseparável da saúde como um direito humano, como sendo a saúde a espinha dorsal da economia – sem saúde, não há trabalho nem há riqueza.

O investimento na saúde tem sido considerado em muitos países como um fardo para os recursos do país. Por esse facto, há muitas vezes um foco significativo nos constrangimentos económicos no sector da saúde e um foco na eficiência. Isto ocorre apesar do elevado valor que as pessoas atribuem à saúde. Numa extensa sondagem mundial, as pessoas valorizam a saúde como a sua prioridade número um. Valorizam-na mais do que uma vida familiar feliz, ou o emprego ou até viver em paz.

A relação entre a saúde da população e o crescimento económico e prosperidade está mal articulado. O investimento na saúde salva vidas, previne doenças, cura, repara e reabilita. É, por esse facto, um investimento na economia mais lata. Uma má saúde prejudica a produtividade, dificulta as oportunidades de trabalho e afecta adversamente o desenvolvimento humano.[76] Assim, o sistema de cuidados de saúde pode ser visto como um contribuidor positivo para a economia através de um a mão-de-obra saudável, aumento do PIB, inovação e exportação.

[c]Sir George Alleyne foi Enviado Especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para o VIH/SIDA na região das Caraíbas entre 2003 e 2010.

[d] Gallup International Millennium Survey, www.gallup-international.com/. Na viragem do milénio, foi pedido a 50.000 pessoas de 60 países que classificassem "as coisas mais importantes da vida." "Boa saúde" ficou no topo da lista para 44% dos respondedores, seguido de "vida familiar feliz" (38%), "emprego" (27%) e "viver num país sem guerra" (17%).



Foram efectuados diversos estudos nesta área e demonstraram que a saúde afecta positivamente a economia. Por exemplo, o aumento da esperança de vida dos 50 para os 70 anos aumenta a taxa de crescimento económico em 1,4% por ano. Uma diminuição de 10% na malária está associada a um crescimento anual de 0,3%.[76] Estes fortes argumentos demonstram que o investimento na saúde pode aumentar as expectativas crescentes das pessoas em relação ao sistema de saúde e governos, reduzir as persistentes iniquidades no acesso e melhorar ou sustentar o desempenho económico.

Os decisores e funcionários públicos têm de tomar decisões difíceis em termos de investimento na saúde. As decisões que são tomadas na esfera da saúde nunca ocorrem de forma isolada.

Têm orçamentos limitados e um profundo impacto nos intervenientes e políticas de outras áreas, pelo que são sempre contestados. O desafio reside na harmonização das políticas de saúde e economia para melhorar os desfechos na saúde, minimizando os efeitos negativos nos outros.[77] A saúde e bem-estar das pessoas deveria ser a dimensão central de todas as políticas, porque é a saúde da população que sustenta todos os outros sectores da economia.

A secção seguinte tem por foco três direcções de políticas que capacitam a saúde como um direito humano, melhoram o acesso aos cuidados e que constituem investimentos económicos. Estes são: Cobertura Universal da Saúde; Cuidados Orientados para as Pessoas; e Recursos Humanos para a Saúde.

Figura 8: Dados da despesa com a saúde[44]

Gastos totais com a saúde em 2011:	US$ 6,9 TRILHÕES
Valor médio gasto por pessoa com a saúde nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE):	US$ 4584
Percentagem da população mundial que vive em países da OCDE:	18%
Estimativa da OMS quanto ao gasto mínimo por pessoa por ano necessário para prestar serviços básicos e salvadores de vida[1]:	US$ 44
Número dos Estados-Membros da OMS em que os gastos com a saúde – incluindo gastos suportados pelo governo, famílias e sector privado e fundos fornecidos por financiadores externos – são inferiores a US$ 44 por pessoa por ano:	26
Número dos Estados-Membros da OMS em que os gastos com a saúde são inferiores a US$ 20 por pessoa por ano:	6
Percentagem de fundos gastos com a saúde na Região africana da OMS que foi fornecida por donativos:	9,4%

Figura 9: Factores necessários para alcançar a Cobertura Universal da Saúde[7, 82]



Cobertura Universal da Saúde

Enfrentamos muitos receios quando estamos doentes. Estes podem assumir a forma de incerteza e medo do futuro; a incapacidade; a dor do isolamento; os efeitos indesejáveis dos tratamentos ou, até, sofremos danos derivados dos próprios tratamentos; a complexidade de navegar no sistema de saúde; ou não sermos capazes de trabalhar e de subsistirmos. Por outro lado, os cuidados de saúde em muitos locais do mundo estão a tornar-se mais dispendiosos, o que significa que uma elevada percentagem de pessoas se questionam se poderão pagar o tratamento perante o diagnóstico de uma doença significativa.

Quando apropriadamente implementada, a Cobertura Universal da Saúde assegura que todos os cidadãos têm acesso aos cuidados, independentemente da sua capacidade para pagar. A Cobertura Universal da Saúde foi implementada com algum grau de sucesso em 60 de 195 países do mundo, mas a OMS e o Banco Mundial estimam que 400 milhões não têm acesso a serviços de saúde essenciais e que 40% da população do mundo vive sem cobertura de cuidados de saúde.[78] No entanto, a Cobertura Universal da Saúde foi incorporada como um sub-objectivo nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, o que significa que todos os países-membros das NU visam implementá-la até 2030.

Esta é uma meta ambiciosa de alcançar, mas terá um profundo efeito na saúde e bem-estar globais. O acesso à Cobertura Universal da Saúde permite às pessoas, devido ao facto de serem mais saudáveis e de não serem levadas à pobreza devido aos custos da saúde, serem mais produtivas e contribuidoras activas para a família e comunidade. Significa que as crianças têm maiores possibilidades de receber educação e protege os grupos vulneráveis de se afundarem na pobreza extrema.

A Cobertura Universal da Saúde é uma política que os países podem usar para alcançarem a saúde como um direito humano. Isto é alcançado de muitas formas, incluindo:

- Melhora o acesso a serviços de saúde de qualidade para todas as pessoas, independentemente do seu estatuto social;
- Promove serviços abrangentes de cuidados de saúde em oposição a doenças ou a serviços específicos de problemas;
- Acaba com a discriminação por custo ou por dificuldades financeiras;
- Prioriza os serviços para os mais vulneráveis.[12]

Para além da Cobertura Universal da Saúde satisfazer um conjunto de critérios relativos ao direito à saúde, é também um bom investimento. Foi realizada uma análise económica e qualitativa do lançamento de um esquema de Seguros de Saúde Nacionais [e] nas Bahamas.[79] A análise demonstrou que, para além de qualquer adição a benefícios de saúde e de bem-estar, "a apólice era [é] um investimento na economia do país, com condições para gerar muitas vezes o seu custo em complemento do crescimento económico."[79] O relatório indicou que a economia das Bahamas deve ter crescido à volta de 3,7% em resultado desta iniciativa (US$ 350 milhões). Estima-se que isto aumente para cerca de 5% até 2040, adicionando US$ 500 milhões à economia.

A análise acima está em linha com os resultados de outros estudos, como o realizado pela Comissão do Lancet.[80] O estudo Lancet verificou que 11% do crescimento económico nos países de baixos ou médios rendimentos entre 2000-2011 era devido a uma menor mortalidade. Quando era extrapolado para o rendimento nacional e outra prosperidade, o crescimento económico era de 24%, sugerindo que há um retorno de "9 para 1 nas despesas com a saúde ao longo de 20 anos." A conclusão global deste relatório foi que **"o investimento na saúde dá um retorno extraordinário."**

Num evento sem precedentes, 257 economistas[81] de todo o mundo mostraram o seu apoio pela Cobertura Universal da Saúde subscrevendo as palavras de Amartya Sen de que esta Cobertura é um "sonho possível". Os economistas acreditam que há recursos suficientes para implementar globalmente a Cobertura Universal da Saúde e que há um conjunto de benefícios associados, incluindo a transformação de vidas e da subsistência; e da erradicação da pobreza. Em tempos de crise, a Cobertura Universal da Saúde mitiga os efeitos nas comunidades; em tempos de calmaria, promove sociedades mais coesas e economias mais produtivas.

suma, os economistas concluem que **os benefícios económicos do investimento são perto de 10 vezes superiores aos custos**.

Estes exemplos revelam que há uma forte relação entre o investimento na saúde e o desenvolvimento económico. Os cidadãos saudáveis conseguem obter a educação e competências que necessitam para prosperar em uma economia global. A saúde melhora de facto a riqueza e, por sua vez, melhora as condições da sociedade em que as pessoas vivem. A Cobertura Universal da Saúde é um investimento.

> Chegou a altura do sector de cuidados de saúde potenciar a sua capacidade colectiva e edificar à volta das nossas pessoas uma fortaleza de Cobertura Universal da Saúde – cada CEO, segurador, professor, médico, enfermeiro, doente e pessoa que vive neste país deve considerar o que pode fazer para contribuir, envolvendo-se mais e colocando o seu tijolo no muro."
>
> – Dr. Anuschka Coovadia[78]

CLARIFICAR A COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE[82]



Cobertura Universal da Saúde significa as pessoas terem acesso a cuidados de saúde de qualidade sem enfrentarem dificuldades financeiras.



Não é apenas assegurar um pacote mínimo de serviços de saúde, mas uma expansão progressiva dos cuidados de saúde e da protecção financeira.



Inclui serviços de saúde em todo o contínuo dos cuidados, incluindo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



Inclui o tratamento individual e também os serviços baseados na população.



Não significa cobertura gratuita para todas as possíveis intervenções de saúde, independentemente do custo.



A Cobertura Universal da Saúde inclui a abordagem de determinantes da saúde através da melhoria da equidade, inclusão social e coesão.

[e]As Bahamas implementaram a fase de cuidados primários do Esquema de Seguros de Saúde Nacionais. Um sistema de saúde abrangente será desenvolvido em fases posteriores.

Figura 10: Os benefícios da Cobertura Universal da Saúde[79]

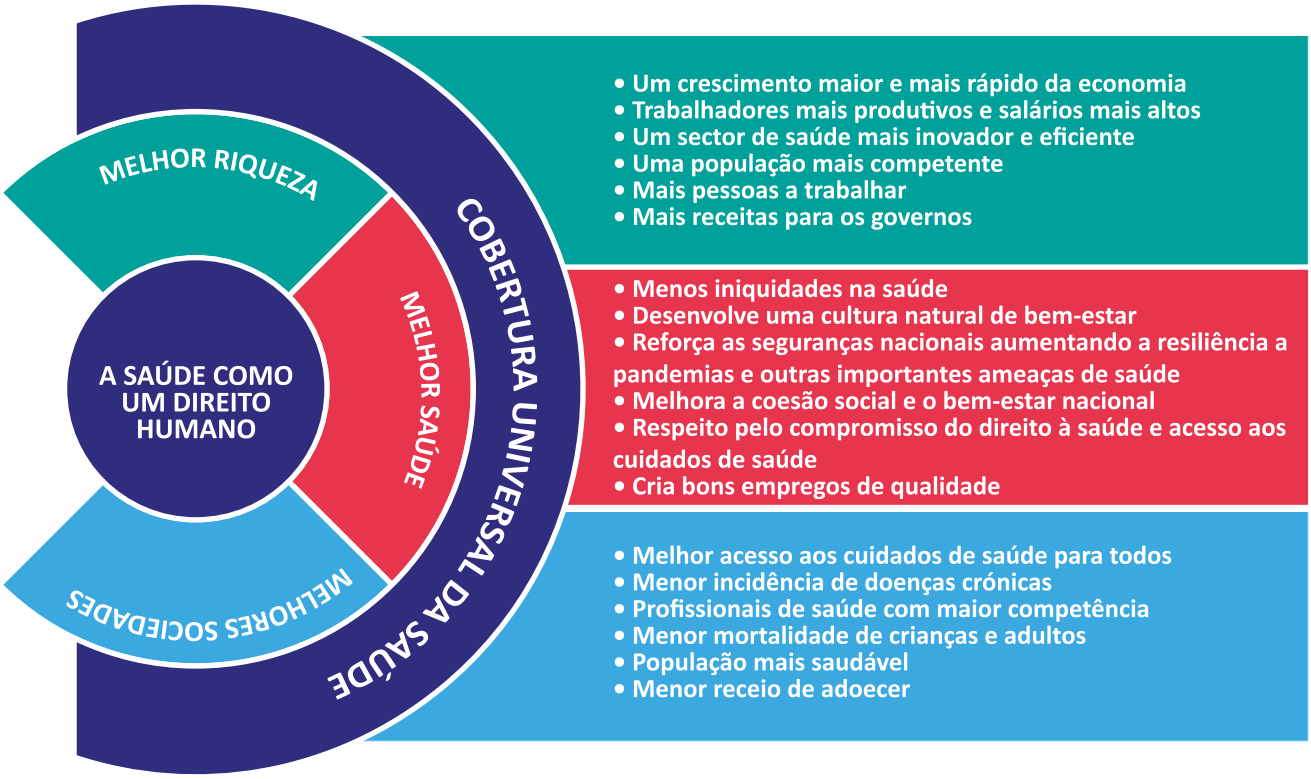
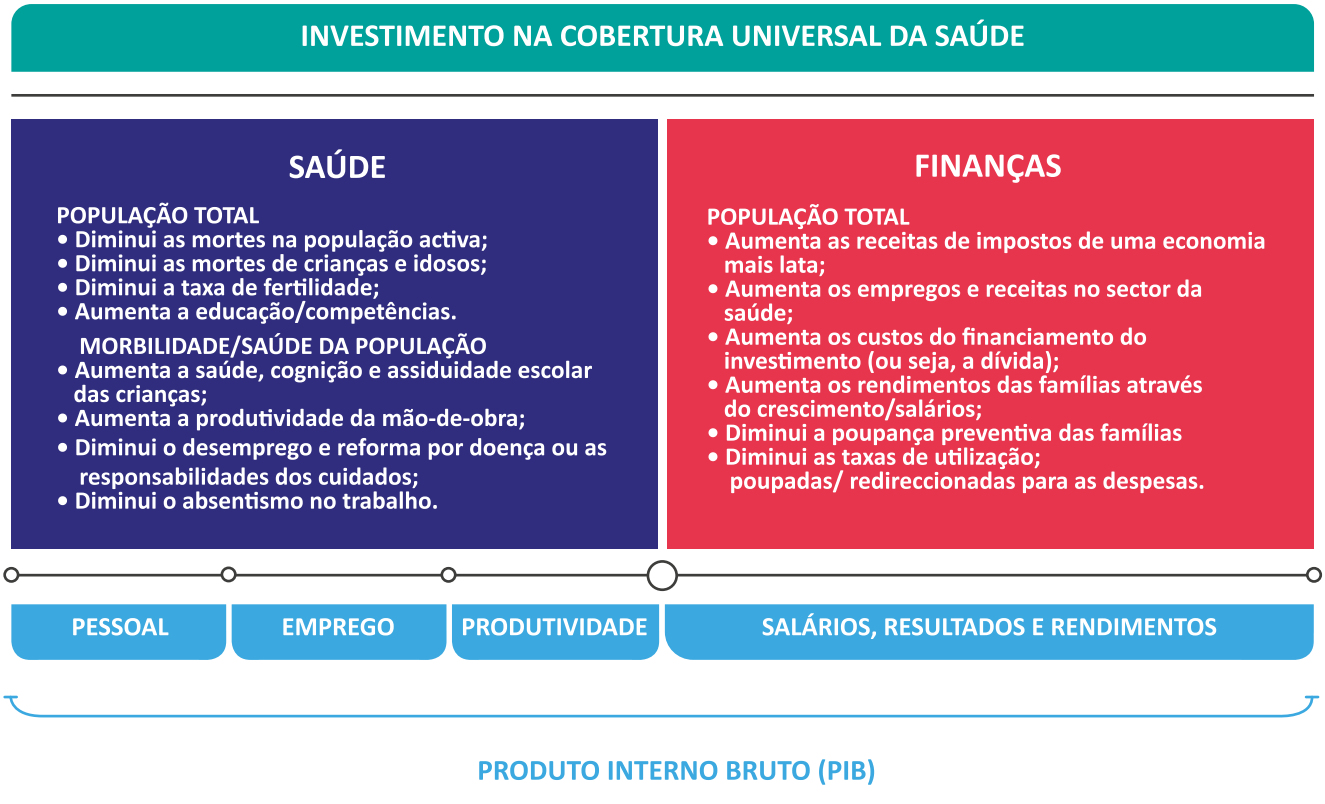
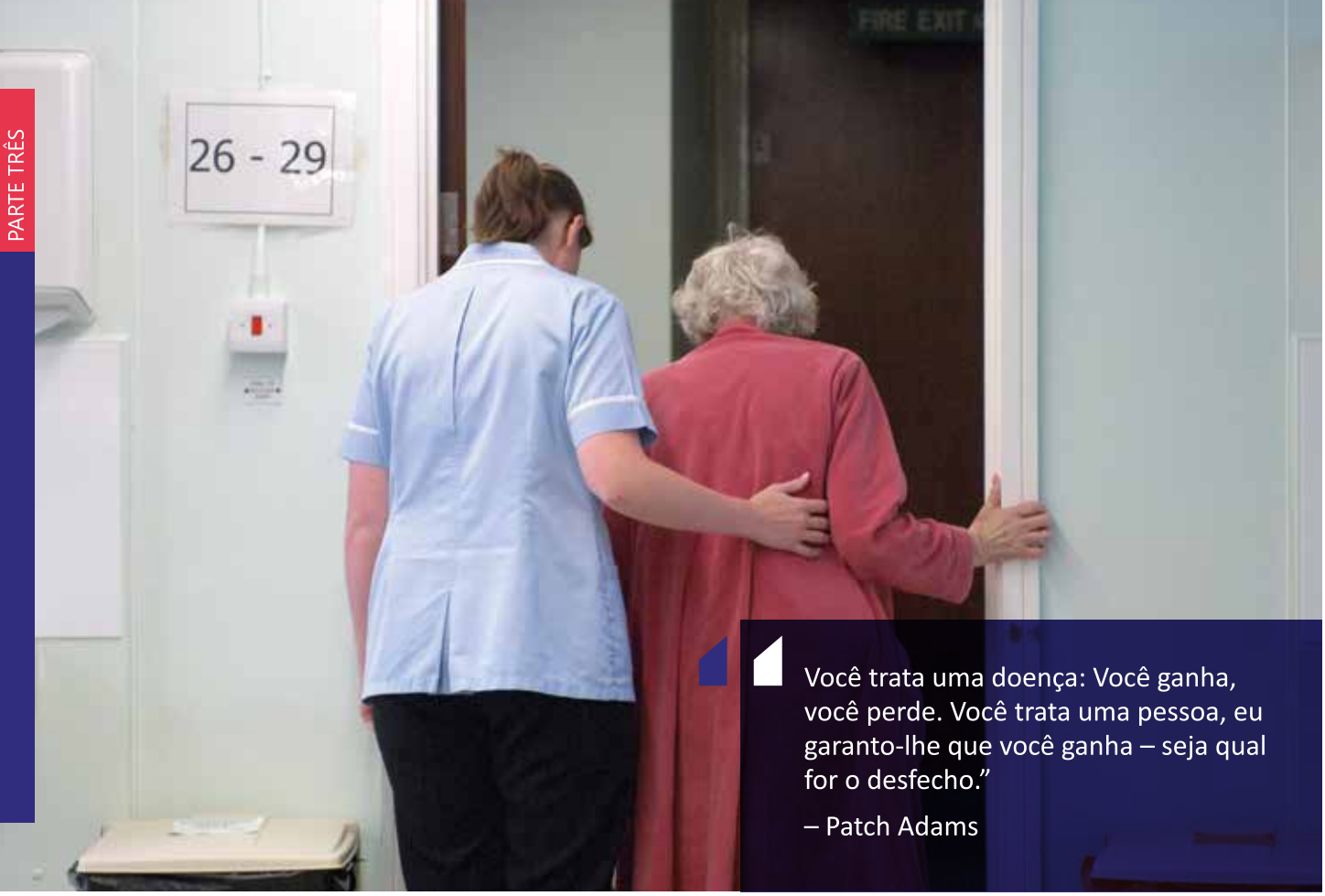


Figura 11: Estrutura abrangente dos impactos económicos dos investimentos na Cobertura Universal da Saúde (adaptado de KPMG)[83]





> Você trata uma doença: Você ganha, você perde. Você trata uma pessoa, eu garanto-lhe que você ganha – seja qual for o desfecho."
>
> – Patch Adams

Cuidados Orientados para as Pessoas

Sempre que o desempenho dos serviços de saúde é analisado, há a tendência de focar em indicadores tangíveis e facilmente mensuráveis, como o dinheiro gasto em camas e pessoal, e não nos desfechos e experiências das pessoas que recebem cuidados.

Cuidados Orientados para as Pessoas tornou-se no novo chavão de muitos serviços de saúde. Contudo, como muitos estudos salientam, estamos muito longe desses cuidados. Muitos clínicos falam levianamente de colocarem os doentes primeiro mas, na prática, as necessidades profissionais e organizacionais vêm primeiro. Por outro lado, sempre que o desempenho dos serviços de saúde é analisado, há a tendência de focar em indicadores tangíveis e facilmente mensuráveis, como o dinheiro gasto em camas e pessoal, e não nos desfechos e experiências das pessoas que recebem cuidados.

Por que acontece isto e porque é isto tão generalizado nos sistemas de saúde? Não é devido à ausência de investigação e evidência. Foram realizadas nesta área mais de 750 revisões sistemáticas (em inglês) entre 1998 e 2013. Nesta investigação, há temas consistentes sobre o que os doentes consideram bons cuidados. Isto inclui: boa informação e comunicação por parte dos profissionais de saúde; envolvimento nas decisões mas respeitando as preferências; apoio emocional e empatia; e continuação e coordenação dos cuidados.[84]

Uma conclusão mais lógica sobre o motivo por que os cuidados orientados para as pessoas são mais retóricos do que práticos é o domínio do modelo de tratamento médico que se foca no processo da doença que se esforça por ver a pessoa como um todo. Isto é muitas vezes reforçado por modelos de financiamento e controlos de custo[f] em que é dada maior prioridade às transacções do que ao estabelecimento de relações e de perceber as necessidades holísticas do indivíduo. O Relator Especial das NU chegou a esta conclusão no seu relatório para a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas. De facto, acreditava que o modelo de cuidados biomédico era tão desfavorável que os direitos e liberdades dos que sofriam de doença mental eram excluídos.[11]

Há uma forma diferente e melhor; uma forma com maiores probabilidades de melhorar as experiências dos doentes, promover a saúde pública e reduzir as inequalidades da saúde; uma forma que melhora o sucesso das intervenções de saúde e reduz o desperdício dos recursos finitos. Não requer uma inovação dispendiosa. É um regresso ao básico e à evidência de colocar as pessoas na essência dos cuidados de saúde. É sobre os enfermeiros serem fiéis à essência da profissão da enfermagem.

Os Cuidados Orientados para as Pessoas estão consagrados nos direitos humanos. Apoia a dignidade, a não discriminação, a participação, capacitação, acesso, equidade e uma parceria de iguais. Não só estão estes princípios delineados na lei internacional, estão também na essência de como gostaríamos ser tratados, bem como os nossos familiares.

[f]Os mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde conduzem muitas vezes a comportamentos por parte dos prestadores de consultas breves, gestão inadequada dos casos, prestação de serviços sub--ideais ou, mesmo, sobre-ideiais

Figura 12: Os investimentos essenciais necessários para criar uma abordagem orientada nas pessoas aos cuidados de saúde (adaptado da Estrutura da Política de Cuidados de Saúde Orientados para as Pessoas)[85]

CRIAR UMA ABORDAGEM ORIENTADA PARA AS PESSOAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

INVESTIR NO INDIVÍDUO, FAMÍLIAS E COMUNIDADES

- Aumentar a literacia em saúde;
- Desenvolver estratégias de apoio à participação expressiva nas tomadas de decisão;
- Apoiar a capacidade para melhorar o autocontrolo;
- Aumentar a capacidade da comunidade para melhorar a participação no planeamento dos serviços de saúde.

INVESTIR EM ORGANIZAÇÕES DE CUIDADOS DE SAÚDE

- Criar ambientes de apoio para as pessoas que necessitam de cuidados;
- Apoiar cuidados integrados e eficazes;
- Fortalecer e promover equipas multidisciplinares;
- Fortalecer a abordagem de parcerias nos cuidados a doentes, famílias e cuidadores;
- Estabelecer padrões de cuidados em termos de qualidade e serviços éticos;
- Estabelecer padrões para a utilização e protecção da informação dos doentes.

INVESTIR NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Aumentar a capacidade e competência dos profissionais para praticarem cuidados orientados para as pessoas;
- Apoiar o compromisso para com a qualidade, segurança e serviços éticos.

INVESTIR NO SISTEMA DE SAÚDE

- Desenvolver incentivos financeiros que possibilitem um comportamento positivo por parte do prestador de cuidados;
- Implementar uma tecnologia adequada de apoio ao negócio;
- Melhorar a monitorização e comunicação da qualidade dos cuidados de saúde, desfechos e experiência dos doentes;
- Fortalecer os padrões profissionais para a prática e monitorizar a sua implementação;
- Estabelecer padrões para a utilização e protecção da informação dos doentes.

Enquanto os sistemas de saúde se esforçam por satisfazer a procura e conter os gastos com os cuidados de saúde, há o risco dos investimentos serem retirados da abordagem dos cuidados orientados para as pessoas e de ser criado um foco em um modelo paternalista em que os profissionais "fazem coisas às pessoas". Mas, para além dos muitos benefícios associados aos cuidados orientados para as pessoas, há um forte argumento económico em sua defesa.
A investigação demonstra que os cuidados orientados para as pessoas [g] reduzem os custos e contribuem positivamente para gestão da procura. Está especialmente associado a:

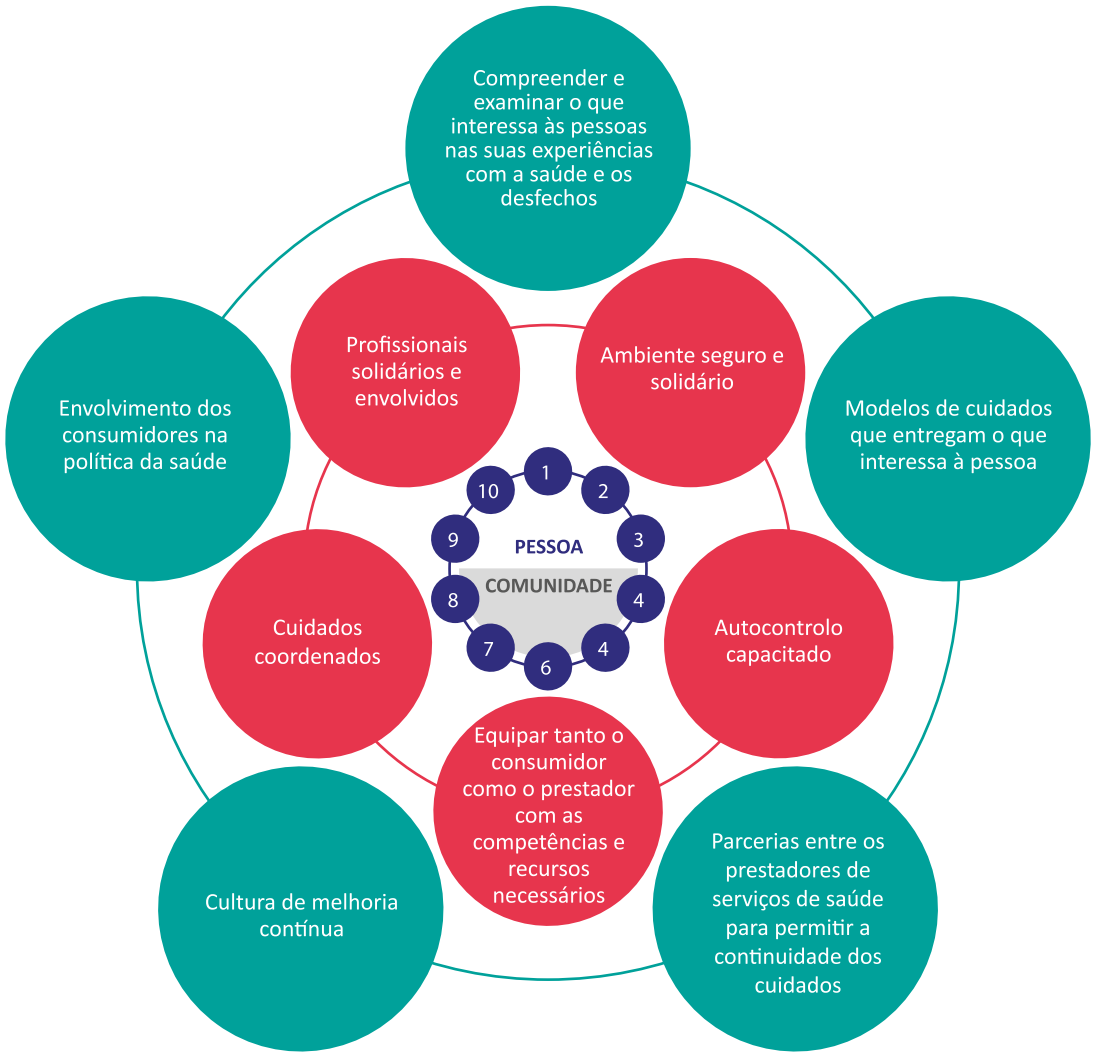
- Menos dias de internamento[86];
- Menos consultas nos serviços de urgência hospitalares e internamentos[86,87];
- Menos consultas para cuidados de especialidade[88];
- Menos exames laboratoriais e procedimentos invasivos[87];
- Intervenção precoce devido ao reconhecimento precoce das exacerbações da doença[88];
- Iniciação melhorada da terapêutica apropriada[88];
- Aumento dos cuidados próprios e dos comportamentos de auto-controlo[88];
- Redução significativa das despesas médicas totais[87];
- Aumento da adesão aos planos de tratamento e controlo adequado da medicação[87].

Para os nossos objectivos de melhorar a saúde e bem-estar dos indivíduos, os cuidados orientados para as pessoas representa o âmago do modo como os cuidados de saúde são prestados. Há benefícios para o indivíduo, profissionais de saúde, sistema de saúde e todas as populações. O momento de reorientar os sistemas de saúde para esta abordagem é agora.

> "A orientação para as pessoas significa tratar as pessoas, os doentes, os seus entes queridos, cuidadores e outros com compaixão, dignidade e respeito. Significa envolvê-las nas tomadas de decisões relativas à sua saúde e cuidados. Significa fazer as coisas "com" as pessoas, não "para" as pessoas. Significa envolver as pessoas na concepção do sistema e na elaboração de políticas. Para estabelecer os sistemas de saúde orientados para as pessoas de amanhã, temos de mudar a forma como prestamos os cuidados e como medidos os sistemas de saúde hoje."
>
> – Angel Gurría, Secretário-Geral da OCDE[89]

[g] Um subelemento dos cuidados orientados para as pessoas.

Figura 13: É necessário um realinhamento do sistema de saúde para este se focar nos cuidados orientados para as pessoas[90]



1. Abordagem individualizada aos cuidados
2. Encarar as pessoas como contribuidores vitais para a sua saúde
3. Reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas que procuram cuidados
4. Transparência da abordagem
5. Permitir o acesso a informação de qualidade
6. Conhecer a pessoa e reconhecer a individualidade
7. Respeito pelos doentes e suas decisões
8. Partilhar o poder e a responsabilidade
9. Incluir a família e cuidadores quando apropriado
10. Uma abordagem holística aos cuidados que considere a parte física, cultural e psicossocial

BENEFÍCIO ECONÓMICOS

A Associação Americana de Enfermeiros notificou que, para cada US$ 1 investido na coordenação de cuidados, o hospital realizava uma redução de US$ 8 nos encargos com os cuidados de saúde. Em parceria com os doentes, os coordenadores dos cuidados de enfermagem geriam um serviço que resultava em menos internamentos, menos críticos e mais curtos.[91]

Um estudo realizado por Basu et al. em 2015[92] examinou o custo-eficácia dos modelos de cuidados de autocontrolo de doenças crónicas. O custo-eficácia médio era de aproximadamente US$ 50.000 por ano de vida ajustado por qualidade.



ESTUDO DE CASO: **Modelos inovadores de cuidados paliativos na Índia rural**

Contribuidor: Barbara Pesut, Brenda Hooper, Marnie Jacobsen, Barabra Nielsen, Miranda Falk, Brian P.O'Connor
País: Índia

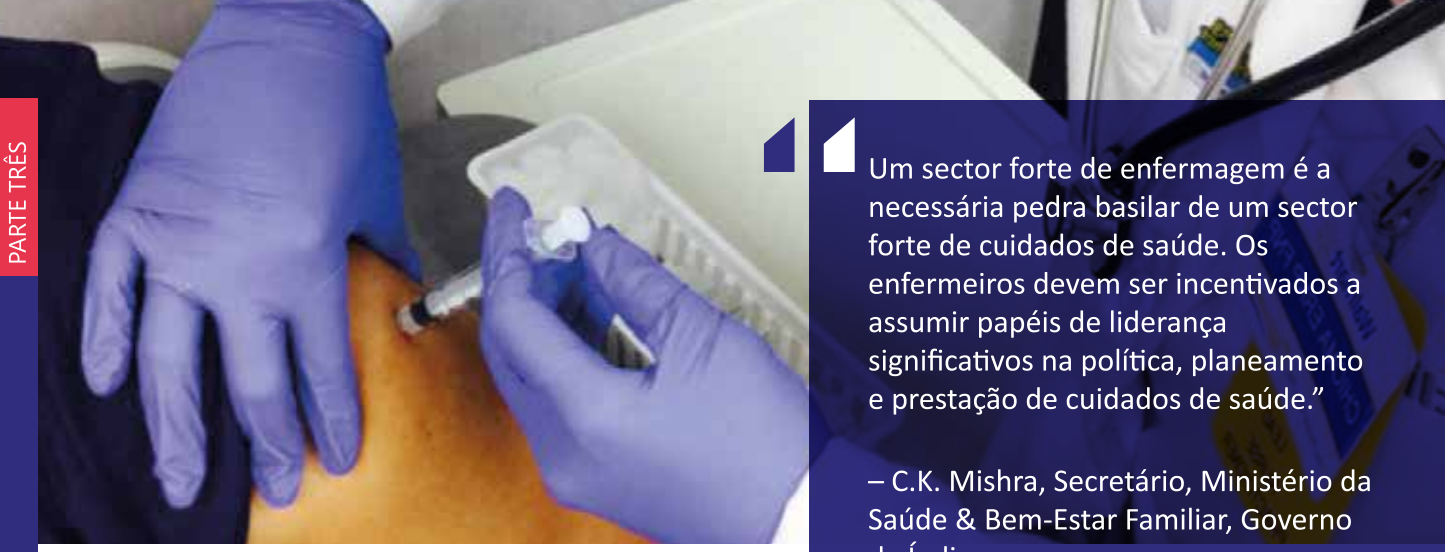
Um recente modelo piloto de cuidados paliativos gerido por enfermeiros na Índia visou abordar o desafio da prestação de serviços de cuidados paliativos a pessoas que vivem na Índia rural através da abordagem de criar capacidades por via da comunidade. As pessoas com doenças crónicas avançadas recebiam consultas em casa de um enfermeiro que efectua uma função de orientação de apoio. Os doentes eram observados pelo enfermeiro semanalmente ou bissemanalmente com a prestação de um conjunto de serviços para uma série de problemas. Estes incluíam conflitos familiares, isolamento na comunidade, desafios financeiros, sintomas problemáticos e questões de mobilidade. O orientador de enfermagem abordava estes problemas ao longo do tempo derrubando as barreiras entre a saúde e os cuidados sociais.[93]

As intervenções primárias por parte dos enfermeiros constituíam em educação para o controlo dos sintomas e apoio psicossocial para os desafios emocionais de viver com uma doença avançada. Ajudavam também as pessoas a compreender a informação relativa aos cuidados de saúde e a tomar decisões quanto a possíveis tratamentos para controlar os sintomas da doença. Os domínios dos cuidados de apoio prestados pelos enfermeiros orientadores eram extremamente diversificados, variando do controlo da doença a cuidados espirituais e físicos, planeamento dos cuidados avançados, apoio psicológico e apoio social.[93]

Estima-se que 34 milhões de pessoas na Índia poderiam beneficiar dos cuidados paliativos, mas menos de 1% destas pessoas têm acesso a eles.[94] Muitas pessoas com doenças em fase terminal têm um "pesado" fardo de sintomas e estão em risco de aumentar o isolamento social. Os doentes e os familiares desconhecem muitas vezes a existência dos serviços de saúde e sociais na sua comunidade. A ausência de apoio apropriado e adequado para os cuidados paliativos tem terríveis consequências na fase final da vida. A ruralidade acresce também uma camada de complexidade a esta situação desafiante. Os serviços de saúde rurais são muitas vezes limitados e inacessíveis. Isto é essencialmente devido à escassez de profissionais competentes.[93]

Em resultado deste serviço, pensa-se que haverá uma menor utilização dos serviços de urgência, hospitalizações e consultas de médicos de cuidados primários. A satisfação dos doentes é mais elevada e mais pessoas podem decidir morrer em casa. O serviço significava também que o enfermeiro orientador podia ajudar os clientes a identificar os benefícios e as alternativas custo-eficácia dos cuidados, possibilitando assim poupanças para a família.[93]

Quer seja implementado de forma independente ou em parceria com voluntários, um serviço de orientação gerido por enfermeiros pode satisfazer as necessidades únicas das comunidades rurais ao aumentar o apoio e o acesso perante recursos de cuidados de saúde limitados.[93]



> Um sector forte de enfermagem é a necessária pedra basilar de um sector forte de cuidados de saúde. Os enfermeiros devem ser incentivados a assumir papéis de liderança significativos na política, planeamento e prestação de cuidados de saúde."
>
> – C.K. Mishra, Secretário, Ministério da Saúde & Bem-Estar Familiar, Governo da Índia

Recursos Humanos para a Saúde

Em todo o mundo, os sistemas de saúde estão sob pressão – para satisfazer a procura rapidamente crescente; para satisfazer as crescentes expectativas dos consumidores; e para reduzir a taxa de despesas crescentes e a criação de valor. Em 2013, o crescimento dos gastos globais com a saúde era de 2,6%. Com as mudanças nos estilos de vida, com o aumento dos custos dos serviços, tratamentos e tecnologias, condições demográficas e económicas, conta-se que o crescimento nominal dos cuidados de saúde esteja a aumentar numa média de 5,3% por ano entre 2014 e 2018.[94] Estes factores, descritos em muitos relatórios, são considerados como constituindo a tempestade perfeita para tornar os cuidados de saúde como não passíveis de serem pagos e insustentáveis.

Como será então possível implementar a Cobertura Universal da Saúde e os cuidados orientados para as pessoas quando os recursos humanos, o essencial para serem alcançados estes dois elementos, representam o maior elemento de custos unitários em qualquer sistema de saúde? Em média, 60 – 80% das despesas recorrentes totais estão alocados a recursos humanos. Acima dos custos financeiros está a disponibilização de profissionais de saúde. Até 2030, estima-se que terão de ser criados mais 40 milhões de postos de trabalho para os cuidados de saúde. Nos termos das actuais estratégias, a escassez prevista de profissionais será aproximadamente de 18 milhões.[95]

Foi estabelecida uma Comissão de Alto-Nível das NU para examinar exactamente esta questão. No seu relatório sobre "Emprego na Saúde e Crescimento Económico"[95], "desmantelou a crença há muito estabelecida que o investimento no sector da saúde é um entrave à economia." Defendia que os investimentos associados a políticas correctas podiam proporcionar melhorias drásticas em ganhos socioeconómicos como educação, igualdade dos géneros, emprego e saúde. Concluiu que o investimento no sector da saúde pode "criar as condições para um crescimento inclusivo económico e criação de emprego, bem como uma maior estabilidade económica e segurança."

Os profissionais de saúde são responsáveis por cuidarem da saúde e bem-estar dos indivíduos e comunidades. Têm também um papel fundamental de darem resiliência aos sistemas de saúde para responderem a desastres causados por perigos naturais, ambientais, tecnológicos ou biológicos. Estes acontecimentos podem causar danos a longo prazo nos interesses comunitários, podendo até certo grau serem mitigados pelos profissionais de saúde.

Tal como tem sido analisado ao longo deste relatório, os sistemas de saúde apenas podem funcionar com profissionais de saúde adequadamente competentes e disponíveis. Para ser alcançado o direito ao padrão de saúde mais elevado possível, isto depende da acessibilidade, disponibilidade e qualidade dos sistemas de saúde e das pessoas que neles trabalham.

Para que isto seja alcançável, há múltiplas mudanças que têm de ser abordadas, incluindo um conjunto de questões de recursos humanos relacionadas com a escassez de pessoal qualificado; distribuição desigual entre as zonas urbanas e rurais bem como as disparidades entre os cuidados de saúde primários e os hospitais; desequilíbrio do mix de competências; baixas compensações e remunerações; elevadas cargas de trabalho; incentivos financeiros perversos; locais de trabalho inseguros e uma multitude de outras questões de recursos humanos. A abordagem actual relativa aos trabalhadores da saúde não satisfará os requisitos de um sistema de cuidados de saúde universal e de bom funcionamento orientado para as pessoas. Estas questões têm de ser abordadas em conjunto com uma mudança do actual foco dos cuidados. Tem de ser repensada a forma como os profissionais da saúde são alocados e motivados. As características deste aspecto incluem a função central dos cuidados primários; um foco no contínuo dos cuidados e as necessidades holísticas do indivíduo; a estratificação do risco e a priorização das necessidades da população; um enfoque na prevenção e na gestão da doença; a utilização de equipas multidisciplinares; e as associações chave com a comunidade e com os serviços sociais. Este tipo de transformação nos profissionais de saúde é necessário para que seja bem sucedido e sustentável. O investimento nestas áreas dos profissionais de saúde conduzirá à melhoria da saúde e ao crescimento económico.

O investimento nos profissionais de enfermagem dará origem a importantes retornos do investimento. Nas análises da qualidade hospitalar, os controlos de custo e os cuidados de enfermagem têm sido aferidos de forma independente. Chegou a altura disto mudar. Estas discussões têm de estar interligadas porque a melhoria dos desfechos na saúde e a criação de eficiência na saúde requerem a utilização e investimento eficazes nos profissionais da enfermagem.[96]

A enfermagem representa o maior segmento dos profissionais de cuidados de saúde e é o principal interveniente na obtenção de cuidados de saúde de elevada qualidade e eficiência. Os enfermeiros são a espinha dorsal do sistema de cuidados de saúde e, no sector de cuidados agudos, estão os profissionais que prestam cuidados de 24 horas e que dão apoio aos doentes. Quando outros profissionais terminam o seu dia de trabalho, os enfermeiros continuam a prestar cuidados de apoio às necessidades dos doentes. Na comunidade, em zonas rurais e remotas, são muitas vezes os únicos prestadores de cuidados de saúde. Planeiam e coordenam todas as actividades de cuidados dos doentes num ambiente completo e em rápida mudança que requer competências técnicas cada vez mais elevadas, bem como crescentes expectativas dos clientes.

Em 1996, o relatório do IDM sobre "Equipas de Enfermagem em Hospitais e Lares: são adequadas?"[97] concluiu que, embora os serviços de enfermagem sejam fundamentais para a prestação dos cuidados de saúde, "existe pouco evidência empírica de suporte à informação anedótica e de outro tipo que os cuidados de qualidade hospitalares estão a ser adversamente afectados pela restruturação e mudanças hospitalares nos padrões de pessoal [enfermagem]."

Desde esta altura, tem havido um vasto número de estudos e de investigação que demonstram o valor acrescentado da enfermagem na melhoria dos desfechos na saúde.[98] A investigação demonstra que a qualidade da enfermagem, a cultura e sobrecargas de trabalho associadas estão ligadas aos desfechos dos doentes, incluindo períodos de internamento, mortalidade, morbilidade, satisfação dos doentes e um conjunto de outras medidas de qualidade.

Apesar do corpo de evidência, os decisores públicos e da saúde não compreendem a natureza integral do trabalho da enfermagem. Um estudo realizado junto do público verificou que a grande maioria das pessoas estava confusa quanto ao que os enfermeiros fazem, o tipo de educação e formação que recebem e o que os distingue de outro pessoal menos treinado.[96]

As pessoas percebem de forma correcta que o trabalho de enfermagem pode ser exigente tanto em termos físicos como emocionais. Infelizmente, há uma falsa percepção que o trabalho de enfermagem se limita a ser o de uma pessoa que segue as ordens dos médicos e que presta apoio físico e emocional aos doentes e suas famílias. Contudo, o trabalho de enfermagem é muito mais do que isto, sendo simultaneamente uma arte e ciência, requerendo uma substancial competência intelectual, clínica e organizacional. Entre outras actividades críticas realizadas por enfermeiros da linha da frente estão os cuidados holísticos em todo o contínuo, avaliação e monitorização dos doentes e, conforme necessário, iniciação de intervenções para melhorar os desfechos na saúde; responder a complicações ou reduzir riscos; orientar e coordenar os cuidados prestados por outros; educar os doentes, famílias e cuidadores; capacitar e orientar os doentes para melhorar os desfechos na saúde; e defender as necessidades de saúde de indivíduos e comunidades.

Os enfermeiros têm um entendimento único do sistema de saúde. Conhecem os seus pontos fortes e fracos e como ultrapassar os desafios colocados por sistemas inadequados ou disfuncionais. Com os sistemas de saúde a tentar melhorar o acesso, custos, qualidade, eficiência, equidade e orientação para as pessoas, os conhecimentos e compromisso dos enfermeiros para com a saúde e bem estar dos indivíduos têm de ser eficazmente canalizados, atribuídos e mobilizados. Para que isto seja uma realidade, as perspectivas e opiniões dos enfermeiros têm de estar representados ao mais alto nível da liderança da saúde e integrados na tomada de decisões. Têm de ser desenvolvidos mecanismos para envolver os enfermeiros em todos os níveis para afectar mudanças duradouras e meritórias.[99]

O primeiro passo para que isto aconteça é os enfermeiros terem um melhor entendimento da natureza altamente complexa da influência de políticas e do estabelecimento de políticas. Isto será abordado na Parte Quatro.



Figura 14: Estratégias para fortalecer as forças de trabalho globais da saúde[95]

PLANEAR E INVESTIR

- Desenvolver políticas e estratégias para quantificar as necessidades, exigências e disponibilização de forças de trabalho da saúde;
- Estabelecer registos e regulamentos apropriados das forças de trabalho da saúde para apoiar um desempenho melhorado;
- Promover a colaboração intersectorial;
- Fazer avançar o reconhecimento internacional quanto às qualificações dos profissionais de saúde;
- Angariar fundos adequados para investir nas competências certas, condições de trabalho decentes e número apropriado de profissionais de saúde;
- Fortalecer a evidência e a investigação nas forças de trabalho da saúde.

DESENVOLVER E HABILITAR

- Estimular os investimentos para a criação de trabalhos decentes no sector da saúde;
- Maximizar a participação económica das mulheres e promover a capacitação;
- Intensificar a educação transformadora e de elevada qualidade e as oportunidades de aprendizagem ao longo da vida;
- Desenvolver capacidades para gerir emergências ou crises humanitárias de emergência;
- Investir na capacidade analítica e nas aptidões para HRH e dados do sistema de saúde.

ESTRATÉGIAS PARA FORTALECER AS FORÇAS DE TRABALHO GLOBAIS DA SAÚDE

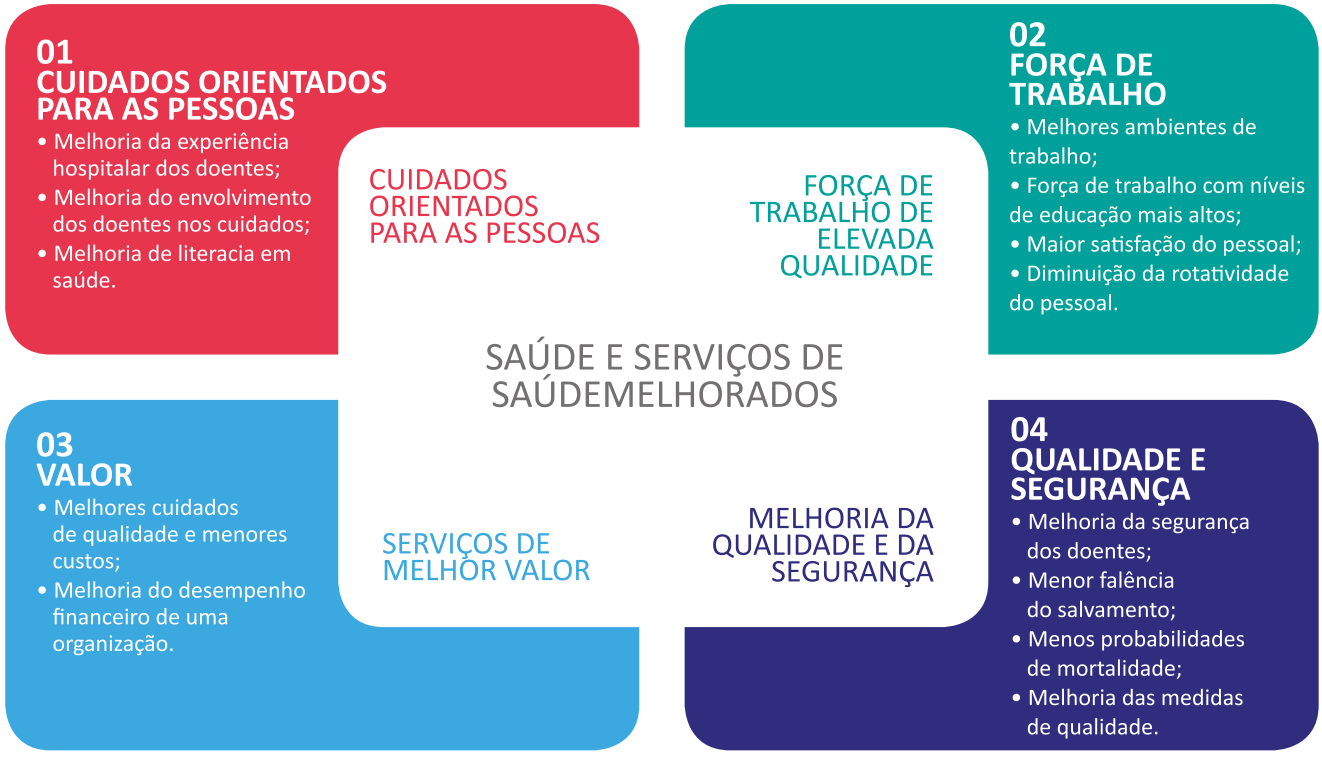
TRANSFORMAR E CAPACITAR

- Reformar os modelos de serviços concentrados em cuidados hospitalares e focar antes na prevenção e na prestação eficiente de cuidados primários e ambulatórios de elevada qualidade, possíveis de serem pagos, integrados, baseados na comunidade e orientados para as pessoas, prestando especial atenção a zonas com baixa prestação de cuidados;
- Alinhar as forças de trabalho da saúde com forças de trabalho de serviços sociais para abordar eficazmente os determinantes da saúde;
- Potenciar eficazmente as capacidades de liderança das forças de trabalho da saúde.

RETER E OPTIMIZAR

- Corresponder as competências às necessidades de saúde das populações;
- Potenciar o poder da informação custo-eficácia e as tecnologias de comunicação;
- Assegurar a protecção de todos os trabalhadores da saúde e instalações da saúde em todos os ambientes;
- Promover e investir em condições de trabalho decentes;
- Optimizar a motivação, satisfação, retenção, distribuição equitativa e desempenho dos profissionais de saúde;
- Apoiar os médicos no seu âmbito de prática total;
- Fortalecer a abordagem multidisciplinar e abordagem de competências colectivas aos cuidados de saúde;
- Celebrar os sucessos.

Figura 15: Os benefícios recebidos quando os enfermeiros estão envolvidos em posições de liderança



ESTUDO DE CASO: **Concretizar todo o potencial da enfermagem: CNO do País de Gales**

Contribuidor: Professora Jean White CBE, Chief Nursing Officer, País de Gales, Reino Unido
País: Gales

Em Novembro de 2016, a *Chief Nursing Officer* (CNO) do País de Gales definiu o objectivo estratégico nacional: *"concretizar todo o potencial das profissões de enfermagem e obstetrícia para ir ao encontro, em parceria com outros, das desafiantes necessidades das pessoas que vivem no País de Gales"*. A estratégia tem oito áreas de prioridade: profissionalismo; voz e liderança; força de trabalho e educação; informática; investigação, desenvolvimento e inovação; promoção da saúde e bem-estar da população; qualidade e segurança dos cuidados; e promoção da integração dos cuidados (abordagem de orientação para as pessoas).[100]

As principais acções foram desenvolvidas em consulta com os enfermeiros e enfermeiros obstetras no País de Gales, tendo sido delineados de acordo com os seus quatro princípios.[101]

1. Alcançar a saúde e bem-estar junto do público, doentes e profissionais como parceiros iguais e através da co-produção.
2. Cuidar primeiro as pessoas com maiores necessidades de cuidados, tirando o maior partido e uso mais eficaz de todas as competências e recursos.
3. Fazer apenas o que é necessário, não mais, não menos; e nunca prejudicar.
4. Reduzir a variação inapropriada utilizando práticas baseadas na evidência de forma consistente e transparente.

O primeiro princípio prudente dos cuidados de saúde foca a atenção nas pessoas, particularmente em ajustar a dinâmica do poder que existe actualmente entre profissionais de saúde e os doentes para que estes sejam parceiros iguais nas decisões sobre o que deve ser feito.

Em 2016, os CNO do Reino Unido decidiram investigar o que significa profissionalismo para os enfermeiros e enfermeiros obstetras e compreender de que forma uma abordagem orientada para as pessoas aos cuidados poderia ser incutida na prática. Em cooperação com o *Nursing and Midwifery Council* (regulador profissional do Reino Unido), desenvolveram orientações[102] para apoiar os profissionais na aplicação do seu Código de Conduta à sua prática diária e identificar o que os empregadores deviam fazer para permitir que a prática profissional prosperasse nas organizações.

A Lei dos Níveis de Pessoal de Enfermagem (País de Gales) de 2016, única na Europa, requer que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) considere se tem enfermeiros suficientes para cuidar adequadamente dos doentes em todas as áreas e estabelece uma metodologia[103] para o cálculo da força de trabalho de enfermagem associada a áreas de serviço específicas. No âmago desta lei está o reconhecimento da voz profissional de enfermeiros seniores de primeira linha na determinação do pessoal que necessitam para cuidar os doentes.

Para se sentirem confiantes a fazerem ouvir a sua voz profissional, os enfermeiros e enfermeiros obstetras têm de ter a educação apropriada – o País de Gales foi o primeiro país do Reino Unido a dispor do grau de bacharelato para enfermeiros e enfermeiros obstetras e, desde 2010, tem padrões para a prática avançada.[104]
Em resultado, o País de Gales tem avançado no desenvolvimento de funções especializadas e avançadas e permitido que os enfermeiros e enfermeiros obstetras gerissem serviços para melhorar os cuidados dos doentes.

ESTUDO DE CASO: **O Global Nurse Capacity Building Program**

Contribuidor: Susan Michaels–Strasser **País:** África Subsariana

O *Global Nurse Capacity Building Program* (GNCBP, Programa Global de Criação de Capacidades para os Enfermeiros), liderado pelo ICAP na Escola de Saúde Pública de Mailman na Universidade de Columbia, e financiado pelo PEPFAR através dos *Health Resources and Services Administration* (HRSA, Recursos e Administração de Serviços da Saúde), visa melhorar a saúde da população e combater o VIH na África Subsariana através do fortalecimento da quantidade e qualidade dos enfermeiros e dos enfermeiros obstetras.

O GNCBP utiliza um modelo holístico para reforçar a enfermagem e a enfermagem de obstetrícia da educação para a prática através de dois subprojectos. A *Nursing Education Partnership Initiative* (NEPI, Iniciativa de Parceria para a Educação na Enfermagem) promove a produção de uma nova força de trabalho e o *General Nursing* (GN, Enfermagem Geral) apoia a manutenção de uma força de trabalho qualificada.

O GNCBP presta serviços em seis pilares de desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem, incluindo:
1) melhoria de infra-estruturas; 2) revisão curricular; 3) desenvolvimento de faculdades; 4) competências clínicas; 5) desenvolvimento profissional contínuo; e 6) parcerias para a política e regulação.

O GNCBP proporciona uma infusão há muito necessária de competência e recursos e cria ligações valiosas para informar esforços para melhorar a enfermagem e a enfermagem de obstetrícia na África Subsariana. Formação combinada de enfermagem e enfermagem de obstetrícia e o redesenho curricular para se basear nas competências são alterações fundamentais ao modo como os enfermeiros são educados. Cada vez mais, a educação pré-prática aborda competências chave em VIH e no alargado papel dos enfermeiros nos cuidados e tratamento do VIH, tendo as inovações, como a formação baseada em simulações e *e–learning*, demonstrado serem tanto aceitáveis como possíveis em ambientes de baixos recursos.

A África Subsariana enfrenta uma escassez crítica em termos de profissionais de saúde, o que inibe o acesso a cuidados de saúde de qualidade e contribui directamente para fracos desfechos de saúde. A região enfrenta um significativo fardo de doenças e uma disponibilidade muito limitada de Recursos Humanos para a Saúde. Em 2006, a OMS notificou que 25% do fardo global de doenças se concentrava na África Subsariana, em apenas 11% da população mundial. Por outro lado, a região representava apenas 3% da força de trabalho de saúde total do mundo e um escasso 1% das despesas globais em saúde. São cada vez mais necessários quadros de enfermeiros bem treinados em ambientes de elevado fardo do VIH e de baixos recursos à medida que são implementadas abordagens de testes e de tratamentos contra o VIH e mais doentes necessitam de cuidados em relação a comorbidades e doenças crónicas concomitantes.

Até à data, o GNCBP tem alcançado resultados impressionantes, com a obtenção de diplomas por parte de 13.146 enfermeiros e enfermeiros obstetras em 22 escolas e 5.550 enfermeiros a efectuar estágios. Mais de 4.000 profissionais receberam educação contínua em 22 escolas de enfermagem através do GNCBP em competências clínicas, educação e investigação ao nível de certificado de especialidade, mestrado e doutoramento. Estas escolas receberam também melhorias ao nível das instalações e foram desenvolvidos ou revistos os currículos acreditados a nível nacional. O GNCBP tem apoiado o melhoramento da política e regulação da enfermagem em cada país.



PARTE QUATRO
DA POLÍTICA À PRÁTICA – DA PRÁTICA À POLÍTICA

Como evidenciado na Parte Dois, os enfermeiros sabem bastante sobre os problemas do acesso, por isso, qual é a responsabilidade da enfermagem em assegurar que este conhecimento é inserido e influencia as decisões em termos de políticas?

Diz-se muitas vezes que todas as acções, mesmo as inacções, são um acto político. A política é, afinal de contas, apenas o exercício da influência em relação à alocação de recursos escassos, ou, como Mason et al. definem, "o uso de relações e poder para ganhar supremacia entre intervenientes concorrentes para influenciar a política e a alocação de recursos escassos".[117] A política é o mecanismo através do qual esta alocação de recursos é accionada, mais formalmente, a política é "um curso de acção ou inacção relativamente estável e propositado seguido de um actor ou conjunto de actores que lidam com um problema ou matéria de preocupação".[105] Prioridades e preocupações concorrentes, associado à inevitável natureza finita de recursos, fazem com que a política ocorra invariavelmente num contexto político.

Estas definições são de facto úteis para os enfermeiros, uma vez que defendemos que, porque "conhecemos" as respostas dos doentes e das famílias às políticas de saúde e sociais, devíamos estar incluídos na tomada de decisão das políticas de saúde.[106] O facto de conhecermos estas definições ajuda-nos a começar a ver a natureza complexa das decisões políticas. Alerta-nos para o facto de, embora surja com frequência nos manuais como um simples processo circular que não é diferente do processo da enfermagem (identificação do problema – estabelecimento da agenda – formulação da política – implementação - avaliação), a realidade é bem mais complicada.

Como enfermeiros, argumentamos que, quando as políticas são feitas, não "temos lugar à mesa". O que temos de compreender é que, quando uma política chega à "mesa" de consulta, a decisão política está virtualmente terminada. Onde temos de estar, portanto, é na fase precoce de identificação do problema e na estruturação da solução. É aqui que a verdadeira influência acontece. Os enfermeiros têm de estar mais profundamente envolvidos no entendimento da influência nas decisões políticas.

O processo político é conturbado e imprevisível. Para melhor compreender esta complexidade, Walt e Gilson[107] apresentaram a ideia de um triângulo político da saúde para simplificar este emaranhado de inter-relações (ver Figura 16). À semelhança de todos os modelos, simplificam processos que são habitualmente muito interconectados e interactivos, sendo este exactamente o caso.

Enquanto os enfermeiros conhecem o "conteúdo" (ou sejam as respostas dos doentes e das famílias às políticas de saúde e sociais), este é apenas um componente da política. Temos também que ter em conta o "contexto", o "processo" e os "actores", quer sejam individuais ou organizacionais.

Contexto: O que está a acontecer no ambiente neste momento e de que forma poderá isso influenciar as conversações políticas? O contexto pode ser encarado como inclusivo de factores situacionais (com guerra, secas, tremores de terra); factores estruturais (como sistemas políticos e ciclos políticos, tecnologia, nova investigação); factores culturais (como língua, normas, religião, grupos minoritários) ou factores internacionais (como surtos de doenças infecciosas, alterações de mercado como a crise financeira global).[108] Cada um destes elementos pode suscitar mais atenção da sua parte ou ser completamente eliminado da agenda. A avaliação do contexto é crítica para o sucesso de influência de políticas.

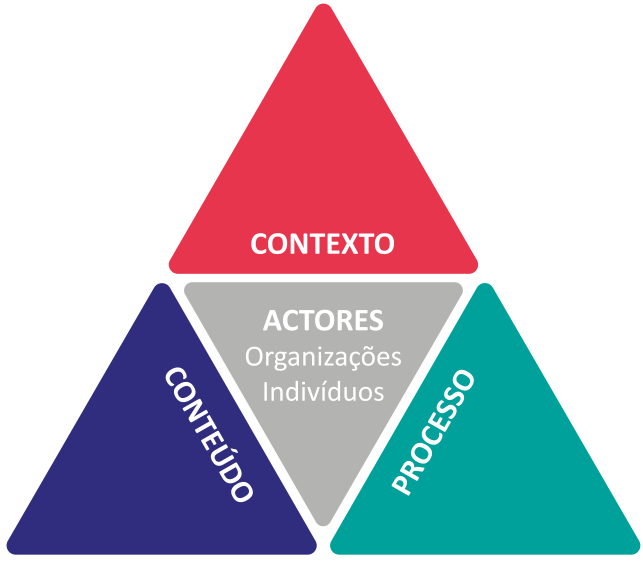


Processo: Como ocorre de facto a decisão politica? Como é iniciada, desenvolvida, negociada, comunicada, implementada e avaliada (como no ciclo simples acima)? Quem tem e quem exerce o poder é uma questão chave durante este processo? Isto leva-nos a considerar os actores envolvidos no processo.

Actores: Quem são os indivíduos e quais são as organizações que podem ter um interesse no tema da política? Depois de ser determinado quem são os intervenientes chave, temos de reflectir no seu nível de envolvimento, no seu interesse, a sua influência ou poder, o impacto do desfecho neles e qual será a sua posição – são aliados ou opositores? Conhecer os participantes permite-lhe escolher quem o pode ajudar, com quem formar uma coligação e cuja influência deve ser combatida e porquê.

O Triângulo da Política de Walt e Gilson (Figura 16) foi desenvolvido por Jeremy Shiffman e colegas[109] para criar um novo modelo que analisa três áreas principais: factores internos da rede e seus actores; o ambiente da política e as características da questão propriamente dita.

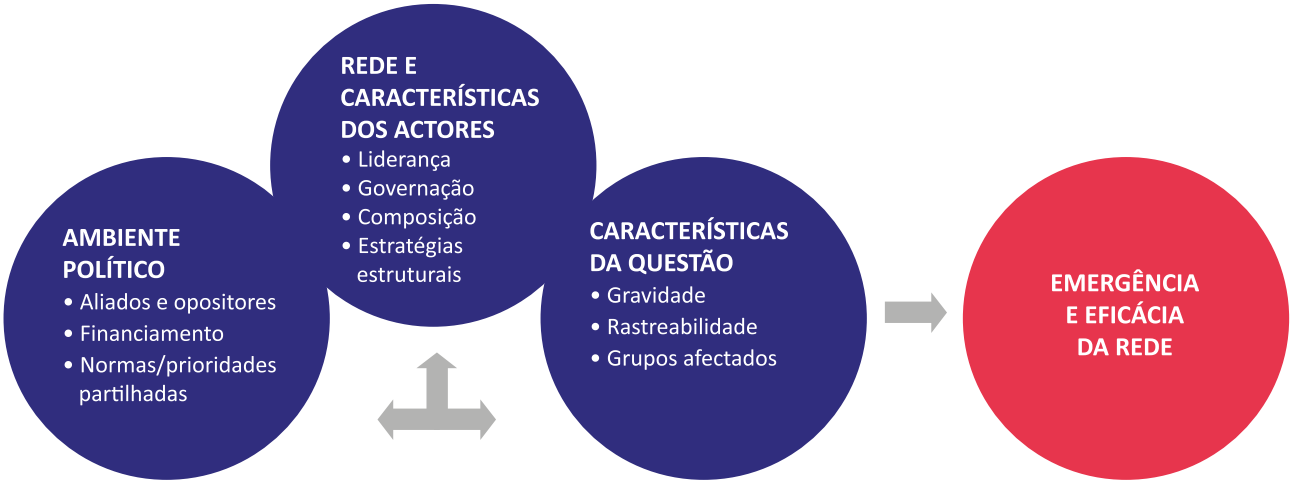
Figura 16: Triângulo da Política de Walt e Gilson[107]



ACTIVIDADE:

Pense numa política nacional recente em que a enfermagem tenha interesse. Utilizando o triângulo da política, analise os actores, o processo, o contexto e o conteúdo. Ajuda-o a compreender o desfecho? De que forma esta análise lhe sugere algo que poderia fazer diferente da próxima vez?

Figura 17: Modelo de Shiffman das Redes Globais de Saúde Eficazes[110]



Desses elementos, há algumas áreas em que a enfermagem está significativamente atrás de outros grupos de influência nas estratégias estruturais da saúde, interna e externamente, que inclui a linguagem utilizada; e a criação de coligações.[110] É interessante notar que estes são também elementos identificados por um grupo de enfermeiros americanos há 20 anos quando analisavam o desenvolvimento político da enfermagem.[111]

Se estamos a tentar influenciar a política, temos de começar pelas características da questão. Temos de fazer o trabalho de casa e compreender toda a evidência existente relacionada com a questão que estamos a tentar influenciar (a sua gravidade e rastreabilidade – poderá haver uma solução que seja eficaz?). Temos também de analisar como expressamos os grupos afectados e o grau em que isto irá envolver os outros. Um exemplo aqui é o VIH/SIDA. Quando isto foi expresso como uma doença de homens homossexuais ou de um país longínquo, havia fraca oportunidade para atracção política. Quando foi expresso como uma ameaça à humanidade e uma doença que podia ser transmitida no útero a bebés, ganhou atenção e acção imediatas.

De seguida, temos de olhar para a política do ambiente político. Estamos sintonizados com o ciclo de preparação orçamental do governo? Procedemos à análise dos intervenientes? Somos um grupo em que os outros irão reparar em relação a esta questão ou será encarado como de auto-interesse? Estruturámos o nosso interesse, os nossos contributos em uma forma que será ouvida pelos outros como relevante e importante? Quem mais está interessado na questão e tem uma posição compatível e um sistema de valor, e são eles potenciais parceiros em uma coligação?

Quem, na enfermagem, está posicionado numa posição mais vantajosa para fazer avançar a questão para o mundo exterior – é o sindicato, o regulador, os líderes de serviço seniores, ou investigadores? Temos uma mensagem profissional unificada em que todos assumem o compromisso sem resultar numa voz dividida? Por outras palavras, fizemos o trabalho de casa de elaborarmos uma posição de consenso atrás de portas fechadas?[112]



Figura 18: As quatro fases do desenvolvimento político da enfermagem[111]

	1 ENVOLVIMENTO	2 INTERESSE PRÓPRIO	3 SOFISTICAÇÃO POLÍTICA	4 ASSUMIR A LIDERANÇA
NATUREZA DA ACÇÃO	Reactividade num foco de questões de enfermagem	Reactividade a questões de enfermagem (como financiamento para a educação em enfermagem) e questões mais latas (como cuidados a longo prazo e imunizações)	Proactividade em questões de enfermagem e a outras questões de saúde (como a Agenda da Enfermagem para a Reforma da Saúde, de Cohen et al.)	Proactividade na liderança e estabelecimento de agenda para uma vasta gama de questões relacionadas com a saúde e sociedade
LINGUAGEM	Aprender a linguagem política	Uso do jargão da enfermagem (como cuidados, diagnósticos de enfermagem)	Usar linguagem comum própria das deliberações das políticas de saúde	Apresentar termos que reordenam o debate
CRIAÇÃO DE COLIGAÇÃO	Consciência política: participação ocasional em coligações	Formação de coligações com organizações de enfermagem	Formação de coligações com grupos de enfermagem: participação activa e significativa em grupos mais alargados de cuidados de saúde (como o grupo de trabalho de Clinton sobre a reforma dos cuidados de saúde)	Iniciar coligações para lá da enfermagem relativas a preocupações de saúde mais latas
ENFERMEIROS COMO MODELADORES DA POLÍTICA	Casos isolados de enfermeiros que são nomeados para cargos políticos sobretudo devido a realizações individuais	Associações profissionais colocam enfermeiros em cargos relacionados com a enfermagem	Organizações profissionais colocam enfermeiros em cargos relacionados com a saúde (como colocação de enfermeiros em Pro–PAC)	Muitos enfermeiros pensaram em ocupar cargos políticos de enfermagem e saúde devido ao valor da competência e conhecimentos da enfermagem

ACTIVIDADE: DESENVOLVIMENTO POLÍTICO

Analise as quatro fases do desenvolvimento político acima e verifique onde considera que se situa no seu desenvolvimento político. Onde considera que se situa a enfermagem no seu país, e onde se encontra globalmente a enfermagem no seu desenvolvimento político? Quais são as áreas em que são necessárias melhorias? Como pode obter esta experiência/educação?

ESTUDO DE CASO: **Coligações e colaborações para abordar as DNC: o avanço da enfermagem para se tornar parceiro numa iniciativa de melhoria da saúde ao nível**

País: Tonga

As Doenças Não Comunicáveis (DNC), que representaram 75 por cento de todas as mortes no Tonga em 2008, de acordo com a OMS, são essencialmente devidas a uma má alimentação, falta de exercício físico, tabagismo e consumo de álcool.[113] Segundo o Dr. Saia Ma'u Piukala, Ministro da Saúde, 99% da população adulta de Tonga está em risco médio a elevado de desenvolver uma DNC.[114]

O foco nas DNC no Tonga começou em 2003, com o desenvolvimento de uma estratégia abrangente para as DNC (2004-2009), a primeira no Pacífico. O então Ministro da Saúde, Lorde Viliani Tau' Tangi, tem sido um elemento essencial no combate às DNC e considerou, de forma consistente, a enfermagem como tendo um papel relevante para travar e controlar as DNC. A avaliação deste primeiro plano revelou que havia dificuldades com a recolha precisa de dados e com a implementação. A estratégia seguinte na área das DNC (2010-2015) focou na re-abordagem destas questões e o Lorde Tangi reconheceu a posição crítica dos enfermeiros na comunidade tonganesa e também no sector de cuidados agudos. Alguns anos antes, os enfermeiros da saúde reprodutiva tinham sido especialmente educados e localizados em cada centro de saúde comunitário, resultando numa redução significativa da mortalidade e morbilidade materno-infantis e no aumento das taxas de imunização. Pensou-se que este modelo baseado na comunidade e liderado por enfermeiros poderia também resultar com as DNC se pudesse ser introduzida uma função que combinasse a promoção da saúde, a detecção precoce, a prevenção das doenças, a adesão aos tratamentos, a reabilitação e a paliação. Nascia assim no Tonga a ideia da enfermagem para as DNC baseada na comunidade.[113]

Foi criado um projecto piloto em 2012 em cinco centros comunitários, tornando-se rapidamente claro a eficácia e aceitação desta oferta baseada na comunidade. Foi procurado financiamento para expandir o programa de enfermagem para as DNC para 20 centros comunitários e, no início de 2014, 20 enfermeiros explicitamente escolhidos e com experiência comunitária terminaram a graduação de um Diploma em Enfermagem Avançada para a Prevenção, Detecção e Controlo de Doenças Não Comunicáveis, uma graduação inovadora, colaborativa e acreditada. Para demonstrar a importância colocada nesta iniciativa de enfermagem, Sua Majestade a Rainha Nanasipau'u Tuku'aho e o Ministro da Saúde estiveram presentes na cerimónia de gradução.[113]

Esta iniciativa na enfermagem melhorou já o rigor da recolha de dados relativos às DNC; melhorou a monitorização e o tratamento da diabetes e das doenças cardiovasculares; melhorou a participação da comunidade em programas de exercício e nutrição; e reduziu a necessidade de amputações.

O mais recente plano estratégico para as DNC (2015-2020) continua o combate no Tonga, com a ênfase deste plano mais recente nas pessoas jovens e num início de vida saudável. Os enfermeiros de saúde reprodutiva baseados na comunidade e os enfermeiros das DNC irão continuar a ter um papel muito relevante, em conjunto com muitos outros sectores da sociedade.[114]



Figura 19: Um modelo para passar da questão à acção

CARACTERÍSTICAS DA QUESTÃO

O que sabemos? Qual é a evidência? (gravidade, rastreabilidade, grupos afectados)

Quais são os documentos de referência chave?

AMBIENTE POLÍTICO

Quem são os principais intervenientes já existentes na área? Não enfermagem e enfermagem, avaliando o seu desenvolvimento, interesses, posicionamento filosófico, coligações existentes. Por que está isto ligado à enfermagem?

Quem são os principais porta-vozes existentes da enfermagem?

Quem são os principais investigadores da enfermagem?

REDE INTERNA DE ENFERMAGEM

Com quem devia potencialmente a enfermagem formar coligações?

Que contribuição única traz a enfermagem?

Qual a contribuição/ papel do ICN?

Qual o papel dos NNA?

Quem poderia avançar como líder da enfermagem?

Qual a mensagem interna acordada da enfermagem?

ESTRUTURA EXTERNA E DESFECHOS

Qual é a estrutura da mensagem externa que apresenta uma adição e justificação únicas para inclusão de uma voz da enfermagem?

Qual é o desfecho esperado?

Quando é esperada a notificação, como e a quem?

A Figura 19 indica como os enfermeiros podem passar da prática para a política ou da questão para a acção, tal como ocorreu em Tonga (ver Estudo de Caso). As observações e dados da prática informam a política, a política dita o foco para novas iniciativas na prática, que, por sua vez, informam novas políticas.

O esforço contínuo de mudar a ênfase e prioridades de implementação sublinha a importância crítica dos enfermeiros como colectores de dados rigorosos, analistas e porta-vozes das suas comunidades para assegurar a melhor implementação e avaliação de políticas e depois para darem os melhores conselhos para novas políticas e estabelecimentos de agendas.

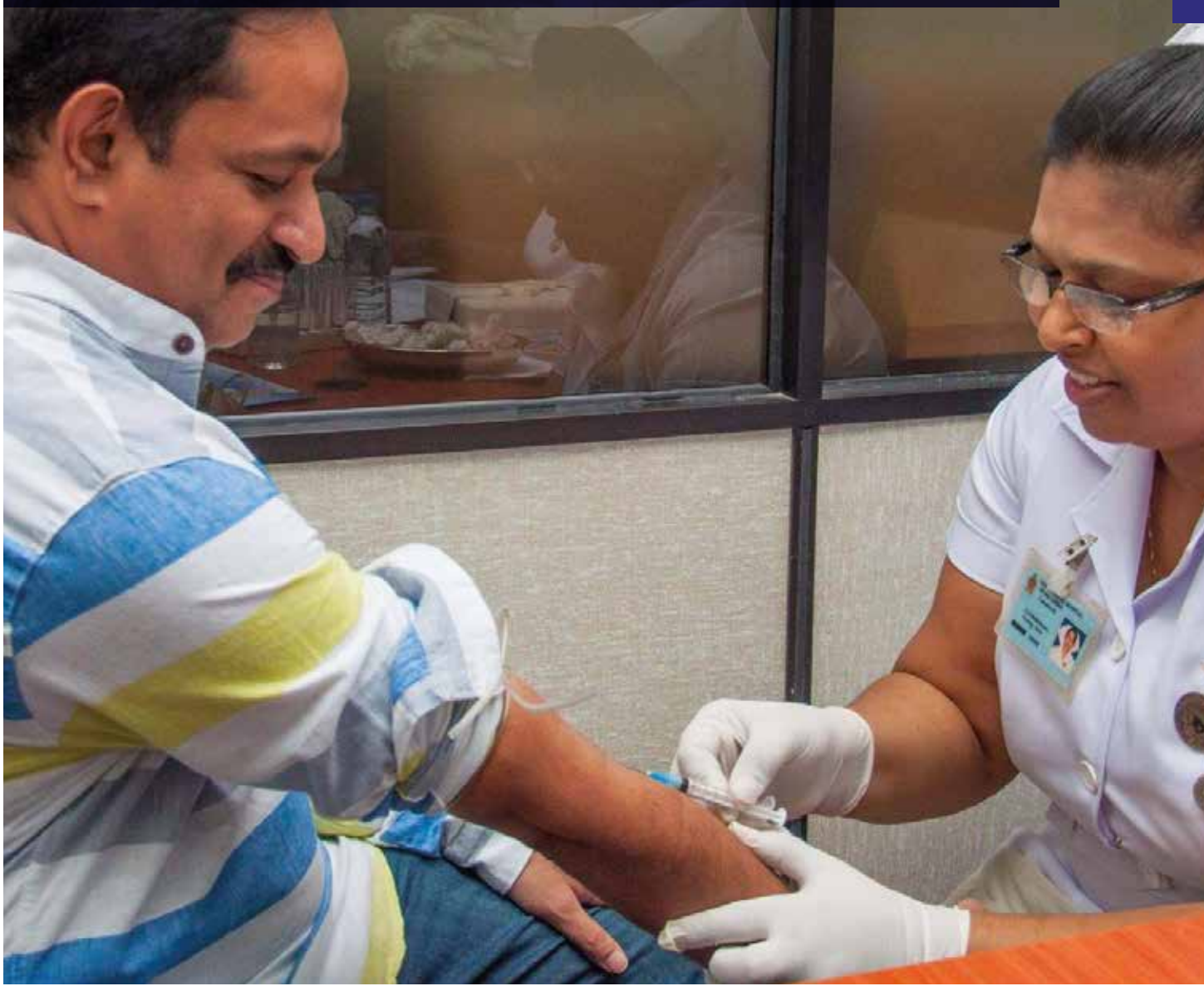
A palavra final

Os enfermeiros são essenciais para transformarem os cuidados de saúde e os sistemas de saúde para que ninguém fique para trás. Os enfermeiros podem ser uma voz de liderança ao melhorarem o acesso aos cuidados; permitirem uma abordagem orientada para as pessoas na saúde; e assegurando que as suas vozes são ouvidas ao influenciarem a política da saúde, o planeamento e a prestação de cuidados.

Em 2018, chegou a hora de nos unirmos e falarmos a uma só voz. Temos de falar mais alto. Temos de falar com maior clareza. Com os recursos que temos actualmente disponíveis, já não é aceitável negar a um ser humano o direito aos cuidados de saúde. Torne 2018 no ano em que a sua voz será ouvida para que a saúde seja um direito humano.

Os enfermeiros têm aquela experiência primária, aquele conhecimento, a autoridade, a legitimidade para falarem sobre a longa cadeia causal da doença nas pessoas, mas também para defenderem os doentes e dizerem "É disto que necessitamos no programa de Cobertura Universal da Saúde neste país".

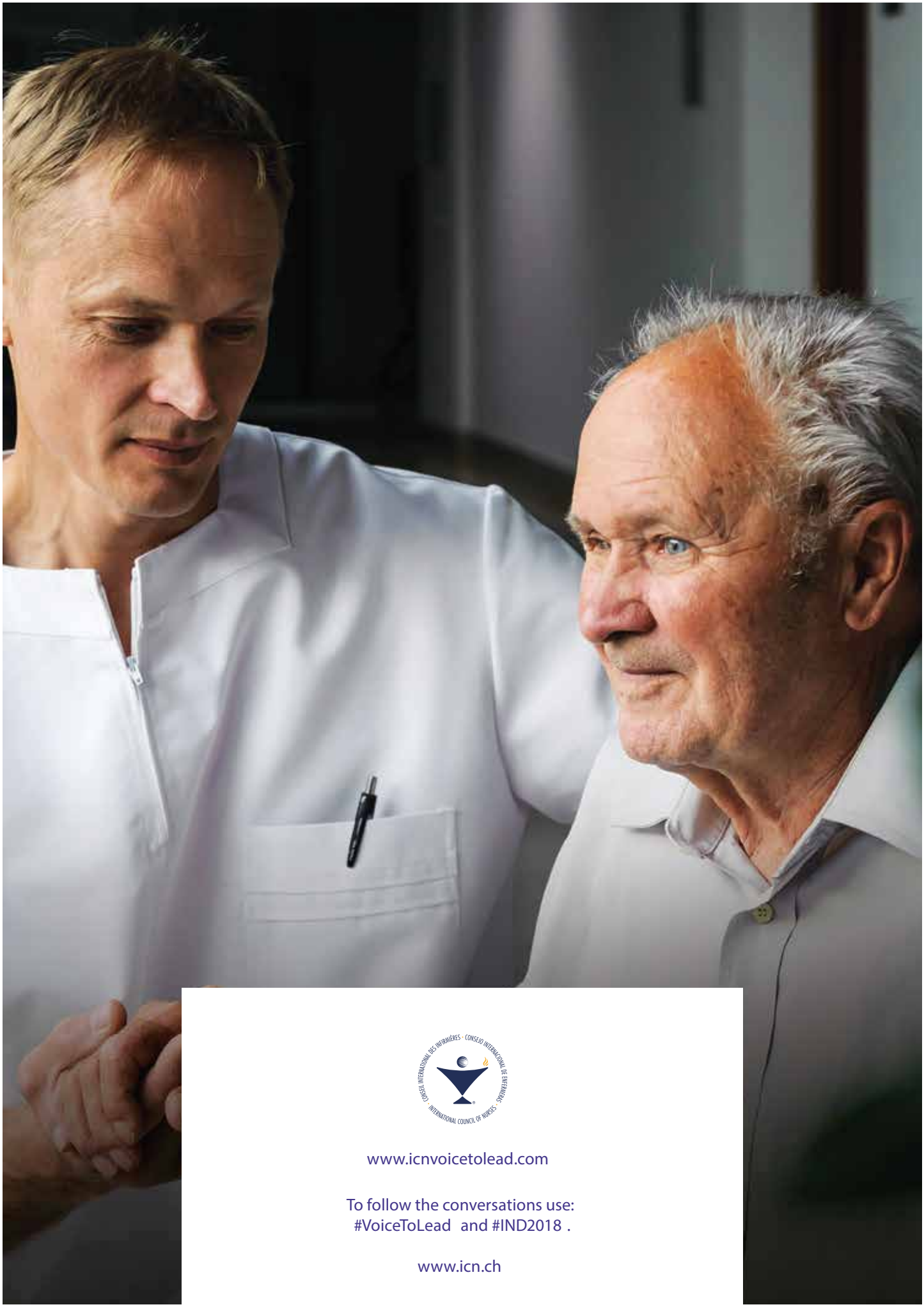
– Dr. Sridhar Venkatapuram, Professor Universitário de Saúde e Filosofia Global e Director Fundador do *MSc Global Health and Social Justice*, King's College, Londres



REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Universal health coverage: a political choice. 2017 [cited 2017 6 October]; Available from: http://www.who.int/dg/speeches/2017/universal-health-coverage/en/.
2. Special Rapporteur, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2017, United Nations: Geneva.
3. UN News Centre. Nothing short of a 'sea change' will end years of gross neglect in mental health care – UN expert. 2017 [cited 2017 29 September]; Available from: http://www.un.org/apps/news/printnewsAr.asp?nid=56919.
4. Sen, A., Why and how is health a human right? Lancet, 2008. 372(9655): p. 2010.
5. Peabody, F.W., The Care of the Patient. JAMA, 1927. 88(12): p. 877-882.
6. The right to health: from rhetoric to reality. Lancet, 2008. 372(9655): p. 2001.
7. World Health Organization. Universal health coverage (UHC): Fact sheet. 2016 [cited 2016 8 December]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/.
8. Ghebreyesus, T.A. All roads lead to universal health coverage. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/universal-health-coverage/en/
9. World Health Organization. Health financing for universal coverage. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/.
10. Hunt, P. and G. Backman, Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Health and Human Rights, 2008. 10(1): p. 81-92.
11. World Health Organization, 'Everybody's Business': Strengthening Health Systems to improve health outcomes–WHO's Framework for Action. 2007, WHO: Geneva.
12. Lee, E. and D. Johanne Horndrup. The Right to Health: An Interview with Professor Paul Hunt. 2004 [cited 2017 4 October]; Available from: http://projects.essex.ac.uk/ehrr/V2N1/Hunt.pdf.
13. Special Rapporteur, Promotion and protection of all Human Rights, Civil, Political, economic, Social and Cultural: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 2008, United Nations Human Rights Council: Geneva.
14. Taylor-Clark, K. What's Engagement Now? Expert Kalahn Taylor-Clark Discusses Emerging Challenges. 2012 [cited 2017 30 October]; Available from: http://www.cfah.org/blog/2012/whats-engagement-now-expert-kalahn-taylor-clark-discusse-emerging-challenges.
15. Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health, 2013. 12: p. 18.
16. World Health Organization. Diabetes. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/.
17. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.idf.org/idf-diabetes-atlas-seventh-edition.
18. Stokes, A., et al., Prevalence and unmet need for diabetes care across the care continuum in a national sample of South African adults: Evidence from the SANHANES-1, 2011-2012. PLoS One, 2017. 12(10): p. e0184264.
19. Protheroe, J., et al., Health Literacy, Diabetes Prevention, and Self-Management. J Diabetes Res, 2017. 2017: p. 1298315.
20. Deloitte, Turning the tide on diabetes management How leaders in health care are using multi-faceted approaches. 2017, Deloitte Centre for Health Solutions: Washington DC.
21. Anderson, I., et al., Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet, 2016. 388(10040): p. 131-57.
22. Johnstone, M.J. and O. Kanitsaki, The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal. Collegian, 2009. 16(2): p. 63-9.
23. Askew, D., et al. To your door: Factors that influence Aboriginal and Torres Strait Islander peoples seeking care. [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.kvc.org.au/wp-content/uploads/2014/12/Paper-Mono-1-CD-20130624-v42-Submitted.pdf
24. Secretariat of National Aboriginal and Islander Child Care. Cultural Competence. [cited 2017 1 November]; Available from: https://i.pinimg.com/736x/28/37/5b/28375b8d01a949d0254c31bd15275190--cultural-competence-preschool-ideas.jpg.
25. World Health Organization. Health and human rights: Fact Sheet N323. 2015 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/.
26. Kõlves, K., et al., Suicide in rural and remote areas of Australia. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. 2012: Brisbane.
27. World Health Organization, A universal truth: no health without a workforce. 2014, WHO: Geneva.
28. National Rural Health Alliance. Mental Health in Rural and Remote Australia. 2017 [cited 2017 26 September]; Available from: http://ruralhealth.org.au/sites/default/files/publications/nrha-mentalhealth-factsheet-2017.pdf.
29. Patel, V. Mental Health Policy. in international Council of Nurses: Health Policy Summit 2017. Philadelphia.
30. OECD, Out-of-pocket medical expenditure: Health at a Glance. 2015, OECD Publishing: Paris.
31. World Health Organization, Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. 2010, WHO: Geneva.
32. World Health Organization. New report shows that 400 million do not have access to essential health services. 2015 [cited 2017 25 September]; Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/.
33. Sen, A. Amartya Sen Quotes. 2017 [cited 2017 30 October]; Available from: http://www.azquotes.com/author/13314-Amartya_Sen.
34. Duckett, S. Many Australians pay too much for health care – here's what the government needs to do. 2016 [cited 2017 25 September]; Available from: https://theconversation.com/many-australians-pay-too-much-for-health-care-heres-what-the-government-needs-to-do-61859.
35. Health Resources &Services Administration. HRSA Database. 2017 [cited 2017 1 November]; Available from: https://datawarehouse.hrsa.gov/tools/analyzers/hpsafind.aspx.
36. Newhouse, R.P., et al., Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. Nurs Econ, 2011. 29(5): p. 230-50; quiz 251.
37. Weinick, R.M., R.M. Burns, and A. Mehrotra, Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. Health Aff (Millwood), 2010. 29(9): p. 1630-6.
38. Copeland, B., et al. Beyond the acute episode: Can retail clinics create value in chronic care? 2016 [cited 2017 1 November]; Available from: https://dupress.deloitte.com/dup-us-en/industry/health-care/retail-clinics-chronic-care-management.html.
39. Akazili, J., et al., Assessing the impoverishment effects of out-of-pocket healthcare payments prior to the uptake of the national health insurance scheme in Ghana. BMC Int Health Hum Rights, 2017. 17(1): p. 13.
40. World Health Organization, WHO Global Health Expenditure Atlas. 2014, WHO: Geneva.
41. Schneider, E et al, Mirror, Mirror, 2017: International Comarison Reflects Flaws and Opportunities for Better US Health Care. 2017. The Commonwealth Fund.
42. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
43. Campbell, D. Mid Staffs hospital scandal: the essential guide. 2013 [cited 2017 13 September]; Available from: https://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide.
44. World Health Organization, Patient Safety: Making health care safer. 2017, WHO: Geneva.
45. Committee on Quality of Health Care in America and Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century is report on health care quality in the United States. 2001, Washington, DC: National Academies Press.
46. World Health Organization, WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. 2017, WHO: Geneva.
47. Stimpfel, A.W., et al., Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. Health Serv Res, 2016. 51(3): p. 1120-34.
48. Flynn, L., et al., Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. J Am Geriatr Soc, 2010. 58(12): p. 2401-6.
49. Brodaty, H., et al., Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. Am J Geriatr Psychiatry, 2014. 22(12): p. 1427-37.
50. Aiken, L.H., et al., Nurses' reports on hospital care in five countries. Health affairs, 2017.5
51. Aiken, L.H., et al., Implications of the California nurse staffing mandate for other states. Health Serv Res, 2010. 45(4): p. 904-21.
52. Twigg, D. and K. McCullough, Nurse retention: a review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. Int J Nurs Stud, 2014. 51(1): p. 85-92.
53. Needleman, J. and S. Hassmiller, The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.

54. Goetz, K., M. Janney, and K. Ramsey, When nursing takes ownership of financial outcomes: achieving exceptional financial performance through leadership, strategy, and execution. Nurs Econ, 2011. 29(4): p. 173-82.
55. Kelly, L.A., M.D. McHugh, and L.H. Aiken, Nurse outcomes in Magnet(R) and non-magnet hospitals. J Nurs Adm, 2011. 41(10): p. 428-33.
56. Institute of Medicine, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses 2004, the National Academies Press: Washington D.C.
57. Stimpfel, A.W., J.E. Rosen, and M.D. McHugh, Understanding the role of the professional practice environment on quality of care in Magnet(R) and non-Magnet hospitals. J Nurs Adm, 2014. 44(1): p. 10-6.
58. Jeon, Y.H., et al., Policy options to improve leadership of middle managers in the Australian residential aged care setting: a narrative synthesis. BMC Health Serv Res, 2010. 10: p. 190.
59. Jeon, Y.H. and H. Kendig, Chapter 14 Care and Support for Older People, in Ageing in Australia: Challenges and Opportunities, K. O'Loughlin, C. Browning, and H. Kendig, Editors. 2017, Springer: New York.
60. Forster, P., Queensland Health Systems Review. 2005.
61. Francis, R., Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. 2013: London.
62. Rao, A.D., A. Kumar, and M. McHugh, Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. J Nurs Scholarsh, 2017. 49(1): p. 73-79.
63. McHugh, M.D., et al., Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. Med Care, 2016. 54(1): p. 74-80.
64. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement. Int J Qual Health Care, 2016. 28(2): p. 253-8.
65. Lasater, K.B. and M.D. McHugh, Reducing Hospital Readmission Disparities of Older Black and White Adults After Elective Joint Replacement: The Role of Nurse Staffing. J Am Geriatr Soc, 2016. 64(12): p. 2593-2598.
66. IOM, Transforming health care scheduling and access: getting to now. 2015, IOM: Washington, DC.
67. Oche, M. and H. Adamu, Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north Western Nigeria. Ann Med Health Sci Res, 2013. 3(4): p. 588-92.
68. Siciliani, L., M. Borowitz, and V. Moran, Waiting time policies in the healthsector: What works. 2013.
69. Algoso, V. Philosophical Views in Nursing. 2014 [cited 2017 12 October]; Available from: https://www.slideshare.net/virgilioalgoso/philosophical-views-in-nursing.
70. Jones, T.L., P. Hamilton, and N. Murry, Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. Int J Nurs Stud, 2015. 52(6): p. 1121-37.
71. Special Rapporteur, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health 2016, WHO: Geneva.
72. Aiken, L.H., et al., Nurses' reports on hospital care in five countries. Health affairs, 2017.
73. Advisory Board. This nurse-led approach cut hospital readmission rates by 56 percent. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/06/13/readmission-rates.
74. Sun Health. Sun Health Care Transitions. 2017 [cited 2017 16 November]; Available from: http://www.sunhealth.org/hospital-transition-plan/.
75. Spence, M. and L. Lewis, Health and Growth. 2009, The World Bank: Washington.
76. Kapferer, S. The importance of investing in health. 2015 [cited 2017 6 October]; Available from: https://www.weforum.org/agenda/2015/12/the-importance-of-investing-in-health/.
77. Frenk, J. Health and the economy: A vital relationship. 2004 [cited 2017 6 October]; Available from: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html.
78. World Health Organization, Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference does it make? 2015, WHO: Geneva.
79. KPMG, Investing in Health: An economic and qualitative analysis of the impacts of the primary care phase of NHI in The Bahamas. 2017.
80. Jamison, D.T., et al., Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet, 2013. 382(9908): p. 1898-955.
81. Summers, L.H. and signatories, Economists' declaration on universal health coverage. Lancet, 2015. 386(10008): p. 2112-2113.
82. World Health Organization. Questions and Answers on Universal Health Coverage. 2017 [cited 2017 9 October]; Available from: http://www.who.int/contracting/documents/QandAUHC.pdf?ua=1.
83. KPMG, Universal Healthcare: One place, many paths. 2016
84. Taylor, J., Five top tips on how to make person centred care really work, in theguardian. 2014, theguardian.
85. World Health Organization, People-Centred Health Care: Policy Framework. 2007, WHO: Geneva.
86. Richards, M.K. and A.B. Goldin, Patient-centered care and quality: Activating the system and the patient. Semin Pediatr Surg, 2015. 24(6): p. 319-22.
87. Forsyth, L., E. Rawstron, and K. Hawkins. Patient experience: recalibrating our ideas of success in healthcare. 2017 [cited 20174 9 October]; Available from: https://home.kpmg.com/au/en/home/insights/2017/05/patient-experience-recalibrating-health-care-success.html.
88. Bertakis, K.D. and R. Azari, Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. J Am Board Fam Med, 2011. 24(3): p. 229-39.
89. Gurría, A. People at the Centre: The Future of Health–opening remarks at 2017 OECD High-Level Policy Forum. 2017 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.oecd.org/about/secretary-general/people-at-the-centre-the-future-of-health-opening-remarks.htm.
90. World Health Organization. People at the centre of care. 2017 [cited 2017 3 April]; Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/.
91. American Nurses Association, The Value of Nursing Care Coordination: A White paper of the American Nurses Association. 2012, ANA.
92. Basu, R., et al., Cost-effectiveness of the chronic disease self-management program: implications for community-based organizations. Front Public Health, 2015. 3: p. 27.
93. Pesut, B., et al., Nurse-led navigation to provide early palliative care in rural areas: a pilot study. BMC Palliat Care, 2017. 16(1): p. 37.
94. Ernst & Young. Health reimagined: a new participatory health paradigm. 2016 [cited 2017 20 October]; Available from: http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_Health_reimagined:_a_new_participatory_health_paradigm/$FILE/ey-health-reimagined-2016.pdf.
95. High-level Commission on Health Employment and Economic Growth, Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce. 2016,
96. Needleman, J. and S. Hassmiller, The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. Health Aff (Millwood), 2009. 28(4): p. w625-33.
97. Institute of Medicine, Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate? 1996, Washington, DC: The National Academies Press.
98. Kutney-Lee, A., et al., Changes in patient and nurse outcomes associated with magnet hospital recognition. Med Care, 2015. 53(6): p. 550-7.
99. Ernst & Young, Nursing reforms Paradigm shift for a bright future. 2016.
100. Chief Nursing and Midwifery Officer, W. Nursing and Midwifery in Wales. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/161222prioritiesen.pdf.
101. Prudent Healthcare Making prudent healthcare happen. 2017 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.prudenthealthcare.org.uk/.
102. Commission of the four Chief Nursing Officers, N. Enabling professionalism in nursing and midwifery practice. 2015 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/170508professionalismen.pdf.
103. NHS Wales. Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016. 2016 [cited 2017 27 November]; Available from: http://gov.wales/docs/phhs/publications/171102nurse-staffingen.pdf.
104. NHS Wales. Advanced Practice. 2010 [cited 2017 27 November]; Available from: http://www.weds.wales.nhs.uk/advanced-practice/.
105. Mason, D., et al., Policy and Politics in Nursing and Health Care. 6th ed. 2016, St Louis: Elsevier.
106. White, J., Through a socio-political lens: The relationship of practice, education, research, and policy to social justice, in Philosophies and practices of emancipatory nursing: social justice as praxis., P. Kagan, M. Smith, and P. Chinn, Editors. 2014, Routledge: New York. p. 298-308.
107. Walt, G. and L. Gilson, Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan, 1994. 9(4): p. 353-70.
108. Buse, K., N. Mays, and G. Walt, Making Health Policy. 2nd ed. 2012, Maidenhead, UK: McGraw Hill.
109. Shiffman, J., et al., A framework on the emergence and effectiveness of global health networks. Health Policy Plan, 2016. 31 Suppl 1: p. i3-16.
110. Shiffman, J., Four Challenges That Global Health Networks Face. Int J Health Policy Manag, 2017. 6(4): p. 183-189.
111. Cohen, S.S., et al., Stages of nursing's political development: where we've been and where we ought to go. Nurs Outlook, 1996. 44(6): p. 259-66.
112. White, J., The Magic Pudding: Comment on "Four challenges that global health networks face". International Journal of Health Policy Management, 2017. 6.
113. Secretariat of the Pacific Community. Pacific in an crisis, leaders declare. 2011 [cited 2017 1 November]; Available from: http://www.spc.int/hpl/index.php?option=com_content&task=view&id=124.
114. Department of Foreign Affairs and Trade, Health for Development Strategy 2015–2020. 2015, Australian Government.



www.icnvoicetolead.com

To follow the conversations use:
#VoiceToLead and #IND2018 .

www.icn.ch