

Prática Avançada de Enfermagem e a Parceria de Cuidados Centrados nas Pessoas para a Cobertura de Saúde Universal Sustentável e o Acesso Universal à Saúde¹

Tomoko Kamei²
Keiko Takahashi³
Junko Omori⁴
Naoko Arimori⁵
Michiko Hishinuma²
Kiyomi Asahara²
Yoko Shimpuku⁶
Kumiko Ohashi⁶
Junko Tashiro²

Objetivo: o estudo desenvolveu um modelo de parceria de cuidados centrados nas pessoas (CCP) para uma sociedade que está envelhecendo, com o fim de enfrentar os desafios das mudanças sociais que afetam a saúde das pessoas e o novo papel da prática avançada de enfermagem para sustentar a cobertura universal de saúde. **Método:** um modelo de parceria de cuidados centrados nas pessoas foi desenvolvido com base na meta-síntese qualitativa da literatura e a avaliação de 14 projetos relacionados. Os projetos em curso resultaram na transformação individual e social, melhorando a alfabetização de saúde da comunidade e comportamentos que usam o cuidado centrado nas pessoas e aumentando a parceria entre os profissionais de saúde e membros da comunidade por meio da prática avançada de enfermagem. **Resultados:** o cuidado centrado nas pessoas começa quando os membros da comunidade e os profissionais de saúde colocam em primeiro plano as questões sociais entre os membros da comunidade e das famílias. Esse modelo aborda essas questões, a criação de novos valores relativos à saúde e forma um sistema social que melhora a qualidade de vida e dá apoio social para sustentar o sistema de saúde universal por meio da construção de parcerias com as comunidades. **Conclusão:** um modelo de parceria CCP aborda os desafios das mudanças sociais que afetam a saúde geral e o novo papel das enfermeiras de prática avançada em sustentar a UHC.

Descritores: Prática Avançada de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Assistência à Saúde; Enfermagem.

¹ Apoio financeiro JSPS KAKENHI Grant-in-Aid for Scientific Research (B), Processo: 15H05108.

² PhD, Professor, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japão.

³ PhD, Professor Associado, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japão.

⁴ PhD, Professor, Tohoku University, Graduated School of Medicine, Miyagi, Japão.

⁵ PhD, Professor, Niigata University, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Niigata, Japão.

⁶ PhD, Professor Assistente, St. Luke's International University, Graduate School of Nursing, WPRO/WHO Collaborating Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care, Tokyo, Japão.

Como citar este artigo

Kamei T, Takahashi K, Omori J, Arimori N, Hishinuma M, Asahara K, et al. Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2839.

[Access _____]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1657.2839>.

mês dia ano

URL

Introdução

As práticas avançadas de enfermagem são uma novidade no Japão; as enfermeiras estão enfrentando um momento decisivo no seu papel profissional, derivado de uma combinação de fatores internos profissionalizantes, intenções políticas externas, e necessidades sociais⁽¹⁻³⁾. É esperado que as enfermeiras se tornem agentes de mudança no sistema de saúde e expandam seu papel em um novo e desconhecido território com habilidades avançadas, conhecimento, e competências. No sistema de saúde, as enfermeiras devem transformar o âmbito tradicional da prática de enfermagem e cuidados institucionais hospitalares para novos campos de enfermagem em cada país. A parceria eficaz com a participação das enfermeiras vai contribuir para a cobertura universal de saúde (UHC)⁽⁴⁾.

O aumento do número de doenças não transmissíveis (DNTs) constitui uma necessidade social. Atualmente, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela maioria das mortes por DST, ou seja, 17,5 milhões de pessoas por ano, seguida pelo câncer (8,2 milhões), doenças respiratórias (4 milhões) e diabetes (1,5 milhões). Esses quatro grupos de doenças são responsáveis por 82% de todas as mortes por DNT em todo o mundo (WHO, 2015)⁽⁵⁾. Além disso, os pacientes com DNT precisam de serviços de cuidado de saúde ao longo da vida e grandes gastos com a saúde. Para suprimir as restrições financeiras de cuidados com a saúde, é importante melhorar o estilo de vida para prevenir as DNT e promover saúde, reforçando especialmente o conhecimento e alfabetização em saúde para todas as idades.

A UHC está firmemente baseada na constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1948, que declara a saúde como um direito humano fundamental. O plano de Saúde para Todos foi definido na declaração da Alma-Ata em 1978. A equidade é fundamental, o que significa que os países precisam acompanhar o progresso não simplesmente sobre a população nacional, mas também dentro dos grupos diferenciados por nível de renda, sexo, idade, residência e etnia⁽⁶⁾. O objetivo da UHC é a equidade no acesso aos serviços de saúde, o que implica que a qualidade dos serviços de saúde é assegurada e que todas as pessoas possam obter os serviços de saúde de que necessitam sem dificuldade financeira⁽⁶⁾. Para alcançar a UHC, cada comunidade precisa de um sistema forte, eficiente e bem gerido que possa responder às necessidades sociais mais importantes. No Japão, o sistema de seguro de saúde e o sistema de cuidados de longo prazo foram estabelecidos

em 1961 e 2000, respectivamente, e foram espalhados como uma UHC pública em conformidade com o rápido aumento de idosos e a diminuição de membros da família por cada lar. Por isso, é necessário promover não só a prevenção de doenças, mas também os serviços de saúde, especialmente na comunidade residencial local. Em tal sistema, é essencial garantir cuidados de saúde integrados centrado nas pessoas; e acessíveis, ou seja, um sistema de financiamento dos serviços de saúde para que as pessoas não sofram dificuldades financeiras enquanto os usam, bem como o acesso a medicamentos essenciais e tecnologias para diagnosticar e tratar problemas médicos, e uma capacidade suficiente de profissionais de saúde motivados e bem treinados para fornecer os serviços para atender as necessidades dos pacientes com base nas melhores evidências disponíveis⁽⁶⁾.

Em setembro de 2015, na Assembleia Geral das Nações Unidas, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável⁽⁷⁾ foi adotada como os novos objetivos comuns da comunidade internacional para atingir até 2030, a fim de enfrentar os desafios remanescentes após os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. No contexto da UHC, as enfermeiras poderiam contribuir com educação contínua e reforçando sua profissão, fazendo parcerias eficazes, e fornecendo liderança e inovação significativa para a sociedade⁽⁴⁾. Isso significa que é esperado que as enfermeiras criem parcerias com os membros da comunidade, ao invés de apenas fornecer assistência técnica dentro das instituições médicas.

O cuidado centrado nas pessoas (CCP) é um processo de cuidados de saúde e de enfermagem que aumenta a alfabetização em saúde (os conhecimentos em saúde), bem como motiva os membros da comunidade de todas as idades para buscar seus próprios cuidados de saúde; assim, os prestadores de cuidados, especialmente enfermeiras, devem ajudar aos membros da comunidade a tomar decisões em parceria⁽⁸⁾. O cuidado centrado nas pessoas também é uma iniciativa especial da Região do Pacífico Ocidental da OMS; é um termo abrangente que resume a consideração central do paciente em todos os níveis dos sistemas de saúde⁽⁹⁾. Isso apoia o processo no qual os membros da comunidade resolvem os seus próprios problemas de saúde, bem como os da sociedade. Desde 2003, nossa instituição, o Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde tem organizado projetos CCP para os membros da comunidade de todas as idades; o Centro tem o conhecimento acumulado para desenvolver o modelo de parceria CCP como uma prática avançada de enfermagem⁽¹⁰⁾.

As iniciativas CCP tem recebido urgência adicional pela questão do envelhecimento, que o Japão e outros países estão sofrendo. As expectativas de vida dos homens japoneses (80,5 anos) e de mulheres japonesas (86,8 anos) (Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, 2015)⁽¹¹⁾, são umas das mais longas expectativas de vida no mundo para ambos os sexos (Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, 2013)⁽¹²⁾. No entanto, o Japão também enfrenta uma baixa taxa de natalidade, o que significa uma população decrescente e uma escassez permanente de profissionais de saúde e de serviço social. Os adultos mais velhos também tendem a exigir cuidados médicos com gastos elevados⁽¹³⁾. No Japão, as despesas médicas para os indivíduos com mais de 75 anos de idade é 4,41 vezes maior do que para aqueles com menos de 75 anos⁽¹⁴⁾. Além disso, o aumento da proporção de idosos com 65 anos ou mais (26,7%)⁽¹⁵⁾ tem como resultado um maior número de casos de perturbação cognitiva e demência⁽¹⁶⁾. No Japão, como um país que alcançou a UHC, o acesso a cuidados de saúde é fácil, independentemente da necessidade, o que aumentou drasticamente as despesas médicas. Neste contexto, a alfabetização de saúde deve ser melhorada por meio da formação de uma parceria entre os membros da comunidade e profissionais de saúde para melhorar a eficiência da saúde, bem como para reduzir despesas médicas desnecessárias para que aqueles que o necessitam possam acessar propriamente os cuidados de saúde.

Esse estudo desenvolve um modelo de parceria CCP numa sociedade em envelhecimento, para enfrentar os desafios das mudanças sociais que afetam a saúde geral e o novo papel das enfermeiras na prática avançada para sustentar UHC.

Método

Esse estudo desenvolve o modelo de parceria CCP em duas etapas. O primeiro passo é uma revisão da literatura sobre o conceito de CCP e uma avaliação baseada na prática de nossos projetos CCP do CC da OMS (Centro Colaborador em Cuidados Centrados nas pessoas da OMS). A segunda é uma meta-síntese qualitativa de ambos os resultados da revisão da literatura, e os projetos e os resultados de satisfação dos participantes para a construção de um modelo de parceria CCP.

Estratégia de busca de literatura

Bases de dados inglês foram usadas para esse estudo, incluindo o *Cumulative Index of Nursing and*

Allied Health Literature (CINHAL); CINHAL Plus with Full Text (EBSCO); MAGAZINEPLUS; PubMed; EMBASE; Nursing & Allied Health Source (NAHS); e a base de dados de trabalho médico do Japão, incluindo *Japan Medical Abstracts Society (JAMAS) and Citation Information by the National Institute of Informatics (CiNii)*. Artigos em inglês e japonês foram incluídos; não foram impostas limitações linguísticas. As combinações de palavras-chave utilizadas na busca foram as seguintes: *people-centered care* (cuidados centrados nas pessoas) o *people-centered health care* (cuidado da saúde centrado nas pessoas) o *partnership* (parceria) y *concept analysis* (análise de conceito).". As datas da pesquisa para os bancos de dados acima foram de 1 de Janeiro de 1980 a 30 de julho de 2015. Uma pesquisa manual foi realizada para identificar livros, artigos e relatórios do projeto em nossa instituição.

Seleção de artigos, parâmetros de inclusão e exclusão

Estudos elegíveis incluíram trabalhos publicados envolvendo CCP e/ou parcerias com prestadores de cuidados de saúde e membros da comunidade. Estudos qualitativos, observacionais, e quase-experimentais; estudos pré e pós-implimentais sem comparadores; e estudos prospectivos de coorte foram incluídos. Artigos originais, relatórios de pesquisa, relatórios práticos, e comentários foram revisados. Anais de conferências publicados, incluindo resumos de pesquisa apresentados em conferências, e os títulos dos artigos sem parceria foram excluídos. Artigos inéditos ou aqueles que não eram facilmente acessíveis por meio do bancos de dados acima não foram revisados.

Estratégias de avaliação do conceito CCP nos artigos

O conceito de CCP em cada estudo foi avaliado em três passos. Em primeiro lugar, um autor fez uma análise independente dos resumos e textos completos, aplicando os critérios de seleção para identificar o conceito de CCP. Em segundo lugar, todos os nove autores revisaram e discutiram o texto completo dos artigos. Cada artigo foi analisado por meio de um formulário de extração de dados personalizado, criado pelo primeiro autor, compreendendo o seguinte: processo de CCP com recursos, parceria e capacitação; processo de mudança; e os resultados do sistema de mudança e cuidados de saúde para os membros da comunidade, profissionais de saúde e comunidade. Os pesquisadores discutiram as categorias até que um consenso final foi alcançado.

Nossa estratégia de avaliação do projeto CC do CCP da OMS

Os 14 projetos do nosso CC do CCP da OMS em 2015 visando os membros da comunidade de todas as idades, foram analisados de acordo com os participantes, questões de saúde, tipos de parcerias com membros da comunidade e os profissionais de saúde, satisfação e resultados. A escala visual analógica (EVA-10) foi utilizada para avaliar a satisfação dos participantes para cada projeto durante o ano fiscal de 2015 (abril de 2015 a março de 2016).

Conceituações e modelagem do CCP

Os resultados de ambos processos, a revisão da literatura e a avaliação do projeto CCP foram integrados por meta-síntese qualitativa⁽¹⁷⁾. O modelo de parceria CCP foi construído e ilustrado usando o fluxo de entrada, processo e resultados.

Resultados

Análise do conceito CCP por meio da revisão da literatura

A pesquisa bibliográfica identificou 196 citações. A palavra-chave "parceria" mostrou 116 citações, 32 para "cuidado centrado nas pessoas," e 48 para "cuidados de saúde centrada nas pessoas". Destes, 152 foram excluídos com base em critérios de extração. As 42 citações restantes foram revisadas: 21 artigos originais, 10 relatórios de pesquisa, oito comentários sobre os mesmos projetos, dois relatórios breves, e um relatório da OMS, bem como dois livros, num total de 44 referências⁽¹⁸⁻⁶¹⁾.

Recursos do CCP foram categorizados em acesso facilitado e expandido para serviços de saúde; informação de saúde útil para cada pessoa; um lugar na comunidade para se reunir com facilidade; e interação com outras pessoas de todas as idades, voluntários de saúde e especialistas, como enfermeiras e conselheiros. Esses recursos eram muito convenientes para cada membro que tinha necessidades primárias de saúde.

Um padrão de relação entre os membros da comunidade foi a parceria, voluntários de saúde e prestadores de cuidados de saúde, envolvendo a tomada de decisão compartilhada e responsabilidades.

O reforço das capacidades envolveu as seguintes capacidades das pessoas envolvidas: aceitação e valorização de crenças e valores das pessoas, comportamentos e pensamentos saudáveis,

alfabetização em saúde que auxilia a escolha de informações adequadas para a saúde de cada pessoa; o entendimento de onde e como falar da própria saúde; a capacidade e habilidade para tomar decisões ou ter comportamento subjetivo; auto-cuidado duradouro, auto-eficácia, e força para manter a saúde; e alfabetização da tecnologia de comunicação e informação. Essas capacidades levaram à melhoria da saúde e o bem-estar psicológico das pessoas.

O processo de mudança envolve o seguinte: melhoria e mudanças de comportamento de saúde; consciência subjetiva de si mesmo; experiência de ser curado por outros; tranquilizar os outros; sentimentos de conforto; melhoria da consciência de saúde e comportamentos, estados físicos e bem-estar emocional; vigor nas atividades diárias; e voluntários da saúde para iniciar um projeto subjetivamente.

O resultado da mudança e do sistema de saúde mostraram aumento da oportunidade de receber informações de saúde; criação e propagação de serviços adequados e sustentáveis para os membros da comunidade e novos valores; tornar se uma pessoa chave/central na comunidade; colaboração com o governo local; e compartilhar metas futuras com membros da comunidade e os prestadores de cuidados de saúde por meio do depoimento de cada atividade CCP. Esses resultados mostram maior interesse e motivação das pessoas para iniciar a tomada de decisão sobre a sua própria saúde.

Atividades CCP por meio do projeto CC do CCP da OMS

Nossa instituição foi designada pela primeira vez como um CC da OMS para o Desenvolvimento da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) em 1990 e foi re-designada seis vezes ao longo dos últimos 24 anos. Em 2016, o nosso CC da OMS começou a ajudar a WPRO e os Estados membros no desenvolvimento de modelos de comunidade CCP com base nos valores da APS no contexto do envelhecimento das sociedades. Uma das nossas principais tarefas é o desenvolvimento de um quadro de ação regional para ajudar os países a alcançar a UHC, promovendo a prestação de serviços integrados de CCP. Em 2015, os docentes de enfermagem e colaboradores da comunidade aplicaram conceitos CCP para 14 projetos no edifício da universidade em Tóquio, com foco na melhoria da alfabetização em saúde, comportamento e bem-estar dos membros da comunidade de todas as idades. Os problemas de saúde focados para eram tão variados

como os referentes a: famílias esperando crianças, natimortos, mães com crianças pequenas, mulheres que sofrem de infertilidade, adultos e idosos com doenças crônicas e doenças não transmissíveis, idosos frágeis que necessitam de consciência de prevenção de queda, os adultos mais velhos com distúrbios neurocognitivos e demência, e cuidadores sem informações de saúde, bem como um programa intergeracional para idosos frágeis ou que sofrem de demência, e crianças em idade escolar na sociedade japonesa que envelhece. Nosso CC de OMS prestou serviços de CCP por meio destes projetos para encorajar os membros da comunidade a tomar a iniciativa de sua própria saúde; 4.721 membros da comunidade participaram anualmente⁽⁶²⁾.

A formação de parcerias entre membros da comunidade e os profissionais de saúde foi categorizada em três padrões, o padrão da Parceria de Aproximação, da Parceria de Apoio, e que da Parceria de Colaboração. Os tipos de parceria vão se ajustando, juntamente com o progresso do CCP, dependendo das características dos problemas de saúde e grau de consciência deles da comunidade. A Parceria de Aproximação ocorre quando os prestadores de cuidados de saúde lideram aos membros da comunidade; esses membros da comunidade não estão cientes dos problemas de saúde ou comunitários. Na Parceria de Apoio, os profissionais de saúde apoiam os membros da comunidade conforme necessário de acordo com suas situações, tais como doenças ou condições de envelhecimento. Na Parceria de Colaboração, os membros da comunidade estão plenamente conscientes dos seus problemas de saúde ou da comunidade e participam das atividades e das tomadas de decisão. A satisfação dos membros da comunidade, avaliada pela EAV-10, estava em 8,9 pontos para o ano fiscal de 2015.

Desenvolvimento do modelo conceitual da parceria CCP

Os autores construíram o modelo de parceria CCP usando as descobertas qualitativamente sintetizadas e integradas da pesquisa na literatura e dos projetos de investigação do CCP. Esse modelo destina-se a cobrir várias questões de saúde e sociais relacionadas com os membros da comunidade e suas famílias, criar novos valores relativos à saúde, e formar um sistema

social que garanta a qualidade dos cuidados durante o processo de construção de parceria entre os membros da comunidade de todas as idades e profissionais de saúde para sustentar UHC.

As três camadas do Processo CCP são de entrada, processo e resultado. A entrada começa quando os profissionais de saúde trazem problemas de saúde para a superfície, mostrando que eles compartilham objetivos e metas em comportamentos de saúde e resolução de problemas com membros da comunidade em sua abordagem à saúde e à questões sociais específicas na sua própria saúde. Na próxima etapa, os profissionais de saúde e membros da comunidade constroem uma parceria e definem a meta de comportamento de saúde, o que levará à concretização do CCP. Há nove atributos nas três camadas de CCP: 1) estabelecimento de metas no comportamento de saúde; 2a) a compreensão mútua (base de relacionamento): os prestadores de serviços e os membros da comunidade entendem os pontos fortes, papéis e responsabilidades de cada um; b) a confiança mútua (base de relacionamento): os dois confiam uns nos outros sem ansiedades; c) respeito mútuo (base de relacionamento): os dois respeitam uns aos outros em suas atividades; d) crescimento conjunto (base de relacionamento): membros da comunidade e os profissionais de saúde crescem e aprendem uns com os outros; e) tomada de decisão compartilhada (abordagem da atividade): os dois compartilham os processos de tomada de decisão para o mesmo fim; f) cooperação com os pontos fortes de cada um dos grupos (abordagem da atividade): os dois cooperam com a maioria dos pontos fortes de cada um em pé de igualdade; g) superar obstáculos juntos (abordagem atividade); e 3) partilha mútua dos resultados das parcerias: os dois superam obstáculos juntos obtendo força um do outro. Por meio desses processos, as transformações individuais e sociais são acionadas entre os membros da comunidade e os profissionais de saúde, compartilhando realizações uns com os outros como um resultado. Neste processo CCP, a Parceria de Aproximação, a Parceria de Apoio, e da Parceria de Colaboração foram adotadas em função das características de problemas de saúde que os membros da comunidade enfrentam e consciência da comunidade de saúde para todos (Figura 1).

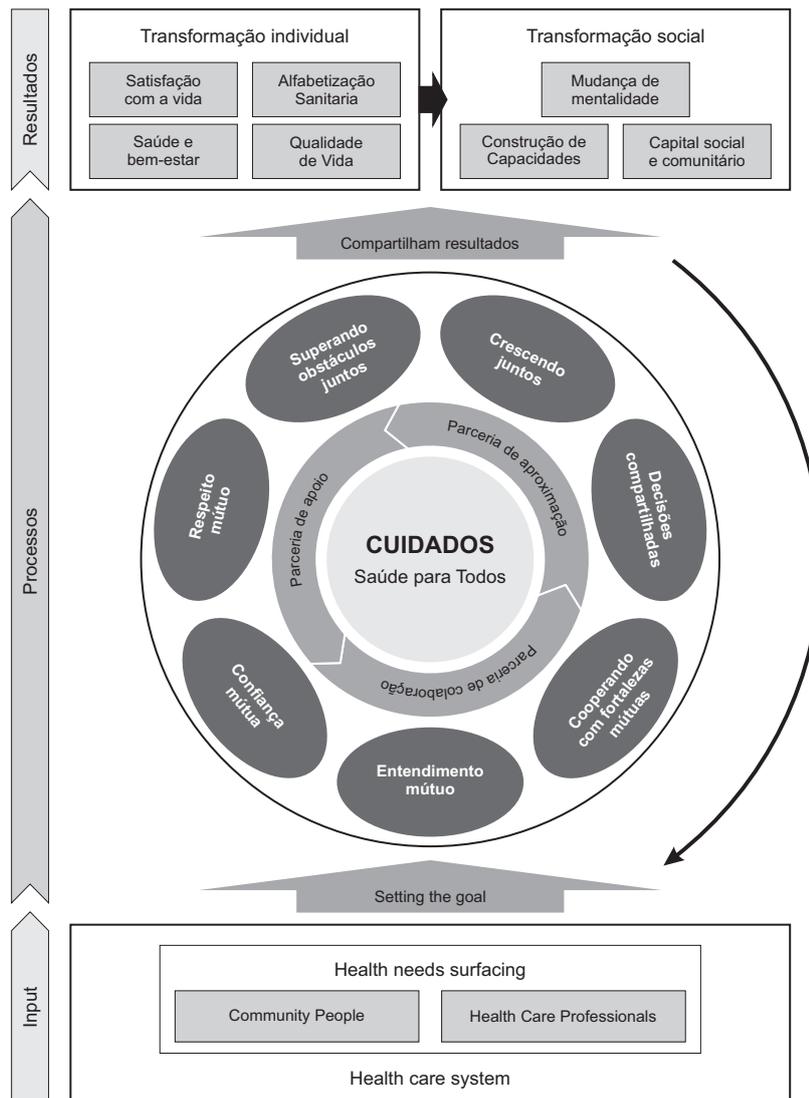


Figura 1 - Modelo de parceria de cuidados centrado nas pessoas

Discussão

Nesse estudo, os autores desenvolveram um modelo de parceria CCP por meio de uma pesquisa bibliográfica e avaliação dos projetos CCP. O modelo de parceria CCP foi estruturado seguindo o fluxo de entrada, processo e resultado. O processo inclui três tipos de parceria. Os nove atributos dessas parcerias foram identificados como segue: a definição de objetivos, o respeito mútuo, a confiança mútua, a compreensão mútua, a tomada de decisões compartilhada, cooperação com os pontos fortes de ambos, superar obstáculos juntos, crescendo juntos, e a partilha mútua dos resultados. No resultado, a transformação ocorre em necessidades de saúde individuais e as necessidades sociais. Esses elementos mostraram uma semelhança com outros resultados anteriores⁽²⁴⁾, o que sugere que a atitude, respeito e

comunicação foram as chaves para uma parceria entre os membros da comunidade e profissionais de saúde. Descobrimos que quando as pessoas se tornavam os principais atores da sua própria saúde, a sua saúde física e mental era reforçada. Isso então, deve contribuir para uma redução no aumento dos custos médicos pois a parceria com os profissionais de saúde pode dar às pessoas força e a melhora da sua alfabetização em saúde e seu comportamento, que posteriormente promoverá sua saúde. Como a declaração da OMS (2015)⁽⁶³⁾ ilustra, o projeto do CCP inclui uma agenda política, ao passo que o presente modelo se concentra mais sobre a relação entre as pessoas e os profissionais de saúde, fornecendo um processo detalhado de tradução entre as pessoas e na sociedade.

Como o envelhecimento é um problema sério e comum em todo o mundo desenvolvido e está se

tornando dramaticamente prevalente em países de média e baixa renda, é esperado que o nosso modelo forneça um novo modelo esclarecedor para as comunidades locais. Com base em seu sucesso em nossos projetos do CC da OMS, é importante observar o novo papel das faculdades de enfermagem no fornecimento não só de educação, mas também de serviços de enfermagem da comunidade, onde qualquer pessoa pode discutir seus problemas de saúde com enfermeiras conhecedoras em evidências das pesquisas. O CCP estimula o crescimento e desenvolvimento dos membros da comunidade até o ponto onde eles vão entender que eles são os responsáveis por manter e melhorar a sua própria saúde. As enfermeiras são considerados agentes de mudança para os cuidados de saúde, e considera-se que essas habilidades de enfermagem tais como tecer parcerias com membros da comunidade e a mudança de cuidados de saúde, são práticas de enfermagem avançadas; esse novo papel surgiu em resposta a questões de saúde individual e políticas sociais de saúde. O próximo passo para esse estudo é desenvolver ferramentas de avaliação para medir como o modelo de parceria CCP pode criar transformação social. Ao mesmo tempo, como a literatura e os projetos decorrem principalmente dos casos de países desenvolvidos, é necessário avaliar a aplicabilidade do modelo para países em desenvolvimento.

Os sistemas de saúde numa sociedade em envelhecimento precisam ser sustentáveis, fortes e abrangentes. É essencial a existência de recursos humanos suficientes para que os membros da comunidade e as enfermeiras possam fazer parcerias. A cooperação com enfermagem e o respeito mútuo irá melhorar a qualidade de vida e a dignidade. Entender esse novo papel da parceria vai permitir uma implementação bem sucedida, e as competências em liderança de enfermagem para garantir a contribuição da enfermagem para UHC⁽⁴⁾.

Conclusão

Em resumo, esse estudo desenvolveu um modelo de parceria de CCP que enfatiza a participação ativa das pessoas na área da saúde e o novo papel da prática de enfermagem avançada. O modelo de parceria CCP visa intervir em várias questões de saúde e sociais junto com membros da comunidade e suas famílias, criando novos valores relativos à saúde, e formando um sistema social que garanta a qualidade de vida e do capital social durante o processo de construção de parcerias entre os membros da comunidade de todas as idades para sustentar a UHC.

Referências

1. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing I: the development of advanced nursing roles. *Nurs Times*. 2012;108(24):18-20.
2. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing 2: a governance framework for advanced nursing. *Nurs Times*. 2012;108(25):22-4.
3. Barton TD, Bevanet L, Mooney G. Advanced nursing 3: what does the future hold for advanced nursing? *Nurs Times*. 2012;108(26):19-21.
4. Mendes IAC, Ventura CAA, Trevizan MA, Marchi-Alves LM, Souza-Junior VD. Education, leadership and partnerships: nursing potential for Universal Health Coverage. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:e2673. doi: 10.1590/1518-8345.1092.2673.
5. World Health Organization [Internet]. Geneva: Global status report on noncommunicable disease 2014; 2015 [Access 2014 June 1]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
6. World Health Organization [Internet]. Geneva: What is universal health coverage? 2014 [Access 2014 December]. Available from: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/
7. United Nations [Internet]. New York: Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015; 2015 [Access 2015 October 21]. Available from: <http://www.ipu.org/splz-e/unga16/2030-e.pdf>
8. St. Luke's College of Nursing. St. Luke's College of Nursing 21st Century Center of Excellence (COE) Final Report. Tokyo: St. Luke's College of Nursing; 2008.
9. World Health Organization [Internet]. Geneva: People at the Centre of Care ; 2016 [Access 2016 February 27]. Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/definition/en/
10. St. Luke's International University World Health Organization Collaborating Center for Nursing and Midwifery. 2014 Annual Report: Development in People-Centered Nursing Care at St. Luke's International University PCC Research Department. Tokyo: St. Luke's International University; 2015.
11. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. 2015 Abridged life table [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare ; 2015 [Access 2015 July 30]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life14/dl/life14-15.pdf>
12. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. International Comparison of longevity [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare ; 2013 [Access 2013 August 3]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/03.html>

13. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. Policy information , Annual Health, Labour, and Welfare Report 2011-2012 [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2012 [Access 2012 September 6]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/02e.pdf>
14. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. Survey of Medical Expenses [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2015 [Access 2015 May 14]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken03/06.html>
15. Japanese Ministry of Internal Affairs and Communication. 2015. Japan's elderly from the statistics [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Internal Affairs and Communication; 2015 [Access 2015 September 20]. Available from: <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics90.pdf>
16. Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare. The state of older adults with dementia [Internet]. Tokyo: Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare; 2014 [Access 2014 November 19]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutokatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000065682.pdf
17. Sandelowski M, Docherty S, Emden C. Focus on qualitative methods qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in Nursing & Health*. 1997; 20:365-71.
18. World Health Organization Western Pacific Region. People-Centred Health Care: A policy framework. Geneva: World Health Organization Western Pacific Region; 2007 [Access 2007 September 14]. Available from: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf
19. Kamei T, Kajii F, Kawakami C, Hasegawa M, Sugimoto T. Six Month Outcomes of an Innovative Weekly Intergenerational Day Program with Older Adults and School-aged Children in a Japanese Urban Community. *Jpn J Nurs Sci*. 2010 December 9;8(1):95-107. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00164.x.
20. Kamei T, Kajii F, Yamamoto Y, Irie Y, Kozakai R, Sugimoto T, et al. Effectiveness of a home hazard modification program for reducing falls in urban community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci*. 2014 September 12;12(3):184-97. doi: 10.1111/jjns.12059.
21. Suzuki Y, Omori J, Sakai M, Anzai H, Kobayashi M, Miyazaki T, et al. "Partnership in Community Health Activities" in Japan: Concept Analysis. *J Jpn Acad Comm Health Nurs*. 2009 October 30;12(1):44-9. Japanese.
22. Mäenpää T, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Family-School Nurse Partnership in Primary School Health Care. *Scand J Caring Sci*. 2012 May 23; 27(1): 195-202. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01014.x.
23. Zeldin S, Krauss SE, Collura J, Lucchesi M, Sulaiman AH. Conceptualizing and Measuring Youth-Adult Partnership in Community Programs: a Cross National Study. *Am J Commun Psychol*. 2014 December;54(3-4):337-47. doi: 10.1007/s10464-014-9676-9.
24. Lee P. What Does Partnership in Care Mean for Children's Nurses?. *J Clin Nurs*. 2007 Mar; 16(3): 518-26. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01591.x.
25. Graham IW. (2007). Consultant Nurse-Consultant Physician: A New Partnership for Patient-centred Care? *J Clin Nurs*. 2007 Oct; 16(10): 1809-17. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01816.x.
26. Takeda J. Theory and Practice of Community-Based Participatory Research. Kyoto: Sekaishisousha; 2015. 272 p.
27. Butt G, Markle-Reid M, Browne G. Interprofessional Partnerships in Chronic Illness Care: a Conceptual Model for Measuring Partnership Effectiveness. *Int J Integr Care*. 2008 May 15; 8:1-14.
28. Yamada M. People-Centered Care; Concept Analysis. *J St. Luke's Society for Nurs Res*. 2004 April 23;8(1): 22-8. Japanese.
29. Komatsu H. Nursing for People-Centered Initiatives in Health Care and Health Promotion. Tokyo: Medical Friend. Co. Ltd.; 2004 January. 49-54. (Kango tenbou; Vol. 29, no. 1). Japanese.
30. Hishinuma M, Kawagoe H, Matsumoto N, Arahata T, Ishikawa M. Health Information Service to the People at St. Luke's College of Nursing: A Trial of "LUKENAVI". *Bulletin of St. Luke's College of Nursing*. 2005 March; 31: 46-50. Japanese.
31. Hishinuma M, Tashiro J, Mori A, Naruse K, Mizuno E, Sakai Y. Development of Nursing Practice Models Related to Health Transition. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20; 9(1):67-75. Japanese.
32. Komatsu H, Nagae H, Ohta K, Yokoyama Y, Arimori N, Kawagoe H. Essence of People-Centered Care that binds St. Luke's College of Nursing COE International Relay Symposia. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20; 9(1): 76-83. Japanese.
33. Arimori N, Komatsu H, Nagae H, Ohta K, Yokoyama Y, Kawagoe H. Aspect of "People-Centered Care" Viewed through the Planning and Organization of a Series of Symposia. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2005 June 20;9(1): 84-9. Japanese.
34. Komatsu, H. People-centered Initiatives in Health Care and Health Promotion. *Jpn J Nurs Sci*. 2004 July 22;1(1): 65-8. doi: 10.1111/j.1742-7924.2004.00011.x.

35. Hishinuma M, Matsutani M, Tashiro J, Yokoyama M, Nakayama H, Sakyo Y, et al. Development of a Health Education Program for Five-year-olds: "Let's learn about our body!" —The Process of Research Aiming to Promote People-centered Care—. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2006 March 1; 32: 51-8. Japanese.
36. Hishinuma M, Matsumoto N, Tokuma M, Arahata T, Ishikawa M, Takahashi K et al. Citizens' Health Problems and Responses of Nursing Staff according to Health Counseling Service Provided by a College of Nursing. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1): 38-45. Japanese.
37. Komatsu H, Murakami Y, Matsuzaki N, Tomita M, Ichikawa W, Tonosaki A, et al. For Taking Initiative in Our Own Healthcare: Patient-Centered Approaches to Breast Cancer Team Care. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1):61-7. Japanese.
38. Eto H, Horiuchi S, Sakyo Y, Ichikawa W, Kajii F, Yamazaki Y, et al. Synchronizing the Essence of People-Centered Care and Experiences of Women with Wisdom and Courage. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2006 June 20;10(1):68-74. Japanese.
39. Komatsu H. Mid-term Report on St. Luke's College of Nursing's 21st Century Center of Excellence Program: Core Elements and Specific Goals of People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2006 June 14;3(1):71-6. doi: 10.1111/j.1742-7924.2006.00050.x.
40. Matsutani M, Hishinuma M, Sakyo Y, Nakayama H, Yamazaki Y, Okubo N, et al. Evaluation of a Health Education Program for Five-year-olds: "Let's learn about our body: Digestive System". *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:48-54. Japanese.
41. Tashiro J, Omori J, Hirabayashi Y, Asahara K, Matsutani M, Hishinuma M, et al. Concept and Implementation of Service Learning at the Two Universities in the United States—Report of Observation Surveys and a Workshop of University of Wisconsin, Eau Claire and University of Washington—. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:68-73. Japanese.
42. Kamei T, Kajii F, Yamada T, Kawakami C, Kushiro W, Sugimoto T, et al. Outreach Program to Prevent Falls and Fractures among Urban Elderly: Evaluation of Two Years' Experience. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2007 March;33:74-84. Japanese.
43. Takahashi K, Hishinuma M, Matsumoto N, Kanazawa J, Ishikawa M, Yoshikawa N, et al. Characteristic of the Users of Health Consultation Service Offered by a Nursing College. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2007 June;11(1): 90-9. Japanese.
44. Sakyo Y, Matsutani M, Yamazaki Y, Nakayama H, Okubo N, Ishimoto A, et al. The Developing Process of People-centered Care in Relay Symposium: The Report of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE Program 7th International Relay Symposium "Let's Learn about Our Body with Children!" . *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2007 June;11(1):116-24. Japanese.
45. Komatsu H. Five Years Activities of St. Luke's College of Nursing 21st Century COE Program: Creation of People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2008 November 20;5(2): 137-42. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00110.x.
46. Okubo N, Matsutani M, Tashiro J, Iwanabe K, Imai T, Gotoh K, et al. Examining the Outcome Measures of the Program for Preschool Age Children "Knowing Our Body". *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2008 March; 33: 36-45. Japanese.
47. Komatsu H. Process of Developing People-Centered Care. *Jpn J Nurs Sci*. 2008 October 6;5(2):117-22. doi: 10.1111/j.1742-7924.2008.00104.x.
48. Okubo N, Hishinuma M, Takahashi K, Uchida C, Ishikawa M, Matsumoto N, et al. Evaluation of Health Education Program for Active Citizens. *Bull St. Luke's Coll Nurs*. 2008 March; 34: 55-61. Japanese.
49. Arimori N, Eto H, Omori J, Asahara K, Komatsu H, Kawakami C, et al. Strategic Practices for People-Centered Care Part I—Types of Partnership—. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31; 13(2): 11-6. Japanese.
50. Omori J, Arimori N, Eto H, Asahara K, Komatsu H, Takahashi K, et al. Strategic Practices for People-Centered Care Part II—Outcomes that Grow along with Activities—. *J St. Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31; 13(2): 17-24. Japanese.
51. Goto K, Hishinuma M, Matsutani M, Okubo N, Setoyama Y, Yasugashira N, et al. The Effectiveness of CBPR in the Process of "Knowing Our Body" Project — Focusing on the Coalition of People—. *J St Luke's Soc Nurs Res*. 2009 July 31;13(2): 45-52. Japanese.
52. Ishikawa M. The Medical and Health Information Service Open to 'Passers-by' Provided by a College of Nursing. *Nurs Inform*. 2010 March 29;17: 35-40. Japanese.
53. Asahara K, Arimori N, Omori J, Sakyo Y, Tonosaki A, Hirose K, et al. FY2011 Curriculum Revision at St. Luke's College of Nursing. *Bull St Luke's Coll Nurs*. 2012 March;38:52-7. Japanese.
54. Takahashi K, Hishinuma M, Yamada M, Sato K, Arimori N, Manabe M, et al. Evaluation of the Activity for Health of the Local Community: LUKANAHI Health Navigation, Managed by St. Luke's College of Nursing. *Bull St Luke's Coll Nurs*. 2013 March;39: 47-55. Japanese.
55. Jitsuzaki M, Mori A. Report on 'Lukako Women's Health Cafe' Provided by St. Luke's College of Nursing

- and TERUMO Corporation. Bull St Luke's Coll Nurs. 2013 March; 39:56-60. Japanese.
56. Yoshino M, Arita M. Commitment to Elementary-aged Children with Down Syndrome and Their Parents. Pediatric Nurs. 2013 September 15;36(10):1349-54. Japanese.
57. Sato N, Takahashi K, Arimori N, Yamada M, Hishinuma M, Sato K. Activity Evaluation from a First Time Participant's Questionnaire of "Lunch Time Open Lecture on Health and Music Concert for the Public". Bull St Luke's Coll Nurs. 2014 March;40:118-21. Japanese.
58. Takahashi K. Growth and Awareness of the Nurses from Self-Reflections as a Health Counselor for the General Public. Bull St Luke's Int Univ. 2015 March;1:12-9. Japanese.
59. Takahashi K, Arimori N, Tashiro J. Congress Attendance Report for WHOCC Nursing and Midwifery Global Network Scientific and General Meetings 2014 in Portugal. Bull St Luke's Int Univ. 2015 March; 1:118-22. Japanese.
60. Hishinuma M, Takahashi K, Matsumoto N, Yamada M, Indo K, Ishikawa M, et al. Nurses' Health Consultation Patterns and the Visitor's Satisfaction at a Free Community Health Consultation Center. J St. Luke's Soc Nurs Res. 2015 July;19(1):11-8. Japanese.
61. Gottlieb L, Feeley N, Dalton C. The Collaborative Partnership Approach to Care: A delicate balance. Tokyo: Elsevier Japan; 2007. 221 p. English, Japanese.
62. St. Luke's International University Annual Report 2015: Report of Research Center of People-Centered Care development. Tokyo: St. Luke's International University; 2016. In press.
63. World Health Organization. Tracking universal health coverage: First global monitoring report. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems; 2015 [Access 2015 June] Available from: http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/

Recebido: 1.5.2016

Aceito: 12.7.2016

Correspondência:
Tomoko Kamei
St. Luke's International University, Graduate School of Nursing
10-1, Akashi-chou
Bairro: Chuo-ku,
CEP: 104-0044, Tokyo, Japan
E-mail: kamei@slcn.ac.jp

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

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