

Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?

Where (and how) do we find quality in the hospital nursing service?

¿Dónde (y ¿cómo?) encontramos calidad en el servicio de enfermería hospitalaria?

Maria Ambrosina Vargas

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Mestre em Educação. Professora Adjunto da UNISINOS, São Leopoldo, RS. Membro do Práxis. Bolsista do CNPq. marav@terra.com.br

Gelson Luiz de Albuquerque

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN da UFSC, Florianópolis, SC. Membro Efetivo grupo Práxis/UFSC.

Alacoque Lorenzini Erdman

Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Titular da UFSC, Florianópolis, SC. Pesquisadora CNPq. Coordenadora Adjunto Enfermagem/CAPES e representante da Área de Enfermagem do CNPq. Coordenadora do GEPADES – grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Enfermagem e Saúde.

Flávia Regina Souza Ramos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN da UFSC, Florianópolis, SC. Membro Efetivo grupo Práxis/UFSC.

RESUMO

Busca-se, com base na literatura, resgatar o que é abordado nas questões relativas à qualidade da assistência de enfermagem e visibilizar alguns dos espaços há muito ocupados pelos profissionais da enfermagem e outros ora preponderantes de serem ocupados. Discussão tecida sobre um caso vivenciado por sujeitos que buscam atendimento de saúde diante de pressupostos que englobam a questão do direito à saúde. Desta situação perpassa-se por Florence e chega-se às exigências do nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação, seguido de um questionamento sobre a continuidade ou ruptura de um cenário de ações informais reguladoras da pretensa qualidade balizados pelos pressupostos elegidos para essa reflexão. Abre-se para novos questionamentos diante da re/significação dos referidos pressupostos ressoando sobre a qualidade no serviço de enfermagem

Descritores: Enfermagem hospitalar; Qualidade; Saúde.

ABSTRACT

Based on literature, one tries rescuing what is approached in the issues regarding the quality of the nursing care and rendering visible some of the spaces that have long been occupied by the nursing professionals as well as other spaces which are currently feasible to be occupied. The discussion focuses a case experienced by subjects who look for health care before the presuppositions that comprise the issue of health right. From this situation, one goes through Florence and reaches the 3-level requirements from the Credentials National Organization, followed by a questioning about the continuity or the rupture of a scenario of regulating informal actions of the alleged quality, distinguished by the presuppositions elected for this reflection. There is an opening for new questionings in view of the re/meaning of the referred presuppositions that echoes on the quality of the nursing service.

Descriptors: Hospital nursing; Quality; Health.

RESUMEN

Con base en la literatura, uno busca rescatar lo que es abordado en las cuestiones relativas a la calidad de la asistencia de enfermería y tornar visibles algunos de los espacios, hace mucho ocupado por los profesionales de la enfermería, y otros que, por el momento, son preponderantes de ocupación. Tratase de discusión tejida acerca de un caso vivenciado por sujetos que buscan atención de salud delante de presupuestos que engloban la cuestión del derecho a la salud. De esta situación, uno pasa por Florence y se llega a las exigencias del nivel 3 por la Organización Nacional de Acreditación, seguido de un cuestionamiento acerca de la continuidad o ruptura de un escenario de acciones informales reguladoras de la pretendida calidad, distinguida por los presupuestos elegidos para esa reflexión. Se abre para nuevos cuestionamientos delante de la re/significación de los referidos presupuestos resonando sobre la calidad en el servicio de enfermería.

Descritores: Enfermería hospitalaria; Calidad; Salud.

Vargas MA, Albuquerque GL, Erdman AL, Ramos FRS. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? Rev Bras Enferm 2007 maio-jun; 60(3):339-43.

1. UMA SITUAÇÃO

Pedro e João têm 40 anos, fazem atividade física, não fumam e controlam o peso. Pedro está trabalhando e João participa de um churrasco, após uma partida de futebol, quando apresentam mal estar súbito. Pedro e João são encaminhados para o mesmo hospital, com predomínio de atendimento pelo SUS (Sistema único de Saúde) e de nível terciário. Ao chegarem à emergência, que está lotada, os colegas de Pedro entregam na portaria os documentos dele e recebem uma ficha de atendimento e orientação para aguardar. Devido à dor torácica importante, Pedro é colocado em uma maca e em 15 minutos é atendido, pois inicia com episódio de Edema Agudo de Pulmão. Durante o atendimento, o raio-

Submissão: 26/10/2006

Aprovação: 23/03/2007

X evidencia possível dissecação de aorta. Após quatro horas da chegada ao hospital, Pedro é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva - UTI Cardíaca. Na UTI, mantém congestão pulmonar e hipertensão arterial sistêmica. O técnico de enfermagem prepara uma bomba de infusão com Nitroprussiato de Sódio e instala manguito para verificações frequentes de pressão arterial ao monitor, entre outras coisas. A enfermeira recebe as informações do atendimento na emergência, prepara o material para manejo para Edema Agudo de Pulmão e realiza um exame físico e dentro do possível algumas perguntas à Pedro; constata que o mesmo está e vem mantendo febre nos últimos dias. Comunica ao médico de plantão e é realizada uma ecografia torácica à beira do leito, pela qual é constatada grave regurgitação da válvula aórtica secundária a uma endocardite bacteriana. A enfermeira chama a esposa na sala de espera e a acompanha para ver Pedro e tenta tranquilizá-la. O médico conversa com a esposa, além de comunicar a necessidade urgente de uma cirurgia cardíaca. No outro dia Pedro está na UTI em pós-operatório imediato de Troca de Válvula Aórtica e em 4 dias é encaminhado para a unidade de internação, onde permanece por 3 meses para administração de antibiótico endovenoso. Durante este período, Pedro torna-se cada vez mais proativo, além do acompanhamento familiar, até receber alta hospitalar em adequadas condições de saúde. João é atendido imediatamente na emergência, pois os familiares estão aflitos pela forte dor torácica e sensação de morte iminente, referida por ele. É constatado Infarto Agudo do Miocárdio em João e, o mesmo evolui para Parada Cárdio Respiratória (PCR) com fibrilação ventricular. A equipe médica e de enfermagem realiza o protocolo de atendimento para PCR. Neste momento, o filho mais velho tenta entrar na emergência para obter informações e é barrado pelo guarda. O filho empurra e xinga o guarda, mas este não permite a sua entrada. Após o paciente subir para a UTI, a enfermeira da emergência comunica a supervisora administrativa acerca da agressão física e moral ao guarda. Na UTI, desencadeia-se uma série de acontecimentos concomitantemente: a equipe de enfermagem e médica prepara João para encaminhá-lo para a hemodinâmica para realização de angioplastia de urgência; João apresenta mais duas PCR; a família adentra a UTI exigindo conversar com o médico, ocupado no atendimento de João; a supervisora administrativa quer falar com a enfermeira para identificação do familiar que agrediu o guarda da emergência; a enfermeira solicita para outro enfermeiro cuidar do paciente, enquanto ela tenta manejar com a família e, ainda, argumentar com a supervisora administrativa que o problema da agressão poderia ser resolvido *a posteriori*. Após a angioplastia, João é encaminhado para cirurgia cardíaca, retornando à UTI em choque cardiogênico, falecendo em 24 horas. A família comunica a equipe assistencial da UTI que procuraria a direção do hospital para reclamações.

2. DEMARCANDO O CONTEXTO DA DISCUSSÃO

É senso comum entender que as organizações de saúde convivem com problemas ou resultados indesejáveis que geram grande variabilidade em seus processos, muitos dos quais não estão sob controle ou não são previsíveis e, como consequência, lidam com reclamações e insatisfações de clientes externos⁽¹⁾. Mesmo assim, especificar alguns dados do contexto onde a situação relatada se desenvolveu busca, muito mais do que pretender identificá-la, considerar que situações aparentemente semelhantes e passíveis de ocorrer em outros contextos e tempos, podem alterar a forma como contamos, vivenciamos e identificamos os diversos sujeitos implicados. Desta maneira, a situação narrada serve, aqui, para desencadear alguns questionamentos – e não outros – a partir de um determinado ponto de vista acerca das coisas do mundo, portanto das relações sociais, culturais, econômicas e políticas.

Logo, de imediato, indaga-se: o que usuários dos serviços – pacientes e profissionais – hospitalares priorizam no atendimento? Uma instituição privada – ou pública – com ótimo atendimento na portaria, presteza nas informações médica e de enfermagem e infra-estrutura na área física, mas inadequado

atendimento assistencial seria alvo de reclamações dos familiares? As instituições que priorizam atendimento pelo SUS incluem a performance do atendimento, informação aos familiares e infra-estrutura na área física como um dos critérios avaliados na qualidade hospitalar? Nas atuais circunstâncias sociais, políticas e de avaliação das necessidades de saúde dos sujeitos que utilizam o serviço hospitalar, é possível oferecermos um serviço com qualidade? Independente do desfecho de Pedro e de João, quantos processos, procedimentos operativos padronizados, algoritmos e protocolos clínicos-cirúrgicos e indicadores de qualidade, foram utilizados em seu atendimento hospitalar? Finalmente: onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?

Desde já convém explicitar que qualidade tem sido entendida como “uma propriedade (ou um conjunto de propriedades) de um produto (serviço) que o torna adequado à missão de uma organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”⁽²⁾. É, pois, relacionada com o nível de satisfação de todos os usuários dos serviços, supondo que estes recebam assistências oportunas, efetivas e seguras (qualidade técnica dos processos assistenciais) em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida ou acolhimento)⁽³⁾.

De outro modo, qualidade é tudo o que alguém faz ao longo de um processo, incluindo a estrutura utilizada, para garantir que um cliente, depois da saída do hospital/instituição de saúde ou durante a permanência na mesma, obtenha exatamente aquilo que deseja, ou seja, o que o “satisfaz no uso”. Em suma, a qualidade também é medida por ausência de reclamações e presença de aspectos desejados – custo acessível e resultado positivo no atendimento⁽⁴⁾.

Por sua vez, pensar em qualidade do cuidado implica ultrapassar a lógica dos processos, das estruturas e dos resultados, quando a articulamos à questão da responsabilidade social dos profissionais e serviços de saúde. Responsabilidade social do hospital com a comunidade, no sentido de retornar-lhe o investimento em forma de benefícios em saúde, como retorno do investimento realizado com recursos públicos.

Nesta perspectiva, a qualidade de serviços de saúde para os indivíduos e populações aumenta a probabilidade de resultados de saúde politicamente almejados e de acordo com o conhecimento disponível. Ou seja, qualidade deveria: abranger a avaliação de todo sistema; proporcionar acesso aos serviços necessários e apropriados para todos; atender às expectativas da população e detectar se o estado de saúde está melhorando. Além destes aspectos arrolados, o foco da qualidade está no acesso ao cuidado; na definição da herança cultural, das características sociais, demográficas, geografia ou diagnósticas; na inclusão dos mais vulneráveis e na detecção da fonte de vulnerabilidade e da seriedade do problema de saúde⁽³⁾. Assim, qualidade é redimensionada como uma das importantes balizas do direito à proteção da saúde.

Mediante as atuais balizas do direito à proteção da saúde, é necessário enfocar a problemática hospitalar e suas soluções, talvez re/significando alguns pressupostos já tornados senso comum nos processos de modernização. Em primeiro, a garantia do direito à saúde pode e deve ser pensada como ideal e meta que sofre limitações concretas de realização, tanto por condições inerentes à vida humana – que seguirá adoecendo e morrendo; que nunca será homogeneizada em suas diferenças, como por desigualdades e iniquidades produzidas e evitáveis. A satisfação do usuário e suas respectivas percepções sobre saúde⁽³⁾ também serão produzidas na complexa interação dos contextos que costumamos identificar e isolar em fatores e padrões sócio-econômicos-culturais.

Um outro pressuposto abarca as importantes questões da medicalização da saúde, do desequilíbrio na distribuição dos recursos, da síndrome da escassez de recursos, da segmentação, da desintegração e das deficiências na capacidade de trabalho em rede de nossos sistemas⁽³⁾. Deste modo, acredita-se que a experiência mundial pode nos mostrar o quanto a idéia de que a produção em saúde e seus níveis de eficiência devem ser acompanhadas de uma vigilância e melhoria da qualidade dos serviços está distante das

decisões que levam em consideração o critério de custo. Ou seja, está incluso nos modos do sujeito experimentar o processo de saúde-doença, ora um sucesso “garantido” de formas de intervir mediados pelos insumos tecnológicos, ora um esvaziamento das maneiras de assegurar tal avanço tecnológico para todos.

Por isso, um último pressuposto supõe a participação social. Isto é, na medida em que a questão é saber quais avanços tecnológicos importam, todo usuário de saúde – profissional e cliente/paciente – deveria participar nas decisões relativas a sua atenção, como uma característica importante da qualidade. Ao se considerar a atenção à saúde como um bem público, cujos benefícios e riscos superam o próprio indivíduo, a sociedade deve avaliar a qualidade da atenção⁽³⁾, talvez priorizando a qualidade de procedimentos que possam ser disponibilizados e acessados por muitos.

No âmbito de enfermagem, sempre existiu ações informais para auferir a qualidade da assistência, representadas pela preocupação das enfermeiras em seguir rigorosamente os procedimentos executados, acreditando-se, com isso, que seriam assegurados os resultados almejados⁽⁵⁾. No entanto, pretende-se, aqui, analisar como a re/significação dos referidos pressupostos ressoa na busca de qualidade no serviço de enfermagem. Busca-se, então, através desta revisão, resgatar o que têm sido destacado nas questões relativas à qualidade da assistência de enfermagem e visibilizar alguns dos espaços já há muito ocupado pelos profissionais da enfermagem e outros espaços ora preponderantes de serem ocupados.

3. DE FLORENCE ÀS EXIGÊNCIAS DO NÍVEL 3 PELA ONA: BREVE RELATO HISTÓRICO

Os resultados obtidos a partir de Florence Nightingale, ao atuar na guerra da Criméia em 1854, já representam um marco para a qualidade da assistência de enfermagem. Ou seja, ela, ao incrementar o agrupamento dos pacientes por tipo de tratamento, estabeleceu um precedente, por exemplo, para o atual conceito de triagem. Além disso, utilizou sistematicamente dados de mortalidade para melhorar os cuidados prestados aos soldados feridos⁽⁶⁾. Florence recomendava, também, o agrupamento dos pacientes mais graves e com maior grau de dependência em um setor onde a enfermagem possa manter uma vigilância e atendimento constantes. Mas, a sua preocupação central são os fatores ambientais (ar e água limpos, controle de ruídos, rede de esgotos adequada, diminuição da sensação de frio, entre outros) e as formas pelas quais estes afetam a recuperação do paciente^(4,7).

Vários anos depois, no início do século XX, o médico cirurgião Codman, inspirado em Florence, passa a preconizar a qualidade dos resultados das intervenções médicas nos hospitais. *A posteriori*, em 1917, o Programa de padronização hospitalar realiza auditoria em 692 hospitais americanos e detecta que apenas 89 cumprem os padrões mínimos estabelecidos na época. O Colégio Americano de cirurgiões aprimora tais padrões mínimos em 1924⁽⁴⁾, refletindo que o conceito de padrão pressupõe um acordo definido de maneira consensuada por um grupo *ad hoc*. Conseqüentemente, os padrões não seriam verdades universais, senão acordos sobre a melhor maneira de organizar e executar as ações que conduzam a obtenção dos resultados procurados. Isto é verdade, inclusive para o caso dos padrões clínicos, que apesar de estarem baseados no conhecimento da ciência biomédica, costumam ser objeto de importantes debates antes e depois de serem estabelecidos em um contexto determinado. Na ausência destes padrões, cada agente de prestação de serviços cria seu próprio padrão ou protocolo de atenção que pode ou não coincidir com o estado atual do conhecimento e da tecnologia. De outra forma, não se explicam as marcadas variações na prática clínica, sob condições, aparentemente, similares⁽³⁾.

Após os princípios norteadores de Florence, somente em 1950 é que a enfermagem de Washington divulga os “Princípios científicos aplicados à enfermagem”. As estudiosas que desenvolveram as Teorias de Enfermagem, em suas mais diversas perspectivas, foram propulsoras deste debate. Inclusive, no Brasil, em 1977 o Ministério da Saúde, juntamente com a

OPAS, sistematiza os padrões mínimos de assistência de enfermagem. Recentemente se intensificam intercâmbios entre mobilizações comprometidas com questões da sistematização da assistência de enfermagem com os diagnósticos de enfermagem e com os indicadores de processos e de resultados das ações de enfermagem⁽⁴⁾. Mesmo considerando esta faceta de integração, há que reconhecer grandes restrições. Ousa-se afirmar, aqui, que existe uma lacuna entre o que se diz e o que se faz na enfermagem em termos de qualidade da assistência. Só que desta vez a lacuna situa-se na direção contrária: faz-se mais do se diz.

Paralelamente, a estes movimentos na enfermagem, a intitulada “*Joint Commission on Accreditation of Hospitals*” – JCAHO – é instituída em 1959 e alterada em 1987 para Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*). Também em 1987 é legitimado o Certificado ISO – *International Standard Organization*, o que, na verdade, já tinha sido criado em 1946 na Suíça⁽⁴⁾. Tanto a JCAHO como a ISO são mecanismos que objetivam desencadear um determinado padrão mundial de qualidade.

Por sua vez, o médico Avedis Donabedian, com ampla divulgação de seu referencial teórico alavancado em 1960, é ainda considerado o papa mundial da temática Qualidade na Saúde, principalmente por ter abordado as questões de avaliação de qualidade, monitorização dos serviços e resolutividade dos programas assistenciais⁽⁴⁾. Ele propõe um modelo para avaliação dos serviços de saúde que consiste na inspeção da estrutura existente, no estudo dos processos médico-assistenciais e administrativos utilizados e na verificação do resultado da internação, fundamentado na teoria dos Sistemas⁽⁸⁾. Dentre elas, enfoca o indicador de resultado que abrange as conseqüências dos cuidados ou de sua falta⁽⁶⁾. É de Donabedian a conceituação dos sete pilares da qualidade⁽⁶⁾: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, respeitabilidade, legitimidade e equidade. Sustenta a noção de que a preocupação com a avaliação dos serviços de saúde pode se articular ao aumento da possibilidade de recuperação e à redução da probabilidade do aparecimento de eventos indesejados. Enfim, Donabedian tem sido lembrado e citado, invariavelmente, por todos os que estudam o tema da qualidade⁽²⁾.

A lógica que permeia este tipo de avaliação poder-se-ia centrar na idéia de que uma boa infra-estrutura promove a qualidade e a produtividade. Entretanto, a excelência da planta física e dos equipamentos apenas informa o potencial da instituição, mas não avalia a sua efetividade e eficiência. Pode ocorrer que a alocação crescente de recursos para manter ou ampliar a estrutura não cause impacto significativo sobre a qualidade médico-assistencial, administrativa e a produtividade. Neste sentido, o elemento humano que presta a assistência, com seus valores morais, sua formação profissional, sua atualização técnico-científica e o seu comprometimento influenciam muito mais na qualidade da assistência e na produtividade⁽⁸⁾.

Em 1997, o Ministério da Saúde inicia um programa denominado Acreditação Hospitalar, que é de cunho voluntário e pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar à população, autoridades sanitárias e fornecedores/consumidores de serviços de saúde, um padrão de qualidade compatível com uma referência externa. Assim, atualmente, no Brasil, duas organizações destacam-se por disponibilizarem elementos capazes de monitorar a qualidade nos estabelecimentos de saúde: a Organização Nacional de Acreditação (ONA), ligada ao Ministério da Saúde, e a norte-americana JCAHO⁽⁵⁾.

Os serviços hospitalares em avaliação pela ONA são: liderança e administração; serviços profissionais e organização da assistência – no qual a enfermagem está inserida –; serviços de atenção ao paciente/cliente; serviço de apoio ao diagnóstico; serviços assistenciais e de abastecimento; serviços de infra-estrutura e apoio logístico; ensino e pesquisa. Para fins de avaliação a ONA distingue três níveis. Ou seja, para atingir o nível 1 as instituições necessitam priorizar a estrutura e a segurança; no nível 2 acrescenta-se a descrição e o registro dos processos internos e, para conseguir o melhor nível de acreditação, que é o 3, elas devem focar os processos vinculados à sua estratégia e melhoria contínua da qualidade. Para se alcançar

o nível 3, todos os serviços deverão obter o nível de acreditação 3⁽⁹⁾. Logo, se apenas um dos serviços obtém nível 2, toda a instituição recebe a acreditação nível 2 com suas respectivas conseqüências, pois menor nota, significa menores recursos disponibilizados.

Normalmente, os serviços de enfermagem nos hospitais apresentam como pontos fortes no nível ONA 1: presença responsável técnico habilitado, assim como supervisão contínua e sistematizada nas diferentes áreas; adequado quantitativo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem às demandas de atendimento da instituição; escala que assegura a cobertura da assistência nas 24 horas; registros de evolução e administração de cuidados e medicamentos em prontuários, bem como processo de auditoria por equipe específica e registros nos prontuários dos procedimentos e controle de pacientes internados; comissões obrigatórias de enfermagem. Neste ínterim de entendimento é asseverado que uma enfermagem em situação de trabalho hospitalar deficiente pode determinar a associação entre a razão pacientes por enfermeiros e mortalidade-complicação pacientes⁽¹⁰⁾.

Já, no nível 2 destacam-se: disposição de manuais de procedimentos operacionais padronizados (Pops) por todas as unidades que utilizam serviços de enfermagem; representação de todas as unidades na elaboração dos Pops; utilização de programa de educação e capacitação continuada; existência de grupos de trabalho voltados para a melhoria do atendimento de enfermagem em toda a instituição; evidência de procedimentos direcionados para o seguimento de cuidados e de casos; presença dos indicadores de qualidade assistencial “queda do leito”, “erros de medicação” e “incidência de escaras”; qualidade assistencial aprimorada através do diagnóstico de enfermagem; participação da equipe de enfermagem na elaboração e treinamentos de protocolos clínicos. Por fim, os pontos fortes na enfermagem nível 3 seriam: integração no programa institucional da qualidade e produtividade; organização de um “plano de metas com resultados numéricos” e classificadas em atingidas, não atingidas e em andamento; procura de aperfeiçoamento da qualidade assistencial; evidência de pesquisa de satisfação dos usuários – funcionários e pacientes.

Contudo, as instituições não atingem, normalmente, o nível 3 de Acreditação por deixarem a desejar na elaboração dos indicadores epidemiológicos, que deveriam ser utilizados no planejamento e na definição do modelo assistencial e na comparação de resultados obtidos com referenciais e análise do impacto gerado junto à comunidade e ao sistema de análise da satisfação dos usuários⁽⁹⁾. Os resultados obtidos reportam a algumas tentativas não tão recentes, mas que têm se inserido de modo lento e desconexo nas práticas da enfermagem brasileira. Uma destas tentativas é a da Associação de Enfermeiros dos Estados Unidos (ANA) que, em 1995, recomendou alguns indicadores de qualidade focados no paciente: infecção hospitalar; taxa de dano ao paciente; manutenção da integridade da pele; total de horas de enfermagem fornecidas ao paciente dia (ajustado à gravidade); satisfação do paciente com cuidado de enfermagem, com o gerenciamento da dor e com a educação para saúde recebida; avaliação e implementação dos cuidados requeridos pelo paciente. A ANA busca avaliar também a satisfação da própria equipe de enfermagem. Outra tentativa é vinculada ao sistema de Classificação de Resultados do Paciente (NOC), desenvolvido em 1997 pelo mesmo grupo responsável pela Classificação de Intervenções de

Enfermagem (NIC), sendo que a NOC é considerada como uma classificação integral e normalizada dos resultados obtidos com os pacientes, desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem. Acrescenta-se a estas tentativas a preocupação em atualizações acerca das pesquisas que envolvem a prática da enfermagem, entre elas a *Evidence-based Nursing*, os *guidelines* e os *standards*⁽⁶⁾.

4. CONTINUIDADE OU RUPTURA?

Enfim, após este breve relato histórico, pode-se afirmar que, atualmente, há vários mecanismos que buscam assegurar padrões de qualidade na assistência hospitalar, documentar a qualidade do tratamento⁽¹²⁾ e incrementar as auditorias interdisciplinares – guias autoregulados por uma ferramenta desenvolvidos em cooperação entre profissionais para otimização dos diagnósticos corretos iniciais, dos planos de ação, do tempo de espera para exames e da informação sobre pacientes⁽¹³⁾. Neste ínterim, no processo de Acreditação, tem sido reforçado que o papel de um corpo de enfermagem comprometido com o programa de qualidade é fundamental, pois é ele, entre todos os que trabalham nos hospitais, o único grupo profissional com presença permanente, familiarizado durante e depois da formação acadêmica com temas gerenciais e de auditoria clínica e com habilidade ímpar para assessorar a implementação e a monitorização de todo o processo⁽⁴⁾.

E, embora muitas/os enfermeiras/os ainda desconheçam ou questionem a importância de trabalhar com indicadores nos processos do cuidado ao paciente, esse é um tema que tem entrado fortemente nas práticas das instituições de saúde, não sendo possível a enfermagem ficar à margem. Passou-se, pois, de padrões mínimos de estrutura para padrões mais complexos⁽⁶⁾.

Mas, o que tem sido disseminado é que a enfermagem está acoplada a processos mais amplos de produção na saúde. O enfermeiro vê seu produto reconhecido, mas como parte de outro, que não raro ofusca sua ação e seus resultados. Isto tem levado a um senso de menor importância quanto ao que produz. O reconhecimento da importância dos componentes de um produto maior depende de suas identificações, pela constatação de que eles existem e requerem conhecimento, habilidades e esforços para serem obtidos⁽¹¹⁾.

Nesta direção, deve-se aprimorar a idéia de que o tratamento médico em si é apenas um determinante de saúde. Ou seja, outros fatores têm importantes efeitos nos resultados, por exemplo, a nutrição, o ambiente, o estilo de vida e a classe social.

Em suma, acredita-se que encontramos a qualidade do serviço de enfermagem hospitalar ora através de continuidade e ora por meio de possibilidades de ruptura. Continuidade, na medida em que, mais do que nunca, os pressupostos de Florence e de tudo aquilo que a enfermagem vem desenvolvendo, desde lá, anda na direção de uma amplitude maior de compreensão ao operar-se com o binômio saúde e doença dos indivíduos. Possibilidades de ruptura, quando esta mesma enfermagem legitimar seu fazer, registrando e informando os resultados de seu trabalho, além de inserir-se como profissional apto a desencadear questões problematizadoras no momento de definições acerca do que pode contar para a população como sendo atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

- Rodrigues MV. Ações para a qualidade. Rio de Janeiro (RJ): Qualitymark; 2004.
- Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde. São Paulo (SP): Manole; 2001.
- Organização Pan Americana de Saúde. A gestão da qualidade. In: Organização Pan Americana de Saúde. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília (DF): OPAS/OMS; 2004. p. 215-49.
- Feldman LB. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde. critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo (SP): Martinari; 2004.
- Tronchin DMR, Melleiro MM, Tokahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgart P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p.75-88.
- Jung G. O estado da arte: enfermagem baseada em evidências e os protocolos clínicos. In: Mancia JR, Vargas MAO. Livro-Temas da 66ª Semana Brasileira de Enfermagem. A bioética e os modos de ser da enfermagem. Brasília (DF): Associação

Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar?

- Brasileira de Enfermagem; 2005. p.58-74.
7. Torres G. Florence Nightingale. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p.38-48.
 8. Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar. Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001.
 9. Organização Nacional de Acreditação. (citado em 15 abr 2006). Disponível em: URL:<http://www.ona.org.br>
 10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002;288(16):1987-93.
 11. Erdmann AL, Silva MA, Erdmann RH, Ribeiro JA. O reconhecimento do produto do sistema organizacional de cuidados de enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde 2005;4(1).
 12. Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. Int J Quality Health Care 2003;15(1): Supplement: i5-i11.
 13. Qvist P, Rasmussen L, Bonnevie B, Gjørup T. Repeated measurements of generic indicators: a Danish national program to benchmark and improve quality of care. Int J Quality Health Care 2004;16(2):141-8.
-