

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem

The movement for quality in healthcare and nursing services

El movimiento por la calidad en los servicios de salud y enfermería

Maria D'Innocenzo

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora Adjunta do Departamento de
Enfermagem da UNIFESP.
innocenzo@denf.epm.br*

Nilce Piva Adami

*Enfermeira. Professora Titular Aposentada da
Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública e
Administração Aplicada à Enfermagem do
Departamento de Enfermagem da UNIFESP.
Orientadora.*

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

*Enfermeira. Doutora em Saúde Pública.
Professora Adjunta do Departamento de
Enfermagem da UNIFESP.*

*Parte da tese apresentada à
UNIFESP/Linha de Pesquisa de Gerenciamento de
Serviços de Saúde e Enfermagem.*

RESUMO

Revisão da literatura sobre qualidade em serviços de saúde e enfermagem. Descreve a trajetória do movimento mundial pela qualidade e sua inserção nos serviços de saúde, pontuando o referencial teórico de Donabedian e, abordando a Sistematização de Assistência de Enfermagem como base para a qualidade dessa assistência prestada ao usuário.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde/Acesso e avaliação; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Processos de enfermagem.

ABSTRACT

Literature review about quality in healthcare and nursing services. It describes the trajectory of a worldwide movement toward quality and its insertion in the health services, based on the theoretical referential of Donabedian, approaching nursing care systematization as a basis for the quality that is delivered to the users.

Descriptors: Health care quality/Access, and evaluation; Quality indicators, health care; Nursing process.

RESUMEN

Revisión de la literatura sobre la calidad en servicios de salud y enfermería. Describe la trayectoria del movimiento mundial por la calidad y su inserción en los servicios de salud puntuando el referencial teórico de Donabedian, abordando como base para la calidad de la asistencia de enfermería prestada al usuario a la sistematización de esta asistencia.

Descritores: Calidad de la atención de salud/acceso y evaluación; Indicadores de calidad de la atención a salud; Procesos de enfermería.

D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando com o correr dos tempos, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento⁽¹⁾.

Os conceitos de gerência da qualidade foram desenvolvidos no contexto industrial, inicialmente a partir de pensadores norte-americanos. Seu apogeu se deu na indústria japonesa do pós-guerra. Neste cenário, Deming que é considerado um teórico nesta área, propôs um Método por meio do qual a qualidade é alcançada⁽¹⁻³⁾.

Teóricos como Crosby, Deming, Juran, Ishikawa e Taguchi desenvolveram concepções e modelos trazendo novos enfoques a respeito da produção e dos serviços. Estes pensadores criaram conceitos, métodos e técnicas para implantar, manter e avaliar a qualidade. O enfoque dos princípios sobre melhoramento contínuo foi transferido para as outras áreas de atuação. Concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que significaria qualidade⁽¹⁻⁷⁾.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas faz recomendações para as atividades das organizações, seja no setor industrial ou comercial, privado ou governamental, apresentando normas para sistemas da qualidade. A finalidade é auxiliar as empresas a documentar com eficácia os elementos dos sistemas que devem ser postos em prática para mantê-los eficientes e com qualidade⁽⁸⁾. Assim, diversas instituições se mobilizaram no sentido de adotar estas recomendações para mensurar e monitorar a qualidade dos seus produtos e serviços. E o movimento pela qualidade incorporado na indústria nos anos 50, foi sendo lentamente absorvido pela área da saúde na década seguinte e início dos anos 70⁽³⁾.

Submissão: 28/11/2005

Aprovação: 03/02/2006

A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Desde que teve início o atendimento médico-hospitalar, pôde-se identificar uma preocupação com a qualidade, uma vez que parece pouco provável o fato de alguém atuar sobre a vida de seu semelhante sem manifestar a intenção de fazê-lo com a melhor qualidade possível.

Berwick^(9,10) afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade. Contudo, a evolução da qualidade nos serviços de saúde, embora recente, seus antecedentes situam-se na metade do século XIX⁽¹¹⁾.

Em geral, a avaliação da qualidade é realizada tendo por base variáveis gerenciais, segundo o enfoque de sistemas. Procura medir as condições estruturais dos serviços, desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal, e/ou do desempenho do equipamento. Outras maneiras de realizar a avaliação são através de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica e da indicação e aplicação apropriada da terapêutica⁽¹²⁾.

Assim, os serviços de saúde iniciaram o engajamento no movimento pela qualidade já existente em outras áreas de atuação. Avedis Donabedian^(13,14), pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi o pioneiro no setor saúde, sendo o primeiro autor que se dedicou de maneira sistemática a estudar e publicar sobre qualidade em saúde. Este autor, absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado adaptando-os ao atendimento hospitalar, abordagens que se tornaram um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

O componente **Estrutura** corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O componente **Processo** corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.

O componente **Resultados** corresponde às conseqüências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para conhecer as razões das diferenças encontradas, de forma a planejar intervenções, que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Neste sentido, ganha relevância a avaliação dos resultados obtidos pela assistência prestada, com o objetivo de intervir nos vários componentes dos sistemas e sub-sistemas, para operar mudanças e melhorar a qualidade dos serviços.

Donabedian⁽¹⁶⁾ sugere verificar as anotações de enfermagem, e compara-las com os registros médicos, no sentido de obter informações mais fidedignas sobre os fatos, avaliando também, coerência entre a história clínica e a assistência prestada.

Este mesmo autor⁽¹⁶⁾ relata que na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver a base científica para mensurar a efetividade e a eficiência; equilibrar a assistência prestada nos aspectos técnicos e nas relações interpessoais; equilibrar, na assistência, a efetividade e os custos, assim como, os valores individuais e sociais. Lembra ainda, que é importante avaliar a habilidade para identificar o

que é mais efetivo e eficiente em termos de assistência à saúde, pois depende do conhecimento científico prévio, caso contrário os juízos sobre qualidade podem ser duvidosos⁽¹⁷⁾.

Outro fator que este teórico considera, é que devem ser formados sistemas inter-relacionados compostos por elementos novos e antigos; de atividades centralizadas e descentralizadas; de controle e de motivação; de reconhecimento de falhas e de ações educativas; de prevenção de riscos e de promoção da qualidade. Os elementos internos e externos da instituição não devem se opor, mas se complementar por meio de um sistema de informações que facilite a contínua vigilância do desempenho como um elemento de todo o sistema de garantia da qualidade. Relata ainda, como imprescindível a participação ativa do usuário, junto com o médico, no seu próprio cuidado. Assim, todos os aspectos relacionados com a qualidade são relevantes, contudo, a prioridade é a avaliação dos métodos que garantem a qualidade e, esta deve ser conhecida, aceita e julgada necessária na vida profissional. Propõe como mecanismos o incentivo na educação profissional; a participação e capacitação na vida profissional e o apoio institucional e político. Em 1985 considerou ainda, que existe uma Epidemiologia da Qualidade com sua tradicional tríade, envolvendo tempo, lugar e pessoas e que este modelo é aplicável para o estudo da melhoria da qualidade em saúde⁽¹⁸⁾.

Estes vários empreendimentos demonstram o interesse em relação à avaliação da qualidade dos serviços de saúde e especialmente das instituições hospitalares. Assim, a discussão sobre qualidade permite que se amplie o campo conceitual e facilite a operacionalização da avaliação da qualidade dos serviços de saúde⁽¹⁹⁾. Donabedian⁽²⁰⁾ ainda estabeleceu sete atributos como os pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, quais sejam: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Também fazem parte de atributos da qualidade: equidade, acessibilidade, adequação e, qualidade técnico-científica⁽²¹⁾. São citadas ainda, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário⁽¹⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde^(22,23) em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde.

A respeito de qualidade, um dos conceitos relacionados é o da avaliação, que significa atribuir valor a uma coisa emitindo um juízo de valor que depende muitas vezes dos valores de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador. Sendo assim, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização, como nos aspectos de políticas, de programas, serviços ou sistemas⁽²⁴⁾. Assim, a avaliação é um processo intencional, técnico e político, isento de neutralidade e que pode ser aplicado a qualquer ramo de atividade profissional, tipo de serviço ou organização, utilizando diversas áreas do conhecimento^(7,25).

Embora existam uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível⁽⁹⁾.

Um indicador pode ser definido como um sensor que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. Este processo deve ser visto como algo positivo, estabelecendo assim, objetivos cada vez mais próximos ao ideal, e tentar alcançá-los.

A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade pois proporciona uma medida e permite o monitoramento

e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

Os atributos que dão o grau de excelência a um indicador são: **disponibilidade**: dados de fácil obtenção; **confiabilidade**: dados fidedignos; **validade**: deve ser em função das características do fenômeno que se quer ou necessita medir; **simplicidade**: facilidade de cálculo a partir das informações básicas; **discriminatoriedade**: o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais; **sensibilidade**: o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área; **abrangência**: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever; **objetividade**: deve ter um objetivo claro; **baixo custo**: altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira; **utilidade**: as informações obtidas devem ser utilizadas para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço⁽²⁶⁾.

Embora existam inúmeras dúvidas conceituais sobre o assunto indicadores de qualidade, como questões relacionadas à metodologia de aplicação e análise e uso efetivo dos resultados encontrados, é necessário que se incentive a troca de experiências e a divulgação de estudos e pesquisas sobre a utilização de indicadores⁽²⁶⁾.

Um estudo realizado em hospitais de Santa Maria em 1998, indicava a dificuldade de avaliação na área hospitalar pela falta de tradição da utilização de indicadores de desempenho institucional de forma sistematizada e integrada, tanto nos aspectos qualitativos, como nos quantitativos⁽²⁷⁾. Em estudo realizado em 2001, das 97 instituições hospitalares do Estado de São Paulo que responderam à pesquisa, 23% afirmaram ter alguma iniciativa visando a qualidade hospitalar. Deste segmento, a maioria informou monitorar indicadores gerenciais⁽²⁸⁾, demonstrando o interesse crescente dos dirigentes das instituições hospitalares em avaliar e monitorar a qualidade, tanto de cuidados ao paciente, como de atividades de apoio.

Assim, para avaliar a qualidade nos serviços de saúde é necessário considerar uma série de variáveis, monitorar indicadores e responder a estas questões: onde, com o que, como, o que, quando, e por que estamos fazendo algo, e isto implica no interesse de se obter qualidade⁽²⁴⁾.

O DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE NO MUNDO E NO BRASIL

Os Estados Unidos desde o início do século 20 enviam esforços para melhorar os hospitais e faculdades de medicina, a partir dos trabalhos de Flexner, Codman e do Colégio Americano de Cirurgiões⁽³⁾. A criação em 1951 da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que em 1988 passou a denominar-se Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) com a finalidade de monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio da acreditação, foi um marco para o desenvolvimento da qualidade. Devido à complexidade do trabalho, passou a contar gradativamente com a colaboração de outras instituições como a Associação Médica Americana e a Associação Americana de Hospitais, de profissionais (odontólogos e enfermeiros) e de representantes de consumidores^(3,11). Nos últimos anos, a JCAHO passou a direcionar sua atuação por meio de indicadores de desempenho ajustados à clínica e à gravidade do estado dos pacientes, monitorando também o desempenho institucional. Mais recentemente assumiu um papel educativo com a publicação de documentos contendo normas, padrões e recomendações⁽³⁾.

No Canadá a implantação de medidas destinadas a assegurar a qualidade da assistência ocorreu de forma semelhante à dos Estados Unidos. Uma lei do Ministério da Saúde em 1983 determinou que todos os hospitais contassem com programas destinados à garantia da qualidade. Nos países da Europa esse movimento surgiu por volta dos anos 70 tomando impulso

no final da década de 80, tendo por base os aspectos éticos e profissionais assim como a competitividade entre instituições⁽¹¹⁾.

Quanto aos países da América Latina e do Caribe, é difícil identificar ações concretas visando a garantia da qualidade de forma sistemática e extensiva como nos Estados Unidos da América, Canadá e países europeus. Existe contudo, um movimento iniciado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Federação Latino-Americana de Hospitais que propôs um modelo de acreditação de hospitais, discutido em diversos países e considerado passível de adoção dada sua flexibilidade⁽¹¹⁾. Ainda sobre acreditação, estudo revela que 68% dos países latino-americanos, iniciaram a acreditação hospitalar embora em alguns, a implementação, seja ainda, de forma limitada⁽²⁹⁾.

No México, pesquisadores encontraram um impacto positivo de cobertura, acessibilidade e qualidade nos serviços de saúde das localidades pesquisadas com melhoria dos principais indicadores de saúde da população infantil e materna, apesar dos resultados poderem ou não ser atribuídos exclusivamente ao programa desenvolvido⁽³⁰⁾.

No Brasil, principalmente a partir dos anos 90, instituições públicas e privadas estão desenvolvendo estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade⁽²⁸⁾.

A Constituição da República Federativa Brasileira, o Código de Defesa do Consumidor e o Manual dos Direitos do Paciente, propiciaram esclarecimento, orientação e conhecimento dos seus direitos e responsabilidades. Assim, o relacionamento entre os profissionais de saúde e clientes, deverá ser mais humanizado com vistas a obter-se um resultado mais satisfatório para todos^(13,31).

No Estado de São Paulo, em 1991 foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), patrocinado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Esta proposta tem apoiado os esforços da OPAS para implantar no Brasil um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar contando com a adesão de aproximadamente 100 hospitais do Estado e tem como objetivo principal realizar avaliação do atendimento médico-hospitalar prestado à comunidade, de maneira responsável, isenta e transparente, possibilitando a adoção de um novo modelo de serviço e introdução de instrumentos gerenciais que conduzam a maior eficácia e eficiência⁽³¹⁾.

Iniciativas semelhantes às do CQH ocorreram em outros estados brasileiros alinhados aos princípios do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Este é resultado de um conjunto de ações desenvolvidas em seminários e oficinas de trabalho coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, utilizando como base inicial o Manual de Acreditação da OPAS, adaptado à realidade brasileira. Este programa propõe a participação voluntária, de instituições envolvidas com a saúde com o objetivo de estimular a melhoria contínua da qualidade da assistência, permitindo desta forma, que os hospitais acreditados sigam critérios básicos comuns, conquistando a confiança dos usuários, independente do local em que estes sejam atendidos⁽³²⁾.

A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Em meados do século XIX, Florence Nightingale lançou as bases da Enfermagem moderna, desenvolvendo a organização dos hospitais de campanha visando a melhoria da qualidade do atendimento diminuindo significativamente o número de infecções e a mortalidade dos soldados ingleses feridos na guerra da Criméia. Os ensinamentos desta enfermeira são ainda considerados apropriados, constituindo-se numa base teórica para a prática, tanto quanto o foi na metade desse século^(13,33).

Diversos autores⁽³³⁻⁴²⁾ preocuparam-se com a qualidade da assistência de enfermagem, desenvolvendo estudos para avaliação dos cuidados prestados aos pacientes. A auditoria em enfermagem, iniciada por enfermeiras norte-americanas em 1955 e brasileiras em 1970, representa

o envolvimento destas profissionais com a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente⁽³⁶⁾.

A qualidade desta assistência é influenciada por diversos fatores tais como: a formação profissional, o número de profissionais disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições. Assim, a avaliação sistemática desses fatores que interferem nas ações de enfermagem deve propiciar informações para subsidiar as intervenções necessárias visando os resultados desejados⁽⁴¹⁾. Quando se fala em qualidade da assistência de enfermagem, como um fator fundamental para o benefício do cliente, é importante esclarecer o que se entende por qualidade da assistência e o que é esperado dos profissionais envolvidos no cuidado para atingi-la⁽⁴³⁾.

O momento atual é marcado por imensas transformações: a globalização da economia, o custo crescente dos serviços, o contínuo progresso da ciência e da tecnologia, a rapidez da comunicação e os avanços da informática, a produção e difusão dos conhecimentos técnico-científicos colocados à disposição do público. Estas mudanças provocam um impacto nas diversas profissões, dentre elas a Enfermagem, aumentando ainda mais a responsabilidade dos profissionais com a sociedade. Em 1997 a força de trabalho em enfermagem já contava com cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo, predominantemente do sexo feminino, obtendo um incremento significativo nesses últimos anos. Esses possuem uma diversidade de conhecimentos e habilidades técnicas, compromissada com a qualidade da assistência. Desta forma pode e deve ser agente de mudanças e contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Enfocada na qualidade, a assistência de enfermagem deve ter como finalidade a contínua melhoria da prestação dos serviços, bem como a definição de estratégias para alcançá-la levando em consideração o custo-benefício. A eficácia das estratégias empregadas para alcançar a qualidade dos cuidados de enfermagem somente poderá ser visualizada mediante avaliações criteriosas e contínuas⁽⁴⁴⁾. A qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo contínuo. As estratégias que possibilitam à enfermeira o controle da qualidade da assistência, exigem seu comprometimento e competência técnico-científica, resgatando para o profissional e para a categoria a importância do seu papel no contexto da assistência à saúde⁽⁴⁰⁾.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem veio modificar as atividades da enfermeira que normalmente assume variados papéis nas instituições de saúde, gerando além da sobrecarga de trabalho, insatisfação com a profissão e indefinição do seu real papel. A introdução de novas disciplinas na área da saúde modificou seu papel de provedora para coordenadora, permitindo com isto, que ela se concentre no campo do conhecimento peculiar à enfermagem, sendo o processo de enfermagem o método pelo qual isto pode ser realizado⁽⁴⁵⁾.

O processo de enfermagem é composto por cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Estas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem sendo caracterizado como intencional, sistematizado, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. A utilização deste método de trabalho traz implicações para a profissão, para o cliente e para a enfermeira, definindo o alcance da prática e identificando padrões de cuidados de enfermagem. Garante o atendimento ao cliente com qualidade, ao mesmo tempo em que o estimula a participar dos cuidados. Por fim, promove o aumento da satisfação e a intensificação de

crescimento profissional⁽⁴⁵⁾. A mudança da forma de abordagem científica em relação ao atendimento das necessidades básicas é resultado da aplicação deste processo, acentuando ainda mais a preocupação das enfermeiras em avaliar suas ações⁽⁴⁶⁾.

Tendo em vista o movimento mundial pela qualidade, a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população e a importância do serviço de enfermagem para a efetivação desta assistência, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para melhorar progressivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A qualidade da assistência da enfermagem envolve aspectos primordiais como os conhecimentos e as habilidades, as crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, o ser enfermeiro e o estar exercendo a profissão. Os conhecimentos que fundamentam as ações de enfermagem constituem um conjunto teórico, a ciência da enfermagem e são expressos operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca por meio da sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com os recursos disponíveis. A habilidade envolve a capacidade de cuidar, constituindo um dos alicerces da qualidade da assistência. As crenças e os valores individuais, profissionais e institucionais, influenciam o padrão estabelecido para a assistência de enfermagem que se fundamenta na qualidade dos resultados desejados da interação do enfermeiro com o cliente e reflete-se no compromisso do ser enfermeiro e do estar exercendo a profissão⁽³³⁾.

Os profissionais de enfermagem têm contribuído para o desenvolvimento da qualidade assistencial e institucional participando dos processos avaliativos em situações distintas, isto é, em determinadas condições o profissional e seu trabalho são avaliados e em outros momentos, o enfermeiro é um dos agentes avaliadores como nos casos da acreditação e da avaliação de riscos profissionais-legais.

A padronização dos processos de avaliação vem evoluindo e aprimorando a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para vários serviços hospitalares⁽⁴⁷⁾, dentre eles o da Enfermagem. Aponta-se cada vez mais a necessidade de implementar ações educativas que contemplem além dos aspectos técnicos-científicos, a inclusão de temas sobre ética e de humanização em busca do desenvolvimento integral dos grupos profissionais⁽⁴⁸⁾. Propostas a serem trabalhadas na educação continuada seriam, a visão holística do homem, a socialização do saber, o poder compartilhado e grande investimento em recursos humanos quanto à competência e liberdade de criar ou inovar⁽⁴⁹⁾, proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, superando as expectativas dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o movimento pela qualidade nos serviços de Saúde e Enfermagem é hoje uma necessidade incorporada à gestão dessas áreas a fim de assegurar a assistência livre de riscos ao usuário. Na Enfermagem onde o cuidar é a essência da profissão, a concentração de esforços em direção aos objetivos propostos deverá levar à melhoria contínua desta assistência. Isso implica na conscientização de toda a equipe quanto à sua importância e ao valor de suas ações. Dessa forma, comprometimento, cooperação, dedicação e aprimoramento contínuos de enfermagem deverão levar aos resultados desejados para o paciente e para os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Rauter R. Os novos caminhos da qualidade - sua importância para o alcance da competitividade - *Temas em Debate* 1992; 4: 20-9.
2. Walton M. O método Deming de administração. Rio de Janeiro (RJ): Marques Saraiva; 1989.

3. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de saúde e ações de saúde. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
4. Mendes VLP. Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde. Rev Bras Enferm 1993 jul-dez; 46(3/4): 211-25.
5. Mezomo J. O modelo industrial de melhoria de qualidade aplicado aos serviços de saúde. Hosp Adm Saúde 1994 mai-jun; 18(3): 155-60.
6. Santos SR. Qualidade total no serviço de enfermagem. CCS 1994 abr-jun; 12(2): 64-9.
7. Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Acta Paul Enferm 1995; 8(4): 47-55.
8. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Coletânea de Normas de Sistemas de Qualidade. Rio de Janeiro (RJ): ABNT; 1996.
9. Escrivão JRA. Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo: relatório de pesquisa. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2004.
10. Berwick DM. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo (SP): Makron Books; 1995.
11. Adami NP. Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Acta Paul Enferm 2000; 13(esp-pt I): 190-6.
12. Novaes HM, Paganini JM. Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para a América Latina e do Caribe. Organização Pan-Americana de Hospitais/Organização Mundial da Saúde – Federação Latino Americana de Hospitais. Brasília (DF): Editora da Federação Brasileira de Hospitais; 1992.
13. Associação Paulista de Medicina/ Conselho Regional de Medicina CQH-Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo. São Paulo (SP): Ateneu; 1998.
14. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan (USA): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.
15. Paganini JM. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado. Washington (USA): OPS; 1993.
16. Donabedian A. Evaluation de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud: OPAS-Public; 1992. p. 382-404.
17. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública 1993; 35(1).
18. Donabedian A. The epidemiology of quality. Inquiry 1985; 12.
19. Acurcio FA. Avaliação da qualidade de serviços de saúde. Saúde em Debate 1991 dez; 33: 50-3.
20. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 14.
21. Vuori HA. Qualidade da saúde. Cad Ciência Tecn: Saúde em Debate 1993 fev; 3: 17-25.
22. Racoveanu NT, Johansen KS. Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria. Foro Mundial Salud 1995; 16: 158-65.
23. Gilmore CM, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade OPS/Kellogg. Washington (USA): [s.e.]; 1997.
24. Malik AM. Avaliação, qualidade, gestão... para trabalhadores da área da Saúde e outros interessados. São Paulo (SP): Centro de Educação em Saúde/SENAC; 1996.
25. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pú 1994 jan-mar; 10(1): 80-91.
26. Bohomol E, D'Innocenzo M, Cunha ICKO. Indicadores de Qualidade – Conceitos e sistemas de monitoramento. Cad Centro Universitário S Camilo [s.d.]; 11(2): 75-81.
27. Silva US. Indicadores de qualidade e produtividade: um estudo nos hospitais de Santa Maria/RS [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 1998
28. Malik AM, Teles J P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. Rev Adm Empresas 2001 jul-set; 41(3): 51-9.
29. Schiesari LMC. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
30. Dantés OG. Evaluación de programa de salud para población no asegurada. Rev Saúde Pública 1999; 33(4): 401-12.
31. Governo do Estado de São Paulo/Secretaria de Estado da Saúde Direitos do Paciente. São Paulo (SP): SES; 1995.
32. Brasil. Manual de Acreditação Hospitalar. Coordenador Humberto de M. Novaes. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde Ministério da Saúde; 1998.
33. Cianciarullo TI. C&Q: teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo (SP): Ícone; 1997.
34. Feldman MA. Administração do Serviço de Enfermagem. São Paulo (SP): CESC/CEBRAE; 1976.
35. Hendrikx HM. Manual de organização e avaliação do serviço de enfermagem. São Paulo (SP): CEBRAE/DRHS; 1977.
36. Cerqueira LT. Auditoria em enfermagem: contribuição para o desenvolvimento de um instrumento de mensuração da qualidade dos cuidados de enfermagem a pacientes hospitalizados [memorial-livre docência]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1977.
37. Francisco MTR. Auditoria em enfermagem - padrões e critérios de avaliação e instrumentos. 3ª ed. São Paulo (SP): CEDAS - Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde; 1993.
38. Denser C. Auditoria dos indicadores de qualidade de enfermagem no Hospital Israelita Albert Einstein. In: Anais do 5º ENFTEC. São Paulo (SP) abr 1996. São Paulo (SP): ENFTEC; 1996.
39. Silva SH. Auditoria em enfermagem: proposta de um instrumento. In: Anais 39º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Salvador (BA). Salvador (BA): ABEn; 1987.
40. Silva SH. Controle da Qualidade Assistencial: implementação de um modelo [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo; 1994.
41. Kurcgant P, coordenadora. Administração em Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1991.
42. Cianciarullo TI, Fugulin FMD, Andreoni S. C & Q A Hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo (SP): Ícone; 1998.
43. Padilha MI. Qualidade de assistência: um benefício universal. Rev Hosp Adm Saúde 1991 set-out; 15(5): 210-5.
44. Oguisio T. A enfermagem e a mudança nos serviços de saúde. Enferm Agora 1997(8): 37-44.
45. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
46. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
47. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paul Enferm 2005; 18(2): 213-9.
48. D'Innocenzo M. Indicativos de qualidade dos recursos humanos de enfermagem das unidades de clínica médica de hospitais de ensino e universitários [tese]. São Paulo (SP): DENF, UNIFESP; 2001.
49. Kurcgant P. Educação continuada: caminho para a qualidade. Rev Paul Enf 1993 maio-ago; 12(2): 66-71.