

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nilce Piva Adami*
Aparecida Y. Yoshitome**

Resumo

Este trabalho, de revisão bibliográfica, visou abordar questões relacionadas aos aspectos teóricos e metodológicos de avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem. O enfoque do tema abrangeu o componente resultados, as classificações de enfermagem que visam mensurar resultados e os principais métodos e estratégias adotados para avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem prestados aos usuários dos serviços de saúde. **Descritores:** avaliação de resultados; qualidade dos cuidados de saúde; cuidados de enfermagem

Abstract

*This review study aimed at the theoretical and methodological assessment of nursing care outcome. The study focused on the element outcome as a means to assess the nursing care service quality as well as on the nursing care classification and on the main methods and strategies used for assessing the outcome of nursing care, provided by health services. **Descriptors:** outcome assessment, quality of health care, nursing care **Title:** Outcome assessment methods used in nursing care*

Resumen

*Este estudio de revisión bibliográfica, tuvo como objetivo abordar algunas cuestiones relacionadas a los aspectos teóricos y metodológicos de la evaluación de resultados de los cuidados de enfermería. El abordaje de este tema se fundamentó en el componente de resultado, en las clasificaciones de enfermería dirigidas a medir resultados y en los principales métodos y estrategias utilizados para evaluación de resultados de los cuidados de enfermería prestados a los usuarios de los servicios de salud. **Descriptores:** evaluación de resultado (atención de salud); calidad de la atención de salud; atención de enfermería **Título:** Métodos de evaluación de resultados de la atención de enfermería*

1 Introdução

Nos últimos anos do século XX ocorreu, em âmbito internacional, o despertar pelo tema qualidade da assistência à saúde por múltiplas razões: incremento das demandas por cuidados de saúde; custos crescentes para manutenção dos serviços de saúde e limitados recursos disponíveis; evidências de variação na prática clínica; usuários mais exigentes com a qualidade dos serviços prestados; pressão tanto dos profissionais de saúde que desejam condições adequadas de trabalho para um exercício ético nas instituições de saúde como dos governos que financiam os sistemas de saúde em diversos países e, que em todos têm o dever de zelar pela saúde de suas populações⁽¹⁻³⁾.

No Brasil, na década de 90, ocorreram algumas iniciativas independentes de acreditação hospitalar nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro^(4,5). Em 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade estabeleceu, como prioridade, o projeto de Avaliação e Certificação dos Serviços de Saúde e, em novembro de 1998 foi lançado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar pelo Ministério da Saúde. No ano seguinte, o Órgão Nacional de Acreditação (ONA) foi instituído juridicamente para credenciar as instituições acreditadoras sendo responsável também, pelo monitoramento do processo de acreditação desenvolvido por estas instituições^(6,7).

Observa-se também, a implementação de Programas de Garantia da Qualidade em instituições hospitalares, predominantemente do setor privado, ancorados no referencial teórico proposto para indústrias, no qual o cliente é considerado como a figura principal da definição de qualidade⁽⁸⁾.

Devido a este movimento ainda incipiente no país quando comparado às experiências já consolidadas nos Estados Unidos e Canadá⁽⁹⁾ considerou-se oportuno abordar, neste trabalho de revisão bibliográfica, questões relacionadas aos aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de

resultados de assistência de enfermagem visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde.

2 Quadro teórico para avaliação da qualidade em serviços de saúde

Apresenta-se a seguir, o quadro teórico que dá suporte às ações avaliativas.

A prestação de cuidados de qualidade se caracteriza pelos seguintes atributos: um alto grau de competência profissional; uso eficiente dos recursos; redução a um nível mínimo de lesões produzidas ou decorrentes da assistência; satisfação dos pacientes quanto às suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde; e, um efeito favorável na saúde^(10,11).

A corrente de avaliação da qualidade mais conhecida é a representada pelos trabalhos de Donabedian que, a partir dos anos 60, foi o primeiro autor que propôs as abordagens de estrutura, processo e resultado para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, fundamentado na Teoria de Sistemas⁽¹²⁾. Dentre elas, enfoca-se a de resultado que abrange as conseqüências do cuidado ou de sua falta. A estrutura e o processo podem influenciar o resultado e seus domínios remetem às mudanças atuais e futuras no nível de saúde de uma determinada população atribuídas aos serviços de saúde oferecidos a esta população. Assim, os resultados podem ser mensurados por meio de mortalidade, sintomas, capacidade para trabalhar ou realizar atividades da vida diária, recuperação, restauração de uma função, sobrevida ou como um perfil abrangendo sete categorias: longevidade, atividade, bem-estar, satisfação, enfermidade, realização e capacidade de adaptação⁽¹³⁾, incluindo-se, também, conhecimentos e mudanças de comportamento.

O resultado é uma medida apropriada da qualidade dos cuidados prestados e, apesar de apresentar limitações,

* Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

** Mestre em Enfermagem, enfermeira da Disciplina Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

E-mail do autor: npiva@denf.epm.br

seus indicadores em geral, permitem dar validade à eficácia e qualidade da assistência ⁽¹²⁾.

Na área da enfermagem, Florence Nightingale em meados do século XIX, foi a pioneira ao utilizar sistematicamente, dados de mortalidade para melhorar os cuidados prestados aos soldados feridos na guerra da Criméia⁽¹⁴⁾.

Desde este período até 1960, dados de morbimortalidade eram utilizados como resultados para avaliar a qualidade do cuidado em serviços de saúde. Os anos 70 marcaram o período de elaboração de medidas para mensurar resultados através da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que recomendou o uso de critérios de resultados e várias organizações de saúde desenvolveram seus próprios critérios para avaliar a qualidade dos seus serviços. Desta forma enfermeiras dos Estados Unidos apresentaram propostas para medidas de resultados e na década de 80, foi desenvolvida uma base de dados para monitorar certos tratamentos realizados em serviços de saúde financiados pelos programas Medicaid e Medicare. Ainda, a Agenda para mudança da Comissão Conjunta aprovada em 1986, incluiu o desenvolvimento de indicadores de resultados, para monitorar e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Estes indicadores foram desenvolvidos por grupos de especialistas nos quais participaram enfermeiras resultando no desenvolvimento do Indicator Measurement System em 1994. Entre 1980 até o presente, observou-se o aumento do interesse de enfermeiras em identificar resultados do paciente para mensurar a efetividade do cuidado de enfermagem e vários destes estudos se referem à assistência domiciliar ^(9,14).

Em 1995, a Associação de Enfermeiras dos Estados Unidos (ANA) ancorada no modelo de Donabedian recomendou sete indicadores de qualidade focados no paciente que incluem a satisfação do paciente, nível da dor, integridade da pele, número de horas de enfermagem por paciente (ajustado à gravidade do caso), infecção hospitalar, taxas de injúrias ao paciente e avaliação e implementação dos cuidados requeridos pelo paciente ⁽¹⁵⁾.

Em 1997, foi apresentado o Sistema de Classificação de Resultados do Paciente (NOC) ⁽¹⁶⁾ desenvolvido pelo mesmo grupo de Iowa, responsável pela Classificação de Intervenções de Enfermagem 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. Um resultado é definido como "um conceito variável que representa o estado de uma pessoa, família ou comunidade quantificável ao longo de um contínuo e que responde às intervenções de enfermagem" ^(17,64). A NOC pode ser utilizada na assistência, ensino e pesquisa em enfermagem e este sistema, como o da Associação de Diagnósticos de Enfermagem dos EUA (NANDA) e da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) contam com a aprovação da ANA, e são usados na padronização da linguagem da Enfermagem nos Estados Unidos ⁽¹⁸⁾.

A segunda edição da NOC inclui 260 resultados, que permitem sua utilização nos sistemas computadorizados de informação clínica além, de possibilitar o uso de dados para mensurar a qualidade e a eficácia da assistência prestada pelo pessoal de enfermagem. Seus resultados podem ser aplicados durante o processo de cuidar para seguir a evolução do paciente em um episódio de doença ou durante um período prolongado da assistência ⁽¹⁷⁾.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão Alfa – publicada em 1996 sob a responsabilidade do Conselho Internacional de Enfermeiras é um sistema único e de caráter universal abrangendo, segundo

a versão Beta divulgada em 1999, os seguintes componentes: os fenômenos de enfermagem (problemas, necessidades e diagnósticos); as ações de enfermagem (intervenções) e os resultados de enfermagem. Esta versão pode ser utilizada tanto nos serviços hospitalares como na rede básica de saúde ⁽¹⁷⁾.

A avaliação em saúde compreende uma área ainda em construção tanto nos aspectos conceituais como metodológicos ⁽⁶⁾. Para procedê-la requer-se a emissão de um juízo de valor obtido pela comparação de dados da estrutura, processo e resultado com critérios previamente definidos podendo abarcar uma ou a combinação de duas ou das três destas abordagens ⁽¹⁹⁾.

Os critérios e padrões devem derivar de fontes reconhecidas tais como: resultados de pesquisas e julgamentos de especialistas para assegurar consistência ao processo avaliativo que pode ter por objeto de análise um cuidado individual, serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e programas desenvolvidos ^(12,20).

Os critérios podem ser implícitos e explícitos. Os primeiros derivam da experiência, do senso comum e da autoridade sendo que o maior problema reside na sua baixa confiabilidade. Os explícitos são mais detalhados e definidos operacionalmente para melhorar sua confiabilidade ⁽²¹⁾. Nos Estados Unidos, a ANA e a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde em parceria com as associações de especialidades são responsáveis pela elaboração de padrões da prática de enfermagem que contém critérios explícitos para a avaliação dos cuidados prestados ⁽²²⁾.

Assim, a avaliação pode ser categorizada em pesquisa avaliativa e avaliação normativa. A primeira visa gerar conhecimento para auxiliar a tomada de decisão. A segunda consiste em fazer um julgamento acerca de uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados alcançados, com critérios e normas pré-estabelecidos correspondendo às funções de controle e de acompanhamento, como também, aos programas de garantia da qualidade ⁽²³⁾.

3 Métodos para avaliar resultados

Os principais métodos e estratégias que podem ser utilizados pelos serviços de saúde para avaliação de resultados da assistência prestada são especificados a seguir.

Acreditação hospitalar – É uma atividade de avaliação externa realizada por uma instituição acreditadora sendo considerado um " método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente de seus profissionais" ^(7:17). Assim, um hospital acreditado merece ou inspira confiança aos usuários e aos órgãos financiadores.

O modelo brasileiro de Acreditação Hospitalar utiliza três níveis de padrões, do mais simples ao mais complexo tendo por princípio "tudo ou nada", isto é, o padrão deve ser integralmente cumprido para que seja aceita a conformidade. Agrega, também, o conceito de homogeneidade implicando que todas as áreas do hospital devem satisfazer um determinado nível e o que define o resultado final é o menor nível alcançado. Pressupõe ainda, que os padrões estabelecidos são adaptados a todas instituições hospitalares de diferentes portes e níveis de complexidade. As exigências do nível 3, para a área de Enfermagem, considerado de excelência por focar resultados da assistência requer avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus resultados; uso de indicadores epidemiológicos no planejamento e na definição do modelo assistencial; comparação de resultados com referenciais

adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade e sistema de aferição de satisfação dos clientes internos e externos ⁽⁷⁾.

Método das traçadoras - este método avaliativo foi desenvolvido em 1969 pelo Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, tendo por base que, determinados problemas de saúde poderiam servir como marcadores ou traçadores para analisar os serviços prestados. Parte do pressuposto que, a forma em que o médico ou a equipe de saúde presta cuidados de modo rotineiro às doenças comuns será um indicador de qualidade geral da assistência, incluindo-se a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso à medicação ou a serviços mais complexos do sistema de saúde. Este método mensura tanto o processo como os resultados da atenção à saúde aos pacientes com doenças selecionadas segundo alguns critérios: patologias comuns, com conhecimento de diagnóstico, conduta, evolução e resultados mais consolidados e com maior consenso, analisadas em serviços de saúde. Como exemplo citam-se as gastroenterocolites agudas, infecções respiratórias na infância, anemia ferropriva, hipertensão, infecção do trato urinário, tuberculose e câncer de colo uterino ^(24,25).

No Brasil, este método tem sido adotado principalmente em pesquisas acadêmicas devido às exigências rigorosas dos critérios propostos para sua utilização ⁽²⁶⁾. Porém, seu marco conceptual pode ser útil para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e sua utilização exige sistema de informação nas unidades de saúde possibilitando identificar problemas e pontos de estrangulamento tanto por limitações da estrutura como do processo assistencial ⁽²⁷⁾.

Administração de riscos - O aumento da complexidade na assistência à saúde tem incrementado os níveis de risco e danos aos pacientes. Os direitos dos consumidores e a atuação dos terceiros pagadores criaram um novo ambiente no qual crescem cada vez mais as ações judiciais contra profissionais, em especial médicos e organizações onde atuam ⁽²⁸⁾. Assim, as ações voltadas para a administração do risco visam a "análise e prevenção das condições de risco existentes no hospital, que possam representar ameaça para os pacientes, seus familiares, visitantes, trabalhadores e a organização como um todo" ⁽²⁹⁻³¹⁾ e que são desenvolvidas nas instituições de saúde dos Estados Unidos a partir de 1970 e, que são ainda, incipientes nas instituições de saúde no Brasil.

Neste contexto, surgiram duas abordagens: o modelo centrado na pessoa que, responsabiliza os profissionais pelos atos não seguros conseqüentes principalmente do esquecimento, desatenção, baixa motivação, descuido e negligência; e, o modelo centrado no sistema que adota o princípio da falibilidade humana, ou seja, as falhas ocorrem, mesmo nas melhores organizações, implicando na concepção de defesas do sistema. Desta forma, na ocorrência de um evento adverso, a questão mais importante não é quem cometeu a falha, mas sim, como e porque as defesas falharam ⁽²⁸⁾. Nesta estratégia salienta-se o monitoramento dos eventos sentinela e adversos.

A Comissão Conjunta em 2000, considera evento sentinela como qualquer ocorrência imprevista que resulte em dano para os clientes externos e/ou internos da organização como óbito, dano físico ou psicológico grave de uma pessoa.

A comunicação destas ocorrências pelas organizações acreditadoras é encorajada pela Comissão Conjunta com a intenção de que seu conhecimento possibilite a adoção de mecanismos para reduzir ou impedir essas ocorrências, dentre as que atendam os seguintes critérios:

o evento resultou em morte antecipada ou uma perda

permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente; suicídio do paciente em local onde recebe assistência 24 horas; troca de bebê logo após o nascimento; raptos infantis; reação transfusional hemolítica por incompatibilidade de grupo sanguíneo; cirurgia em paciente errado ou em parte errada do corpo; incêndio e explosão ⁽²⁸⁻³⁰⁾.

No Brasil, a ONA também incorporou este conceito, acrescentando aos itens supracitados, a internação de pacientes em número superior à capacidade operacional e a taxa de infecção hospitalar elevada face a um padrão pré-estabelecido ^(6,28). Portanto, os eventos adversos são indesejados mesmo que não produzam efeitos permanentes nos pacientes assistidos ⁽³⁰⁾.

Como resultados indesejados dos cuidados de enfermagem citam-se eventos adversos considerados como medidas de qualidade destes cuidados:

Erros de medicação. envolvem a prescrição, omissão de doses, administração de medicamento não autorizado, dose extra, dose maior ou menor, via errada, forma da dose e horário; além destes são incluídos também, a preparação incorreta do medicamento, técnicas incorretas de aplicação, administração de medicamentos deteriorados e, o erro potencial quanto à prescrição, distribuição ou administração que são detectados e corrigidos previamente à administração do medicamento. Face às conseqüências que recaem sobre o profissional de enfermagem que cometeu o erro, estima-se que apenas 25% destas ocorrências são relatadas. Estima-se que, dentre 100 pacientes admitidos nos hospitais, 4,8% apresentam eventos adversos aos medicamentos e que, os erros na administração destes ocorrem mais freqüentemente nas etapas da prescrição médica (56%), transcrição da prescrição médica (6%), distribuição de medicamentos (4%) e administração de medicamentos (34%) ⁽³¹⁾.

Tendo em vista diminuir estas ocorrências, hospitais estão utilizando sistemas informatizados que auxiliam a prevenção e investigação dos erros de medicação, bem como, alguns instrumentos de notificação dentre os quais ressaltam-se a Taxonomia dos erros em medicação que é o mais atualizado ⁽³¹⁾.

Extravasamento de drogas citostáticas - dentre os riscos para a terapia intravenosa, selecionou-se o extravasamento de fármacos vesicantes que pode causar danos ao paciente oncológico prejudicando sua qualidade de vida.

Como exemplo, cita-se o Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, no qual foi implantado um sistema de notificação a partir de 1998. Este sistema permitiu identificar a incidência de extravasamentos que gerou dados inéditos na literatura nacional assim como, a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados. Nos quatro anos estudados, do total de 144 extravasamentos notificados apenas em um paciente (0,7%) provocou úlceras no local da infusão e adjacências, necessitando tratamento cirúrgico, evidenciando a boa qualidade da assistência de enfermagem prestada nesse ambulatório ⁽³²⁾.

Infecção hospitalar - a infecção hospitalar é um dos principais indicadores de resultados para mensurar a qualidade da assistência. Estudos apontam uma diminuição das taxas de infecção hospitalar associada com o aumento do número de horas de enfermagem aliadas a outras medidas de prática segura ⁽³³⁾. Dados recentes do Ministério da Saúde mostram que apenas 40% dos hospitais brasileiros mantêm Comissões de Controle de Infecção Hospitalar atuantes regularmente, apesar da obrigatoriedade destas Comissões existirem a partir de 1986.

Úlceras por pressão - como indicadores básicos, as úlceras por pressão podem avaliar a qualidade da assistência

de enfermagem, embora fatores intrínsecos relacionados ao paciente possam dificultar sua prevenção. A estratégia para se obter um bom padrão da prática de enfermagem é a identificação dos riscos individuais obtida pela aplicação da sistematização da assistência de enfermagem, apoiada pela utilização de uma escala de avaliação de risco, implementação das medidas preventivas e/ou tratamento precoce e a avaliação de resultados.

Quedas - a queda de um paciente é um evento inesperado e indesejado e sua prevalência é especialmente significativa em idosos hospitalizados ou vivendo em instituições asilares. Estima-se que entre cinco idosos um irá cair durante um período de internação hospitalar⁽³⁴⁾. Assim, com vistas a evitar esta ocorrência adversa, a avaliação precisa de enfermagem e, uma equipe de enfermagem orientada para práticas preventivas constituem evidências da redução da incidência de quedas.

Notificação das ocorrências - a administração de riscos requer canais de notificação para a identificação sistemática da ocorrência de eventos indesejáveis, análise de cada ocorrência e implementação de melhorias tanto na estrutura como nos processos de trabalho. Implica também, em assumir que errar é humano para promover a detecção das causas e corrigi-las porque, habitualmente, podem derivar de falhas de organização, direção, competência técnica, falta de atenção, quantidade insuficiente de pessoal e problemas relacionados aos recursos materiais, evidenciando que existem múltiplas facetas na gênese destas ocorrências^(35,36).

Entender as ocasiões de erro é o primeiro passo importante mas, insuficiente para tratar as raízes das causas que são freqüentemente uma combinação de inadequações no processo clínico e na prática. Para tanto, é necessário mudar o gerenciamento incorporando tecnologias da informação para incrementar a confiança na aliança das situações clínicas com as melhores práticas⁽³⁷⁾.

Mensuração da satisfação do cliente - a partir da utilização de serviços de saúde, o cliente poderá ou não satisfazer suas necessidades ou expectativas e o nível de satisfação alcançado possibilita inferir a qualidade do atendimento prestado desde a entrada até a saída destes serviços^(38,39). Este indicador pode ser obtido por meio de instrumentos estruturados⁽⁴⁰⁾ ou não, abrangendo usuários internos e externos.

Atualmente, várias instituições de saúde estão ampliando seus canais de comunicação com os usuários para a tomada de decisões, uma vez que a coleta de opinião acerca da satisfação pode orientar reformulações nestas instituições. Os órgãos representativos de portadores de determinadas doenças ou de grupos de risco estão participando cada vez mais nas discussões a respeito do gerenciamento e desenvolvimento das organizações e nos municípios, existe a participação de representantes da população nos conselhos distritais e locais para o exercício do controle social no qual se inclui a avaliação dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS^(41,42).

4 Considerações finais

A pesquisa avaliativa e a avaliação da qualidade em serviços de saúde, no Brasil, encontram-se ainda, num estágio inicial uma vez que, o tema qualidade na área da saúde se tornou mais evidente a partir de 1990, indicando que temos um longo caminho a percorrer.

A melhoria da qualidade requer o envolvimento dos gerentes e dos funcionários das instituições de saúde, mudanças na cultura organizacional, provisão adequada de recursos tanto humanos como materiais, desenvolvimento de pessoas, sistema de informação, participação dos usuários,

continuidade do processo e auto-avaliação reconhecendo que seus resultados serão visíveis somente após alguns anos.

Quanto à área de enfermagem, um dos fatores de qualidade é a melhoria da qualificação profissional dos seus exercentes ocorrida após 1986; a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem pelo Ministério da Saúde e que está em desenvolvimento no país, no período de 2000 a 2003 visa a qualificação de 225.000 atendentes para reduzir os riscos à população atendida, melhorando a qualidade da assistência hospitalar e ambulatorial, principalmente, nos estabelecimentos integrantes do SUS⁽⁴³⁾.

Outro fator de qualidade considerado é o processo de enfermagem como metodologia que orienta a organização e prestação de cuidados e que inclui na sua operacionalização a etapa de avaliação de resultados.

No entanto, na implementação deste processo o tripé diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e avaliação de resultados ainda, não se encontra presente na maioria dos hospitais brasileiros, uma vez que demanda na prática o atendimento de uma gama de requisitos que abarcam o adequado preparo de docentes e alunos da graduação em enfermagem, quebra de resistências, provisão necessária de pessoal de enfermagem, monitoramento contínuo e, educação continuada nas instituições de saúde com múltiplos enfoques para privilegiar tanto os aspectos técnicos – científicos quanto os comportamentos éticos e de humanização da assistência.

Quanto ao uso das classificações no processo de enfermagem e que permitem a mensuração de resultados, a edição da NOC estará disponível na língua portuguesa em meados de 2003, o que limita atualmente, sua ampla divulgação. A versão Beta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, impressa na língua portuguesa, começa a ser utilizada em nosso país, em uma unidade de internação de um hospital universitário da região Nordeste, e num projeto piloto para posterior extensão à rede básica de saúde de um Estado da região Sul.

Por último, salienta-se a importância de buscar continuamente o aprimoramento do processo de cuidar que requer competência clínica, sistematização das ações de enfermagem com incorporação das evidências das melhores práticas e de uma ou mais classificações disponíveis para a obtenção de resultados com qualidade. No entanto, no percurso deste processo de mudança que demandará alguns anos para a sua completa efetivação, o monitoramento contínuo das ocorrências adversas e sentinela constitui um dos meios disponíveis para reduzir e controlar os efeitos desfavoráveis dos cuidados de enfermagem prestados melhorando, assim, a qualidade dos serviços de saúde.

Referências

1. Ruelas-Barajas E. Hacia una estrategia de garantia de calidad - de los conceptos a las acciones. *Salud Publica de México* 1992;34:29-45.
2. Nunes LGN. Qualidade nos serviços de saúde: amplitude e perspectivas. *Brasília Médica, Brasília*. DF 1999;36(1/2):21-25.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 2000; 51:1611-1625.
4. Schiesari LMC. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil – evolução histórica e referências externas. [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999. 162 f.
5. Novaes HM, Neuhauser D. Hospital accreditation in Latin América. *Revista Panamericana Salud* 2000; 7(6):425-430.

6. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares - ONA. Pelotas: Educar; 2001.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. 3ª ed. Brasília (DF); 2002.
8. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista Saúde Pública 2000; 34(5):5047-559.
9. Adami NP, Gutiérrez MGR, Maranhão AMSA, Almeida EPM. Estrutura e processo assistencial de enfermagem a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 1997; 50(4):551-568.
10. Novaes HM. Programas de garantia de calidad através de la acreditación de hospitales em Latino América y el Caribe. Salud Publica Mex 1993; 35:248-258.
11. Racoveanu, NT, Johaanses KS. Tecnologia para el mejoramento continuo de la calidad de la atención sanitaria. Foro Mundial de la Salud 1995; 16:158-165.
12. Donabedian A. Criterias and standards for quality assessment and monitoring. Qual Rev Bull 1986; 12:99-108.
13. Paganini JM. Calidad y eficiencia en hospitales. Bol of Sanit Panam 1993; 115 (6):482-500.
14. Huber DL, Oerman M. The evolution of outcomes management. In: Blancett SS, Flarey DL. Health care outcomes – colaborative, path-based approaches. Maryland: Aspen Publishers; 1998. p.3-12.
15. Reed L, Blegen MA, Goode CS. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. JONA 1998; 28 (5):62-69.
16. Johnson M, Maas ML. Nursing-sensitive patient outcomes-development and importance for using in assessing health care effectiveness. In: Cohen EL, Back V. The outcomes mandate – case mangement in health care today. St. Louis: Mosby, 1999. p.37-48.
17. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería. Washington, D.C.: OPS, 2001.
18. Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa. João Pessoa: Idéia; 2000.
19. Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo 2000; 13 (Sup. 2):190-196.
20. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde – limites e perspectivas. Caderno Saúde Pública 1994; 10 (1):80-91.
21. Quinto Neto A, Gastal FL. Acreditação hospitalar – proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa; 1997.
22. Phillips LD. Manual de terapia intravenosa. 2ª ed. Porto Alegre: Art Med Ed.; 2001. p.36-56.
23. Contrandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde – conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-48.
24. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Evaluación de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores In: White KL. Investigaciones sobre servicios de salud: una antologia. Washington, DC: OPS; 1992. p. 555-563.
25. Carvalho G, Rosenberg CP, Buralli KO. Avaliação de ação e serviços de saúde. O Mundo da Saúde 2000; 24 (1):72-88.
26. Tanaka OY. Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: O estudo do Distrito de Brasilândia. [tese Livre-Docência]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994. 130 f.
27. Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1995.
28. Quinto Neto A. Processo de acreditação – A busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2000.
29. Burmester H, Malik AM. Controle de qualidade no atendimento médico-hospitalar. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MB, Grinbaum RS, Ritchmann R. Infecções hospitalares – prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. p. 46-54.
30. Joint Commission Sentinel ets [online] Disponível em:< www.jcaho.org/sentinelevents> Acessado em 13 nov 2001.
31. Chiericato C, Carvalho VT, Cassiani SHDB. Instrumento de registro dos erros nas medicações segundo revisão da literatura. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo maio/ago 2001; 14(2):79-90.
32. Adami NP, Baptisita AR, Fonseca SM, Paiva DRS. Extravasamentos de drogas antineoplásicas – notificação e cuidados prestados. Revista Brasileira de Cancerologia, abr/maio/jun 2001;47(1):89-97.
33. Markowitz AJ. Making health care safer> a critical analysis of patient safety practices. San Francisco: Stanford University Evidence; based Practice Center: 2001. Available from: <www.ahrq.gov> Accessed: 2001 Jul 20.
34. Steinweg KK. The changing approach to falls in the elderly. American Family Physician 1997; 56 (7):1815-1822.
35. Malik AM. Qualidade em serviços de saúde nos setores públicos e privado. Cadernos Fundap: Fundação de Desenvolvimento Administrativo, São Paulo jan/abr 1996; 19:7-24.
36. Moreira RS, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo maio/ago 2001; 14(2):9-18.
37. Wolf AM, Bourke J. Reducing medical errors: a practical guide. Med J Aust 2000; (173):247-251.
38. Junqueira LAP, ANGE APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cadernos Fundap, São Paulo jan/abr 1996; 19:61-77.
39. Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre pacientes atendidos pelo SUS. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 1999 jan/mar; 52 (1): 43-53.
40. Tahara ATS, Lucena RAPV, Oliveira APP, Santos GR. Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 1997 out/dez; 50(4): 497-506.
41. Carvalho GJ, Santos L. Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: Hucitec; 1995.
42. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania).
43. Ministério da Saúde (BR). Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Brasília (DF); 2001.

Data de recebimento: 17/07/2002

Data de aprovação: 26/06/2003