



A CONSTRUÇÃO DO MODELO ATUAL DE AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE REFLEXIVA

THE CONSTRUCTION OF THE CURRENT MODEL FOR THE EVALUATION OF HEALTH SERVICES: REFLECTIVE ANALYSIS

LA CONSTRUCCIÓN DEL MODELO ACTUAL DE EVALUACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD: ANALISIS REFLEXIVA

Márcia Farias de Oliveira dos Santos¹, Zenith Rosa Silvino²

RESUMO

Objetivo: refletir sobre como alguns acontecimentos contemporâneos apresentados e discutidos em diversas produções, podem ser entendidos como determinantes históricas do processo de construção e desconstrução do modelo atual de avaliação dos serviços de saúde. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, de reflexão histórica baseada em revisão narrativa de literatura. **Resultados:** o ciclo de desenvolvimento dos hospitais encerrou evoluções e estagnações, gerando uma preocupante realidade: danos causados aos pacientes. O desenvolvimento da terapia medicamentosa específica e de tecnologias em saúde mudou o papel social dos hospitais. Nightingale, Codman e Donabedian tiveram importância fundamental na avaliação dos resultados da assistência. Estudos sobre erros humanos despertaram governos e sociedade para a segurança do paciente. **Conclusão:** objetivando contínuas mudanças na realidade das instituições hospitalares, um modelo de avaliação foi criado. Inicialmente proposto para avaliar resultados da assistência, o processo agregou qualidade e segurança do paciente como dimensões. Transformou-se em Política Pública de avaliação dos serviços de saúde. **Descritores:** Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde; Segurança do Paciente; Gestão de Qualidade.

ABSTRACT

Objective: to reflect on how some contemporary events, presented and discussed in several productions, can be understood as historical determinants of the process of construction and deconstruction of the current model for the evaluation of health services. **Method:** this was a descriptive and qualitative study with a historical reflection based on a narrative literature review. **Results:** the development cycle of hospitals enclosed developments and stagnations, spawning a troubling reality: harm caused to patients. The development of drug therapy and health technologies changed the social role of hospitals. Nightingale, Codman, and Donabedian had a fundamental importance in evaluating the results of assistance. Studies on human error awakened governments and societies to patient safety. **Conclusion:** an evaluation model was created aiming at continuous changes in the reality of hospital institutions. Initially proposed to evaluate results of assistance, the process aggregated patient quality assistance and safety as dimensions. It became a Public Policy for the evaluation of health services. **Descriptors:** Health Evaluation; Health Services; Patient Safety; Quality management.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre cómo algunos acontecimientos contemporáneos presentados y discutidos en diversas producciones, pueden ser entendidos como determinantes históricas del proceso de construcción y desconstrucción del modelo actual de evaluación de los servicios de salud. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, de reflexión histórica basada en revisión narrativa de literatura. **Resultados:** el ciclo de desarrollo de los hospitales encerró evoluciones y estagnaciones, generando una preocupante realidad: daños causados a los pacientes. El desarrollo de la terapia medicamentosa específica y de tecnologías en salud cambió el papel social de los hospitales. Nightingale, Codman y Donabedian tuvieron importancia fundamental en la evaluación de los resultados de la asistencia. Estudios sobre errores humanos despertaron gobiernos y sociedad para la seguridad del paciente. **Conclusión:** objetivando cambios continuos en la realidad de las instituciones hospitalarias, un modelo de evaluación fue creado. Inicialmente propuesto para evaluar resultados de la asistencia, el proceso agregó calidad y seguridad del paciente como dimensiones. Se transformó en Política Pública de evaluación de los servicios de salud. **Descriptores:** Evaluación en Salud; Servicios de Salud; Seguridad del Paciente; Gestión de Calidad.

¹Enfermeira, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: marcia_red@ig.com.br; ²Enfermeira, Professora Titular, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: zenithrosa52@gmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo terminologia do Ministério da Saúde, hospital é uma instituição que faz parte de uma organização médica e social, e tem como função básica proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar. Os hospitais, centros de educação, capacitação de recursos humanos, de pesquisas em saúde e de encaminhamento de pacientes têm ainda a incumbência de supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.¹

A definição apresentada guarda em si um universo que, em uma primeira análise, pode remeter a uma realidade mais atual, de décadas mais recentes, dentro do advento do SUS. Publicada em 1977, poderia também ser entendida como conceito construído ao longo de mais de 80 anos, período em que o governo brasileiro atuava na assistência médica e previdência social. Na verdade, foram necessários séculos para que os hospitais e os serviços de saúde fossem alcançando o perfil que possuem hoje. Séculos de evolução da medicina, anos do nascimento da enfermagem enquanto ciência, períodos de trabalho para a comprovação dos resultados dos cuidados aos doentes, de desenvolvimento de terapias medicamentosas específicas. A popularização e proliferação dos hospitais, e os problemas resultantes das terapêuticas oferecidas por estas instituições, geraram uma necessidade de controle social. Muitos processos foram construídos e aplicados até que, por fim, se chegasse ao modelo de avaliação atual, sob um novo ângulo: a assistência à saúde prestada com qualidade e segurança ao paciente.

Diante deste contexto este estudo tem por objetivo refletir sobre como alguns acontecimentos contemporâneos, apresentados e discutidos em diversas produções, podem ser entendidos como determinantes históricas do processo de construção e desconstrução do modelo atual de avaliação dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma abordagem reflexiva sobre a construção do modelo atual de avaliação dos serviços de saúde, a Acreditação. O estudo foi realizado como parte de uma Dissertação de Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde. Para analisar e discutir o processo de medicação idealizado e realizado por um grupo de enfermeiros de uma unidade

neonatal, as autoras realizaram previamente uma revisão narrativa de literatura. O que possibilitou uma abordagem ampliada e contextualizada sobre medicamentos, processo de medicação hospitalar, a segurança do paciente e os processos de avaliação da assistência prestada nos hospitais. Assim, as bases conceituais do estudo foram elaboradas sob uma perspectiva histórica. Como literatura, artigos, dissertações, teses, livros e legislativos foram consultados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Scientific Electronic Library Online (SciELO), além da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (Biblioteca Digital USP). Todas as produções coletadas foram catalogadas e resumidas.

A análise reflexiva final foi dividida em eixos temáticos - <<Medicamentos: definição, histórico de desenvolvimento, disseminação como cuidado hospitalar e sua relação com segurança do paciente>>; <<Ciclo de desenvolvimento de hospitais e avaliação dos cuidados em saúde: indivíduos dedicados à ciência mudam a história>>; <<História de hoje: a revolução causada pela adoção do modelo de qualidade e segurança do paciente com foco na prevenção de erros>> e <<O Sistema de Avaliação dos Serviços de Saúde no Brasil e no mundo e sua correlação com o gerenciamento da segurança do paciente>>.

A seguir, apresentaremos os quatro eixos construídos para análise, com intuito de favorecer um amplo olhar ao tema.

RESULTADOS

♦ **Medicamentos: definição, histórico sobre seu desenvolvimento, disseminação como cuidado hospitalar e sua relação com a segurança do paciente.**

Medicamentos são, por definição, produtos especiais elaborados com a finalidade de prevenir doenças, curá-las ou aliviar seus sintomas. Seus efeitos se devem à ação de uma ou mais substâncias ativas encontradas em sua composição, denominadas fármacos, drogas ou princípios ativos.² Segundo definição da ANVISA, medicamentos são substâncias ou preparados, fabricados em indústrias ou manipulados em farmácia, seguindo rígidos padrões de segurança, qualidade e controle de sua eficácia.³

Até o início do século XIX, a maioria dos tratamentos era baseada na prescrição de remédios, preparados naturais de uso medicinal popular e empírico, utilizados das formas mais diversas, cuja estrutura química e natureza eram desconhecidas.² Ainda hoje,

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

muitos usam a palavra remédio como sinônimo de medicamento. Porém, a associação correta é relacionar a palavra remédio a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado no alívio de doenças e em sua cura. Portanto, todo medicamento é um remédio, mas nem todo remédio é medicamento.³

A terapia medicamentosa específica, uma das etapas mais espetaculares do desenvolvimento da medicina moderna, pode ser considerada como fruto das descobertas realizadas por cientistas que, no início do século XIX, se dedicavam inicialmente aos campos da Física e da Química, e foram os responsáveis pelo caminho de conhecimento que gerou a Microbiologia e a Imunologia.²

Um desses cientistas foi Louis Pasteur. Graças às suas experiências, a Teoria da Geração Espontânea foi derrubada e substituída pela Teoria dos Germes. Pasteur comprovou a existência de microrganismos que seriam agentes causais primários de algumas doenças e os denominou *germes*. Postulou que cada doença estaria ligada a um germe em particular, que poderia ser identificado e reconhecido por sua forma, cor e comportamento constantes. Afirmou que prevenir doenças dependeria de “*construir defesas artificiais*” contra seus agentes.^{4,5}

Depois dessas descobertas pioneiras, muitos cientistas e médicos se dedicaram a descobrir novos microrganismos patógenos. E, seguindo os preceitos de Pasteur, procuraram estudá-los, a fim de descobrir as defesas necessárias para dizimá-los, impedindo a doença ou impedindo seu curso natural, que muitas vezes era o evento letal. Somente entre os anos de 1879 a 1900, vinte e dois agentes etiológicos de infecções foram descobertos.^{4,5}

Em 1899, um colaborador de Koch, o cientista polonês Emil Von Behring, descobriu no soro sanguíneo de pacientes afetados por doenças infecciosas a presença do que chamou de *agentes ativos*, substâncias cuja produção constante e permanência no sangue, seriam a barreira a impedir novos surtos da mesma doença em um mesmo indivíduo. Paralelamente, o médico Paul Ehrlich publicou que alguns germes eram produtores de *toxinas* e que indivíduos expostos a eles produziam *antitoxinas*. Behring e Ehrlich, em colaboração, postularam que essas toxinas produzidas seriam transmissíveis, podendo ser extraídas, depuradas e aplicadas em terceiros. Esses cientistas se uniram para lançar as bases da produção industrial do soro antidiftérico. Comprovaram suas teses e seu “remédio” ao reduzirem as taxas de mortalidade entre doentes com difteria à

metade. Reconhecidos como os pais da Imunologia, foram agraciados, Behring em 1901 e Ehrlich em 1910, com o Prêmio Nobel no campo da fisiologia/medicina.²⁻⁵⁻⁶

Em outro evento, mais uma vez Pasteur e seus experimentos brilhantes foram fundamentais. Ao provar cientificamente que inocular pequenas quantidades de germes em animais prevenia doenças, e que esse processo se daria idêntico em humanos, iniciou uma nova era que preservou a vida de milhões de pessoas: a vacinação.^{4,5}

Nascia o século XX e, nos anos seguintes, mais doenças infecciosas tiveram seus agentes etiológicos determinados. Porém vacinas eram criadas lentamente. E soros produzidos não mostraram a mesma eficácia do antidiftérico, ou causaram efeitos inesperados. Em busca de melhores resultados, pesquisas se diversificaram e focaram na terapia química. O próprio Ehrlich pesquisou e desenvolveu compostos contra doenças prevalentes, como a sífilis. Testou, sistematicamente, dois produtos que se mostraram 100% eficazes, curando pacientes e evitando a disseminação de uma doença estigmática,—que condenava crianças ao infortúnio desde o nascimento, e adultos a um longo caminho até a loucura. Foi tamanho o sucesso que as duas substâncias foram chamadas de “balas mágicas” e produzidas em larga escala. Nascia a indústria farmacêutica.²⁻⁵⁻⁶

Ainda na primeira metade do século XX, na conturbada década de 40, ocorreram inúmeros avanços nas pesquisas na área da farmacologia, impulsionados pela injeção de capital financeiro oriundo da indústria farmacêutica. Como produto dessas pesquisas, uma quantidade inigualável de novos fármacos foi produzida e introduzida na terapêutica de doenças, levando cura a uma população ainda assolada por doenças infecciosas e parasitárias. A produção de medicamentos em escala industrial possibilitou que produtos farmacêuticos alcançassem uma importância nunca antes vista, trazendo nas décadas seguintes aumento da expectativa de vida mundial. Prescrever medicamentos tornou-se sinônimo de boa prática médica. Não por acaso, dessa época datam os primeiros registros da utilização irracional de medicamentos, tanto por parte da população como daqueles que os prescreviam.²⁻⁶ A preocupação com os riscos dessa utilização desregulada já fomentava discussões.

O aparecimento de episódios de graves reações adversas a medicamentos, como no caso da talidomida, provocou comoção mundial. O emprego desse medicamento em mulheres grávidas foi responsável pelo

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

nascimento de crianças com malformações congênitas, antes consideradas raras. O número estimado de casos chegou a 10.000. Cerca de quinhentas crianças morreram portadoras de graves defeitos em órgãos internos como rins, pulmões, intestino e coração. Além disso, especialistas atribuíram ao uso da droga um alarmante aumento na ocorrência de abortos espontâneos nos 46 países em que a droga foi comercializada. Todos esses eventos ocorreram no curto período entre os anos de 1957 a 1962. A reação mundial foi proporcional ao dano: proibição da comercialização do fármaco, revisão de trabalhos experimentais e elevação do nível de exigência para que novas drogas fossem liberadas para a comercialização.⁷ Adotou-se o ensaio clínico controlado como padrão no processo de avaliação de um medicamento. Aliados a esse e outros episódios de reações adversas, os crescentes custos econômicos dos medicamentos nos sistemas de previdência social chamaram a atenção das autoridades sanitárias, que voltaram definitivamente a sua atenção para a questão do uso de medicamentos.

♦Ciclo de desenvolvimento de hospitais e avaliação dos cuidados em saúde: indivíduos dedicados à ciência mudam a história

Fazendo parte desse cenário histórico contemporâneo, havia a preocupante realidade dos hospitais. O ciclo de desenvolvimento dessas instituições, embora ocorresse em paralelo com os progressos da ciência, encerrava evoluções e paradas em vários países.⁸ Na segunda metade do séc. XIX, ainda durante a revolução industrial, ocorreu a reorganização das instituições hospitalares, que eram até então, meros depósitos de doentes sem recursos, onde predominavam as doenças infecciosas e parasitárias, sem controle na época.⁶⁻⁸⁻⁹

A responsável por mudar a história dos hospitais e do cuidado foi Florence Nightingale. Com sólida formação adquirida em hospitais católicos da Inglaterra e Alemanha, dedicou-se ao cuidado de pobres e enfermos. Contra a vontade de sua família, prestou serviço voluntário na Guerra da Criméia. Seu método de coleta de dados, desenvolvido enquanto prestava atendimento aos soldados feridos é reconhecido como o primeiro método científico, epidemiológico e estatístico, idealizado e aplicado para indicar a eficiência das estratégias de cuidados em saúde.⁹

Com o prestígio alcançado junto ao governo inglês, em reconhecimento ao resultado dos seus trabalhos, Nightingale adquiriu condições

de executar a grande missão transformadora dos hospitais e das escolas de enfermagem, tornando-se pioneira da enfermagem enquanto atividade profissional e ciência. Florence obteve facilidades para criação da Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, em Londres, um modelo para as escolas que surgiriam no mundo todo. Do mesmo modo passou a ser consultora hospitalar. Em pouco tempo, todos os hospitais construídos na Inglaterra após a guerra da Criméia, funcionavam sob a influência direta ou indireta de Florence.⁶⁻¹⁰

Sua Teoria Ambientalista, assombrosa e visionária, posto que é anterior à Teoria dos Germes de Pasteur, foi a base que utilizou para mudar o ambiente hospitalar. Às preocupações higienistas "ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz"¹¹ Florence agregou também o valor da organização e da liderança exercida por enfermeiras. Da observação cuidadosa dos pacientes continuou extraíndo dados que, analisados estatisticamente, demonstrariam a eficácia do seu método de cuidar, que "colocava pacientes nas melhores condições para que a natureza atuasse sobre eles."¹⁰⁻² Comprovou a importância do conhecimento, por parte das enfermeiras, sobre técnicas e instrumentos administrativos para organização do ambiente terapêutico e sistematização das técnicas e procedimentos de cuidado de enfermagem. Considerada a primeira administradora hospitalar, delimitou assim uma competência das *ladies nurses*.^{9,10,1}

Ao manter o mesmo perfil histórico de irregularidade evolutiva, nos hospitais de todo o mundo os processos de melhoria dos serviços prestados ocorria de forma desigual.⁸ O cenário mais positivo, após a era Nightingale, e cuja realidade acabaria por influenciar outras instituições hospitalares pelo mundo, era o norte-americano. A partir do início do século XX, avanços tecnológicos e científicos produziram um *boom* de novos produtos farmacêuticos e terapias, mudando o rumo da história da humanidade e dos hospitais. Medicamentos para várias enfermidades, vacinas para evitar epidemias e combater doenças prevalentes da infância juntaram-se a progressos como técnica asséptica em cirurgias, às terapias infusionais e à diagnose com auxílio de exames laboratoriais e de imagem. Todos esses progressos ampliaram o leque de opções terapêuticas, passaram a compor o arsenal de recursos oferecidos dentro de instituições hospitalares que, desde a era Nightingale, eram criadas para atender enfermos de maneira mais estruturada, limpa e organizada, com aplicação de

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

conhecimentos científicos. Sob a nova visão da sociedade, que os reconhecia como instituições para tratamento efetivo, os hospitais se disseminaram.⁶

Os Estados Unidos, último país das Américas a construir esse tipo de instituição, transformou-se naquele com mais hospitais em funcionamento.⁴ Porém, quanto mais se expandiam, maior era a ocorrência de efeitos indesejáveis causados pelas estratégias de cuidado. Em 1910, o médico cirurgião Ernest Codman publicou os primeiros estudos que apontavam para a necessidade e importância de garantir a qualidade das intervenções e procedimentos médicos, propondo um sistema de padronização hospitalar.¹² O médico se inspirou em Florence Nightingale para preconizar a qualidade dos resultados das intervenções médicas nos hospitais. Sendo assim, à Nightingale e Codman pode ser dado o mérito pela normalização dos hospitais americanos ocorrida no início do século XX.¹³

A partir de 1913, os hospitais americanos começaram a seguir diretrizes do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), recém-criado por Codman e outros colaboradores. Esse colegiado elaborou, em 1917, o primeiro elenco de padrões hospitalares, chamado padrões mínimos. Em 1918 aconteceu a primeira avaliação de hospitais americanos em âmbito nacional. Dos 692 hospitais avaliados - todos com 100 leitos ou mais - apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo CAC. Em 1924 foi criado o Programa de Padronização Hospitalar (PPH). A observância das regras instituídas por esse programa, tratadas como padrões mínimos, começou a ser cobrada de todas as instituições hospitalares dos Estados Unidos, sendo os resultados avaliados sistematicamente. Foram necessários muitos anos, mas o trabalho surtiu efeito. Assim, em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3.290 em todo o país.¹⁴

Os programas criados pelo CAC foram sofrendo modificações frequentes nos anos seguintes, até se transformarem no alicerce da estratégia de avaliação dos serviços de saúde, denominada Acreditação.^{14,5} Todavia, alguns problemas persistiam. Outros emergiram posteriormente, fruto do avanço das tecnologias em saúde. Crescia o número de processos envolvendo instituições e profissionais, com pedidos de indenizações por iatrogenias.

No início dos anos 50, o CAC criou parcerias com outras associações, já que encontrava dificuldades para continuar seu Programa de Acreditação. Nasceu a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais. (CCAH). Em 1952, a

CCAH delegou oficialmente à *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (JCAH) composta por associações profissionais e de hospitais dos Estados Unidos e do Canadá, o Programa de Acreditação. Progressos foram sendo alcançados. Dos trabalhos de Deming e Juran em empresas japonesas do pós-guerra, surgiu o conceito de gestão de qualidade total, aplicados nas indústrias. Diversos autores desenvolveram, posteriormente, conceitos de gestão de qualidade total em serviços de saúde.¹⁶

Em 1966, o pesquisador Avedis Donabedian, pediatra de formação, nascido no Líbano e radicado nos Estados Unidos, publicou um artigo de revisão integrativa de literatura, tipo de pesquisa não muito comum à época, cujo título era *Evaluating the Quality of Medical Care* (Avaliação da Qualidade da Assistência Médica). Utilizando material de 70 artigos científicos, —publicados entre os anos de 1950 e 1960, identificou, descreveu e avaliou os métodos mais utilizados (naquela época) para mensuração de qualidade nos serviços de saúde.¹⁷ Ganhou reconhecimento instantâneo e incentivos para continuar seus estudos.

Em seus trabalhos, desenvolvidos ao longo de quase 30 anos, o autor sistematizou o conhecimento sobre qualidade em serviços hospitalares, apontou a necessidade de normalizações de conceitos e nomenclaturas e sugeriu a adoção de um conceito único de qualidade. Definiu qualidade como “a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos ao paciente e o menor custo.”^{17,8} Propôs que a avaliação da qualidade da atenção médica deveria ser realizada através de um modelo que sistematizava sete atributos, pilares que traduziriam a qualidade nos serviços hospitalares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estabeleceu ainda, as etapas de construção/produção, através das quais pode ser medida essa qualidade: estrutura, processo e resultado.^{18,9}

Na definição de Donabedian, **estrutura** é o conjunto que envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros fundamentais para a assistência médico-hospitalar, **processos** são as atividades de assistência médica com padrões pré-estabelecidos, entre profissionais e pacientes, e **resultados** são os produtos finais da assistência prestada ao paciente, produto este que representa a consequência da interação entre o processo e estrutura. Os serviços de saúde passaram a ser pensados também como

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

produtos e, portanto, passíveis de padronização na qualidade.^{18,9,20}

Na década de 1970, tendo a totalidade dos hospitais americanos atingido os padrões mínimos, o Manual de Acreditação dos Hospitais começou a preconizar critérios e padrões ótimos de qualidade. Esta década foi também marcada, mundialmente, pela expansão da atenção médica, no que diz respeito à cobertura, especialização e densidade tecnológica. Porém, os estudos de Donabedian e outros autores, que passaram a trabalhar com qualidade, só passaram a ser significativamente difundidos a partir da década de 80, já como parte do movimento de decepção/revalorização dos serviços de saúde.¹⁹

♦História de hoje: a revolução causada pela adoção do modelo de qualidade e segurança do paciente com foco na prevenção de erros

O processo de Acreditação, que se projetou internacionalmente e hoje é praticado em um grande número de países, representa uma forma de controle e avaliação com vistas à melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Porém, nos primeiros anos da sua utilização, tinha como objetivo principal verificar a efetividade do cuidado prestado, e estabelecer padrões mínimos para sua obtenção. Anos depois, esse processo evoluiu para o estabelecimento dos padrões máximos, porém sem foco maior na proteção e preservação de seus pacientes no que se refere à **prevenção de erros**. As funções de segurança que, de acordo com os preceitos da Administração moderna formulados por Fayol é divisão básica de toda empresa, ainda não era de toda desenvolvida nas instituições de saúde.²¹ Para atingir esse patamar, outra verdadeira revolução no setor de saúde, muito contemporânea, foi necessária: a que se originou do aprofundamento dos estudos sobre erros de medicação e sua prevenção.

É correto dizer que entre as décadas de 60 e 90, diversos estudos foram publicados nos Estados Unidos sobre o tema erro de medicação. A maioria deles tratava de eventos adversos e sua frequência, discutindo causas e propondo medidas para a diminuição de danos. Mas foram nos anos 90 que mais grupos de pesquisa se dedicaram ao tema. Esses também foram anos representativos do aumento das abordagens sensacionalistas na mídia, sobre erros cometidos na área da saúde, do crescimento do número de ações judiciais, e de assombroso aumento do valor em dinheiro exigido como indenização. A assistência à saúde passou a ser uma forma de prestação de serviços sujeita às leis

contratuais e às suas consequências, tanto na área cível quanto penal. O paciente tornou-se mais contestador, o que exigiu uma mudança de comportamento por parte dos prestadores de serviços.²²

Motivado por essas questões e refletindo a importância que o assunto adquiriu, muitos foram os resultados de pesquisas publicados que conseguiram larga divulgação. Dentre esses estudos, devem ser citados os do pioneiro Leape, nos anos de 1991 e 1994,²³ e de Phillips, Christenfeld e Glynn, de 1998. Esses estudos, além de fomentar o interesse sobre o assunto, contribuíram para que os conceitos sobre esses eventos fossem mais bem definidos.²⁴

Em 2000, foi publicada a obra que representou uma confluência desse movimento e acrescentou um diferencial no tema qualidade de assistência ao incluir segurança do paciente como dimensão de qualidade a ser alcançada. O livro, intitulado *To Err is Human: building a safer health system* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, em tradução livre), elaborado pelo Comitê para a Qualidade do Cuidar da Saúde na América, do *Institute of Medicine*, de Washington (IOM), obteve repercussão não só nos Estados Unidos, mas também mundial, ganhando notoriedade. Focava no impacto causado por erros evitáveis nos pacientes americanos. Divulgava dados alarmantes, entre eles a estatística de 7.391 mortes de americanos por erro de medicação em 1993, contra 6.000 por acidente de trabalho. E apontava que, em 1997, ocorrera um número situado entre 44.000 a 98.000 mortes que poderiam ser relacionadas a erros no processo assistencial, o que faria dessa ocorrência a oitava causa de mortes naquele ano. Afirmava ainda, que mais da metade dos eventos adversos poderiam ser prevenidos.²² Os dados apresentados nesse relatório acarretaram a mobilização de governos e de organizações internacionais, tendo à frente, e em papel de destaque, a Organização Mundial da Saúde. Muitos estudos posteriores, realizados nos Estados Unidos e em outros países, apontaram para os mesmos resultados. E convergiam também em suas conclusões, quando indicaram a necessidade da criação de uma cultura de segurança do paciente.¹⁶

Na última década assumiram grande importância os trabalhos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), para oferecer a toda população da América Latina e Caribe assistência fundamentada nas intervenções baseadas em evidências e voltadas para a segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde. Os conceitos

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

de Avedis Donabedian, adotados pela Organização Mundial de Saúde, foram incorporados ao processo de Acreditação da JCAH. Para o reconhecimento da instituição como de padrão ótimo de qualidade, ou seja, como instituição acreditada, passaram a ser avaliados conjuntamente a gestão da estrutura, dos processos e dos resultados.¹⁸⁻²⁰

O monitoramento desses resultados, através de indicadores de desempenho, é o foco a que se dedica a instituição que, a partir de 1988, passou a se denominar JCHO - *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*¹⁵. Além disso, a JCHO toma a iniciativa de incluir o sistema de gerenciamento da segurança do paciente como pré-requisito para Acreditação.¹⁶⁻²⁵

A segurança do paciente é tema de relevância internacional, amplamente discutida em organismos e instituições de saúde, foco não só do trabalho desenvolvido por organizações não governamentais, mas também de políticas públicas que visam à redução e eliminação de atos não seguros dentro do sistema de assistência. Foi criada em 2004, a Aliança Mundial para a segurança do paciente, que, através de campanhas denominadas desafios globais, orienta a identificação de ações que evitem riscos para o paciente.¹⁶

O Sistema de Avaliação dos Serviços de Saúde no Brasil e no mundo e sua correlação com o gerenciamento da segurança do paciente

O crescimento da procura por serviços de saúde, aliado a contínuas modificações nas práticas clínicas, à adoção de inovações tecnológicas e ao consequente aumento dos custos e das restrições, ampliou o interesse dos países pelo monitoramento da qualidade desses serviços. Através de ações coordenadas entre governos e organizações internacionais, políticas e sistemas foram instituídos ao longo do século XX, estabelecendo normas e padrões de avaliação da eficácia e da qualidade da assistência oferecida pelos serviços de saúde.²⁶

No Brasil, na década de 1990, foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), com patrocínio da Associação Paulista de Medicina (APM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).¹⁵ A Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA) começa a trabalhar com o tema qualidade dos serviços de saúde, exercendo ação coordenadora e reguladora no setor saúde. Garantir melhores produtos no mercado, mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde era objetivo do projeto. Em 1998, a segurança do paciente foi definitivamente colocada na agenda política do país, com a criação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASH. Ocorre a mobilização da ANVISA junto à OMS para que objetivos mundiais fossem atingidos. Em paralelo, Organizações Não Governamentais (ONGS) continuavam realizando processos de avaliação para Acreditação Hospitalar. Em 1999, o Projeto Hospital Sentinela foi criado pela ANVISA, com o objetivo de formar uma rede de serviços por todo o Brasil habilitada para notificar eventos adversos e queixas técnicas dos chamados produtos para saúde ou correlatos.¹⁶⁻²⁷

O panorama atual do país, que na verdade é o panorama mundial em que o Brasil está inserido, é de construção de uma cultura de segurança, onde já aparecem avanços que permitem a profissionais, instituições, organizações e governos disporem de dados e instrumentos para trabalhar no alcance da melhoria da assistência a saúde.²⁸ Em 2014, a ANVISA passa a coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação, através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS. Os trabalhos são realizados com parceiros como a Organização Nacional de Acreditação - ONA com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e com a Organização Mundial de Saúde. Assim, o Sistema de Acreditação brasileiro é idêntico ao praticado no mundo todo (FIGURA 1). Suas bases teóricas são: gestão de estrutura, de processos e de resultados onde planejamento, ações, realizações e resultados são analisados sistematicamente, por atributos que definem a qualidade da atenção à saúde. O objetivo é alcançar, sempre partindo de ações de gerenciamento de riscos, um nível ótimo de excelência em gestão nos serviços de saúde, medindo inclusive os efeitos impactantes advindos da adoção de estruturas sistematicamente propostas.¹⁶⁻⁸⁻²⁰⁻⁹

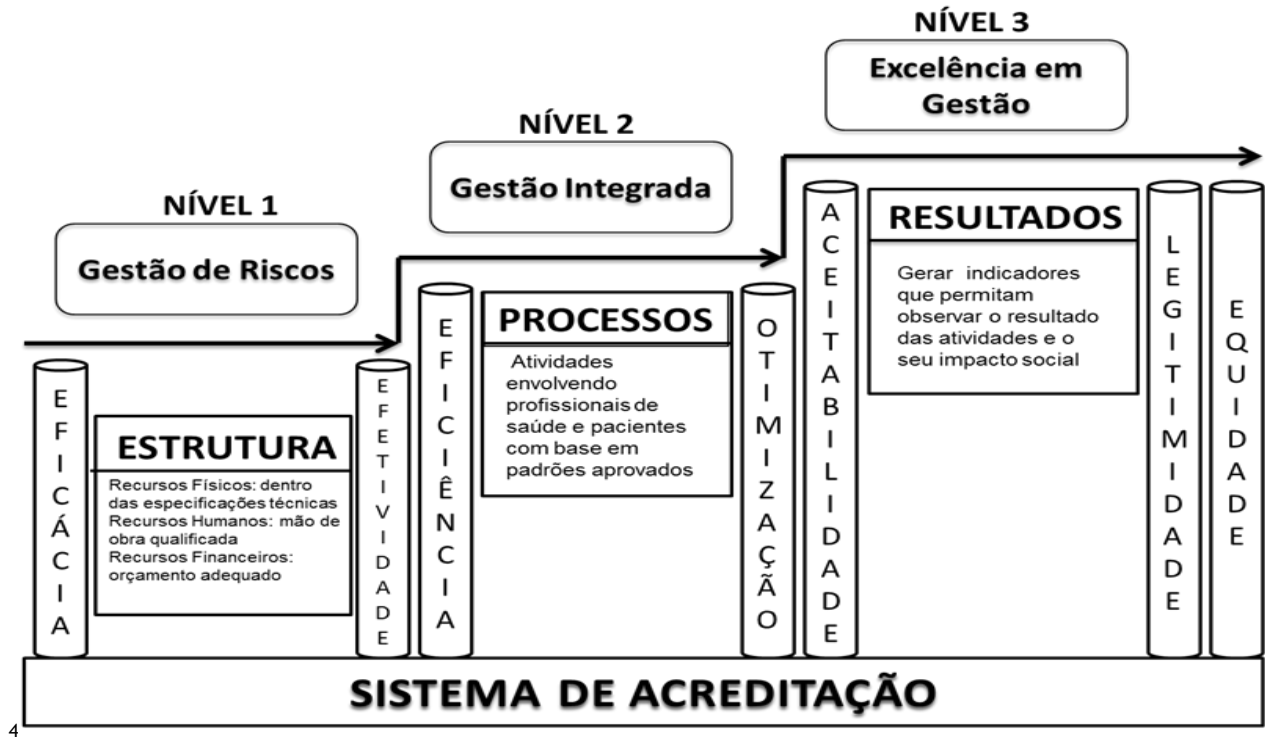


Figura 1. Sistema de Acreditação baseado nos conceitos de Donabedian para avaliação de qualidade dos serviços de saúde. Fonte: Elaboração das autoras, adaptado dos Manuais de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde²⁸ e da Organização Nacional de Acreditação.²⁹ Bases conceituais: Abordagem sistêmica para avaliação de qualidade nos serviços de saúde;^{17,8} Sete Pilares da Qualidade;²⁰ Níveis de Acreditação^{28,9}

CONCLUSÃO

Visando a mudança de panorama histórico de adversidades, um modelo de avaliação dos serviços de saúde foi criado. Inicialmente proposto para avaliar instituições hospitalares, desenvolvido e gerenciado por organizações não governamentais, esse processo de avaliação é hoje coordenado e regulado por governos, constituindo-se em política pública mundial.

O processo de Acreditação aplicado hoje é consequência dos inúmeros esforços despendidos pelo poder público e organizações de saúde, que objetivam impedir a deterioração do sistema de Saúde, uma tendência de qualquer sistema. Novas estratégias são continuamente estabelecidas, em prol da segurança do paciente, com a perspectiva de manutenção do Sistema de Saúde com qualidade e satisfação social.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Coordenação de Assistência Médica Hospitalar. Conceitos e definições em Saúde [Internet]. Brasília; 1977. [cited 2013 May 20]. Available from: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>.

2. Melo DO de, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. Rev Bras Cienc Farm [Internet]. 2006 Dez [citado 2013 Ago 20];42(4):475-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322006000400002&script=sci_arttext

3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O que devemos saber sobre medicamentos. [Internet]. Brasília; 2010. [cited 2013 May 20]. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/92aa8c00474586ea9089d43fbc4c6735/Cartilha%2BBAIXA%2Brevis%C3%A3o%2B24_08.pdf?MOD=AJPERES.

4. Gordon R. A assustadora história da Medicina. Rio de Janeiro: Ediouro; 2008.

5. Arroio A. Louis Pasteur: um cientista humanista. Revista Elet Ciên. [Internet]. 2006 Feb [cited 2013 Oct 12];(31). Available from: http://cdcc.usp.br/ciencia/artigos/art_31/EraUmaVez.html

6. Martins CBG, Ferrari RAP. Medicação Infantil: uma abordagem multiprofissional. Londrina: Eduel; 2005.

7. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Souza ACM de. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? Cad Saúde Pública [Internet]. 1999 Jan [cited 2014 Aug 20];15(1):99-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000100011&lng=en

8. Campos ES. História e evolução dos hospitais. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1965. [cited 2013 Nov 23]. Available from: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd0408.pdf>.

9. Lima RAG de. Notes on nursing: nurses making a difference in global health. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 June [cited 2014 Jan 6];18(3):299-300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300001&lng=pt.

10. Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. Texto & contexto enferm [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Jan 6];18(4):661-9. Available

Santos MFO dos, Silvino ZR.

A construção do modelo atual de avaliação em...

from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400007&lng=en.

11. Nightingale F. Anotações de enfermagem: o que é, e o que não é. São Paulo: RIDEEL; 2010.

12. Feldman LB. O enfermeiro analista de risco institucional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2004 Dec [cited 2013 Nov 1];57(6):742-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a23.pdf>.

13. Vargas MAO, Luz AMH. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. Enferm Foco [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 4];1(1):23-7. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5/6>.

14. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm [Internet]. 2005 June [cited 2013 Nov 10];18(2):213-19. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en

15. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 Fev [cited 2013 Oct 10];59(1):84-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100016&lng=pt

16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada a prática [Internet]. Brasília; 2013. [cited 2013 Oct 23]. Available from: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>

17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q [Internet]. 2005 [cited 2013 Oct 10];83(4):691-729. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/abstract>

18. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990 Nov;114(11):1115-8.

19. Novaes HM. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. Cad Saúde Pública [Internet]. 1996 [cited 2013 Oct 22];12 Suppl 2:7-12. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600002&lng=en&nrm=iso

20. Donabedian A. Quality in health care: whose responsibility is it? Am J Med Qual. 1993 Summer;8(2):32-6.

21. Santos SR. Administração aplicada a enfermagem. 3.ed. João Pessoa: Ideia; 2007.

22. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi?. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2003 Sept [cited 2013 Sept 6];49(3):335-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302003000300041&lng=en.

23. Leape LL. Error in medicine. JAMA [Internet]. 1994 Dec [cited 2013 July 6];272(23):1851-7. Available from: http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/error_in_medicine_leape_jama.pdf.

24. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC de. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005 Dec [cited 2013 Sept 1];8(4):393-406. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400008&lng=pt&nrm=iso&userID=-2.

25. Instituto Nacional de Câncer. Segurança na administração de medicamentos: erros na prescrição e dispensação de medicamentos [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. [cited 2013 May 20]. Available from: http://docsfiles.com/pdf_instituto_nacional_de_cancer.html.

26. Siman AG, Massimo EAL, Brito MJM, Hang-Costa, TA. Processo de acreditação hospitalar no Brasil e as competências gerenciais do enfermeiro. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Nov 23];5(10):2537-44. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 26 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2010. [cited 2013 Nov 23]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/68ca68004176e425869b97fce4f29e98/rdcsegurançadopaciente.pdf?mod=ajperes>

28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. [Internet]. Brasília; 2004. [cited 2013 Nov 23]. Available from: <http://www.desenvolvimentoqg.ufba.br/programa-nacional-de-avaliacao%3%A7%3%A3o-de-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-pnass>

29. Organização Nacional de Acreditação. NA 1: Avaliação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília; 2010.

Submissão: 21/09/2014

Aceito: 14/08/2015

Publicado: 01/09/2015

Correspondência

Márcia Farias de Oliveira dos Santos
Unidade Neonatal
Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
Av. Vinte e Oito de Setembro, 77
Bairro Vila Isabel
CEP 20551-030 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil