

1. Qualidade do cuidado de saúde

Mônica Martins

Abordar o tema segurança do paciente como um atributo da qualidade sublinha a intenção dos autores do livro. Neste capítulo, veremos que buscar qualidade no cuidado de saúde do paciente não é só garantir um cuidado seguro, porque envolve também atributos (ou dimensões) como acesso, efetividade, entre outros. Procuramos, aqui, introduzir os principais conceitos na área de avaliação da qualidade do cuidado de saúde, além de apresentar a definição de qualidade do cuidado, suas dimensões constituintes e a relação com a segurança do paciente.

O contexto da discussão sobre qualidade do cuidado e sua relação com outras temáticas no campo da avaliação de serviços de saúde

O contexto atual é marcado por pressões relacionadas ao alto custo do cuidado de saúde associado à incorporação tecnológica, ao aumento da carga de trabalho dos profissionais de saúde e ao envelhecimento da população com múltiplas doenças crônicas. Desse contexto, emergem preocupações voltadas para a qualidade do cuidado e das organizações de saúde, com ênfase em ações direcionadas à melhoria contínua e à prestação de contas (*accountability* - responsabilização) (Elliott et al. 2010; Kohn et al. 2000; Wennberg 2010).

Essas ações, com vistas ao aprimoramento da qualidade do cuidado de saúde e do desempenho do sistema, já foram postas em prática e



Para saber mais sobre os estudos e ferramentas aqui citados, acesse o Proadess, que dispõe de uma biblioteca sobre o tema em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>

A **variação injustificável geográfica** da prática é definida como uma variação não explicada por variação na doença (tipo ou gravidade) ou preferência do paciente.

incluem tanto o desenvolvimento de estudos como ferramentas para a gestão cotidiana das organizações de saúde (Smith et al. 2009).

Em linhas gerais, essas ações buscam minimizar as consequências dos problemas prevalentes na qualidade do cuidado. Tais problemas podem ser decorrentes do uso excessivo (*overuse*), do uso insuficiente (*underuse*) e do uso inadequado (*misuse*) de serviços, procedimentos e tecnologia em saúde (Grol 2001; Kohn et al. 2000; Wennberg 2010). Especificamente sobre esse ponto, embora haja volume considerável de estudos produzidos ao longo de décadas, no campo da **variação geográfica** da prática, ainda persiste ampla e injustificável variação na prática médica e na prestação de cuidados, com evidências científicas insuficientes sobre a efetividade de determinados procedimentos (Kale et al. 2013; Mulley 2009; Wennberg 2011). A variação injustificável na prática médica é classificada em três grupos:

1. Na efetividade do cuidado e segurança do paciente, relacionada ao uso insuficiente de intervenções baseadas em evidência.
2. No cuidado sensível à preferência do paciente, relacionada à tomada de decisão compartilhada entre médico e paciente.
3. No cuidado sensível à oferta, relacionado à prestação de cuidado desnecessário e ao uso excessivo.

Para refletir

Você já teve contato, em sua prática, ou já ouviu falar de casos relacionados ao uso excessivo (*overuse*), uso insuficiente (*underuse*) e uso inadequado (*misuse*)? Quais foram as consequências? Que medidas podem ser tomadas para reduzir sua ocorrência?

É difícil mensurar globalmente o impacto das iniciativas no campo da melhoria da qualidade face à multidimensionalidade do conceito de qualidade e ao contexto. Aliam-se a esse fator questões relacionadas à complexidade do cuidado médico na atualidade, envolvendo inúmeros processos especializados, com intensa incorporação tecnológica (Blumenthal 2012; Smith et al. 2009). Embora tradicionalmente o foco central da discussão da qualidade do cuidado fossem os atributos eficiência e efetividade, ao longo do tempo, outras preocupações foram agregadas, como a segurança, a centralidade do cuidado no paciente e o respeito ao seu direito.

Qualidade do cuidado: conceitos, atributos/dimensões e abordagens

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação em saúde, cuja característica nuclear é fazer um juízo de valores, que, quando positivo, significa ter qualidade. Em virtude do caráter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, sua definição e os elementos que a constituem, tal questão apresenta significados distintos para autores e os diversos atores/intervenientes (pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais) (Donabedian 1980, 2003).

O conceito de qualidade do cuidado vem se modificando ao longo do tempo e passou a incluir novas dimensões, cuja evolução e diversidade são exemplificadas no Quadro 1. Essas modificações espelham, ainda, a relevância dos problemas em uma conjuntura específica. Por exemplo, a dimensão acessibilidade recebe destaque quando há barreiras ao uso de serviços de saúde; já a segurança do paciente passa a ser mais relevante quando a magnitude de erros e riscos evitáveis é reconhecida.

Quadro 1 – Dimensões da qualidade do cuidado

Brook et al. 1977	Donabedian 1980	Holland 1983 Long 1985	Donabedian 1990	Aday et al. 1993	IOM 2001
Componente técnico	Qualidade técnico-científica	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade	Eficiência Efetividade
Processo diagnóstico	Acessibilidade e disponibilidade		Equidade	Equidade	Equidade
Processo terapêutico	Relações interpessoais		Eficácia Relação médico paciente		Centralidade no paciente
“Arte” do cuidado	Continuidade		Otimização		Segurança
Interação médico e paciente			Aceitabilidade Acessibilidade Amenidades Conformidade com as preferências dos pacientes Legitimidade		Oportunidade

Fonte: Holland (1983); Long (1985); Donabedian (1990); Aday et al. (1993); Institute of Medicine (2001).



Avedis Donabedian (1919–2000), autor seminal no campo da qualidade do cuidado de saúde, considera a melhoria da qualidade uma abordagem para avaliar e melhorar continuamente o processo de produção de serviços de saúde, a fim de responder adequadamente às necessidades dos pacientes (Donabedian 2003). Para conhecer mais sobre esse autor, visite a *La Fundación Avedis Donabedian* no endereço <http://www.fadq.org/>.

Para Donabedian, um dos autores precursores dessa área, cuidado de qualidade era aquele que maximizava o bem-estar do paciente, após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado (Quadro 2). Em 2003, esse mesmo autor definiu a qualidade do cuidado de saúde como produto de dois fatores:

- ✿ a ciência (conhecimento científico) e a tecnologia de saúde disponíveis;
- ✿ sua aplicação no cuidado ao paciente (Donabedian 2003).

Dentro dessa perspectiva, a qualidade do cuidado seria produto desses dois fatores e poderia ser caracterizada por diversas dimensões que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Blumenthal (1996) alertou para a variedade de definições existentes sobre o cuidado de qualidade e destacou a proposta do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, apresentada no Quadro 2, como a mais frequentemente empregada (Blumenthal 1996).

Quadro 2 – Definições disponíveis do conceito de qualidade do cuidado

Autor	Definições
Donabedian, 1980	Cuidado de alta qualidade: tipo de cuidado do qual é esperado maximizar o bem-estar do paciente (medida inclusiva), após considerar o balanço entre os ganhos e perdas esperados em todas as etapas do processo de cuidado.
Associação Médica Americana, 1984	Qualidade do cuidado: contribui de forma consistente para melhorar ou manter a qualidade e/ou duração da vida.
Office of Technology Assessment, 1988	Qualidade de um prestador: grau em que o processo de assistência aumenta a probabilidade de resultados desejados pelos pacientes e reduz a probabilidade de resultados não desejados, em razão do estado do conhecimento médico.
Palmer, 1991	Qualidade da assistência é medida pela produção de uma melhora da saúde do paciente depois de ajustado pelas restrições da tecnologia e pela gravidade da doença. Qualidade é a capacidade do prestador (médico) de coordenar a tecnologia disponível, habilidades e julgamento para melhorar a saúde dos pacientes.
Institute of Medicine (IOM), 1990	Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes em conhecimento profissional corrente.

Fonte: Blumenthal (1996).

A noção de qualidade em saúde, ao longo do tempo, foi aplicada ora com sentido amplo, ora com sentido restrito do termo. A apreensão da qualidade, no primeiro caso, pode ser ilustrada nos textos de Vuori (1982), em que a qualidade englobava as seguintes dimensões:

- * efetividade;
- * eficácia;
- * eficiência;
- * adequação;
- * qualidade técnico-científica;
- * acesso;
- * equidade; e
- * aceitabilidade.

Em sentido restrito, o conceito de qualidade é sinônimo de qualidade técnico-científica, atributo nuclear da atenção médica. Qualidade técnico-científica pode ser compreendida como uma dimensão do conceito de qualidade, apresentada por Donabedian em suas primeiras obras (Quadro 1, coluna 2). De acordo com essa lógica, qualidade técnico-científica, por sua vez, é constituída de duas subdimensões essenciais:

1. A aplicação dos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos para resolver o problema clínico do paciente, isto é, fazer a coisa certa de forma correta requer que médicos tomem decisões certas sobre o cuidado de cada paciente. Alcançar esse patamar requer ainda habilidade, julgamento e oportunidade de execução em termos de tempo (Donabedian 1980).
2. A relação interpessoal, que diz respeito à qualidade da relação individual estabelecida entre o profissional e o paciente, está associada a elementos como respeito ao paciente, capacidade de comunicação, e habilidade do profissional em obter a confiança do paciente (Donabedian 1980).

Posteriormente, o próprio Donabedian (1990) considerou a qualidade do cuidado em uma perspectiva mais ampla que a anterior, englobando sete atributos (ou dimensões), denominados “os sete pilares”, nomeadamente: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Quadro 3).

Quadro 3 – Definição dos sete pilares segundo Donabedian

Sete Pilares	Definição
Eficácia	Diz respeito à capacidade de determinada intervenção produzir impacto potencial em uma situação ideal. Ou a capacidade da ciência e tecnologia empregadas no cuidado de trazer melhorias à saúde, quando usadas em circunstâncias mais favoráveis.
Efetividade	Grau de melhoria na saúde alcançado de fato. É a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa em funcionamento e o impacto potencial em uma situação ideal (estudos de eficácia).
Eficiência	Capacidade de diminuir os custos sem comprometer o nível atingível de melhoria da saúde. É a relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento e seu respectivo custo.
Otimização	Balanço entre melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance dessas melhorias. O processo de aumentar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos.
Aceitabilidade	Conformidade aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e membros de suas famílias (depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade, relação médico-paciente e amenidade do cuidado).
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação.
Equidade	Conformidade a princípios que determinam o que é justo e legítimo na distribuição equânime, ou seja, sem distinções, discriminações ou preferências, para o cuidado e concessão de benefícios entre os membros da população.

Fonte: Tradução livre com base em Donabedian (1990).

O IOM, em 2001, publicou o texto *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* e destacou as seguintes dimensões da qualidade: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (Quadro 4). Nesse e no relatório anterior, *National Healthcare Quality Report*, também publicado pelo instituto, a segurança do paciente aparece, pela primeira vez, como dimensão constituinte do conceito de qualidade do cuidado. Vale ressaltar que os atributos propostos pelo IOM (2001) ganharam ampla adesão internacional.

Quadro 4 – Dimensões da qualidade no cuidado

Atributos/ Dimensões	Definição
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.

Quadro 4 – Dimensões da qualidade no cuidado (cont.)

Atributos/ Dimensões	Definição
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Institute of Medicine 2001. Tradução livre dos conceitos.

A tríade: estrutura, processo e resultado

Embora não seja o foco deste capítulo, mas considerando sua importância do ponto de vista da mensuração, avaliação e compreensão do processo de cuidado, algumas breves considerações sobre os tipos de abordagem da qualidade são aqui apresentadas. Também é oriunda da obra de Donabedian (1980) a clássica classificação dos estudos ou abordagens da qualidade do cuidado em termos do foco na tríade: **estrutura, processo e resultado**.

A **estrutura** compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado e engloba:

- ✿ estrutura física e recursos materiais, como equipamentos ou tecnologias;
- ✿ recursos humanos, como número, variedade e qualificação da equipe profissional, além de características organizacionais do corpo médico e de enfermagem, atividades de ensino e pesquisa, tipo de supervisão, disponibilidade de protocolos clínicos e ferramentas para avaliação de desempenho;
- ✿ recursos financeiros envolvidos na assistência, além de formas de pagamento do cuidado e dos profissionais.

O **processo** compreende as etapas que constituem o cuidado de saúde em si, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente. Em geral, o conceito se refere ao conjunto de atividades

desenvolvidas pelos profissionais que participam diretamente do cuidado prestado ao paciente.

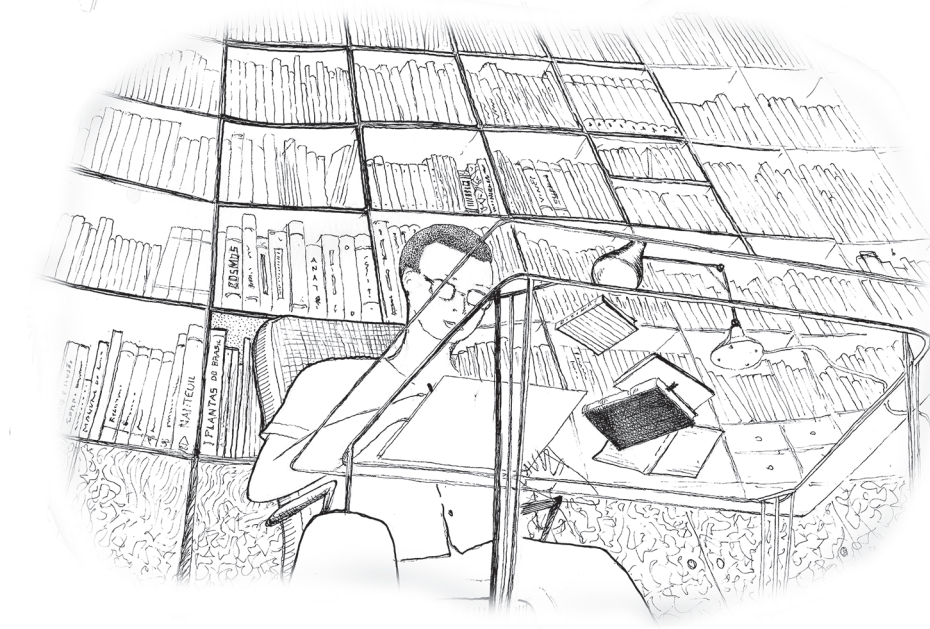
O conceito de **resultado** refere-se às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) no estado de saúde dos indivíduos ou populações. Elas podem ser atribuídas à atenção recebida anteriormente, incluindo: mudanças no estado de saúde; no nível de conhecimento ou comportamento adquirido pelos pacientes ou sua família, que podem influenciar a saúde futura; na satisfação dos pacientes e familiares com o cuidado e seus resultados. Os resultados podem ser adversos ou indesejáveis (morte, incapacidade, doença ou insatisfação) ou favoráveis (cura, sobrevida, recuperação do estado fisiológico, físico e emocional, ou satisfação com o serviço).

Essa tríade não pode ser confundida como dimensões ou atributos da qualidade. Esses três componentes são abordagens para obter informações a respeito da presença ou ausência dos atributos (isto é, efetividade, adequação etc.). A avaliação da qualidade do cuidado pressupõe a existência de uma inter-relação entre estrutura, processo e resultado, ou seja, um recurso ou tecnologia (estrutura) que contribui para o diagnóstico e tratamento adequado (processo), do qual resulta um estado de saúde favorável (resultado) (Brook et al. 1977).

Obviamente, esse modelo representa a simplificação de uma realidade mais complexa, mas estabelece que há uma relação de causalidade entre estrutura, processo e resultado. A força dessa relação dependerá da validade causal e validade atribuível. A validade causal diz respeito à intensidade, baseada na evidência científica, da associação entre processo e resultado. Em outras palavras, a validade causal se refere à capacidade de alguns processos de cuidados específicos produzirem resultados específicos em condições específicas (Donabedian 1980 apud Portela, Martins 2008).

Como exemplo, para facilitar o entendimento desse conceito: há evidências científicas de que o uso de ácido acetilsalicílico (aspirina – AAS), utilizado logo após a ocorrência de episódios isquêmicos recorrentes, traz como consequência a redução de reoclusão das artérias coronárias (um novo infarto/enfarte do miocárdio) e da mortalidade subsequente em 3,5 a 4,0% dos pacientes. Vários protocolos clínicos recomendam que pacientes com suspeita de infarto/enfarte agudo do miocárdio (IAM) devem receber prescrição de aspirina imediatamente após sua chegada à emergência, desde que não haja contraindicação (Portela, Martins 2008).

Figura 1 - Resultados, sejam bons ou ruins, têm relação direta com os processos que o determinaram. Por exemplo, um bom escritor pode ser aquele que lê bons livros.



A **validade atribuível** é a inferência de que determinada medida de processo ou resultado contém as mesmas características que definem a existência de validade causal (Donabedian 1980). Escrito de outro modo, a validade atribuível refere-se à inferência de que, em qualquer situação, a relação causal entre o processo e o resultado é responsável pelos resultados observados. Particularmente com relação à abordagem de resultado, eles, em qualquer situação, podem ou não ser fruto do processo de cuidado prestado. O resultado do tratamento de determinada patologia depende da gravidade do caso ou da capacidade fisiológica do paciente.

Logo, quando se usa uma abordagem de resultado para avaliar a qualidade do cuidado, é imprescindível saber se os resultados são realmente decorrentes do cuidado recebido. Esse aspecto diz respeito à validade atribuível. A avaliação de resultados é mais suscetível a problemas de perda de “validade atribuível”, porque eles sofrem influência de fatores intervenientes, como a gravidade do paciente e da patologia, que modificam as condições específicas sob as quais a relação processo-resultado foi determinada (Donabedian 1980). Como exemplo, para facilitar o entendimento desse conceito: um paciente com diabetes tem prognóstico de risco maior ao sofrer intervenções cirúrgicas do que outro não portador de diabetes (Portela, Martins 2008).

O debate científico a respeito do mérito das três abordagens é intenso e aponta na direção de que nem a estrutura, nem mesmo o processo ou o resultado deveria ser a única abordagem sobre a qualidade. Importa por isso estabelecer a relação entre os três conceitos-chave, como já afirmava Lohr no final da década de 1980 (Lohr 1988).

Intersecções entre qualidade do cuidado e segurança do paciente

A preocupação com a segurança do paciente, compreendida como “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (Runciman et al. 2009), assumiu espaço privilegiado como um obstáculo superável para buscar melhorar a qualidade no cuidado prestado ao paciente nos diversos níveis de atenção.

Embora exista um estudo anterior, o *Harvard Medical Practice Study* é considerado pioneiro por seu escopo e desenho (Brennan et al. 1991; Leape 2008). Esse estudo gerou o relatório *Errar é humano (To Err is Human)*, publicado em 1999 pelo IOM, que chamou a atenção para a magnitude do problema da segurança do paciente, medido nesse estudo pela ocorrência de eventos adversos (Kohn et al. 2000; Leape 2008). Apesar da conceituação específica do campo da segurança do paciente, incluindo termos como erro, evento adverso e modelos explicativos, ser tratada nos capítulos seguintes, vale uma pontuação breve do que seja evento adverso. Para tal, faremos um paralelo com o conceito de resultado proposto por Donabedian (1980, já mencionado neste capítulo). Ou seja, um evento adverso, considerado um problema de qualidade do cuidado relacionado à dimensão segurança do paciente, pode ser compreendido como mudança indesejável no estado de saúde do paciente, que, por sua vez, pode ser atribuída à atenção recebida anteriormente, e não ao problema de saúde desse paciente e à gravidade. Essas mudanças, isto é, resultados adversos ou indesejáveis, podem ocasionar morte, incapacidade, doença ou insatisfação com o serviço.

Assim, retomando a publicação *Errar é humano*, a inquietação que orientou esse relatório foi a busca por responder às razões pelas quais eram toleradas altas taxas de erros (resultados indesejáveis como morte ou incapacidades) no cuidado de saúde comparativamente a outras indústrias. As estimativas produzidas indicaram, entre outras, mortalidade associada a eventos adversos no cuidado de saúde comparativamente maior que aquelas decorrentes de câncer/cancro de mama e Aids.

A publicação desse relatório gerou mobilização dos profissionais de saúde e do público em geral, que transcendeu o contexto dos EUA e chamou a atenção para o problema da segurança do paciente em diversos países. No âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), um programa voltado para a segurança do paciente foi consolidado e se tornou responsável por várias iniciativas no campo educacional, na pesquisa, no desenvolvimento de uma taxonomia específica e de ferramentas e no lançamento de campanhas, tais como a de “Higienização das mãos” e “Cirurgia segura salva vidas” (Runciman et al. 2009; Brown et al. 2008).



Para conhecer mais sobre o programa *WHO Patient Safety* da OMS, visite o endereço: <http://www.who.int/patientsafety/en/>

Após o estudo de Harvard, muitos outros foram desenvolvidos em vários países, inclusive no Brasil (Mendes et al. 2009) e em Portugal (Sousa et al. 2014). O panorama descrito, com base nesses estudos, indica que a incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado hospitalar está em torno de 10%; estima-se, ainda, que entre 4,4% e 20,8% dos eventos adversos foram associados à morte dos pacientes (Zeger et al. 2009).

É nesse cenário que a segurança do paciente passa a ser um atributo da qualidade do cuidado de saúde tão importante quanto a efetividade, por exemplo. Isso porque os eventos adversos envolvem custos sociais e econômicos consideráveis, podendo implicar danos irreversíveis aos pacientes e suas famílias, constituindo sério problema de saúde pública (Brown et al. 2008). No entanto, há, na literatura, dois principais olhares sobre a relação entre qualidade do cuidado e segurança do paciente.

Sob um olhar, a segurança do paciente é tratada como atributo da qualidade do cuidado (IOM, 2001); já sob outro, como um constructo em si, independentemente da qualidade ou mesmo incluindo-a como atributo da segurança. (Runciman et al. 2009; Brown et al. 2008; Wismar et al. 2011). No modelo de Brown et al. (2008), é reconhecida uma polarização entre qualidade e segurança com gradientes, mas indicando que segurança é um elemento *sine qua non* para prestar o cuidado de qualidade seguro. Apesar desse debate, não há dúvidas sobre a importância do tema e da adoção de práticas efetivas para a segurança do paciente voltadas para a prestação de um cuidado seguro (Shekelle et al. 2013).



Considerações finais

Estratégias dirigidas para a melhoria da qualidade e do desempenho das organizações de saúde estão presentes nas agendas governamentais, acadêmicas e das próprias organizações de saúde em diversos países. Ao longo do tempo, houve mudanças no foco central e nas dimensões da qualidade que eram privilegiados. Atualmente, observam-se a priorização da segurança e o respeito ao direito dos pacientes conjugados à preocupação com a ocorrência de eventos adversos, decisão compartilhada e com prestação de contas (Leape 2008; Chassin et al. 2010; McClellan et al. 2010; Shortell, Casalino 2010).

Contudo, a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente é tarefa difícil, com resultados a longo prazo que exigem envolvimento de todos os membros da organização. A avaliação das organizações de saúde é um elemento chave, mas crescem custos não desprezíveis e ainda apresentam lacunas e desafios. Avanços são necessários, entretanto os resultados das avaliações devem ser interpretados mais como oportunidades de melhoria, em vez de considerados consequência da excelência ou insuficiência da ação de um indivíduo (Brown et al. 2008; Reason 2000).

Avaliação é essencial, mas não é suficiente. É preciso agir na correção dos problemas encontrados

Referências

- Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Balkrishnan R. Evaluating the medical care system effectiveness, efficiency, and equity. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1993.
- Blumenthal D. Performance improvement in health care: seizing the moment. N Engl J Med. 2012; 366(21):1953-55.
- Blumenthal D. Quality of care: what is it? N Engl J Med. 1996;335(17):891-94.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio R, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370-77.
- Brook RH, Davies-Avery A, Greenfield S, Harris LJ, Lelah T, Solomon NE et al. Assessing the quality of medical care using outcome measures: an overview of the methods. Med. Care, 1977;15(9 Suppl):1-106.
- Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation. Part 1. Conceptualizing and developing interventions. QualSaf Health Care. 2008;17(3):158-62.

Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 2010; 363(7):683-88.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.

Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

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

Elliott SF, Fisher ES, Shortell SM. Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how. *JAMA* 2010; 304(15):1715-16.

Grol RP. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001;286(20):2578-85.

Holland W. Evaluation of health care. New York: Oxford University Press; 1983.

Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. Trends in the overuse of Ambulatory Health Care Services in the United States. *JAMA Intern Med*. 2013;173 (2):142-48.DOI:10.1001/2013.jamainternmed.1022.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

Leape LL. Scope of problem and history of patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008; 35(1):1-10.

Lohr KN. Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry* 1988;25(1):37-50.

Long AF. Health services performance. New Hampshire: Groom Helm; 1985.

McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):982-90.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care*. 2009 [citado 2013 ago. 20];21(4): 279–84. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>.

Mulley AG. Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice. *BMJ*. 2009; 339:b4013.

Portela MC, Martins M. Caderno de estudo: gestão da qualidade em saúde. In: Lopes CMB, Barbosa PR, Silva VC, organizadores. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 2008. Programa de Gestão em Saúde, Ensino a distância da ENSP/Fiocruz e Universidade aberta do Brasil. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material didático de curso de educação a distância).

Reason J. Human error: models and management. *BMJ*.2000;320(7237):768-70.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewall P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*.2009;21(1):18-20.

Shekelle P G, Pronovost P, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med*. 2013;158 (5 Pt 2):365-68.

Shortell SM, Casalino LP. Implementing qualifications criteria and technical assistance for accountable care organizations. *JAMA*.2012;303(17):1747-48.

Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Principles of performance measurement: introduction. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, editors. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 3-23.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Nunes C, Leite ES. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*. 2014;14:311. doi:10.1186/1472-6963-14-311.

Travassos C, Caldas B. A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: ANVISA. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília; 2013. Capítulo 2, p. 19-27.

U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National healthcare quality report [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005 [citado 2012 Maio 28]. (AHRQ Publication n. 06-0018). Disponível em: <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr05/nhqr05.htm>.

Vuori H. Quality assurance of health services. Copenhagen: World Organization; 1992.

Wennberg JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. *BMJ* 2011; 342:d1513.

Wennberg JE. *Tracking medicine a researcher's quest to understand health care*. New York: Oxford University Press; 2010.

Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Cross-border health care in the European Union Mapping and analyzing practices and policies. Copenhagen (DK): European Observatory on Health Systems and Policies, [2011].

Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits Metal. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual. Saf. Health Care*.2009;18(4): 297-302.