Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados

Paulo Jorge Santos Sousa
Escola Nacional de Saúde Pública, UNL
Centro de Investigação e Estudos em Saúde Pública (CIESP) da ENSP-UNL
paulo.sousa@ensp.unl.pt

Resumo: Ao nível das políticas de saúde os principais condicionalismos que hoje se colocam prendem-se, entre outros, com: i) as alterações demográficas e envelhecimento da população; ii) a crescente complexidade dos cuidados de saúde; iii) o desenvolvimento tecnológico; iv) o aumento das expectativas dos doentes e; v) os problemas associados ao financiamento, que condicionam, não só o presente, mas sobretudo a sustentabilidade no futuro. Do ponto de vista da qualidade, «o grande desafio» têm a ver com a necessidade de criar com sucesso, um sistema que, de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços que, os profissionais e as organizações estão a desenvolver de molde a potenciar os benefícios para os doentes. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos, constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos. Neste contexto, à semelhança do que se passa noutros países, as questões relacionadas com a avaliação, garantia e melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância. Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, um desafio para os diferentes actores (*stakeholders*) da saúde.

Palavras-chave: Qualidade; Políticas de Saúde, Avaliação.

Abstract: The major constraints of the health policies is related with: (I) demographic change and ageing; (ii) increasing complexity of health care; iii) technological development; (iv) increased expectations of patients and; (v) problems related with financing, affecting not only those issues, but the sustainability in future. From the point of view of quality, «the great challenge» is related with the need to create successfully a coherent system that can integrate the many professionals and organizations efforts to maximise the benefits for the patients. The evaluation of quality of care provided to continuous improvement

and increased the effectiveness, constitutes a purpose of modern health systems. In this context, as is happening in other countries, the evaluation issues is relevant, ensuring quality and continuous improvement in health-care system, public, private or social. Improve the quality of care provided to citizens and ensure all users access to quality care in a timely and appropriate costs is therefore a challenge for the different actors (health policy).

Keywords: Quality; Health Policies; Evaluation.

1. Qualidade em Saúde

O crescente enfoque e interesse pela «Qualidade» é um fenómeno relativamente recente nos sistemas de saúde, tendo tido como referência as experiências adquiridas e desenvolvidas na área industrial a partir de meados do século XX (Deming, 1986; Juran, 1989). Este é um domínio onde, à semelhança de muitos outros, como sejam o financiamento, relação de mercado oferta/procura, previsibilidade de necessidades, impacto e visibilidade social, por exemplo, as «idiossincrasias» do sistema definem, moldam e adaptam uma realidade transposta de outras áreas de actividade, para o sistema de saúde.

O facto da aplicação dos conceitos e das práticas de qualidade, do sector industrial para a área da saúde, não poder ser feito de uma forma linear, tem sido considerado por vários autores como um dos principais factores que tem condicionado o processo de adopção e implementação de uma verdadeira «cultura» de qualidade nos sistemas de saúde, um pouco por todo o mundo (Deming, 1994; Berwick, 1996; Blumenthal, 1996a).

Existem várias definições de qualidade em saúde. Para melhor enquadrar a temática neste âmbito destacamos as definições propostas por Palmer e pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) que a refere, respectivamente, como,

> «A produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as **características dos utentes.**» (Palmer, 1982. 761).
>
> «O modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados». (USA, JCAHO, 1993)

Outra questão igualmente importante, relaciona-se com o vasto conjunto de definições associadas ao conceito «qualidade em saúde», bem como às principais terminologias que lhe estão subjacentes.

Consideramos importante, no sentido de melhor integrar e articular estas questões, fazer referência, ainda que de uma forma sucinta e focalizada ao campo da saúde, a conceitos fundamentais como sejam: «gestão da qualidade»; «sistema de qualidade»; «melhoria contínua da qualidade» e «avaliação da qualidade».

Segundo Imperatori, (Imperatori, 1999.164) «gestão da qualidade», diz respeito ao *«Processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas, procedimentos e actividades ligadas à qualidade*». Resumidamente, podemos afirmar que este conceito congrega todas as funções envolvidas na determinação e obtenção da qualidade, através da trilogia planeamento, controlo e melhoria da qualidade.

2. Politicas de Qualidade em Saúde

A necessidade de um «sistema de qualidade» foi identificada e explicitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração «Saúde para todos no ano 2000», na sua Meta 31 (OMS, 1985), e pelo Conselho da Europa na sua recomendação nº 17/97 do Conselho de Ministros (Biscaia, 2002), sendo consensual a sua definição como:

> «Um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explicitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.» (Biscaia, 2002.7).

Os principais objectivos, da introdução de políticas de «melhoria contínua da qualidade» nos cuidados de saúde, passaram sempre por **i**) procurar promover e manter a saúde das populações; **ii**) estruturar os serviços de saúde de molde a satisfazer as necessidades dessas populações; **iii**) assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados; **iv**) garantir que os recursos financeiros, humanos, equipamentos e informação fossem utilizados de forma racional e eficiente e, necessariamente, **v**) assegurar a satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde (WHO, 2006b). Assim, para a prossecução da «melhoria contínua da qualidade» dos cuidados torna-se necessário efectuar, de uma forma estruturada e sistemática, a identificação de problemas e garantia da sua solução. O processo baseia-se na

identificação dos problemas, no estabelecimento de prioridades, na procura das melhores soluções e sua aplicação com vista à resolução dos mesmos.

Um dos principais mecanismos utilizados na «melhoria contínua da qualidade» é o Ciclo PDCA, que significa: **P**lan, fase em que se analisam as áreas/actividades ou processos que queremos melhorar; **D**o, fase de implementação da mudança/melhoria; **C**heck, este passo é crucial na medida em que é a fase de monitorização e acompanhamento da mudança/melhoria; **A**ct, depois de planear a mudança/melhoria, implementá-la e monitorizá-la, vem a fase em que se toma a decisão sobre o seu resultado, tendo em conta o seu efeito no processo de melhoria da qualidade (Jackson, 2001; Walley; Gowland, 2004).

Esta metodologia, inicialmente desenvolvida por Walter Shewhart, na década de 30, foi sendo aperfeiçoada, dinamizada e generalizada por Edwards Deming, advindo daí a origem da outra denominação porque é conhecido – ciclo de Deming (Juran, 1989).

O seu sucesso deriva, em grande medida, da ampla aplicabilidade, uma vez que pode ser utilizada em todas as actividades de uma organização, qualquer que seja a sua área de intervenção. Esta é, talvez, a metodologia que mais fácil e difusamente foi assimilada e adaptada à área da saúde, sendo frequentemente utilizada como processo de «melhoria contínua da qualidade» dos cuidados de saúde, em diversos sistemas de saúde (Van Tiel *et al.*, 2006; Wheatland *et al.*, 2006).

Muito embora as definições semânticas se multipliquem, as sobreposições de conceitos possam desfocar os objectivos e a multi-factorialidade da qualidade em saúde possa tornar difícil a sua medição, o facto é que o cerne da questão, o grande objectivo dos sistemas de saúde modernos, reside exactamente na necessidade de avaliar a qualidade dos cuidados prestados, pois só assim se pode saber onde (e como estamos) e, consequentemente, planear para onde e de que forma queremos ir (Øvretveit; Gustafson, 2002).

3. Avaliação da Qualidade em Saúde

Actualmente existe uma panóplia de mecanismos de avaliação, interna e externa, de aferição, de auditoria e de *benchmarking*, que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países, ou estratégias terapêuticas, tendo como referencial uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência (Øvretveit, 2001).

Dificilmente, nos dias de hoje, se conhecem intervenções na área da saúde, ou que sobre ela incidam, que não teçam considerações, questionem ou manifestem preocupação sobre a qualidade em saúde, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos. Surgindo da exigência, mais ou menos visível, de todos os *actores* envolvidos, a qualidade constitui, cada vez mais, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados.

Da complexa combinação que envolve o processo, a tecnologia e a interacção humana, que caracteriza o moderno sistema de prestação de cuidados de saúde, é esperado que traga benefícios significativos para os doentes. No entanto, estão também envolvidos riscos, inevitáveis, que poderão ter consequências na qualidade dos resultados obtidos.

Neste contexto, regista-se actualmente, quer na vasta bibliografia disponível, quer na realidade do dia-a-dia das organizações de saúde, uma multiplicidade de abordagens à temática da avaliação da qualidade (Øvretveit; Gustafson, 2002; Leatherman *et al.*, 2003; Larsson *et al.*, 2005). Esta temática surge muitas vezes analisada à luz de conceitos como: acreditação e certificação de organizações de saúde; auditorias clínicas; *benchmarking*; *clinical governance*; avaliação de desempenho; avaliação de resultados em saúde (*outcomes research*); entre outros. No entanto, poderemos destacar, como denominador comum, o facto destas questões serem indissociáveis de uma política explícita de Qualidade que visa melhorar, globalmente, o desempenho dos serviços de saúde e, consequentemente, os resultados do ponto de vista clínico, económico e centrados no doente (grau de satisfação, preferências e expectativas).

Os principais desafios que hoje se colocam à política de saúde são condicionados pelas alterações demográficas e envelhecimento da população, pela crescente complexidade dos cuidados de saúde, pelo desenvolvimento tecnológico, pelo aumento das expectativas dos doentes e pelos problemas associados ao financiamento. No futuro, a manter-se esta tendência, a sustentabilidade dos sistemas de saúde, tal como os conhecemos na actualidade, fica fortemente comprometida.

Desta forma, à semelhança do que se passa no âmbito internacional, as questões relacionadas com a avaliação da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem cada vez maior relevância (Comissão Europeia, 2000; WHO, 2003). Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é, pois, o grande desafio para os profissionais da área da saúde.

Como consequência, verifica-se que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde tem despertado, nos últimos tempos, interesse crescente, que se tem mani-

festado, não só ao nível dos decisores políticos e das administrações, mas também no seio dos profissionais de saúde e dos próprios utentes.

Este movimento entronca e, simultaneamente, deriva do paradigma em que a qualidade em saúde deve ser definida, medida e comparada, sendo os seus resultados passíveis de divulgação pública, tendo como desiderato a melhoria contínua dos cuidados prestados. Não se pode portanto intervir, na área da qualidade em saúde, se não se dispuser de mecanismos que permitam medi-la e avaliá-la.

A medição da qualidade nos serviços de saúde tem sido, histórica e conjunturalmente, bastante difícil. A razão principal desta dificuldade resulta da utilização de diferentes definições de qualidade em saúde.

Nos sistemas de saúde «movimentam-se» múltiplos *actores*, com distintos interesses e motivações, desempenhando diferentes papéis no seio do mesmo. Cada grupo possui definições e, consequentemente, medições de qualidade próprias, tendo em conta o seu «posicionamento» no sistema de saúde, podendo igualmente diferir nas dimensões analisadas, nos objectivos definidos, nos indicadores e medidas seleccionados e nos padrões (ou *standards)* utilizados como referência. (Brook; McGlynn, 1996).

Por exemplo, os profissionais de saúde tendem a caracterizar a qualidade mais em termos dos atributos e resultados dos cuidados prestados e da efectividade dos mesmos. Os financiadores, decisores políticos e gestores centram mais as suas atenções em medidas/indicadores decorrentes do desempenho organizacional e numa visão mais ampla, baseados na globalidade da população tratada. Os utentes/doentes, por sua vez, valorizam os aspectos relacionais, decorrentes do contacto com a organização e com os profissionais de saúde, a acessibilidade e o «balanço» entre as expectativas e o resultado final dos cuidados recebidos (Bowers; Swan; Koehler, 1994).

Foram vários os factores que incentivaram e fizeram despertar a atenção da avaliação da qualidade em saúde, entre os quais se destacam; **i**) as preocupações com as questões económicas e de eficiência; **ii**) o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability)*; **iii**) a pressão por parte dos doentes/utentes, cada vez mais informados e exigentes; **iv**) o peso dos «*media*», que têm vindo a dedicar particular atenção às questões dos eventos adversos; **v**) o desenvolvimento de novos conhecimentos na área tecnológica e biomédica com reflexos directos na prestação de cuidados de saúde; **vi**) o crescente interesse na medição dos resultados clínicos e do grau de satisfação dos doentes, (Marshall; Davies, 2001; Cheng; Song, 2004; Larsson; *et al.*, 2005).

Do vasto conjunto de ferramentas e de estratégias disponíveis para avaliar a qualidade na área da saúde, a acreditação, as auditorias clínicas e a avaliação de resultados (*outcomes research*), têm sido as mais commumente utilizadas e, concomitantemente, as que apresentam uma base de evidência mais sólida (Mainz, 2003; Veillard *et al.*, 2005).

O conceito de acreditação está ligado a um sistema de avaliação externa, periódica e voluntária do cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, procurando estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Romano, 2005).

São vários os países que têm em curso programas de acreditação das suas instituições de saúde, uns de carácter voluntário, de que Portugal é exemplo, outros com cariz obrigatório, como são os casos da França, dos Estados Unidos da América e da Austrália (Pomey *et al.*, 2005). O princípio da acreditação, que assenta na demonstração de que, a uma dada instituição é reconhecida a prestação de serviços de qualidade, apresenta contornos similares e ampla homogeneidade nos procedimentos, regras e objectivos que lhes estão subjacentes. Os primeiros passos na área da acreditação de organizações de saúde foram dados na década de 1920, por Flexner, a partir do seu programa de padronização hospitalar (*Hospital Standardization Program*), que mais tarde iria dar lugar à criação da *Joint Commision of Healthcare Organization* (JCAHO), hoje considerada a maior organização de acreditação do mundo, tendo acreditado mais de 85% dos hospitais nos Estados Unidos da América (USA. *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, 1993).

As auditorias clínicas tiveram origem nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos 50, com Lembecke, que descreveu, pela primeira vez, formas de auditoria clínica com rigor técnico-científico. Mais recentemente esta prática foi recuperada e relançada no Reino Unido como um dos principais conceitos em que se materializa o movimento de *Clinical Governance* (Richie *et al.*, 2005). Pode-se definir auditoria clínica, como um processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado inter-pares, tendo por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, consequentemente, a sua comparação com critérios e padrões previamente definidos (UK. *National Health Service Wales*, 2003).

A análise da variabilidade na prática clínica e, principalmente, nos resultados decorrentes da prestação de cuidados de saúde, tem hoje um estatuto central na avaliação da qualidade em saúde (Carneiro, 2003). Relativamente à primeira questão, variabilidade na prática clínica, os esforços têm-se centrado no desenvolvimento de normas de orientação clínica (*guidelines)*, cujo objectivo é definir práticas de excelência baseadas na melhor evidência disponível. No que diz respeito à análise de resultados em saúde, clínicos e económicos, é uma área relativamente recente

que se encontra intimamente ligada ao conceito anglosaxónico de *Outcomes Research*. Esta «nova» abordagem, procura analisar e perceber os resultados de uma intervenção clínica, bem como os factores que a influenciam, possibilitando, desta forma, uma perspectiva focalizada e, simultaneamente, global da qualidade em saúde.

Do exposto podemos constatar que existe uma multiplicidade de abordagens e de modelos possíveis para avaliar a qualidade no sector da saúde. Não obstante a sua diversidade, podemos encontrar alguns pontos semelhantes, nas diferentes abordagens, como sejam a utilização de indicadores para medir e monitorizar os níveis/padrões de qualidade dos cuidados prestados.

Consideramos importante fazer aqui referência aos modelos de avaliação da qualidade descritos por Maxwell e por Donabedian, por serem os dois mais conhecidos e amplamente utilizados, um pouco por todo o mundo. Paralelamente ambos apresentam em comum o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde sob a forma de dimensões, possibilitando análises mais específicas e integradas.

3.1. Modelo de Maxwell

Um dos principais contributos para o debate acerca da avaliação da qualidade foi dado por Robert Maxwell, no inicio da década de 1990, sendo ainda hoje visível, um pouco por todo o mundo, a sua influência quer ao nível das práticas, quer das políticas de avaliação da qualidade (Melzer, 2006). Ao operacionalizar o conceito, amplo e por vezes abstracto, de qualidade em saúde em seis dimensões, tornou possível objectivar a sua medição e consequentemente a sua avaliação. A necessidade de definir um modelo assente em dimensões específicas, para medir a qualidade em saúde, adveio da abrangência, da multidisciplinariedade e da complexidade que caracterizava tal tarefa.

O modelo multidimensional, definido por Maxwell, é baseado em seis facetas distintas da qualidade, nomeadamente, **i) efectividade**, prende-se com o efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção; **ii) eficiência**, diz respeito a produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou com os mesmos recursos maximizar os efeitos; **iii) aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente (qualidade percepcionada)**, tem a ver, essencialmente com o grau de satisfação e expectativas dos doentes e com as opiniões, sugestões, reclamações; **iv) acessibilidade**, diz respeito às condições em que o acesso a cuidados de saúde é feito, incluindo os factores que condicionam esse acesso; **v) equidade**, reflecte em que medida, para necessidades diferentes, existem respostas diferentes, tendo em conta a razoabilidade e a justiça nas opções tomadas e o conhecimento disponível; **vi)**

segurança, relaciona-se com a ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde e que causam dano ou incapacidade (Maxwell, 1992).

A definição deste modelo veio permitir avaliar a qualidade, quer a um nível específico, quando se analisa uma das dimensões, quer numa perspectiva mais global e integrada, quando se avaliam duas ou mais dimensões em simultâneo.

3.2. Modelo de Donabedian (tríade de Donabedian)

Considerado por muitos autores como o «pai» do «moderno» movimento de avaliação da qualidade na área da saúde (Best; Neuhauser, 2004), Donabedian teve como principal contributo a criação do modelo de avaliação da qualidade, definido em meados dos anos 60, assente na tríade **estrutura**, **processo** e **resultados**.

A componente **estrutura** é caracterizada por aspectos relativamente estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho. O **processo**, diz respeito ao conjunto de actividades que os profissionais realizam para os utentes/doentes, bem como as respostas destes, e inclui as actividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as acções preventivas. Os **resultados**, referem-se tanto aos níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos utentes/doentes (Brook; McGlynn; Cleary, 1996).

Não obstante ser amplamente consensual, o modelo definido por Donabedian desencadeou diferentes movimentos consoante a componente que era mais valorizada na avaliação da qualidade. Vários autores consideraram que a análise da qualidade devia privilegiar os padrões e as normas da estrutura e do processo, considerando também importante uma revisão dos resultados, principalmente naqueles casos onde ocorreram eventos adversos (Schiff; Rucker, 2001).

Esse tipo de abordagem teve por base o período inicial do problema relacionado com as variações na prática clínica, cujo expoente máximo assentava na definição de normas de orientação clínicas, também denominadas *guidelines*, no sentido de uniformizar os processos de diagnóstico, tratamento e prevenção, baseadas na melhor evidência disponível.

Mais tarde alargou-se a discussão da variabilidade da prática clínica à variabilidade dos resultados obtidos e, principalmente, à sua inter-relação, tendo em conta a análise dos custos, económicos e sociais, associados a essas variações.

Apesar de, no período entre a década de 1970 e a primeira metade dos anos 90, terem sido privilegiadas abordagens centradas na avaliação dos aspectos relaciona-

dos com a estrutura e o processo, verificou-se, de algum tempo a esta parte, uma mudança desse paradigma, principalmente em países com conhecimentos e práticas bastante desenvolvidos a esse nível, de que são exemplo os Estados Unidos da América, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e a França, (WHO, 2003).

O enfoque incide agora mais na análise dos resultados – *outcomes*, tendo sempre presente os laços indissociáveis entre os três aspectos, na medida em que a identificação de um resultado menos favorável que o expectável, possa ser indicador, em princípio, da existência de problemas ao nível do processo ou da estrutura, pelo que é de todo conveniente e recomendável a adopção de abordagens globais e integradas.

Para os profissionais de saúde e para os doentes, a investigação de resultados fornece evidência acerca dos benefícios, riscos e resultados dos cuidados prestados, permitindo-lhes desta forma tomar decisões mais informadas.

Para os gestores da saúde e para os financiadores, a análise de resultados pode ajudar a identificar estratégias potencialmente efectivas que devem ser implementadas no sentido de melhorar e manter a qualidade dos cuidados de saúde.

Ao relacionar os cuidados que os doentes recebem, com os *outcomes* neles verificados, a análise de resultados torna-se a chave para avaliar, monitorizar e melhorar a qualidade em saúde (Donabedian, 2002).

4. Considerações Finais

As expectativas dos doentes são hoje mais elevadas do que nunca. Para isso contribuíram, entre outros factores, os avanços verificados ao nível da ciência; os desenvolvimentos tecnológicos; a facilidade no acesso e difusão da informação e; a mudança de cultura para uma lógica de exigência e responsabilidade social (*accountability*).

Não obstante o potencial de transformação e inovação dos serviços de saúde ser enorme, torna-se necessário a melhoria permanente da qualidade, voltada para o atendimento das necessidades, das expectativas e da satisfação da população que recorre a estes serviços.

Uma garantia fundamental, implícita em todos os níveis e dimensões dos cuidados de saúde, que deve ser assumida pelos profissionais da área e partilhada com o doente, é que as falhas e os erros são realidades incontornáveis na prestação de cuidados de saúde, mesmo quando se trate de técnicas, diagnosticas ou terapêuti-

cas, amplamente consensuais e realizadas por equipas altamente especializadas e com o recurso a equipamentos de «última geração». A prestação de cuidados de saúde é, pela sua natureza, uma actividade que envolve riscos. Mas esses riscos são, na maioria das vezes, pouco frequentes e normalmente quantificáveis.

Paralelamente, a necessidade de avaliação do desempenho/qualidade dos sistemas de saúde (ou dos cuidados de saúde prestados a uma determinada população) é hoje uma questão central nas agendas políticas dos vários governos, um pouco por todo o mundo.

Desta forma, ganha particular importância a definição de políticas que visem a melhoria e a garantia de elevados padrões de qualidade e, consequente monitorização e análise desses padrões/resultados (avaliação da qualidade). Tais acções constituem, sem dúvida, uma das principais áreas de investigação e de actuação no campo da saúde, em geral, e da saúde pública em particular.

Referências

BERWICK, D.M. (1996). «Payment by capitation and the quality of care». *The New England Journal of Medicine*, 335: 16 (October 1996), pp 1227-1231.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. (2004). «Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet». *Quality & Safety in Health Care*, 13: 6 (2004), pp 472-473.

BISCAIA, J. L. (2002). «Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual», *Revista Qualidade em Saúde*, 6 (2002), pp 6-10.

BLUMENTHAL, D. (1996). «Quality of health care. Part 4: the origins of the quality-of-care debate», *The New England Journal of Medicine*, 335: 15, pp 1146-1149.

BOWERS, M.R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W.F. (1994). «What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery», *Health Care Management Review*, 19: 4, pp 49-55.

BROOK, R. H.; MCGLYNN, E. A.; CLEARY, P.D. (1996). «Measuring quality of care», *The New England Journal of Medicine*, 335: 13, pp 966-970.

CARNEIRO, A. V. (2003). «Análise de subgrupos em ensaios clínicos terapêuticos», in Carneiro, A.V., ed. lit. – *Cardiologia baseada na evidência*, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, pp 209-216.

COMISSÃO EUROPEIA (2000). *A qualidade dos cuidados de saúde: actividades hospitalares: relatório do Grupo de Trabalho para a Qualidade dos Cuidados Hospitalares*. Lisboa: Comissão Permanente dos Hospitais da União Europeia.

DEMING, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: Center for Advanced Engineering. Massachusetts' Institute of Technology.

DEMING, W. E. (1994). *The Deming management method: the complete guide to quality management*. New York: The Berkley Publishing Group.

DONABEDIAN, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

IMPERATORI, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.

JACKSON, S. (2001). «Successfully implementing total quality management tools within health-care; what are the key actions?», *International Journal of Health Care Assurance*. 14: 4, pp 157-163.

JURAN, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality*. New York: Free Press.

LARSSON, B.W. [*et al.*], (2005). «International comparison of patients' views on quality of care», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18: 1, pp 62-73.

LEATHERMAN, S. [*et al.*], (2003). «The business case for quality: case study and an analysis», *Health Affairs***,** 22: 2, pp 17-30.

MAINZ, J. (2003). «Defining and classifying clinical indicators for quality improvement», *International Journal for Quality in Health Care*, 15: 6, pp 523-530.

MARSHALL, M.N.; DAVIES, H. (2001). «Public release of information on quality of care: how are health services and public expected to respond?», *Journal of Health Services Research and Policy,* 6: 3, pp 158-162.

MAXWELL, R. (1992). «Dimensions of quality revisited: from thought to action», *Quality & Safety in Health Care*, 1, pp 171-177.

MELZER, D. (2006). «Improving quality in health care», in Pencheon, D. [*et al.*] – *Oxford handbook of public health practice*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, pp 428-466.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento. Ministério da Saúde.

ØVRETVEIT, J. (2001). «Quality assessment and comparative indicators in the Nordic countries», *International Journal of Health Planning and Management*, 16, pp 229-241.

ØVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. (2002). «Evaluation of quality improvement programmes», *Quality & Safety in Health Care*, 11, pp 270-275.

PALMER, R.H (1982). «A review of methods for ambulatory medical care evaluation», *Medical Care*, 20, pp 758-81.

POMEY, M.P. [*et al.*]. (2005). «Paradoxes of French accreditation», *Quality & Safety in Health Care*, 14: 1, pp 51-55.

RITCHIE, K. [*et al.*]. (2005). «Clinical governance: what does it mean for NHS Scotland?», *Scottish Medical Journal*, 50: 4, pp 147-149.

ROMANO, P.S. (2005). «Improving the quality of hospital care in America», *The New England Journal of Medicine*, 353: 3, pp 302-304.

SCHIFF, G. D.; RUCKER, T.D. (2001). «Beyond structure-process-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality», *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27: 3, pp 169-174.

U.K. NATIONAL HEALTH SERVICE WALES. (2003). *An introduction to clinic audit*. Cardiff: Welsh Assembly Government.

USA. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS (1993). *The measurement mandate: on the road to performance improvement in health care*. Chicago: JCAHO Editions.

VAN TIEL, F.H. [*et al.*] (2006). «Plan-do-study-act cycles as an instrument for improvement of compliance with infection control measures in care of patients after cardiothoracic surgery», *Journal of Hospital Infection*, 62: 1 (Nov 2006), pp 64-70.

VEILLARD, J. [*et al.*] (2005). «A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project», *International Journal for Quality in Health Care*, 17: 6, pp 487-496.

WALLEY, P.; GOWLAND, B. (2004). «Completing the circle: from PD to PDSA», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17: 6, pp 349-358.

WHEATLAND, B. [*et al.*] (2006). «Initiating a PDSA cycle: improving management of diabetes in rural WA», *Australian Family Physician*, 35: 8 (Aug 2006), pp 650-654.

WHO (2003). *Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimension*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.

WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health system*. Geneva: World Health Organization.