

---

PEDRO LOPES FERREIRA

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Centro de Estudos Sociais

OLGA MAIA SECO  
Hospitais da Universidade de Coimbra

## Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde

---

159

*A satisfação dos utentes em relação ao seu estado de saúde e aos cuidados prestados pelas instituições de saúde não tem acompanhado a melhoria substancial do estado de saúde da população.*

*Face a esta situação, há que agir apresentando uma imagem mais correcta dos serviços de saúde e prestando cuidados de saúde de melhor qualidade. E esta melhor qualidade passa, necessariamente, não só pela melhoria técnica dos serviços prestados, mas também por um melhor*

*acesso à saúde, por uma melhor informação relativamente ao próprio estado de saúde do doente, pelo carinho com que este é tratado e pela atenção dedicada aos seus sentimentos e valores. Neste artigo analisamos alguns conceitos considerados pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade, nomeadamente os conceitos de processo e de consumidor, a necessidade de se estudar a variação e, por fim, a utilização de ferramentas científicas para a gestão da qualidade.*

**O** estado de saúde da população tem melhorado substancialmente, mas esta melhoria não tem sido acompanhada por uma correspondente percepção subjectiva de melhoria de saúde e bem-estar físico. E, sendo estes peça importante na avaliação da qualidade de cuidados prestados pelas instituições de saúde, é necessário debruçarmo-nos um pouco mais detalhadamente sobre esta situação aparentemente paradoxal.

Como se sabe, os cuidados prestados pelas instituições de saúde têm melhorado substancialmente ao longo dos tempos. Vivemos hoje, durante mais tempo, vidas mais saudáveis. Os cuidados de saúde, a medicina preventiva e a promoção da saúde têm feito grandes progressos nos últimos anos. Uma criança do sexo feminino nascida em Coimbra em 1990 tem uma esperança de vida de 75 anos (The World Bank, 1992); em 1960, a esperança média de vida de um português era de 63 anos (Banque Mondiale, 1980).

A biomedicina moderna permite-nos hoje prever, detectar, diagnosticar e tratar um leque de doenças cada vez mais

### 1. O paradoxo da saúde

*Quality should be aimed at the needs of the consumer present and future*

W. E. Deming

amplo. Segundo Beeson (1986), em 1928 havia tratamentos eficazes para 5% a 10% das 360 doenças consideradas mais sérias. Em 1976, este número já tinha subido para 50% a 55%.

No entanto, a satisfação dos utentes em relação ao seu estado de saúde e aos cuidados prestados pelas instituições de saúde tem diminuído drasticamente. Poderemos apresentar alguns factores que contribuem para essa diminuição (Barsky, 1988), nomeadamente os vários avanços da medicina que, tendo provocado um abaixamento da taxa de mortalidade para doenças infecciosas agudas têm, ao mesmo tempo, provocado um aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas. Numa linguagem mais livre, poderemos dizer que trocámos doenças agudas e ameaçadoras de morte, no início da vida, por doenças crónicas e limitadoras da actividade normal, nos anos terminais. Ou, visto por outro prisma, as pessoas salvas de mortes prematuras provocadas por pneumonias, endocardites, tuberculose ou infecções em criança, vivem agora o tempo necessário para adquirir osteoartrites, cataratas, diabetes e outras (Verbrugge, 1984). E tudo isto acompanhado por uma prestação de cuidados cada vez mais caros.

Além disso, os quadros das doenças estão a mudar. Cada vez mais lidamos com doenças crónicas ou debilitadoras onde as alterações aos estados actuais de saúde nem sempre são desejáveis e onde a cura é uma possibilidade remota. Os prestadores de cuidados enfrentam frequentemente a necessidade de diminuir ou eliminar a disfunção e melhorar a capacidade dos doentes de viverem com doenças crónicas. E isto constitui uma enorme mudança e um enorme desafio para a medicina que, durante tantos anos, se concentrou em questões relacionadas com as doenças agudas e com o objectivo de cura. O sistema actual de cuidados de saúde e os instrumentos de medição de que actualmente dispomos ainda não tratam correctamente este último problema.

Um outro factor relaciona-se com a crescente consciencialização da população em relação a sintomas e sensações das doenças. Este fenómeno tem reflexos na atribuição de recursos na saúde e na atenção que as pessoas dedicam à alimentação, à dieta e à perda de peso. Estamos hoje em dia muito mais preocupados com a composição dos alimentos em termos de gorduras, sal, fibras e açúcar, sendo a manutenção física uma constante preocupação de grande parte da

população. No entanto, vários estudos têm provado que quanto maior é a atenção que prestamos ao nosso corpo e à nossa saúde, menor é a sensação de bem-estar físico e emocional. Temos hoje tendência para nos preocuparmos com sintomas que até há pouco ignorávamos (Miller *et al.*, 1981; Pennebaker, 1982).

O alargamento do conjunto de instituições prestadoras de cuidados de saúde e os interesses vários que acompanham este fenómeno contribuíram também para a criação de um certo clima de apreensão, insegurança e até de alarme em relação à doença. Algumas instituições de prestação de cuidados, nomeadamente nos EUA, apresentam aos seus doentes a “terra prometida” e o mito de que uma boa saúde pode ser comprada (Barsky, 1988). Ao mesmo tempo, hipervalorizam a importância de determinados sintomas e a necessidade de se fazer algo para remediar a situação de doença. Como corolário disso, as pessoas sentem-se pouco seguras e por vezes até alarmadas com sintomas anteriormente considerados triviais.

Finalmente, a progressiva medicalização do dia-a-dia vem criar um aumento das expectativas de cura que, por não serem satisfeitas na totalidade, vão provocar um aumento da insatisfação. Os sintomas e as limitações físicas são hoje encarados de uma forma mais negativa do que era costume, com um desconforto muito maior. Tudo isto é acompanhado por uma maior frequência de idas ao médico, especialmente em casos de sintomas menores ou doenças benignas (Shorter, 1985). Um estudo realizado por Barsky (1981) revelou que, em 30% a 60% das consultas a médicos de cuidados primários, não são encontradas condições clínicas que justifiquem os sintomas apresentados pelos doentes. Para os cuidados ambulatoriais, os números não são significativamente diferentes.

Nem tudo, no entanto, pode ser visto desta maneira tão negativa. A faceta positiva desta situação é que determinadas doenças podem hoje ser detectadas numa fase eventualmente ainda curável e, devido a esta maior procura dos serviços médicos, assiste-se a uma crescente tendência para se considerar doenças determinadas manifestações como o alcoolismo, a dependência química e algumas formas de violência impulsiva (Conrad e Schneider, 1980). No entanto, este investimento que se faz na medicina, especialmente na preventiva, induz necessariamente um aumento das expectativas de cura. E porque pensamos que a consequência

natural das nossas preocupações é não ficarmos doentes, quando tal acontece sentimo-nos frustrados e desiludidos com a medicina e com os cuidados prestados.

Face a estes paradoxos da saúde, temos de agir apresentando uma imagem mais correcta e uma melhor qualidade dos serviços de saúde. E esta melhor qualidade passa, necessariamente, não só por uma melhoria técnica dos serviços prestados, mas também por um melhor acesso à saúde, por uma melhor informação relativamente ao próprio estado de saúde do doente, pelo carinho com que este é tratado e pela atenção dedicada aos seus sentimentos e valores.

Há, por conseguinte, uma enorme necessidade de velarmos pela contínua melhoria dos cuidados prestados pelas instituições de saúde. E isto é tarefa que deverá ser abraçada por todos aqueles que, directa ou indirectamente, estão relacionados com os serviços de saúde: definidores de política de saúde, gestores e líderes de instituições de saúde, médicos e profissionais de enfermagem (mesmo aqueles que não desempenham funções de gestão), pessoal técnico e auxiliar e os cidadãos da comunidade onde as organizações de saúde se inserem.

A sociedade, que dedica enormes quantidades de tempo, dinheiro e esforço para manter e melhorar o nosso estado de saúde e para obtenção de cuidados médicos é, em última instância, quem paga os custos da eventual má qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde. É, portanto, a sociedade que por direito deverá ser o árbitro dessa qualidade. A relação de confiança (quase de dependência) entre a nossa sociedade e as organizações de saúde terá de ser equacionada nos dois sentidos; deverá passar a ser uma relação de confiança mútua.

## **2. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde**

Em artigo anterior (Ferreira, 1991), já debatemos o conceito de qualidade e analisámos algumas construções usadas para medir a qualidade dos cuidados de saúde. Neste artigo, iremos rever alguns conceitos, considerados pilares fundamentais para a melhoria contínua da qualidade. Entre estes, destacamos os conceitos de processo e de consumidor, o conhecimento e o estudo da variação e, por fim, a utilização de ferramentas científicas para a gestão da qualidade. A melhoria de processos, orientada por métodos estatísticos e científicos de gestão, tem como objectivo um melhor ajuste entre os resultados dos processos de uma organização e as necessidades dos seus consumidores.

Antes, no entanto, temos de enquadrar estes conceitos num modelo mais amplo de prestação de cuidados de saúde. Segundo esta visão sistémica, consumidor é todo aquele que recebe o *output* de um processo; processo é qualquer conjunto de acções que transforma um *input* de um fornecedor num *output* que é avaliado e usado por um consumidor, nunca apenas pelas pessoas envolvidas no processo (Makens e McEachern, 1990). Na prestação de cuidados de saúde, o conceito de consumidor engloba não só os doentes, mas também os médicos e pessoal de enfermagem que com eles interactuam. Outros funcionários, as entidades pagadoras dos cuidados de saúde e a sociedade são também encarados como consumidores. Estas definições diferem das habituais, porque incluem consumidores e fornecedores internos e externos à organização.

163

Cada indivíduo num processo é consumidor de todos aqueles que o antecedem no processo, e tem como consumidores todos aqueles a quem passa informação e que se seguem no processo. Toda a prestação de cuidados de saúde pode então ser encarada como uma cadeia de processos envolvendo relações entre fornecedores e consumidores de cuidados. Para exemplificar esta ideia, vejamos o caso do médico que prescreve uma medicação para aliviar a dor a um doente internado. Este médico encara o profissional de enfermagem como o consumidor da receita. O enfermeiro, que recebe a receita do médico e que a comunica à farmácia do hospital, vê a farmácia como uma entidade consumidora. Neste exemplo, o enfermeiro é ao mesmo tempo consumidor de um processo e fornecedor do processo seguinte. O doente que necessita da medicação pode ser considerado o derradeiro consumidor. É o principal consumidor do sistema de cuidados de saúde. Entra nele com uma necessidade específica (para prevenir o agudizar de um determinado quadro clínico, por exemplo), ou com um problema (dificuldade em andar devido a uma artrite, por exemplo). E é no quadro deste modelo de prestação de cuidados de saúde que o doente e os prestadores de cuidados se movem, com o objectivo comum de beneficiar o doente curando-o, aliviando-o daquilo de que se queixa ou melhorando o seu estado de saúde.

Este modelo de prestação de cuidados assenta na actividade dos médicos e sugere a integração de indicadores nucleares referentes aos conhecimentos, à experiência e à competência técnica dos médicos, assim como à capacidade

de se inter-relacionarem com os doentes, colegas e restantes colaboradores (ver Figura 1).



Figura 1 — O Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde

As condições do local onde os cuidados são prestados são também variáveis determinantes para a avaliação da qualidade desses cuidados. Assim, é importante estudar-se o tipo de pessoal de apoio (como, por exemplo, o pessoal de enfermagem, técnico e administrativo), as normas de política de saúde, as directrizes locais em vigor, os processos e métodos de trabalho e finalmente, as características físicas do local, os materiais e o equipamento instalados.

Por fim, como o local de prestação de cuidados está inserido num muito mais amplo contexto social, são também considerados como indicadores importantes de qualidade as políticas económicas, de regulamentação e social em relação à saúde, assim como as de desenvolvimento profissional.

O desenho de qualquer acção tendente a melhorar a qualidade de qualquer serviço de saúde terá de ter em conta os consumidores desse serviço. O benefício que esses consumidores obtêm da prestação de cuidados é determinado não só pelo resultado "objectivo" do processo de cuidados, mas também por esse resultado filtrado pelas percepções, valores, expectativas e necessidades dos doentes.

Outro ponto que a gestão da qualidade considera importante é o reconhecimento da variação existente em qualquer medição. É vital conhecerem-se as fontes de variação e determinar-se se a variação existente num determinado processo é devida a causas especiais ou a causas comuns, pois o remédio a prescrever será diferente. As primeiras

podem ser controladas identificando-se e removendo-se; as segundas, sendo inerentes ao processo, só podem ser alteradas se o processo for alterado. A perspectiva habitual de utilizar apenas, como regras de decisão, os valores médios ou valores abaixo de determinados pontos de corte, não é suficiente e normalmente é errada.

O benefício conseguido à saída está relacionado com o efeito de todas as variáveis e da correlação com as necessidades dos doentes. Qualquer sistema de medição que pretenda ser instrumento de suporte a uma política de melhoria contínua de cuidados deverá ter em conta todas as fontes de variação apresentadas na figura anterior (Batalden e Nelson, 1990).

Um terceiro pilar da gestão da qualidade é o que George Box, da Universidade de Wisconsin, EUA, denomina a “democratização da ciência”. Traduz-se pela ampla divulgação e utilização de métodos científicos para medir e monitorizar a qualidade. Cada elemento da organização passa a dispor de instrumentos e ferramentas que lhe permitem fazer sugestões fundamentadas, tendentes à melhoria da qualidade do seu próprio trabalho: levantar questões, formular hipóteses, recolher dados, implementar e testar soluções. De entre estas ferramentas, há a salientar os diagramas de fluxo de processos, os histogramas, os diagramas de Pareto, os diagramas de Ishikawa de causa-e-efeito e os questionários. O objectivo final é sempre o da melhoria da qualidade.

Na linha da democratização dos métodos científicos, e também usando a “mala de ferramentas” da melhoria da qualidade, as equipas de trabalho enquadram a sua actividade no método de resolução de problemas (leia-se, melhoria de processos). Assim, ao diagnosticar o problema, começam por estudar e compreender o processo e por determinar as raízes das causas do problema. De seguida, geram as alternativas viáveis para a resolução do problema, avaliam-nas e escolhem a que melhor cumpre critérios previamente definidos. Finalmente, implementam a solução e criam sistemas de monitorização dos desempenhos dos novos processos.

Joseph Juran, um dos autores mais destacados da área da qualidade, considera que os esforços para melhorar a qualidade são mais bem levados a cabo quando inseridos em projectos. Para este investigador, um projecto é um problema escolhido para ser solucionado. Deming, outra proeminente

### 3. Sistemas de gestão da qualidade dos serviços de saúde

figura nesta área, fala em termos de melhoria de processos. Os analistas da decisão, por seu turno, usam o termo resolução de problemas. Todos eles usam o método científico para encontrar uma solução para os problemas da má qualidade.

Do que nos foi dado conhecer recentemente nos EUA, os projectos de qualidade dentro das organizações de saúde limitam-se quase exclusivamente às franjas confortáveis da organização médica. Tendo os enquadramentos teóricos da melhoria da qualidade nascido na indústria, não é de estranhar que a sua “tradução” para a área da saúde tenha começado pelos processos que mais se assemelham aos problemas de qualidade na indústria, tais como gestão de tempos de espera, melhoria dos processos de alta e processos de contratação de pessoal.

Há também, no entanto, alguns (poucos) projectos de melhoria de processos clínicos, tais como os que se relacionam com a tomada da decisão clínica, a estratégia de diagnóstico, o estudo de consistência no uso de ultra-sons na gravidez, o transporte de crianças doentes e o uso de aparelhos portáteis de Raios X (Berwick *et al.*, 1990). No entanto, tal como na indústria, também o principal objectivo da garantia de qualidade nos serviços de saúde é a satisfação do utente. Também aqui poderíamos propor a inversão do organigrama, colocando o utente em cima e o director em baixo.

Investigadores dos serviços de saúde e analistas da decisão têm também desenvolvido instrumentos para medir a função física, o bem-estar emocional, a satisfação dos doentes e as actividades do dia-a-dia. As medidas do estado de saúde têm ajudado os profissionais de saúde e os gestores a avaliar a prestação dos cuidados (Fanshel e Bush, 1970). Os instrumentos usados para medir o estado de saúde ou a qualidade de vida são numerosos (McDowell e Newell, 1987; Spilker *et al.*, 1992) e incluem normalmente as funções física, social e emocional (Liang e Robb-Nicholson, 1987) e a percepção de bem-estar (Spitzer, 1987). Infelizmente, a utilização das medidas do estado de saúde não tem sido prática corrente (Nelson e Berwick, 1989).

Um exemplo desses instrumentos é o que foi desenvolvido pelo grupo de investigadores do Projecto COOP da Dartmouth Medical School (Nelson *et al.*, 1987) e com o qual a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra



mantém uma colaboração estreita respeitante ao desenvolvimento, teste e implementação de instrumentos de medição do estado funcional. Este sistema de medição baseia-se em quadros que representam essencialmente três áreas funcionais específicas do estado de saúde: função, saúde e qualidade de vida. Os esquemas de função incluem as funções física, emocional, de desempenho e social, e os de saúde englobam a dor e a saúde em geral. Em cada quadro é apresentada uma pergunta e cinco opções acompanhadas de desenhos que representam, numa escala de 5 pontos, os níveis de funcionamento. A fiabilidade e a validade deste instrumento foram amplamente analisados, tendo-se obtido resultados excelentes. Os vários doentes que têm usado estas medidas têm manifestado grande regozijo na sua utilização.

Como atrás se disse, a teoria da decisão tem também dado o seu contributo para a medição da qualidade dos estados de saúde. A importância de medir as preferências está a ser cada vez mais reconhecida por investigadores e políticos da saúde (Drumond *et al.*, 1989).

Nas tradicionais análises de custo-benefício ou custo-eficácia das avaliações económicas, a definição de benefício ou efeito corresponde, normalmente, ao número de anos de vida ganhos. Contudo, estes anos ganhos graças a uma nova terapêutica, por exemplo, podem ser passados com um muito maior sofrimento do doente. A teoria da utilidade, usando as preferências individuais pelos diversos tipos de consequências, ultrapassa esta grande limitação. Desta maneira, a extensão de vida é ajustada por uma série de pesos de utilidade que reflectem a qualidade de vida atribuída pelo doente a um estado de saúde, apresentado em alternativa uns com outros (Froberg e Kane, 1989). Este tipo de denominador comum é denominado QALY (da expressão de língua inglesa *quality-adjusted life-years*).

Estão a nascer novas formas organizativas nas empresas e organizações de saúde, para melhor equacionar o problema da qualidade. No topo destas novas estruturas há uma comissão de qualidade, formada normalmente por reconhecidos líderes que também encabeçam outros projectos importantes na instituição. São funções desta comissão de qualidade a criação de infra-estruturas e a definição de estratégias para a contínua melhoria da qualidade, o treino dos gestores e de equipas de trabalho encarregadas de projectos de melhoria da qualidade, a criação das linhas de

orientação para a escolha dos processos a iniciar e a contínua avaliação da própria melhoria da qualidade. É, portanto, incentivada a criação de equipas de trabalho que se debrucem sobre problemas criados pela falta de qualidade. Estas equipas de trabalho são normalmente multidisciplinares e tendem a envolver todos os consumidores dos processos a estudar e melhorar. É destas equipas que partirão, mais tarde, recomendações para a resolução do problema em análise. Estas recomendações passam pela indicação de melhorias concretas e quantificáveis e pelo estabelecimento de períodos para a implementação e reavaliação. As medidas concretas a propor podem ser (1) de âmbito organizativo, tentando corrigir um erro no desenho da organização, ou um deficit de comunicação, (2) de conhecimento, pressupondo medidas de formação profissional, ou, finalmente, (3) de atitude, exigindo a adequação de estratégias de mudança.

Várias técnicas têm sido usadas para determinar quais os processos que as equipas vão escolher e tentar melhorar. E também aqui se faz sentir a distinção entre consumidores internos e externos. Ambos são considerados preciosas fontes de ideias para a melhoria da qualidade. Usando os consumidores externos (os doentes, por exemplo), é possível desenhar questionários que meçam a sua satisfação em relação aos cuidados prestados. Ouvir a voz dos doentes permite obter ideias inovadoras tendentes à melhoria da qualidade dos vários processos em que estão envolvidos.

No Departamento de Engenharia Industrial da Universidade de Wisconsin-Madison, EUA, por exemplo, concebeu-se um sistema computadorizado de apoio à decisão, cujos objectivos incluem a criação de um mecanismo para captar a evolução no tempo da opinião dos consumidores. Esse sistema permite também criar, via computador, uma rede de organizações interessadas na constante melhoria da qualidade e uma série de serviços que vai desde a gestão interna de projectos até ao acesso à informação e conselho para implementar um programa de melhoria de qualidade (Ferreira *et al.*, 1989). Desde 1987 que este sistema está a ser utilizado em vários hospitais americanos (Gustafson *et al.*, 1987). Nos Hospitais da Universidade de Coimbra, está em implementação um projecto que visa obter e subsequentemente tratar as avaliações que doentes, médicos e pessoal de enfermagem fazem da qualidade dos serviços prestados pelo hospital.

A perspectiva do consumidor interno dá-nos uma perspectiva complementar ao problema de qualidade. A Técnica de Grupo Nominal (Delbecq *et al.*, 1975), por exemplo, permite-nos concentrar numa sala as pessoas envolvidas num projecto e obter, de todas elas, ideias para melhorar o processo em questão. Esta técnica permite-nos ultrapassar situações em que um ou mais elementos tentam dominar uma sessão de trabalho, afirmando como opinião do grupo, a sua própria opinião. No entanto, quando não é viável concentrar as pessoas fisicamente numa mesma sala, ou quando as tele-conferências se tornam impossíveis, existem outras técnicas que utilizam questionários estruturados enviados pelo correio. A técnica Delphi (Delbecq *et al.*, 1975) é um exemplo de uma técnica concebida para estas situações.

169

Vários critérios têm também sido escolhidos pelos grupos de trabalho como regras de decisão para a escolha dos processos a melhorar. Em relação a isto há a mencionar que o êxito de um projecto está normalmente relacionado com a frequência, o custo e a disponibilidade dos dados referentes a esse projecto. É mais fácil iniciar o estudo de um projecto de que se reconheça a necessidade de melhoria, que tenha fronteiras bem definidas ou um ciclo pequeno, de modo que seja de rápida avaliação. É evidente que será contraproducente iniciar o estudo de um processo que se prevê seja alterado por qualquer outra decisão externa. Tudo isto é, evidentemente, equacionado em função das características próprias de cada hospital e do sistema de saúde em que ele está integrado.

Não podemos importar, designadamente dos EUA, um conceito de garantia de qualidade e aplicá-lo, sem que primeiro o adaptemos à realidade portuguesa. O nosso sistema de saúde é muito diferente do americano, nomeadamente quanto ao regime jurídico dos médicos. O facto de estes serem funcionários do hospital e não contratados acarreta, desde logo, consequências muito diversas. Por outro lado, a figura do director de serviço tem, de facto, um peso que é preciso tomar em consideração quando falamos em garantia de qualidade (Carapinheiro, 1991). Todos estes factores têm de ser ponderados para que a mobilização e a motivação dos profissionais, elementos-chave de um qualquer programa de garantia de qualidade, seja um êxito.

#### 4. Conclusão

A contínua melhoria da qualidade tem de ser encarada como uma aplicação da ciência de gestão, com teorias baseadas na estatística, engenharia, ciência da decisão, psicologia e, acima de tudo, em muita experiência. A melhoria da qualidade é conseguida não pela alteração de pessoas, mas sim pela alteração de processos. Segundo a teoria da gestão da qualidade, é possível e desejável que cada elemento de uma organização utilize métodos científicos na melhoria dos processos, como parte das suas tarefas diárias.

Estamos a viver uma era de mudança. Para nos adaptarmos a essa mudança necessitamos de mais conhecimentos, de teorias e de técnicas. Necessitamos também de definir e precisar com exactidão a verdadeira missão da organização onde e para que trabalhamos. Para isso, é vital o empenhamento dos vários líderes da organização. A participação destes líderes, quer revendo os progressos das várias equipas de trabalho, quer participando activamente nessas mesmas equipas, é extremamente importante e crucial para o êxito do grande desafio de iniciar e manter a luta pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

O que sabemos é demasiado importante para que, escondidos atrás do nosso orgulho, ignoremos o que se passa para além da medicina ou dos muros da nossa instituição. ■

## Referências Bibliográficas

- Banque Mondiale 1980 *Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, DC, Banque Internationale.
- Barsky, A. J. 1981 "Hidden Reasons Some Patients Visit Doctors", *Annals of Internal Medicine*, 94, 492.
- Barsky, A. J. 1988 "The Paradox of Health", *The New England Journal of Medicine*, 318, 7, 414.
- Batalden, P. B.; Nelson, E. C. 1990 "Hospital Quality: Patient, Physician and Employee Judgments", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 3, 4, 7. 171
- Beeson, P. B. 1986 "One Hundred Years of American Internal Medicine: A View from the Inside", *Annals of Internal Medicine*, 105, 436.
- Berwick, D. M.; Godfrey, A. B.; Roessner, J. 1990 *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Carapinheiro, G. 1991 "Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 83.
- Conrad, P.; Schneider, J. W. 1980 *Deviance and medicalization*. St. Louis, C.V. Mosby.
- Delbecq, A. L.; Van de Venn, A. W.; Gustafson, D. H. 1975 *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes*, Middletin, WI, Green Briar Press.
- Deming, W. E. 1986 *Out of Crisis*. Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Drummond, M. F.; Stoddart, G. L.; Tottance, G. W. 1989 *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford, Oxford University Press.
- Fanshel, S.; Bush, J. W. 1970 "A Health Status Index and its Applications to Health Services Outcomes", *Operations Research*, 18, 1021.
- Ferreira, P. L. et al. 1989 "Statistical Quality Control for Patients' Satisfaction Management". Comunicação apresentada na I European Conference on Health Economics. Barcelona, Espanha, de 19 a 21 de Setembro.
- Ferreira, P.L. 1991 "Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, 93.
- Froberg, D. G.; Kane, R. L. 1989 "Methodology for Measuring Health State Preferences — IV: Progress and a Research Agenda", *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 (7), 675.
- Gustafson, D. H. et al. 1987 *Proposal to the Hospital Corporation of America. The Quality Improvement Support System*. Universidade de Wisconsin-Madison, EUA.

- 172
- Liang, M. H.; Robb-Nicholson, C. 1987 "Health Status and Utility Measurement Viewed from the Right Brain: Experience from the Rheumatic Diseases", *Journal of Chronic Diseases*, 40, 579.
- Makens, P.; McEachem, J. E. 1990 "Applications of Industrial Quality Improvement in Health Care", *Journal of Occupational Medicine*, 32, 12, 1177.
- McDowell, I.; Newell, C. 1987 *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York, Oxford University Press.
- Miller, L. C. *et al.* 1981 "Consciousness of Body: Private and public", *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 397.
- Nelson, E. C.; Berwick, D. M. 1989 "The Measurement of Health Status in Clinical Practice", *Medical Care*, 27 (3 suppl.), S77.
- Nelson, E. C. *et al.* 1987 "Assesment of Function in Routine Clinical Practice: Description of the COOP Chart Method and Preliminary Findings", *Journal of Chronic Diseases*, 40, 55S.
- Pennebaker, J. W. 1982 *The Psychology of Physical Symptoms*. New York, Springer-Verlag.
- Shorter, E. 1985 *Bedside Manners: The Troubled History of Doctors and Patients*. New York, Simon & Schuster.
- Spilker, B. *et al.* 1992 "Quality of Life Bibliography and Indexes: 1991 Update", *Journal of Clinical Research and Pharmacoepidemiology*, 6, 205.
- Spitzer, W. O. 1987 "State of Science 1986: Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research", *Journal of Chronic Diseases*, 40, 6, 465.
- The World Bank 1992 *World Development Report 1992: Development and the Environment*. Oxford, Oxford University Press.
- Verbrugge, L. M. 1984 "Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62, 475.