

Qualidade e Segurança Assistencial Aplicada à Cardiologia: as contribuições da experiência americana

Healthcare Safety and Quality Applied to Cardiology: contributions of the american experience

1

Mayra Faria Novello¹, Evandro Tinoco Mesquita¹, Marcelo Rivas², Pedro Gemal Lanzieri¹,
Bruno Afonso Lagoeiro Jorge¹, Julio Maria Teixeira Motta¹, Maria Luiza Garcia Rosa³

Resumo

Apesar do grande desenvolvimento da medicina, as doenças cardiovasculares (DCV) ainda prevalecem entre as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, além do alto custo para os sistemas de saúde. A qualidade da assistência está diretamente relacionada à adoção das melhores práticas médicas preconizadas pelas diretrizes. Evidências indicam que a adesão a essas ações pode reduzir os índices de morbimortalidade e o custo de doenças como infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca. Os EUA vêm demonstrando grande preocupação em mensurar a qualidade e certificar instituições de saúde, como uma estratégia de melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado, experiência que já acumula há mais de um século. No Brasil, esse processo de certificação, bem mais recente, abrange cada vez mais os hospitais. Os “indicadores de qualidade” são escolhidos com base nas diretrizes clínicas das sociedades médicas que, por sua vez, são desenvolvidas com o auxílio da Medicina Baseada em Evidências. As Sociedades de Cardiologia, em especial as norte-americanas, foram pioneiras em construir diretrizes. Entretanto, mesmo em cardiologia, observa-se grande variabilidade na utilização dessas diretrizes e, por consequência, grande variabilidade da prática clínica não justificada, o que acarreta redução da qualidade assistencial. Este artigo traça um histórico sobre o movimento da qualidade e segurança em saúde americana, discutindo seu impacto na prática médica e destacando as atuais propostas de mudança na forma de remuneração do ato médico, também consideradas como uma alternativa no Brasil.

Palavras-chave: Qualidade de assistência à saúde/tendências; Segurança; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Doenças cardiovasculares

Abstract

Despite massive progress in medicine, cardiovascular diseases (CVD) are still the leading causes of morbidity and mortality worldwide, boosting healthcare system costs. Good quality care is directly related to *adoption of the best practices* as recommended by the guidelines. Evidence indicates that compliance may well lower morbidity and mortality rates and reduce the costs of diseases such as acute myocardial infarction and heart failure. There is much concern in the USA over measuring quality and certifying institutions as a strategy for ongoing improvement in healthcare quality and safety, building up more than a century of experience. Although more recent, this certification process is encompassing more hospitals in Brazil. The quality indicators are selected on the basis of the Clinical Guidelines established by Medical Societies, which are grounded on Evidence-Based Medicine. Especially in the USA, Cardiology Societies were pioneers in establishing guidelines. However, even in cardiology, there are wide variations in the use of these guidelines and consequently an equally wide and unjustified variation in clinical practice that downgrades healthcare quality. This paper offers an overview of the quality and safety movement in the US healthcare system, discussing its impact on medical practice and highlighting current proposals for changes in remuneration for medical activities, also considered as an alternative in Brazil.

Keywords: Quality of health care/trends; Safety; Quality indicators, health care; Cardiovascular diseases

¹ Departamento de Medicina Interna - Faculdade de Medicina - Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói, RJ - Brasil

² Laboratório de Informação em Saúde - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica - Fiocruz - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

³ Departamento de Epidemiologia e Bioestatística - Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói, RJ - Brasil

Introdução

A medicina cardiovascular se desenvolveu muito nas últimas décadas. No entanto, as doenças cardiovasculares (DCV) prevalecem entre as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo^{1,2}, além de consumirem centenas de milhões de dólares anualmente, entre custos diretos e indiretos^{3,4}.

Evidências indicam que a adesão às melhores práticas acarreta melhor desempenho, reduzindo a morbimortalidade e o custo das DCV^{5,6}, além de contribuir para maior segurança e satisfação dos pacientes⁷. A qualidade da assistência está diretamente relacionada à adoção dessas práticas, podendo ser definida como “o grau em que o serviço de saúde aumenta a probabilidade de resultados desejados para indivíduos e populações e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”⁸.

Nos EUA, desde o início do século XX, organizações compostas por associações médicas e pelo Estado vêm demonstrando grande preocupação em mensurar a qualidade e certificar as instituições de saúde, como uma estratégia de melhoria contínua da qualidade e segurança do cuidado. No Brasil, esse processo de certificação – iniciado há pouco mais de uma década – abrange um número crescente de hospitais públicos e privados⁹⁻¹¹.

A partir da década de 1980, a escolha dos indicadores de qualidade utilizados por essas organizações baseia-se nas diretrizes clínicas das sociedades médicas e essas diretrizes, por sua vez, vêm sendo desenvolvidas com o auxílio da Medicina Baseada em Evidências¹². As Sociedades de Cardiologia, em especial as norte-americanas, foram pioneiras em construir diretrizes para as principais DCV, com o objetivo de auxiliar na decisão médica e otimizar o cuidado aos pacientes. No entanto, essas recomendações não têm sido implementadas de forma rotineira na prática clínica¹³⁻¹⁵. Estudos demonstram que os médicos não aderem às diretrizes e observa-se variabilidade não justificada na sua utilização no “mundo real”^{15,16}, o que acarreta redução da qualidade assistencial.

Este artigo discute os principais aspectos da qualidade e segurança em saúde, através de revisão histórica do pioneiro movimento americano e seus impactos na prática médica nos dias atuais, como a importância da adesão às diretrizes e as propostas de mudança na forma de remuneração do ato médico. Essas mudanças, atualmente, estão sendo discutidas e incorporadas também no Brasil.

O Movimento da Qualidade nos EUA

Primeiros passos – A iniciativa das associações médicas

Os marcos iniciais da preocupação com a qualidade assistencial datam de 1847, com a fundação da Associação Médica Americana (*American Medical Association - AMA*)¹⁷, uma associação nacional cujo objetivo era elevar o nível de educação médica nos Estados Unidos, em resposta às evidências da desorganização e da pobre qualidade da medicina então praticada e ensinada. O início da regulação estatal dos cuidados na saúde foi contemporâneo a essa iniciativa¹⁸.

Primeiros indicadores – Indicadores mínimos de qualidade

Em 1913 foi fundado o Colégio Americano de Cirurgiões (*American College of Surgeons*)¹⁹ que, em 1917, desenvolveu um programa de normatização hospitalar que definiu cinco padrões mínimos julgados apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes¹⁸. Esses padrões compreendiam: 1) Organizar as equipes médicas do hospital; 2) Limitar os membros das equipes a médicos e cirurgiões licenciados, bem-educados e competentes; 3) Conceber regras e regulamentos para assegurar às equipes reuniões regulares e revisões clínicas; 4) Informar no prontuário médico a história, o exame físico e os exames laboratoriais e 5) Estabelecer facilidades supervisionadas de diagnóstico e tratamento, tais como laboratórios de análises clínicas e serviços de radiologia²⁰.

A primeira agência de Acreditação

Em 1952, o Colégio Americano de Médicos (*American College of Physicians*), a Associação Americana de Hospitais (*American Hospital Association - AHA*) e a Associação Médica Canadense (*Canadian Medical Association*) se uniram ao Colégio Americano de Cirurgiões para formar a chamada *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO)^{20,21} com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada, adotando os padrões mínimos previamente estipulados. A partir daí, implanta-se o conceito da Acreditação Hospitalar. Esse conceito não se modificou muito através dos anos e, atualmente, trata-se de um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, realizada por profissionais de saúde, que visa a apreciar, de maneira periódica, o nível de conformidade de uma instituição em relação aos padrões estabelecidos, de forma a melhorar continuamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados²².

Em 1953, a JCAHO publicou uma normatização para a Acreditação Hospitalar, contendo os padrões mínimos necessários para que os hospitais obtivessem essa certificação de qualidade²¹.

Estado e associações médicas se unem em prol da qualidade - o movimento ganha abrangência e força

Em 1965, com a criação da Lei de Segurança Social (*Social Security Act*) e dos Centros de Cuidados e Serviços Médicos (*Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS*)²³, uma iniciativa governamental americana, os indivíduos com 65 anos ou mais adquiriram o direito a seguro hospitalar compulsório e os hospitais interessados em prestar esse serviço deveriam ser acreditados por uma das agências de qualidade definidas na época, sendo uma delas a JCAHO²⁴. O CMS foi criado com o intuito de garantir eficácia e melhoria dos cuidados de saúde e promover atendimento de qualidade para os seus beneficiários.

A academia contribui para a melhor compreensão do processo de melhoria da qualidade

Avedis Donabedian²⁵, um dos maiores estudiosos sobre o assunto, em seu clássico artigo publicado em 1966, descreveu maneiras de avaliar a qualidade do cuidado na saúde, oferecendo uma ampla definição de qualidade e recomendando que esta deveria ser medida em três áreas: estrutura (recursos materiais e humanos disponíveis); processo (método, sequência de ações que promovem o resultado assistencial) e resultado (efeito final obtido, incluindo óbitos, incapacidades, desconforto e insatisfação). Este clássico modelo (estrutura – processo – resultado) passou a servir de eixo para as propostas de melhoria de qualidade até os dias atuais.

A realidade impulsiona novos marcos: níveis ótimos de qualidade substituem os níveis mínimos de qualidade

Até 1966, a maioria dos hospitais americanos já havia atingido os cinco padrões mínimos preconizados pela JCAHO. Por outro lado, o CMS estabelecia diretrizes mais rigorosas, às quais os hospitais tinham obrigação de se adequar, além do fato de que as técnicas de avaliação da qualidade tornaram-se mais sofisticadas, o que levou a JCAHO a estipular novos padrões de qualidade^{18,20}.

A meta foi então ampliada e a JCAHO, já com um programa independente do Canadá que criara seu próprio programa em 1959, passou a desenvolver padrões que representassem níveis ótimos de qualidade alcançáveis, ao invés de recomendações mínimas, resultando no Manual de Acreditação para

Hospitais (*Accreditation Manual for Hospital*), publicado em 1970. Esse Manual trazia as políticas e procedimentos necessários para a implementação do programa de acreditação hospitalar. A partir de então, novos manuais vêm sendo lançados, anualmente, com normas atualizadas, refletindo as mudanças acerca do que é considerada a “melhor prática clínica”²¹.

O movimento da qualidade se consolida

Ainda em 1970, foi fundado pela Academia de Ciências Americana (*Academy of Sciences*) o Instituto de Medicina (*Institute of Medicine - IOM*)²⁶, com o objetivo de assegurar serviços profissionais públicos ou privados apropriados à população, avaliando a política de saúde.

O processo de acreditação se expandiu ao longo dos anos subsequentes, abrangendo todos os segmentos da saúde (hospitais, ambulatorios, *home care*, etc.).

A partir da década de 1980, diversas agências foram criadas, focadas na educação para melhoria da qualidade nas instituições de saúde, entre elas, a *Quality Healthcare Resources*^{27,28} (QHR) criada pela JCAHO em 1986, e o *Institute for Healthcare Improvement*²⁹ (IHI) responsável por diversos programas de melhoria da qualidade, fundado em 1991.

O cuidado centrado no paciente

Nessa mesma época, os médicos passaram a entender que o cuidado deveria atender às necessidades, preferências e expectativas dos pacientes³⁰. Estudos mostraram que a colaboração entre médicos e pacientes, compartilhando as responsabilidades, promovia maior satisfação e melhora nos resultados finais do tratamento^{31,32}. Dessa constatação, surgiu um conceito-chave na assistência: o “cuidado centrado no paciente”, ou seja, o paciente deve conhecer e decidir, em interação com o médico, os rumos de seu tratamento, em oposição à noção, vigente até aquele momento, de que os serviços de saúde deveriam estar centrados no médico³³.

O livre acesso à informação e a comparação de resultados

Até os anos 70, a prática médica não era questionada e as informações sobre o desempenho das instituições de saúde e de profissionais, quando conhecidas, eram sigilosas. Na década seguinte, paralelamente ao crescente movimento pela qualidade, iniciou-se, nos EUA, uma pressão para que as informações sobre o desempenho das instituições de saúde se tornassem públicas³⁴. Os principais fatores que contribuíram para essa situação foram: a consolidação das noções de

direitos humanos e de cidadania e a constatação da existência de grande variabilidade nas ações médicas, não justificadas pela condição dos pacientes e, ocasionalmente, com resultados que deixavam evidentes as deficiências de qualidade, além dos custos crescentes. A grande disponibilidade de informações digitais e os avanços nos métodos de se mensurar qualidade levaram à criação dos chamados "indicadores de desempenho"³⁵, ou seja, informações de fácil compreensão que o público tinha o direito de conhecer e os serviços de saúde tinham a obrigação de coletar e divulgar³⁴. O uso de relatórios públicos sobre a qualidade do cuidado passou, então, a ser visto como um dos elementos que levaria à melhora da qualidade e à redução dos custos³⁶⁻³⁸.

A partir do momento em que as instituições de saúde passaram a disponibilizar tais informações para os pacientes, refletindo a transparência desse processo, tornou-se possível a comparação de desempenho entre as instituições. Com isso, passou-se a aplicar também na saúde o conceito de *benchmarking*, utilizado no marketing e definido como um processo contínuo de medir produtos, serviços e práticas com os concorrentes ou líderes de mercado³⁹⁻⁴¹.

Ainda na década de 1990, esses sistemas de comparação de desempenho foram implementados, como o *Quality Check*, o qual contém relatórios sobre o desempenho de cada uma das instituições americanas acreditadas⁴². A seguir, foram desenvolvidos programas para integrar os resultados e outras medidas de desempenho no processo de acreditação, como o ORYX pela JCAHO²¹. Posteriormente, o *Hospital Compare*, elaborado pela Aliança de Qualidade Hospitalar (*Hospital Quality Alliance - HQA*)⁴³ em conjunto com o CMS, constituiu-se numa base de dados que contém informações sobre o desempenho de mais de 4.000 hospitais, onde os dados são atualizados trimestralmente e através dos quais os consumidores podem avaliar a qualidade de um hospital e seu custo, auxiliando na tomada de decisões⁴⁴.

No entanto, o sucesso dessas iniciativas depende, entre outros fatores, de que organizações e profissionais de saúde entendam e aceitem esse processo, sem que haja manipulação. O desafio atual é demonstrar que este não constitui um mecanismo para censura profissional e sim um instrumento de incentivo para a melhoria da qualidade, estimulando a competição^{34,45}.

A segurança assistencial: quesito indispensável na qualidade

Apesar das várias décadas de existência do movimento da qualidade nos EUA, somente na segunda metade dos anos 90 a preocupação com a segurança do

paciente se traduziu em medidas concretas.

Em 1999, o IOM publicou um relatório conhecido como "Errar é Humano" (*To err is human: building a safer health system*)⁶, informando que um grande número de mortes ocorridas em hospitais americanos era atribuído a erros médicos. Essa mortalidade superava àquela atribuível a acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS. Erro médico significa uma falha de ação que não foi realizada como planejada e/ou erro de planejamento dessa ação. O IOM ressaltava que, além dos custos humanos, os erros evitáveis representavam altos custos diretos (com o cuidado adicional) e indiretos (perda de produtividade dos pacientes). O erro médico não está muito relacionado com o erro individual, mas resulta, principalmente, de erros no sistema e no processo de cuidado⁶.

Uma grande variedade de fatores favorece o erro médico. A descentralização e fragmentação da prestação de serviço num sistema não integrado é um deles. Outro fator é a incorporação tecnológica acrítica, onde não existe um treinamento adequado e indicações precisas para seu uso. A educação médica representa outro fator: o médico não é educado para prevenir erros e sim educado para não errar, o que é irreal^{6,46}. A responsabilização do médico pelo erro e a não compreensão de que este é resultado de um processo não suficientemente seguro é outro fator responsável pelo aumento dos erros médicos, agravado pela falta de incentivo financeiro, naquela época, para melhorar a segurança dos processos de cuidado⁴⁶.

A partir desses questionamentos, a segurança do paciente passou a ser uma dimensão do conceito da qualidade.

As diversas agências de Qualidade e seus indicadores: a necessidade de uma padronização

Para que o processo de *benchmark* fosse mais efetivo, ou seja, para que as instituições pudessem se comparar e atingir um nível mais elevado de qualidade era necessário criar medidas de desempenho padronizadas para todas as instituições. Especificamente na área cardiovascular, em 1999, foi promovido pelo Colégio Americano de Cardiologia (*American College of Cardiology - ACC*) e pela Associação Americana do Coração (*American Heart Association - AHA*) o primeiro Fórum Científico de Qualidade (*Scientific Forum on Quality of Care and Outcomes Research in Cardiovascular Disease and Stroke*)⁴⁷, que procurou padronizar os indicadores de performance para infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC) e acidente vascular cerebral (AVC).

Em 2001, a JCAHO também padronizou medidas de

performance para as principais doenças hospitalares, incluindo o IAM e a IC⁴⁸. Essas medidas passaram, então, a ser cobradas no processo de acreditação hospitalar. Em 2003, o CMS e a JCAHO começaram a trabalhar de forma alinhada para unificar seus indicadores. Isto resultou na criação do Manual de Especificações de Medidas Nacionais de Qualidade Hospitalar (*Specifications Manual for National Hospital Quality Measures*)⁴⁸, utilizado por ambas as organizações e facilitando a aquisição dos dados. A partir de 2005, o ACC e a AHA também publicaram um conjunto de medidas padronizadas para as principais doenças cardiovasculares^{49,50}.

Atualmente existe nos EUA uma grande variedade de agências reguladoras da qualidade, todas direcionadas para os mesmos objetivos: implementar medidas que melhorem o desempenho e reduzam os erros (educação e programas de extensão, por exemplo); retratar a qualidade e o valor dos cuidados hospitalares, priorizando a segurança do paciente; desenvolver e utilizar medidas de informação nos hospitais do país e compartilhar publicamente informações sobre o desempenho dos hospitais. Entre elas, podemos destacar algumas já citadas como a JCAHO²¹, a *Hospital Quality Alliance* (HQA)⁴³, a *American Medical Association* (AMA)¹⁷ e o *Institute of Healthcare Improvement* (IHI)²⁹ e outras como o *National Quality Forum* (NQF)⁵¹, o *National Committee for Quality Assurance* (NCQA)⁵² e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)⁵³.

Indicadores de Qualidade: como escolher e o que medir

Quantificar o desempenho clínico é fundamental para os cuidados de saúde. Sem a capacidade de quantificar a qualidade não é possível identificar as práticas que melhoram o atendimento. Por isso, muitas entidades foram envolvidas na criação de métodos para mensurar a qualidade do serviço prestado, através da criação de um conjunto de medidas de desempenho. A fase inicial desse processo consiste na avaliação das diretrizes para a prática clínica, publicadas pelas sociedades médicas, e que servem de base para definir esses padrões¹².

A medicina baseada em evidências: o pilar dos indicadores

Embora testar a eficácia de intervenções médicas seja uma prática que já se observa desde o século XI⁵⁴, foi somente no século XX que esses esforços causaram impacto na saúde. Em 1972, o professor Archie Cochrane⁵⁵, epidemiologista, através de seu livro *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*, promoveu a aceitação dos conceitos da prática baseada em evidência através da criação de centros

de pesquisa – *Cochrane Centres* - e uma organização internacional - *Cochrane Collaboration*⁵⁵.

Em 1979, foi publicado pela *Canadian Task Force* um dos primeiros trabalhos caracterizando os níveis de evidência para ações de saúde⁵⁶. Nesse trabalho, as ações baseadas em estudos randomizados controlados foram classificadas como boa evidência (nível I); as baseadas em estudos de coorte ou caso-controle foram classificadas como moderadas (nível II); e as ações embasadas na opinião de especialistas foram classificadas como evidência pobre (nível III). Nessa época, classificou-se a força da recomendação dessas ações de maneira diretamente correspondente ao nível de evidência que apresentavam, ou seja, uma forte recomendação (grau A) correspondia às ações que apresentassem nível de evidência I e assim sucessivamente⁵⁶. Essa abordagem, porém, não diferenciava a força da recomendação da força da evidência.

O termo “baseado em evidência” foi utilizado pela primeira vez em 1990, e apareceu na literatura em 1992.^{57,58} Durante a década de 1990, as associações médicas passaram a incorporar nas suas diretrizes assistenciais, recomendações baseadas nas melhores evidências disponíveis, conforme proposto pela *Canadian Task Force*.

Em 2004, um grupo de especialistas desenvolveu o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)⁵⁹⁻⁶³, acrescentando um julgamento sobre o balanço entre benefício, danos e custos à avaliação da qualidade da evidência para indicar padrões para a prática clínica. Os autores salientavam que evidências de boa qualidade não necessariamente implicam em recomendações fortes e essas recomendações podem, inclusive, advir de evidências de menor qualidade. A força da recomendação seria definida por: a) Balanço entre vantagens e desvantagens; b) Força da evidência; c) Incertezas ou variabilidades dos valores e preferências dos pacientes; d) Custos.

Na área de cardiologia, as diretrizes diferenciam a força das recomendações e das evidências desde as suas primeiras versões, na década de 1990, com poucas modificações ao longo dos anos. Atualmente, as ações para as quais o equilíbrio entre segurança e eficácia é positivo para uma população definida são chamadas de Classe I e aquelas que são ineficazes e talvez nocivas são denominadas Classe III. As recomendações Classe II apresentam conflitos nas evidências ou divergências nas opiniões e, por isso, estão subdivididas em duas classes: classe IIa, onde o peso da opinião ou evidência é a favor da ação, e a classe IIb, em que a eficácia é menos estabelecida pela evidência científica ou

opinião dos especialistas. Além disso, as diretrizes apontam três níveis de evidência de qualidade dos estudos. Os dados derivados de múltiplos ensaios clínicos randomizados ou meta-análises são classificados como nível de evidência A. Se existe somente um estudo randomizado ou diversos estudos não randomizados, os dados são alocados no nível de evidência B. Por fim, pequenos estudos, registros de caso, estudos retrospectivos e o consenso da opinião de especialistas classificam os dados como nível de evidência C⁶⁴⁻⁶⁶. O Quadro 1 apresenta esta divisão e está presente nas diretrizes do ACC/AHA⁶⁴.

A Seleção dos Indicadores

Para avaliar se uma determinada prática ou ação assistencial apresenta conformidade em relação à

qualidade, utilizam-se algumas medidas padronizadas, os chamados indicadores de qualidade. Como ressaltado anteriormente, as principais instituições e agências acreditadoras definiram seus indicadores de qualidade para determinadas doenças, escolhidas por seu impacto na saúde.

Quando as evidências que suportam um determinado aspecto da estrutura ou do processo são suficientemente fortes, a não execução dessas ações reduz a probabilidade de um ótimo resultado para o paciente. Quantificar a adesão a tal aspecto do cuidado, portanto, pode servir como uma medida direta da qualidade do cuidado prestado e como base para a sua melhoria. Além disso, determinados resultados também podem ser usados para medir a qualidade da saúde⁶⁷.

Quadro 1

Classes de Recomendações e Níveis de Evidência (adaptação do ACC/AHA)

Classe de Recomendação	Classe I	Classe II a	Classe II b	Classe III
Nível de Evidência	Benefício >>> Risco Procedimento / Tratamento DEVE ser feito / administrado	Benefício >> Risco É RAZOÁVEL o procedimento ou tratamento	Benefício >= Risco O procedimento ou tratamento PODE SER considerado	Risco >= Benefício O procedimento ou tratamento NÃO DEVE ser feito ou administrado (não traz benefício e pode ser perigoso)
Nível A Avaliação de múltiplas populações (múltiplos estudos randomizados ou meta análises)	Recomendação benéfica / efetiva (evidência suficiente de múltiplos estudos randomizados ou meta análises)	Recomendação a favor sendo benéfica e efetiva (alguns conflitos na evidência de múltiplos estudos randomizados ou meta análises)	Benefício / Eficácia da Recomendação não está bem estabelecido (vários conflitos na evidência de múltiplos estudos randomizados ou meta análises)	Recomendação não é benéfica / efetiva e pode ser prejudicial (evidência suficiente de múltiplos estudos randomizados ou meta análises)
Nível B Avaliação de populações limitadas (único estudo randomizado ou estudos não randomizados)	Recomendação benéfica / efetiva (evidência de um único estudo randomizado ou estudos não randomizados)	Recomendação a favor sendo benéfica e efetiva (alguns conflitos na evidência de um único estudo randomizado ou estudos não randomizados)	Benefício / Eficácia da Recomendação não está bem estabelecido (vários conflitos na evidência de um único estudo randomizado ou estudos não randomizados)	Recomendação não é benéfica / efetiva e pode ser prejudicial (evidência de um único estudo randomizado ou estudos não randomizados)
Nível C Avaliação de populações MUITO limitadas (consenso de opinião de especialistas, registros de caso, etc.)	Recomendação benéfica / efetiva (baseada apenas na opinião de especialistas, registros de caso, etc.)	Recomendação a favor sendo benéfica e efetiva (algumas divergências na opinião de especialistas, registros de caso, etc.)	Benefício / Eficácia da Recomendação não está bem estabelecido (várias divergências na opinião de especialistas, registros de caso, etc.)	Recomendação não é benéfica / efetiva e pode ser prejudicial (baseada apenas na opinião de especialistas, registros de caso, etc.)

As diretrizes baseadas em evidência têm sido o principal instrumento utilizado para a seleção do painel de indicadores de qualidade no processo de cuidado, incluindo, fundamentalmente, as recomendações classe I relacionadas à redução de desfechos clínicos indesejáveis. Assim sendo, quando uma terapia considerada classe I não é prescrita, há uma falha na qualidade do cuidado. Da mesma maneira, se uma intervenção considerada classe III é instituída, também há perda de qualidade.

Durante a construção do painel de medidas, devem ser priorizados aspectos importantes como: 1) definir a população-alvo para determinada intervenção; 2) identificar as dimensões do cuidado (diagnóstico, estratificação de risco, educação do paciente, tratamento, etc.); 3) revisar a literatura, incluindo as diretrizes e outros sistemas de medida de performance, com o auxílio de clínicos e pesquisadores especialistas em meta-análises; 4) definir e operacionalizar indicadores em potencial; e, finalmente, 5) selecionar os indicadores mais adequados. Após essa seleção, é necessário determinar a viabilidade da medida desse indicador e a maneira pela qual essa medida será realizada⁵⁴.

Adequação do cuidado – uma nova abordagem da Medicina

As informações da literatura médica raramente permitem determinar os pacientes que são mais susceptíveis aos benefícios de um determinado procedimento diagnóstico ou de uma intervenção terapêutica. Por isso, uma ferramenta denominada critério de adequação (*appropriateness criteria*) vem sendo desenvolvida a fim de determinar a adequação ou inadequação de um procedimento para um determinado paciente. Essa abordagem combina uma revisão sistemática da literatura com o julgamento de um grupo multidisciplinar de médicos especialistas. Com base nessas informações, calcula-se uma pontuação (em escala de 1 a 9) para um conjunto de situações clínicas em que o procedimento/intervenção pode ser oferecido ao paciente. Esses critérios de adequação formaram a base para numerosos estudos que utilizam análise retrospectiva dos prontuários médicos para estimar o uso inadequado (uso excessivo e subutilização) dos procedimentos⁶⁸.

Na Cardiologia, o uso dos critérios de adequação tem sido proposto pelo ACC para diversos procedimentos, entre eles, solicitação de ecocardiografia, cintilografia miocárdica, tomografia computadorizada / ressonância nuclear magnética cardíaca e indicação de revascularização miocárdica (percutânea e/ou cirúrgica)^{69,70}.

O impacto da qualidade na remuneração: pagamento por desempenho (*pay for performance*)

A preocupação em acelerar o processo de melhoria da qualidade, associada ao rápido envelhecimento da população e aos custos crescentes com a saúde, tem provocado mudanças na política de saúde norteamericana. Assim, muitos contribuintes públicos e privados começaram a oferecer incentivos financeiros aos médicos e hospitais, baseados na qualidade do atendimento que é prestado; instituindo um novo modelo de remuneração para os prestadores de saúde, o chamado *Pay for performance* ou “P4P”, no lugar do atual modelo conhecido como Taxa de serviço (*fee for service*). Neste último, os médicos e as instituições de saúde são remunerados por cada serviço que prestam. O P4P é um movimento emergente nos seguros de saúde, iniciado nos Estados Unidos^{70,71} e no Reino Unido⁷², em 2004. Prestadores sob este regime são recompensados de maneira diferenciada por cumprir metas pré-estabelecidas para a prestação de serviços de saúde. Considera-se que o método *fee for service* pode recompensar cuidados menos seguros, em que médicos e hospitais podem faturar com a cobrança de serviços desnecessários. Desincentivos, tais como a redução do pagamento para casos onde houve erro médico, também têm sido propostos no modelo P4P. Estudos-piloto em vários sistemas de saúde foram realizados⁷¹, mostrando aumento da eficiência com melhorias modestas em termos de resultados específicos. Entretanto, não houve redução de custos devido às exigências administrativas que se fizeram necessárias. Além disso, foram observadas algumas consequências inesperadas, como a evasão de pacientes de alto risco, quando o pagamento estava relacionado com melhoria de resultados⁷³.

O pagamento por desempenho proposto pelo P4P representa uma tendência de valorização da qualidade e segurança da atividade médica, ainda que sua implementação, da forma proposta, seja controversa^{74,75}.

A Qualidade no Brasil

A preocupação em avaliar instituições hospitalares no Brasil data da década de 1940. O processo evolutivo se assemelhou ao modelo americano, o que explica, em parte, a estreita semelhança entre os padrões preconizados pelos especialistas brasileiros da época com aqueles em discussão nos EUA. Existiam diversas iniciativas esparsas e não sistematizadas de avaliação da qualidade. Ao longo dos anos subsequentes, o processo de avaliação hospitalar foi descontinuado, sem que houvesse impacto sobre a qualidade dos serviços prestados⁹.

Em janeiro de 1974, portaria do Ministério do Trabalho e Previdência Social aprovou o Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR)^{9,76}. O RECLAR, manual constituído por tabelas que representavam a composição dos hospitais, serviu de base para os instrumentos concebidos para o processo de acreditação, posteriormente.

Em 1986, coube ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões o papel pioneiro no desenvolvimento deste processo – através de uma Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais.

A década de 1990 é marcada pela introdução do termo acreditação hospitalar, inspirado nos padrões preconizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁷⁷. Na segunda metade dessa década, a JCAHO criou seu braço internacional – a *Joint Commission International* (JCI). Paralelamente, em 1998, foi constituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)²² pela Academia Brasileira de Medicina, pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pelo Centro de Seleção de Candidatos ao Ensino Superior do Grande Rio (Cesgranrio), criado através de uma associação de 12 instituições universitárias. O CBA passou a representar a JCI no Brasil. Em 1999, foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com a missão de desenvolver os padrões e normas reguladoras do processo de acreditação, além de supervisionar o trabalho das instituições acreditadoras pelo sistema ONA¹⁰. Além do sistema de acreditação americano (JCI / CBA) e do sistema ONA, está também em vigor atualmente no Brasil o sistema canadense, representado pelo Instituto Qualisa de Gestão¹¹.

O movimento de acreditação, que vem crescendo no Brasil, abrange diversas instituições públicas e privadas e se observa a presença do Estado mais recentemente nesse processo. Centenas de hospitais já foram acreditados por um dos três sistemas em atividade no Brasil¹¹ e, alguns deles já divulgam seus resultados assistenciais através de seus *websites*. Em todo o país existem, atualmente, 276 instituições certificadas pela ONA¹⁰, número que representa cerca de 0,1% das instituições de saúde existentes no país. A grande maioria dos serviços acreditados é composta por instituições privadas, localizadas principalmente na região sudeste¹⁰. O número de serviços que possui acreditação internacional é ainda mais restrito²², demonstrando que, no Brasil, o movimento em prol da qualidade ainda caminha a passos lentos.

A qualidade da assistência se mostra uma preocupação nos EUA desde o início do século e através dos anos foi incorporando conceitos e valores, tornando-se uma questão complexa. Atualmente, a qualidade “ótima” é composta por diversas dimensões, que incluem: a) segurança (assegurar que a assistência prestada seja tecnicamente correta); b) eficácia (implementar a medicina baseada em evidência nas rotinas dos serviços); c) pontualidade (identificação diagnóstica precoce e início rápido do tratamento); d) eficiência ou custo-efetividade (evitar o uso excessivo de exames ou tratamentos, onde os benefícios são limitados); e) equidade (um determinado padrão de atendimento deve ser igualmente oferecido a todos os pacientes, independente de sexo, idade, etnia e condição socioeconômica, reduzindo, assim, a variabilidade do cuidado oferecido); e f) centralização no paciente (sempre considerar os riscos e benefícios para o paciente individualmente)⁷⁸.

Conclusão

O movimento da qualidade apresenta caráter crescente no Brasil e, assim como nos EUA, é sustentado por quatro pilares (organizações médicas, Estado, agências de qualidade e pacientes). Esse movimento visa à segurança e à racionalidade do processo de cuidado para médicos e pacientes de maneira a reduzir o número ainda elevado de desfechos negativos evitáveis.

O desafio, neste momento, consiste na busca de ferramentas que permitam mensurar adequadamente a qualidade dos serviços e implementar essa cultura de segurança na prática médica diária. Muitas dessas iniciativas estão influenciando os rumos da medicina atualmente praticada, motivo pelo qual todo médico deve estar atento a cada etapa do processo de busca pela qualidade e segurança assistencial.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

Este artigo é parte integrante da dissertação de Mestrado de Mayra Faria Novello pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Referências

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
2. Lopez AD. Assessing the burden of mortality from cardiovascular diseases. *World Health Stat Q.* 1993;46(2):91-6.
3. American Heart Association (AHA). 2002 Heart and Stroke Statistical Update; 2001.
4. Avezum A, Guimarães HP, Berwanger O, Piegas LS. Aspectos epidemiológicos do infarto do miocárdio no Brasil. *Rev Bras Clin Terap.* 2005;31(2):93-6.
5. McElduff P, Lyratzopoulos G, Edwards R, Heller RF, Shekelle P, Roland M. Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(3):191-7.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
7. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3(2):188-95.
8. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;348(26):2635-45.
9. Schiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *RAS* 2003;5(18):7-17.
10. Organização Nacional de Acreditação (ONA). [internet]. Organizações certificadas. [acesso em jul 2010 e maio 2011]. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>
11. Instituto Qualisa de Gestão (IQG) [internet]. Certificação e implementação de programas de gestão de qualidade do segmento saúde. [acesso em ago 2010]. Disponível em: <<http://www.iqg.com.br>>
12. Spertus JA, Eagle KA, Krumholz HM, Mitchell KR, Normand ST; American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Performance Measures. American College of Cardiology and American Heart Association methodology for the selection and creation of performance measures for quantifying the quality of cardiovascular care. *Circulation.* 2005;111(13):1703-12.
13. Williams SC, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004. *N Engl J Med.* 2005;353(3):255-64.
14. Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in U.S. hospitals - the Hospital Quality Alliance program. *N Engl J Med.* 2005;353(3):265-74.
15. Fonarow GC, Peterson ED. Heart failure performance measures and outcomes: real or illusory gains. *JAMA.* 2009;302(7):792-4.
16. Calvert MJ, Shankar A, McManus RJ, Ryan R, Freemantle N. Evaluation of the management of heart failure in primary care. *Fam Pract.* 2009;26(2):145-53.
17. American Medical Association (AMA). [internet]. About AMA. Our History. [cited 2010 Jul 6]. Available from: <<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-history.page?>>>
18. Luce JM, Bindman AB, Lee PR. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med.* 1994;160(3):263-8.
19. American College of Surgeons. [internet]. About ACS. History and Archives. ACS History and Overview of Collections. [cited 2010 Aug 23]. Available from: <<http://www.facs.org/archives/acshistory.html>>
20. Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA.* 1987;258(7):936-40.
21. The Joint Commission. [internet]. About us. The Joint Commission History. [cited 2010 Jul 5]. Available from: <http://www.jointcommission.org/the_joint_commission_history>
22. Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). [internet]. Acreditação. [acesso em jul e ago 2010]. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br>>
23. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). [internet]. About CMS. [cited 2010 Aug 18]. Available from: <<http://www.cms.gov>>
24. Lohr KN, ed. Medicare: a strategy for quality assurance. v.I and II. Washington, D.C.: National Academy Press; 1990.
25. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966;44:166-203.
26. Institute of Medicine. [internet]. About the IOM. [cited 2010 Jul 20]. Available from: <<http://www.iom.edu/About-IOM.aspx>>
27. Joint Commission Resources. [internet]. The History of Joint Commission Resources. [cited 2010 Aug 15]. Available from: <<http://www.jcrinc.com/About-JCR/History>>
28. Quality Healthcare Resources (QHR). [internet]. About QHR. [cited 2010 Aug 15]. Available from: <<http://www.qhr.com>>
29. Institute for Healthcare Improvement (IHI). About IHI. [internet]. [cited 2010 Sep 5]. Available from: <<http://www.ih.org/ih>>
30. Bergeson SC, Dean JD. A systems approach to patient-centered care. *JAMA.* 2006;296(23):2848-51.
31. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
32. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, eds. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.

33. Kilo CM, Endsley S. As good as it could get: remaking the medical practice. *Fam Pract Manag.* 2000;7(5):48-52.
34. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care.* 2000;9(1):53-7.
35. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med.* 1996;335(13):966-70.
36. United States General Accounting Office (GAO). Health Care Reform. "Report cards" are useful but significant issues need to be addressed. Washington, D.C.; 1994. (Report n. GAO/HEHS-94-219)
37. Epstein A. Performance reports on quality—prototypes, problems and prospects. *N Engl J Med.* 1995;333(1):57-61.
38. Epstein AM. Rolling down the runway: the challenges ahead for quality report cards. *JAMA.* 1998;279(21):1691-6.
39. Bhavnani SM. Benchmarking in health-system pharmacy: current research and practical applications. *Am J Health Syst Pharm.* 2000;57(Suppl 2):S13-20.
40. Camp RC, Tweet AG. Benchmarking applied to health care. *Jt Comm J Qual Improv.* 1994;20(5):229-38.
41. Lauver LS. Benchmarking: improving outcomes for the congestive heart failure population. *J Nurs Care Qual.* 1996;10(3):7-11.
42. Quality Check. [internet]. About Quality Check. [cited 2010 Jul 27]. Available from: <<http://www.qualitycheck.org/consumer/searchQCR.aspx>>
43. Hospital Quality Alliance (HQA). [internet]. About Hospital Quality Alliance. [cited 2010 Jul 2]. Available from: <<http://www.hospitalqualityalliance.org>>
44. Hospital Compare. [internet]. Home. [cited 2010 Aug 6]. Available from: <<http://hospitalcompare.hhs.gov/hospital-search.aspx>> e <https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/11_HospitalCompare.asp>
45. Lansky D. The new responsibility: measuring and reporting on quality. *Jt Comm J Qual Improv.* 1993;19(12):545-51.
46. Weiner BJ, Alexander JA, Baker LC, Shortell SM, Becker M. Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators. *Med Care Res Rev.* 2006;63(1):29-57.
47. Measuring and improving quality of care: a report from the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Assessment of Healthcare Quality in Cardiovascular Disease and Stroke. *Circulation.* 2000;101(12):1483-93.
48. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, version 3.1a. [internet]. [cited 2010 Jul 6]. Available from: <<http://www.qualitynet.org/dcs>>
49. Bonow RO, Bennett S, Casey DE Jr, Ganiats TG, Hlatky MA, Konstam MA, et al. ACC/AHA Clinical Performance Measures for Adults with Chronic Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Heart Failure Clinical Performance Measures): endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation.* 2005;112(12):1853-87.
50. American Heart Association (AHA). [internet]. Performance measures. [cited 2010 Mar 20]. Available from: <<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3012904>>
51. National Quality Forum (NQF). [internet]. About NQF. [cited 2010 May 18]. Available from: <http://www.qualityforum.org/About_NQF/About_NQF.aspx>
52. National Committee for Quality Assurance (NCQA). [internet]. About NCQA. [cited 2010 May 18]. Available from: <<http://www.ncqa.org>>
53. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [internet]. AHRQ Home. [cited 2010 May 18]. Available from: <<http://www.ahrq.gov>>
54. Brater DC, Daly WJ. Clinical pharmacology in the Middle Ages: principles that presage the 21st century. *Clin Pharmacol Ther.* 2000;67(5):447-50.
55. Cochrane Collaboration. [internet]. About us: history. [cited 2010 Sep 7]. Available from: <<http://www.cochrane.org/about-us/history>>
56. Atkins D, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Henry D, Hill S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Serv Res.* 2004;22:4(1):38.
57. Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Aff (Millwood).* 2005;24(1):9-17.
58. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA.* 1992;268(17):2420-5.
59. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2008;336(7650):924-6.
60. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ.* 2008;336(7651):995-8.
61. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049-51.
62. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ.* 2008;336(7653):1106-10.

Artigo de Revisão

63. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al. GRADE Working Group. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ*. 2008;336(7654):1170-3.
64. Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation*. 2009;119(14):1977-2016.
65. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Hayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1 supl 1):1-71.
66. Montera MW, Almeida RA, Tinoco EM, Rocha RM, Moura LZ, Réa-Neto A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(3 supl 3):1-65.
67. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med*. 2001;344(9):677-8.
68. Hendel RC, Berman DS, Di Carli MF, Heidenreich PA, Henkin RE, Pellikka PA, et al. ACCF/ASNC/ACR/AHA/ASE/SCCT/SCMR/SNM 2009 appropriate use criteria for cardiac radionuclide imaging: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, the American Society of Nuclear Cardiology, the American College of Radiology, the American Heart Association, the American Society of Echocardiography, the Society of Cardiovascular Computed Tomography, the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance, and the Society of Nuclear Medicine. *Circulation*. 2009;119(22):e561-87.
69. Douglas PS, Khandheria B, Stainback RF, Weissman NJ, Peterson ED, Hendel RC, et al. ACCF/ASE/ACEP/AHA/ASNC/SCAI/SCCT/SCMR 2008 appropriateness criteria for stress echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American College of Emergency Physicians, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance: endorsed by the Heart Rhythm Society and the Society of Critical Care Medicine. *Circulation*. 2008;117(11):1478-97.
70. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005;294(14):1788-93.
71. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):135-57.
72. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2004;351(14):1448-54.
73. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006;355(4):375-84.
74. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med*. 2007;356(5):515-7.
75. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007;356(5):486-96.
76. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Relatório de Classificação Hospitalar (RECLAR). Portaria n. 8/74 - aprova modelos de formulários de classificação hospitalar, comprovante de classificação hospitalar. Brasília; 1974.
77. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). [internet]. OPAS/OMS Brasil. [acesso em jul 2010]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>
78. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academies Press; 2001.