



## **SERVIÇOS DE SAÚDE E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO: UM REVISÃO DA LITERATURA**

**Romulo Carvalho de Oliveira (UA)**

romulo@egi.ua.pt

**Alexandre Sousa (ESAN-UA)**

a.sousa@esa.n.ua.pt

**Pilar Baylina (ESTSP-I.P.P)**

p.baylina@ests.ipp

*O presente tem como objetivo contribuir para a construção de uma metodologia de avaliação do desempenho nos serviços de saúde. Para desenvolver o trabalho fez-se uma ampla revisão da literatura a fim de identificar os diversos modelos de avaliação de serviços de saúde existentes. Com base nos diversos modelos encontrados concluímos que independentemente dos mecanismos de avaliação do desempenho que as organizações prestadoras de serviços de saúde apliquem, a sua utilização deverá ser compreendida não apenas como uma necessidade imposta pelas atuais exigências do setor, porém como uma realidade implícita da nova cultura de avaliação promotora da melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde.*

*Palavras-chaves: Gestão de Serviços. Serviços de Saúde. Avaliação de Desempenho*

## 1. Introdução

De uma forma tradicional o conhecimento técnico de elevada qualidade dos profissionais de saúde nunca foi questionado como sendo suficiente para garantir a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Acontece que nos dias de hoje as organizações prestadoras de serviços de saúde transformaram-se em estruturas bastante complexas em termos organizacionais exigindo o desenvolvimento e implementação de mudanças profundas na cultura, na estrutura e nos métodos de trabalho. As crescentes exigências orçamentais e a sua influência na da despesa pública; O desenvolvimento de novas orientações políticas que potenciem o aumento da eficácia e eficiência mantendo a equidade; O interesse crescente na avaliação da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde são factores que condicionam a sustentabilidade dos sistemas de saúde do séc. XXI sendo por isso premente a implementação de um novo paradigma de gestão na Saúde, no sentido de introduzir melhorias claras, concisas e mensuráveis (BERWICK e NOLAN 1998; CARSON 2003).

## 2. O Desempenho das Organizações

O desempenho de qualquer organização na produção de um bem ou prestação de um serviço não é um conceito absoluto mas sim dependente das necessidades/expectativas/valores das diversas partes interessadas (por exemplo: profissionais de saúde, pacientes, sociedade em geral). A verificação do cumprimento dos requisitos do bem/serviço com essas expectativas implica o estabelecimento de um conjunto de metas explícitas e mecanismos de medição, monitorização e análise que permitam a sistematização das actividades de avaliação em termos da qualidade, efectividade e eficiência, quer internas no sentido da melhoria dos processos, quer externas no sentido da avaliação da satisfação das partes interessadas. O estabelecimento destes mecanismos deverão ser efetuado tendo em consideração as seguintes questões básicas: *O que medir? Como medir? Quando medir?*

### 2.1 - O que medir?

Nas organizações prestadoras de serviços de saúde o objectivo primordial é “melhor saúde”. O cumprimento de tal objectivo envolve muitos processos de carácter clínico e organizacional, com implicações internas e/ou externas. O estabelecimento dos mecanismos de medição, monitorização e avaliação do desempenho, independentemente do método escolhido, deverá ser efectuado abrangendo todas as áreas da organização que possam condicionar o seu desempenho.

#### a) Estabelecimento das dimensões

O estabelecimento das dimensões que representem todas as áreas da organização é uma questão preocupante e que tem sido alvo de vários estudos. Por exemplo na Inglaterra foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde uma ferramenta com o objectivo de promover a melhoria da prestação de cuidados através da análise comparativa entre hospitais em seis dimensões fundamentais: a melhoria da saúde da população, acesso aos serviços, prestação de cuidados efectivos, eficiência, experiência dos pacientes e dos seus prestadores e resultados de saúde (Department of Health 1999). Por sua vez no Canadá surgiram duas ferramentas de avaliação do desempenho: O modelo aplicado aos hospitais de Ontário e o modelo desenvolvido pela Universidade de Montreal. No primeiro modelo foram consideradas quatro áreas fundamentais, não integradas - financeira, utilização clínica (processos), perspectiva do paciente (cliente), e integração do sistema e mudança (competências) - de acordo como o modelo Balanced Scorecard (KAPLAN e NORTON, 1996) . No segundo modelo, e tendo em

consideração a Teoria de Sistemas Sociais de Parson, a avaliação de desempenho deverá ser ponderada e estabelecida de acordo com a capacidade de adaptação à sociedade em que a organização está inserida, o alcance dos objectivos (a satisfação das partes interessadas, efectividade e eficiência), a produção de serviços (qualidade, produtividade) e a manutenção da cultura e valores (HORTALE, PEDROZA et al. 2000).

#### b) Seleção dos indicadores

A avaliação de desempenho de qualquer organização implica o estabelecimento dos objectivos e das respectivas metas tendo em atenção as necessidades/expectativas expressas de forma implícita ou explícita pelas partes interessadas. Por sua vez o processo de avaliação deverá contemplar o desenvolvimento de mecanismos de medição e monitorização das características específicas que traduzem essas expectativas. A utilização de indicadores é um mecanismo bastante expedito na promoção da medição e monitorização interna das organizações e na análise comparativa entre organizações congéneres. No entanto a definição e estabelecimento de um modelo constituído por indicadores que permitam avaliar a qualidade da prestação de serviços de saúde é bastante complexa pois está muitas vezes condicionada a diversos factores sendo de salientar a capacidade de medição da organização, os dados disponíveis ou a viabilidade económica da sua obtenção.

O desenvolvimento de um modelo que permita avaliar a qualidade da prestação de serviços de saúde deverá estar estruturado de forma a contemplar indicadores que permitam avaliar tres categorias gerais: a estrutura (por exemplo: a qualificação dos profissionais e as instalações/equipamento da organização), os processos (a adequação dos processos à prestação de cuidados, como por exemplo a medição regular de parâmetros biológicos aos pacientes internados) e os resultados (como por exemplo as taxas de infecção hospitalar ou a taxa de retorno aos cuidados intensivos) (DONABEDIAN, 1980; DONABEDIAN, 2003).

Nos últimos anos vários esforços têm sido desenvolvidos no sentido de estabelecer indicadores que permitam avaliar o desempenho do setor, tanto ao nível macro dos sistemas de saúde no sentido de aferir o desempenho das políticas desenvolvidas, como ao nível das organizações prestadoras de serviços de saúde (interna e externamente). No entanto, a comparação de resultados entre diferentes organizações de saúde levanta algumas condicionantes:

- A utilização de um único modelo de indicadores entre as várias organizações envolvidas;
- A utilização de métodos semelhantes para efectuar a recolha dos dados;
- A criação de bases de dados que possam armazenar a informação obtida;
- estabelecimento de grupos de organizações com características idênticas (por exemplo produção idêntica, cultura idêntica, ...)
- E o estabelecimento de canais de comunicação entre as diversas organizações.

Este conceito de comparação inter organizacional poderá potenciar o “benchmarking”, tão proclamado pelo conceito de “nova gestão pública” levando as organizações a compararem-se com o que há de melhor na sua área, analisar as razões que conduzem a isso, e a promoverem a implementações de medidas correctivas/preventivas necessárias. Além do mais, poderá ser visto como uma resposta ao desafio colocado pela Organização Mundial de saúde em 2000, no estabelecimento da análise comparativa entre os sistemas de saúde que potencie aferir as

prioridades políticas do sector (WAIT e NOLTE 2005).

## 2.2 - Como medir?

Existem vários métodos para medir a avaliação de desempenho que têm sido aplicados de um forma geral em organizações prestadoras de serviços de saúde, sendo de elas a) questionários aplicados aos consumidores, b) os processos de avaliação interna e externa e c) as inspecções impostas por regulamentação específica (SHAW 2003).

### a) Questionários aplicados aos consumidores

Actualmente, o desempenho de uma organização prestadora de serviços de saúde encontra-se mais centrado no “cliente”, dando grande enfoque a factores como o “empowerment” do paciente, a educação para a saúde, o conforto, os mecanismos de reclamação e a continuidade do cuidados. Em termos governamentais a utilização destes mecanismos tem sido uma forma bastante expedita de avaliar o grau de informação dos utilizadores dos serviços de saúde em relação aos direitos de promover a sua divulgação e aumentar as expectativas/exigências.

As vantagens deste método estão relacionadas com a capacidade de identificar o que as partes interessadas na realidade valorizam. Esta identificação permite a criação de questionários padrão para medir dimensões específicas relacionadas com as experiências vividas e a satisfação. No entanto grande parte destes instrumentos de medição desenvolvidos por diferentes organizações prestadoras de serviços de saúde não tem sido alvo de processos de validação, estando a análise dos dados obtidos claramente condicionada, assim como também existe alguma relutância por parte das organizações na divulgação de resultados que muitas vezes são comprometedores (SITZIA 1999).

Existem vários questionários construídos por organizações reconhecidas, entre elas vale realçar o Picker Questionnaire desenvolvido na Harvard School, que numa fase inicial foi aplicado à escala nacional nos Estados Unidos e que rapidamente foi adaptado por outros países como Canadá, Austrália e alguns países da Europa (CLEARY, EDGMAN-LEVITAN *et al.* 1991).

Em Portugal, nos últimos anos, a avaliação da satisfação com os serviços de saúde ganhou grande importância como medida da qualidade na prestação de serviços de saúde por organizações públicas. São de destacar a implementação do questionário Internacional de Avaliação da Satisfação dos Utentes com o seu médico de Família (EUROPEP) nos centros de saúde desde 1999 (PISCO 2003). Portugal foi um dos países envolvidos desde o início no desenvolvimento deste projecto internacional (GROL, WENSING *et al.* 2000; WENSING, MAINZ *et al.* 2000). Os primeiros resultados foram publicados em 2000.

### b) Avaliação Interna e Externa

De uma forma geral as organizações têm vindo a implementar mecanismos de auto-avaliação e avaliação externa que lhes permitam aferir internamente a qualidade do serviço prestado e externamente obter reconhecimento. Neste sentido, têm sido desenvolvidos mecanismos/modelos suportados em padrões que simplificam e sistematizam o processo de avaliação das unidades prestadoras de serviços de saúde. Existem modelos, de implementação voluntária e criados especificamente para avaliação da qualidade na saúde, como é o caso das normas King’s Fund e Joint Commission Accreditation, ambas utilizadas internacionalmente na acreditação hospitalar, assim como o modelo MoniQuOr. CS, desenvolvido em Portugal pela Direcção Geral de Saúde em conjunto com o Instituto da Qualidade em Saúde para avaliar a qualidade das unidades prestadoras de cuidados primários de saúde. Existem também

outros modelos, que embora tenham sido desenvolvidos para responder às necessidades do setor industrial em uma fase inicial, rapidamente demonstraram a sua validade e aplicabilidade a outros sectores, como é caso da Saúde. Neste âmbito é importante realçar a série normativa ISO 9000 utilizada na certificação de sistemas de gestão da qualidade, o modelo Baldrige, o modelo EFQM e o sistema Peer Review.

Qualquer um dos modelos apresentados têm como principal objectivo melhorar o desempenho das organizações que o implementam promovendo a cultura da avaliação. No caso da acreditação hospitalar estes programas possibilitam a avaliação do desempenho através da comparação com normas, de carácter clínico e organizacional, aplicadas aos processos e aos resultados. No caso da certificação segundo a norma ISO 9001, a revisão da norma efetuada no ano 2000 conseguiu eliminar algumas barreiras, tendo-se verificado um crescimento bastante acentuado do número de certificados referentes a organizações prestadoras de serviços de saúde (ISO 2005).

Em relação ao *Peer Review*, este sistema foi desenhado especificamente para a auto-avaliação e desenvolvimento dos profissionais de saúde através da comparação com um conjunto de normas que permitam o reconhecimento mútuo da formação e treinamento no sentido de harmonizar a gestão dos recursos humanos do sector (HEATON 2000).

#### c) Inspeção

Alguns países têm como obrigatório a avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde para que as suas actividades possam ser licenciadas (caso específico do licenciamento de organizações prestadoras de serviços de saúde privados). Neste sentido são promovidas visitas para verificar o cumprimento de diversos parâmetros que são nomeados por legislação específica. As áreas mais abrangidas por este tipo de avaliação são a higiene, a segurança e o ambiente, estando mais centradas nas condições mínimas necessárias para uma prestação de cuidados em segurança, e não tanto no desempenho da organização ou dos seus processos clínicos.

### **3. Modelos Internacionais de Indicadores de Avaliação de Desempenho**

Devido à existência de um elevado número de modelos de indicadores de avaliação de desempenho internacionais, será efectuada uma análise mais detalhada dos modelos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico e pelo Center for performance Sciences (CPS).

#### **3.1 Modelo da Organização Mundial de Saúde**

O relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde no ano 2000 concluiu que “ a organização, a configuração e a prestação de serviços causava impacto no desempenho do todo o sistema de Saúde” (WHO 2000) e que a reestruturação dos serviços de saúde que se verifica em termos mundiais aponta para a importância de promover em especial a eficiência hospitalar, por duas razões básicas: é uma área pouco desenvolvida de uma forma geral na Europa e os hospitais asseguram entre 50% a 75% da produção de serviços de saúde. Como resposta a esta conclusão em 2003 iniciou-se o desenvolvimento do modelo “Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals (PATH)”, com o intuito de avaliar o desempenho das organizações prestadoras de cuidados hospitalares.

O modelo PATH foi construído tendo em atenção o estabelecimento das dimensões-chave, os critérios de selecção e as relações entre indicadores.

#### a) estabelecimento das dimensões

Esta etapa consistiu na identificação e estabelecimento das dimensões que deveriam constar no modelo. Após uma análise detalhada de vários modelos existentes concluiu-se que esta ferramenta deveria ter seis dimensões-chave: efectividade clínica, eficiência, orientação dos recursos humanos, governação responsável, segurança e a focalização no paciente. Segundo este modelo (figura 1) estas duas últimas dimensões deverão ser transversais às restantes 4 apresentadas pelo fato de atualmente serem o suporte dos sistemas de saúde e das suas políticas.

Embora tenha sido também analisada a pertinência de adicionar as dimensões equidade e acessibilidade, constatou-se que estas seriam mais adequadas na avaliação dos sistemas de saúde e suas políticas e não tanto ao nível da organização prestadora de serviços de saúde (WHO 2003).



Figura 1 – Modelo PATH da WHO  
Fonte adaptada da WHO 2003

#### b) critérios para a selecção de indicadores

No que diz respeito aos critérios para o estabelecimento dos indicadores, foram considerados os seguintes: tipo de indicador (aplicados à estrutura, aos processos ou aos resultados), a relevância para os hospitais (de acordo com a sua natureza), a validade e fiabilidade dos dados, e a capacidade de medição/monitorização dos dados. A selecção dos indicadores foi efectuada com base numa revisão exaustiva da bibliográfica, recolhendo toda a evidência objectiva necessária para justificar a sua pertinência. Esta pesquisa revelou a existência de estudos bastante aprofundados sobre indicadores associados à dimensão Efectividade clínica enquanto que para as dimensões Eficiência e Governação Responsável constatou-se não existir uma discussão tão aprofundada sendo muitas vezes suportada apenas em evidência empírica. No entanto existem alguns indicadores, como por exemplo “retorno aos cuidados intensivos” que é muito utilizado mas não possui evidência suficientemente robusta para afirmar que se trata de uma medição válida. Outros indicadores como “tempos de espera”, que podem ser afectados por factores locais (práticas, valores, entre outros), não apresentam evidência suficiente para informar sobre a qualidade da prática clínica. Independentemente destes factores estes indicadores podem ser úteis quando enquadrados numa dada realidade (por exemplo num hospital geral / hospital regional) e nesse sentido devem ser utilizados com as devidas reservas na análise dos respectivos resultados.

Após a determinação dos critérios foram seleccionados indicadores que foram agrupados em “core indicators” e “tailored indicators”. O primeiro grupo reuniu os indicadores de carácter geral com aplicação nos diferentes países e suportados na melhor evidência científica disponível orientados para os resultados, enquanto que o segundo grupo reuniu indicadores

utilizados em contextos específicos devido à variabilidade dos dados (por exemplo entre países/regiões ou a organizações com algumas especificidades, como os hospitais-escola) e mais orientados para os processos. Em relação à estrutura efectuam-se apenas medições descritivas.

As metodologias de medição e monitorização também foram alvo de discussão. Foram identificadas as seguintes formas de obtenção dos dados: recolha de informação clínica e administrativa através das bases de dados dos registos, inquéritos de auto-avaliação, inquéritos aos pacientes e aos recursos humanos. A finalidade dos dados, quer para avaliação interna de um hospital ou para comparação internacional entre hospitais, também condicionou o estabelecimento de metodologias de recolha e análise, no sentido de garantir a comparabilidade entre eles.

c) relação entre os indicadores

Na selecção dos indicadores foi considerado como condicionante o estabelecimento das respectivas relações. Foi também tido em atenção que todos os indicadores das dimensões verticais (efectividade clínica, eficiência, orientação dos recursos humanos, governação responsável) deveriam ser definidos considerando os factores relacionados com as dimensões transversais (segurança e o paciente como centor). De acordo com o exposto foram criadas matrizes com todos os indicadores para as diferentes dimensões/sub-dimensões.

### **3.2 Modelo da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico (OCDE)**

No ano de 2001 a OCDE iniciou o OECD Health Care Quality Indicator (HCQI) Project com o objectivo primeiro de desenvolver um conjunto de indicadores que possam ser utilizados na investigação relacionada com a qualidade dos serviços de saúde ao nível dos sistemas e políticas. O desenvolvimento do modelo HCQI foi efetuado a partir da análise exaustiva de diversos modelos utilizados pelos países participantes. Foram consideradas as seguintes fases: Estabelecimento das dimensões e a selecção dos indicadores de acordo com os critérios estabelecidos.

a) estabelecimento das dimensões

Da análise anteriormente mencionada verificou-se que as dimensões mais utilizadas no sector da saúde eram Efectividade, Segurança, Focalização no Paciente, Acessibilidade, Equidade e Eficiência. Por outro lado as menos utilizadas são a Aceitabilidade, Adequação, Competência, Continuidade e Capacidade de resposta atempada. O modelo apresentado foi desenvolvido considerando as dimensões da Qualidade (que engloba a Efectividade, a Segurança e a Focalização no Paciente), Acesso (que engloba a Acessibilidade e Equidade), e os Custos (que engloba a Eficiência). Foram também considerados na sua construção outros fatores que estão relacionados com o desempenho do sistema de saúde, como a estrutura do sistema de saúde (tendo em atenção as políticas e contexto em que está inserido), os determinantes externos ao sector mas que o condicionam (como por exemplo o desenvolvimento sócio-económico e a cultura) e saúde na sua essência.

b) seleção dos indicadores

Devido à dificuldade de seleccionar indicadores foram estabelecidos três critérios fundamentais a cumprir (Hurtado, Swift et al. 2001): A importância/relevância do parâmetro a medir para a melhoria dos serviços de saúde – deverão ser seleccionados indicadores que possam avaliar o impacto ou risco que um dado factor tem na saúde (por exemplo qual o risco

de uma dada doença na saúde geral da população e os custos que ela acarreta), a sua importância política (por exemplo o grau de conhecimento que os políticos e a sociedade em geral têm do risco/custo de uma doença) e a susceptibilidade de ser fortemente influenciado pelo sistema de saúde;

### **3.3 O Modelo Center for Performance Sciences (CPS)**

Em 1985 foi desenvolvido nos Estados Unidos um projecto denominado Quality Indicator Project (QIP), que reuniu 7 hospitais, de forma voluntária, com o intuito de testar um conjunto de indicadores de desempenho clínico e sua utilização em actividades de melhoria da qualidade. Este conjunto de indicadores abrangia quatro grandes áreas: (i) Cuidados agudos; (ii) Cuidados psiquiátricos; (iii) Cuidados continuados; (iv) Cuidados domiciliários. Com o aumento do número de adeptos deste projecto, principalmente com o interesse demonstrado por instituições estrangeiras na sua adopção, em 1997, o organismo coordenador do QIP, o Center for Performance Sciences (CPS) decidiu alargar o âmbito do projecto, surgindo assim o IQIP – International Quality Indicator Project, que permitiu a adesão de oito países da Europa (Áustria, Bélgica, Alemanha, Reino Unido, Hungria, Holanda, Portugal e Suíça) e da Ásia (Singapura e Taiwan). O contributo prestado pelos participantes destes países, juntamente com os participantes dos Estados Unidos, possibilitou a criação da maior base de dados comparativa de indicadores da qualidade, e o desenvolvimento de um programa efectivo de avaliação do desempenho da dimensão Efectividade clínica (Thomson, Taber et al. 2004). No entanto a quase totalidade dos indicadores estabelecidos e respectivas medidas foram desenvolvidos com o intuito de avaliar o desempenho da prestação das classes profissionais de medicina e enfermagem, não englobando outras profissões.

Portugal aderiu em 2001, tendo sido criado o ramo nacional, o Portuguese Quality Indicator Project (PQIP) (Rodrigues 2004). Numa fase inicial (Demonstration Project) este projecto foi introduzido em 8 hospitais nacionais, tendo sido bastante positiva a adesão de novas instituições que demonstraram interesse na sua utilização como ferramenta avaliadora do desempenho clínico e dinamizadora do processo de melhoria contínua. Actualmente este projecto conta com a participação de 27 hospitais. Em termos nacionais esta ferramenta é suportada num conjunto de 20 indicadores e cerca de 200 medidas, divididas em dois grandes grupos, Internamento e Ambulatório (Afonso 2004).

## **4. Conclusões**

Independentemente do mecanismo de avaliação do desempenho que as organizações prestadoras de serviços de saúde apliquem, a sua utilização deverá ser compreendida não apenas como uma necessidade imposta pelas actuais exigências do sector mas sim como uma realidade implícita na nova cultura de avaliação promotora da melhoria contínua da qualidade na prestação de serviços de saúde. Será importante destacar que os indicadores quando utilizados de forma adequada deverão ser apenas vistos como “marcadores” que possibilitem a identificação de problemas e não como elementos utilizados no julgamento dos prestadores de serviços de saúde. Além disso, as variações dos dados deverão ser analisadas de forma muito cuidadosa, analisando as causas, pois podem reflectir variações na qualidade da prestação ou variações na qualidade dos dados.

No âmbito da pesquisa académica, este trabalho representa uma contribuição para a construção de uma metodologia a fim de avaliar o desempenho nos serviços de saúde.

## **Referências Bibliográficas**

**AFONSO, G.** *Hospital de São Sebastião, SA: PQIP apoia a melhoria da qualidade.* Qualidade em Saúde. 9: 16-

20, 2004

**ARAH, O., WESTERT, G. P.** "Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators." International Journal of Quality in Health Care, 2005.

**BERWICK, D. M. e NOLAN, T. W.** "Physicians as Leaders in Improving Health Care." Annals of internal Medicine 128: 289-292, 1998.

**CARSON, B. E.** (2003). *ISO 9001:2000 A New Paradigm for Healthcare*. Milwaukee, Wisconsin, ASQ, Quality Press, 2003.

**CHOW-CHUA, C. e GOH, M.** "Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals." *Managing Service Quality* 12(1): 54-66, 2002

**CLEARY, P. D., EDGMAN-LEVITAN, S.** "Patients evaluate their hospital care: a national survey." *Health Affairs* 10: 254-267, 1991.

**DONABEDIAN, A.** "Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol.1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment." Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

\_\_\_\_\_ *An Introduction to quality assurance in health care*. New York, Oxford University Press, 2003.

**GROL, R., WENSING, M.** "Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison." *The British Journal of General Practice* 50(460): 882-887, 2000.

**DEPARTMENT of HEALTH.** *The NHS performance assessment framework*. London, Department of Health: 26, 1999.

**HEALY, J. e McKEE, M.** *Monitoring hospital performance*. Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems. 2: 1-3, 2000.

**HEATON, C.** "External peer review in Europe: an overview from the ExPeRT Project." *International Journal for Quality Healthcare* 12: 177-182, 2000.

**HORTALE, V. A., PEDROZA, M.** "Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde." *Caderno Saúde Pública* 16(1), 2000.

**HURTADO, M. P., SWIFT, E. K.** *Envisioning the National Health Care Quality Report*. U. I. o. M. s. C. o. t. N. Q. R. o. H. C. Delivery. Washington DC, National Academy Press, 2001.

**ISO.** *The ISO Survey of ISO 9000 and ISO 14001 Certificates*, International Organization for Standardization, 2003.

\_\_\_\_\_ *The ISO Survey of Certifications - 2004*. 14th Edition, International Organization for Standardization, 2005.

**KAPLAN, R. S. e NORTON, D. P.** *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, Massachusetts, Harvard Business School Press, 1996.

**KELLEY, E. e HURST, J.** *Health Care Quality Indicators Project: Inicial Indicators Report*. OECD Health Working Papers. nº22, Organization for Economic Co-operation and Development: 151, 2006.

**LUGON, M. e SECKER-WALKER, J.** *Advancing clinical governance*. London, The Royal Society of Medicine Press Ltd, 2001.

**OPSS.** *Relatório da Primavera 2003: Saúde que rupturas?* Lisboa, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

**PISCO, L.** "A voz dos utentes dos centros de saúde." *Qualidade em Saúde* 7: 23-25, 2003.

**RODRIGUES, A.** Mais que dados, interessa o que fazer com eles. *Qualidade em Saúde*. 9: 14-20, 2004.

**SHAW, C.** *How can hospital performance be measured and monitored?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN): 17, 2003.

**SICOTTE, C., CHAMPAGNE, F.** "A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance." *Health Services Management Research* 11(1): 24-48, 1998.

**SITZIA, J.** "How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies." *International Journal of Quality in Health Care* 11: 319-328, 1999.

**THOMSON, R. G., TABER, S.** "UK Quality Indicator Project and the UK independent health care sector: a new development." *International Journal for Quality Healthcare* 16(supplement 1): 51-56, 2004.

**WAIT, S. e NOLTE, E.** "Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives." *Benchmarking International Journal* 12(5): 436-448, 2005.

**WENSING, M., MAINZ, J.** "A standardizes and validated instrument for patient evaluation of general practice care." *European Journal for General practice* 6: 82-87, 2000.

**WHO.** The World Health Report 2000. *Health Systems: improving performance*. Geneve, World Health Organization, 2000.

\_\_\_\_\_ *Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining the main dimensions*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 20, 2003.

\_\_\_\_\_ *Selection of Indicators for Hospital Performance Measurement*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: 33, 2003.