

Avaliação da qualidade em saúde

Margareth Crisóstomo Portela

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Avaliação da qualidade em saúde

Margareth Crisóstomo Portela

Introdução

A Avaliação em Saúde produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde. E, assim, pode subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas concernentes ao setor. A Avaliação em Saúde pressupõe:

- a seleção de problemas relevantes, e sensíveis, a medidas de ação viáveis nos níveis técnico, político e econômico;
- a medição de atributos pertinentes a tecnologias, programas ou serviços de saúde, que se constituem em alternativas para a solução, ou a minimização, de problemas, em uma população;
- o julgamento e a comparação do comportamento desses atributos, como critérios de apreciação da adequação, dos benefícios, dos efeitos adversos e dos custos associados às alternativas, levando-se em conta a população de referência e o conhecimento, ou o arsenal tecnológico existente/disponível; e
- a alimentação dos processos de análise e de formulação de condutas, ou recomendações, para ação gerencial ou governamental.

tecnologias, programas
ou serviços de saúde

Indicador, padrão e referente

A Avaliação em Saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos de tecnologias, serviços ou programas de saúde; esses critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde (Donabedian, 1980b; Reis, 1995).

Em outras palavras, indicadores de qualidade em saúde correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços. São exemplos de indicadores de qualidade em saúde: o número de profissionais de saúde a atender uma população; as condições de armazenamento de medicamentos em uma farmácia; o percentual de prescrições realizadas em um serviço de saúde e atendidas pela farmácia do próprio serviço; a sensibilidade (probabilidade do exame diagnosticar a doença se o indivíduo tem a doença) e a especificidade (probabilidade do exame ser negativo se o indivíduo não tem a doença) de um exame diagnóstico (Eddy, 1993); a taxa de infecção hospitalar em um hospital; e a existência de um sistema de referência e contra-referência de pacientes dentro de uma rede de serviços de saúde.

Um outro conceito de grande importância na Avaliação em Saúde é o de padrão. Esse conceito se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador (Donabedian, 1980b; Reis, 1995).

Consideremos um exame laboratorial que, se realizado em condições adequadas, tem uma chance de resultar em erro de 1% dos casos (falsos-positivos e falsos-negativos). Qualquer laboratório, assim, teria, na realização de um grande número desses exames, uma margem de 1% de erro. Suponhamos, então, que, levando-se em conta algum grau de variabilidade aleatória dos resultados, se estabelecesse como padrão de qualidade para a realização do exame a ocorrência de 1,05% falsos positivos e negativos. No que diz respeito ao indicador "proporção de diagnósticos errados", seriam passíveis de investigação aqueles laboratórios que apresentassem valores superiores ao padrão estabelecido, sendo mais problemáticos, em potencial, aqueles que apresentassem valores, para o indicador, muito superiores ao padrão de 1,05%.

O exemplo remete a dois pontos importantes. O primeiro refere-se à noção de que só é possível inferir conclusões acerca da qualidade de serviços ou tecnologias em saúde com base em um grupo de observações; ocorrências individuais de eventos adversos podem representar um sinal de alerta, mas não devem ser vistas, necessariamente, como reflexos de má qualidade. O registro de uma morte materna em uma maternidade de perfil médio no período de um ano, ainda que mereça investigação das suas causas, pode representar uma fatalidade, sem ser sinal de precariedade na assistência; cinco mortes maternas no mesmo período, entretanto, constituem-se em indício mais forte de má qualidade. O conceito de evento sentinela, trazido da epidemiologia, diz respeito a observar esses eventos como um alerta para a possibilidade de deficiência na qualidade da atenção. Visto de uma forma ampla, esse con-

ceito permeia a própria lógica da avaliação de qualidade. Segundo essa lógica, a observação de valores, para indicadores selecionados, destoantes do padrão esperado, não determina a deficiência na qualidade da atenção à saúde, mas indica, em menor ou maior grau, a possibilidade da mesma.

O segundo ponto tem a ver com o estabelecimento de padrões, ou seja, com a definição de níveis de aceitabilidade para indicadores de qualidade em saúde. Este campo tem merecido atenção de pesquisadores e profissionais de saúde, preocupados, especialmente, em identificar processos de atenção que se caracterizam como boa prática. Algumas referências podem ser apontadas:

- 1) A evidência científica da associação entre condições da estrutura e do processo de atenção e resultados na saúde do indivíduo ou da população;
- 2) Os valores médios, ou medianos, de indicadores de interesse em centros de referência internacionais ou nacionais;
- 3) Os melhores resultados em realidade de perfil semelhante.

De 1 para 3 há uma perda na qualidade da informação base para o estabelecimento de padrões, mas também um aumento de flexibilidade, que pode permitir alguma comparação de indicadores no nível local.

Vale ainda lembrar que se usam padrões para se estabelecer processos de certificação e acreditação de serviços de saúde e programas de garantia de qualidade.

Se o indicador é um critério, e o padrão é um valor representativo de qualidade para o indicador, os significados de ambos dependem de características do problema e da população-alvo das práticas, ou dos serviços de saúde, sob avaliação; assim, chega-se ao conceito de referente.

A definição do referente, em um processo de Avaliação em Saúde, garante a construção de categorias homogêneas e replicáveis, com base nas quais tecnologias, ou serviços de saúde, podem ser comparados, em locais e momentos diversos (Donabedian, 1980b, Reis, 1995). Essas categorias costumam ser estabelecidas segundo características diagnósticas/clínicas, podendo também levar em conta características demográficas, geográficas ou culturais da população. O uso de um referente reduz o grau de incerteza na consideração de indicadores e padrões de qualidade da assistência. E esse conceito deve estar presente na concepção de indicadores e padrões, e na medição e na análise dos mesmos.

Um bom exemplo da necessidade de se considerar um referente é o uso do indicador "mortalidade hospitalar" para avaliar a qualidade da assistência hospitalar. É possível que o indicador seja inadequado na comparação de hospitais onde a clientela assistida tem um risco de mor-

**certificação
e acreditação
de serviços**

rer, durante a internação, próximo de zero (ex: hospitais psiquiátricos ou clínicas de cirurgia estética). Em casos onde o indicador é adequado, entretanto, é fundamental considerar-se o perfil da clientela assistida. É preciso diferenciar uma taxa de mortalidade hospitalar alta, devida à qualidade da assistência, de outra, inerente ao perfil de gravidade da clientela. O referente serve, portanto, de contexto da avaliação e de garantia de coisas diferentes não serem tratadas como iguais. A taxa de mortalidade esperada em um hospital especializado no tratamento de câncer é muito mais elevada do que a esperada em um hospital geral, por sua vez maior do que a esperada em uma maternidade. Mortes neonatais resultantes de gestação de alto risco têm um significado diferente de mortes neonatais resultantes de gestação sem risco, e parto a termo.

Os conceitos de indicador, padrão e referente são aplicados na avaliação dos três componentes, segundo Donabedian, da produção de serviços de saúde: a estrutura, o processo e os resultados.

Avaliação de estrutura, processo e resultados da assistência à saúde

O componente "estrutura" abrange os recursos humanos, físicos e financeiros utilizados na provisão de cuidados de saúde, bem como os arranjos organizacionais e os mecanismos de financiamento destes recursos. O componente "processo" refere-se às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolvem a interação de profissionais de saúde e população assistida. O componente "resultados", diz respeito às mudanças, no estado de saúde da população, promovidas pelos cuidados recebidos (Donabedian, 1980a; Vuori, 1991).

Na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Esta pressuposição, entretanto, não deve ignorar a inexistência de um vínculo causal, obrigatório, entre os três componentes (estrutura, processo e resultados). Interessam, em especial, os resultados produzidos sobre a saúde da população-alvo, mas é fundamental poder atribuir esses resultados ao processo de assistência. O conhecimento do processo de atenção à saúde ganha importância sempre que o estabelecimento de elos causais entre seus elementos e os resultados, favoráveis, ou desfavoráveis, seja possível, com base em evidência científica.

A avaliação de estrutura é a que menos informação oferece sobre a qualidade da atenção à saúde. Mas pode ser importante para complementar avaliações do processo e dos resultados, ou, em alguns casos,

ser a única possível. Ao realizar somente a avaliação de estrutura, porém, o avaliador deve ter o cuidado de evitar confundir a capacidade de um serviço gerar cuidados de boa qualidade com a qualidade de atenção em si mesma.

Indicadores e padrões de qualidade da estrutura de serviços de saúde costumam ser utilizados para o credenciamento de unidades de saúde. Alguns exemplos são: existência ou não de um serviço de vigilância epidemiológica em uma unidade de saúde; condições de armazenamento de medicamentos na farmácia de um centro de saúde ou hospital; número de profissionais de saúde – por categoria – envolvidos na assistência a uma população em relação ao número de pessoas assistidas; e número de leitos disponíveis, por especialidade, em um certo hospital ou área geográfica.

A avaliação de processo sedimenta-se na idéia de que a probabilidade de ocorrência de resultados favoráveis cresce quando tecnologias em saúde (procedimentos médicos e cirúrgicos, equipamentos, medicamentos, sistemas organizacionais e de suporte à provisão de cuidados de saúde, etc.) são aplicadas corretamente, à luz do conhecimento existente. Esta ótica, conservadora em relação ao conhecimento corrente, propicia, no entanto, elementos operacionais para a apreciação da qualidade de práticas e serviços de saúde. E permite, também, a correção de problemas, praticamente no tempo real.

A existência de relações causais, bem estabelecidas, entre processo de atenção à saúde e resultados sobre a saúde da população fortalece a abordagem de processo na avaliação de qualidade; a busca dessas relações constitui um campo de forte interesse para pesquisadores na área da Avaliação em Saúde. E com base nas mesmas, indicadores e padrões de processo podem ser definidos e utilizados, visando a garantia de resultados. Na ausência de evidência científica a consolidar o elo causal entre processo e resultados, entretanto, vale a pena considerar a opinião de especialistas quanto ao que eles julgam ser práticas de boa qualidade. O desenvolvimento de critérios de boa assistência tem, no mínimo, o mérito de fazer com que os prestadores de serviços de saúde entendam melhor suas formas de trabalho e desenvolvam abordagens mais efetivas e racionais.

Além de estarem incluídos nos protocolos de certificação e de acreditação de unidades de saúde, os indicadores e padrões de processo constituem-se em elementos centrais de sistemas de auditoria de práticas e serviços de saúde. Em especial, de auditoria médica. Além disso, o enfoque no processo de assistência à saúde permeia os estudos de utilização de serviços de saúde. Esses estudos buscam identificar e explicar variações no uso de recursos de saúde, inclusive tecnológicos, na

indicadores da estrutura

tecnologias em saúde

auditoria

**estudos de utilização
de serviços de saúde**

atenção a um problema e identificar e explicar ocorrências de padrões de atendimento desviantes.

A avaliação de resultados é, enfim, aquela que realmente capta mudanças no estado de saúde da população. Na medida em que o objetivo da atenção a uma população é a melhoria da sua condição de saúde, a avaliação de resultados fundamenta-se no propósito de medir o cumprimento desse objetivo. Para tanto, há duas dificuldades:

1) A medição do resultado em si, visto existirem situações onde respostas ao uso de tecnologias, ou serviços de saúde, somente se observam após um longo período, ou onde não há clareza quanto às respostas mais relevantes; e

2) A atribuição do resultado ao cuidado à saúde em questão. Além disso, a avaliação de resultados é limitada no que diz respeito à indicação do que se deve fazer face a achados desfavoráveis.

Os efeitos produzidos por cuidados de saúde na população-alvo são, portanto, idealmente rastreados por indicadores de resultado. Esses indicadores, por sua vez, ao apontarem áreas potenciais de problema, devem ser complementados por indicadores de estrutura e de processo, com vistas à identificação de fatores que possam explicar a existência dessas áreas. A atribuição de um efeito a causas específicas será tanto mais válida quanto mais evidência houver, segundo o conhecimento existente, da observação de relação causal entre causas e efeito considerados.

Na inviabilidade do uso de indicadores de resultado, os de processo são os mais úteis para a predição do grau de cumprimento dos objetivos de cuidados de saúde, pois oferecem mais informação. Em simetria ao caso anterior, quanto mais determinantes forem os elementos contemplados por indicadores de processo, tanto maior será a capacidade do avaliador atribuir a esses elementos os resultados esperados.

Em termos práticos, o processo de prestação de cuidados de saúde é o objeto central da avaliação desses cuidados. A avaliação, entretanto, guia-se, prioritariamente, pelo julgamento dos resultados observados. Mas pode também orientar-se pelo julgamento de características desse processo, características com poder de predição de resultados. Indicadores de processo e de resultados devem ser complementares, situando-se o cerne da avaliação nas relações entre os mesmos.

Entre os indicadores de resultados incluem-se aqueles referentes à mortalidade, à morbidade, à incapacitação e ao desconforto. Alguns exemplos são a proporção de internações resultantes em morte em um hospital; os anos de sobrevida ou, anos de sobrevida ajustados, por qualidade, relacionados ao uso de uma tecnologia médica; casos de uma doença preveníveis por uma certa tecnologia profilática; anos de sobre-

**indicadores
de resultados**

vida ajustados por incapacitação; nível de ocorrência de efeitos colaterais associados ao uso de um medicamento; índice de Apgar registrado no 1º e no 5º minuto de vida do recém-nato; e taxa de infecção hospitalar.

Os indicadores de resultados podem constituir-se em medida direta, ou indireta, das conseqüências do uso de intervenções em saúde. A redução na transmissão vertical do vírus da AIDS (HIV), por exemplo, é uma medida direta do efeito da administração correta de AZT a gestantes HIV-positivas e aos seus bebês. Por outro lado, a carga viral ou o nível de células CD4+ de um paciente infectado pelo HIV é uma medida indireta do risco de ocorrência de doenças oportunistas, a ser diminuído, ou não, pelo uso de medicamentos. Também são medidas indiretas de efeitos na saúde da população as medidas próprias de tecnologias diagnósticas; a sensibilidade, a especificidade, e outras medidas utilizadas na avaliação de um exame laboratorial, ou de imagem, por exemplo, falam das chances de um indivíduo receber tratamento adequado, mas não falam de mudanças no estado de saúde desse indivíduo.

Qualidade em saúde

O conceito de qualidade aplicado a cuidados à saúde é, na prática, abordado em termos de um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) propõe sete atributos, por ele chamados de pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Desses atributos, três apresentam interesse especial para a rotina de trabalho nos laboratórios de controle de qualidade em saúde: eficácia, efetividade e eficiência.

sete pilares
da qualidade

A eficácia de uma tecnologia em saúde é medida pelo benefício produzido por sua aplicação, sob condições ideais, aos problemas de indivíduos de uma população (Panerai & Mohr, 1989). Sua avaliação dá-se através de estudos clínicos controlados. E, na consideração de estratégias alternativas de cuidados à saúde, o limite máximo de benefício, na atenção a um certo problema, corresponde àquele atingido pela estratégia mais eficaz.

eficácia

O conhecimento da eficácia de uma tecnologia em saúde diz respeito, portanto, à melhoria possível sobre um problema específico de saúde, em uma população definida, à luz do conhecimento existente. A melhoria observada no estado de saúde de uma população pela aplicação de uma tecnologia a um problema de saúde, em condições reais, corresponde ao conceito de efetividade (Panerai & Mohr, 1989).

efetividade

Operacionalmente, medidas de eficácia e de efetividade são fornecidas pelos mesmos indicadores de resultados, selecionados conforme

eficiência

os objetivos das tecnologias avaliadas e segundo a população. A efetividade é um atributo de maior interesse na avaliação da provisão diária de cuidados de saúde, servindo a eficácia como um parâmetro para consideração do quanto os resultados observados se distanciam dos resultados idealmente esperados. Mas uma certa alternativa tecnológica A, menos eficaz que B, pode estar associada a uma efetividade maior em um certo contexto (condições físicas de implementação, características dos profissionais de saúde envolvidos, grau de dificuldade para a adesão da população tratada, etc), e ser, assim, mais indicada.

Eficiência é uma medida que contrapõe recursos utilizados e resultados obtidos, no uso de uma tecnologia ou serviço de saúde. A eficiência, é dada por análises de custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade, definidas no âmbito da avaliação econômica, através da comparação de duas alternativas tecnológicas empregadas na solução, ou na redução, de um problema de saúde, em uma população (Drummond et al., 1997). Nos três casos, a comparação de uma alternativa que representa a prática prevalente com outra menos empregada, dá-se pela análise do custo e dos benefícios adicionais dessa alternativa; mas é preciso avaliar se os custos adicionais justificam os benefícios adicionais.

Na análise de custo-benefício, custos e benefícios são medidos em unidade monetária. A grande crítica a este tipo de análise, na área da saúde, é a dificuldade em se atribuir valores monetários a resultados da provisão de cuidados de saúde (aumento na expectativa de vida, prevenção de doenças, diminuição do nível de incapacitação, etc).

A análise de custo-efetividade considera custos em unidade monetária, e benefícios em termos de medidas de efetividade, de indicadores de resultado. Supondo-se a comparação de uma intervenção A com outra B, a relação de custo-efetividade incremental é dada por: $(CA-CB)/(EA-EB)$.

Pode-se, por exemplo, avaliar o custo adicional do uso de A, como alternativa ao uso de B, por ano de sobrevida a mais resultante, ou por caso de doença a mais prevenido.

A análise de custo-utilidade é uma extensão do custo-efetividade para casos onde a medida de efetividade é anos de sobrevida. Diferencia-se na ponderação, no ajuste, de anos de sobrevida por um fator, que expressa a qualidade dessa sobrevida. Este fator comumente varia entre 0, para morte, e 1, para vida em condições plenas. A medida mais clássica em análises de custo-utilidade diz respeito ao custo adicional por ano de sobrevida, ajustado por qualidade (*QALY* – *quality-adjusted life year*) adicional.

Controle de qualidade em saúde: perspectivas da garantia de qualidade e da melhoria contínua de qualidade

O controle de qualidade em saúde tem como objetivo verificar a aderência dos indicadores de qualidade aos padrões definidos e corrigir desvios. Utiliza-se-o para manter, ou mudar, uma situação diagnosticada pelo processo de avaliação (Inojosa, 1996). Neste sentido, o controle de qualidade decorre da avaliação, e busca implementar medidas de melhoria da qualidade de práticas e serviços de saúde, ou de prevenção de problemas potenciais.

O controle em qualidade em saúde deve centrar-se nas relações entre processo e resultados da prestação de cuidados de saúde, mas não deve ignorar aspectos relevantes da estrutura existente. E pode constituir-se sob a perspectiva da garantia de qualidade, ou da melhoria contínua de qualidade (MCQ).

A abordagem da garantia de qualidade se concentra em elementos relevantes de cada um dos processos que se deseja monitorar em uma organização de atenção à saúde, satisfazendo-se com a observância dos padrões definidos para os indicadores considerados. Se, por um lado, pode fazer com que metas de qualidade sejam distantes, em contextos onde a qualidade dos cuidados de saúde é precária, por outro, é conservadora para contextos onde o nível de qualidade desejado é atingido.

Azevedo (1993) usa como exemplo do enfoque de garantia de qualidade o controle de infecção cirúrgica em um hospital brasileiro, com base no indicador "taxa de infecções em cirurgias limpas". Assumindo uma taxa de 3% como aceitável, na observância desse padrão, a gerência de qualidade do hospital dar-se-ia por satisfeita, passaria a preocupar-se em manter esse nível, e iria dedicar-se a um ponto do processo que ainda carecesse de aprimoramento.

A perspectiva da MCQ, por sua vez, envolve toda a estrutura de uma organização de saúde, e considera flexíveis o nível de qualidade a se atingir e os próprios indicadores de qualidade. A idéia de aprimoramento contínuo não impõe limites à qualidade a ser atingida. Além disso, na medida que níveis melhores de qualidade são atingidos, indicadores mais sensíveis às novas melhorias podem tornar-se necessários. A MCQ é um esforço contínuo de prover cuidados que atendam, ou excedam, as expectativas da clientela (Shortell et al, 1995a).

Cinco princípios norteiam a MCQ:

- 1) O foco nos processos e sistemas organizacionais, e não nos indivíduos, como causas de deficiência na qualidade;
- 2) O uso de uma abordagem de solução de problemas baseada em análise estatística;

3) A composição de grupos de trabalho envolvendo profissionais com atribuições diversas;

4) O fortalecimento de funcionários da organização no sentido de identificar problemas e oportunidades para a melhoria dos cuidados e de tomar as decisões necessárias; e

5) A ênfase na clientela e nos profissionais da organização (Shortell et al, 1995b).

situações traçadoras

Ainda que o princípio da garantia de qualidade oriente as práticas de auditoria, certificação/acreditação da qualidade, e mesmo da própria Vigilância em Saúde, existem desafios no sentido de uma maior incorporação, por provedores de cuidados de saúde, da lógica da MCQ. A complexidade desta última abordagem, entretanto, pode apontar a necessidade de métodos de controle capazes de captar o conjunto de processos de produção de cuidados de saúde, em uma organização, através de alguns elementos, ou de processos específicos. Azevedo (1993) refere-se a esses elementos ou processos específicos como situações traçadoras, situações que podem corresponder a diagnósticos, intercorrências ou procedimentos.

De modo geral, o controle de qualidade envolve a seleção aleatória de produtos, casos ou situações observados no sistema de produção de cuidados de saúde. E, assim, permite a identificação e a análise de problemas que acometem todo o sistema, a um custo factível.

Referências bibliográficas

- AZEVEDO, A.C., 1993. Indicadores da Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. *Indicadores da Qualidade e Produtividade*, 1:49-54.
- DONABEDIAN, A., 1980a. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. I).
- DONABEDIAN, A., 1980b. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II).
- DONABEDIAN, A., 1990. The Seven Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114:1115-1119.
- DRUMMOND, M.F.; O'BRIEN, B.; STODDART, G.L.; TORRANCE, G.W., 1997. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, Second Edition.
- EDDY, D.M., 1992. *Assessing Health Practices & Designing Practice Policies: The Explicit Approach*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.
- INOJOSA, R.M., 1996. Avaliação e Controle do SUS: Mudam-se as Práticas? *Cadernos FUNDAP*, 19:88-97.

- PANERAI, R.B.; MOHR, J.P., 1989. *Health Technology Assessment: Methodologies for Developing Countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- REIS, L.G.C., 1995. Introdução à Avaliação da Qualidade em Serviços de Saúde. In: *Avaliação da Qualidade do Uso da Ocitocina no Trabalho de Parto em Maternidades Públicas do Município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (Tese de Mestrado).
- SHORTELL, S.M.; LEVIN, D.Z.; O'BRIEN, J.L.; HUGHES, E.F.X., 1995a. Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full? *Hospital & Health Services Administration*, 40: 4-24.
- SHORTELL, S.M.; O'BRIEN, J.L.; CARMAN, J.M.; FOSTER, R.W.; HUGHES, E.F.X.; BOERSTLER, H.; O'CONNOR, E.J., 1995b. Assessing the impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research*, 30: 377-401.
- VUORI, H., 1991. A Qualidade da Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*.