

GESTÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE: AÇÕES E RESULTADOSAna Maria Malik^a**Resumo**

É comum dizer que ocorreu melhora nas práticas assistenciais e de gestão na área da saúde no Brasil nos últimos anos por dois motivos: promulgação do Código de Defesa do Consumidor e aumento do acesso às informações, por intermédio da *internet*. No entanto, até 2016, ainda se verifica que, independente do aprimoramento das tecnologias da assistência, de informação e da gestão em outras áreas, não é possível afirmar que os resultados assistenciais no setor saúde sejam melhores do que eram antigamente. Existe grande heterogeneidade entre os hospitais brasileiros, em função das diferentes regiões em que se localizam, entre outros fatores. Poucos serviços de saúde acompanham as inovações voltadas à qualidade e segurança do paciente ou à gestão. A legislação brasileira ainda não permite que o paciente utilize a e-saúde diretamente, conforme se preconiza em outros países e se comprova ser custo efetiva. Assim, continuam faltando recursos para a saúde e parte dos que estão disponíveis são mal utilizados; experiência do paciente não faz parte das preocupações dos dirigentes. Apesar do que afirma a teoria, o paciente não é considerado como partícipe do seu cuidado. Ainda se presta mais atenção ao atingimento de metas, em detrimento do paciente e a sustentabilidade (tanto financeira quanto ambiental) está longe de ser uma prioridade dos gestores.

Palavras-chave: Qualidade na assistência à saúde. Segurança do paciente. Gestão em saúde. Eficiência organizacional.

QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SAFETY: ACTIONS AND RESULTS

Abstract

It is usual to hear that in the last years there has been healthcare practice and management improvement in Brazil for two reasons: the Code of Consumer's Defense and

^a Doutora. Professora da Escola de Administração de Empresas de São Paulo-Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Avenida 9 de julho, número 2029. São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 01313-902. E-mail: ana.malik@fgv.br

the increase of access to information, due to the internet. Nevertheless, until 2016 it is still easy to realize that despite the improvement of technology in healthcare practice, in information systems and in several other management areas, it is not possible to claim that healthcare outcomes are better than they were several years ago. Heterogeneity is big among Brazilian hospitals, especially due to regional differences. Only a few among Brazilian healthcare services kept up with innovations related to quality and patient safety or to management. Brazilian law still does not allow the patient to use e-health directly, as it is done in other countries where it is proven to be cost effective. Thus, there are still scarce resources for health and part of those available are misused; patient experience is not one of hospital manager's top concerns. Despite theoretical evidence, the patient is still not considered as a participant of his care, healthcare is mainly designed to meet goals as in spite of patients needs and sustainability (financial and environmental) is not a managerial priority.

Keywords: Quality of health care. Patient safety. Health management. Organizational efficiency.

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: ACCIONES Y RESULTADOS

Resumen

Se suele decir que, en los últimos años, han mejorado las prácticas de asistencia médica y de gestión en el sector de la salud en Brasil por dos motivos: la promulgación del Código de Defensa del Consumidor y la facilidad del acceso a la información por medio de Internet. Sin embargo, hasta 2016 aún se constata que, independientemente del perfeccionamiento de la tecnología de asistencia, de la información y de la gestión en otros sectores, no se puede afirmar que los resultados en el sector de la salud sean mejores que antes. Existe grande heterogeneidad entre los hospitales de Brasil, debido a diferencias regionales. Pocos servicios de salud crecen junto con las innovaciones en la calidad y en la seguridad del paciente o en la gestión. La legislación brasileña aún no permite que el paciente utilice e-salud directamente, como se promueve en otros países y su rentabilidad está comprobada. Así, continúan faltando recursos para la sanidad y parte de los que están disponibles se utilizan mal. A pesar de lo que apoya la teoría, el paciente no es considerado como partícipe de su cuidado. la experiencia de los pacientes no está entre las preocupaciones de los gerentes, los procesos de atención buscan más llegar a los objetivos que a la satisfacción de los pacientes y la sostenibilidad (financiera y ambiental) no se ve como prioridad.

Palavras clave: Calidad de la atención de salud. Seguridad del paciente. Gestión en salud. Eficiencia organizacional.

INTRODUÇÃO OU O QUE SE QUER DIZER COM QUALIDADE E SEGURANÇA EM HOSPITAIS

Naturalmente, todos querem qualidade, na vida, na saúde, na educação. No entanto, trata-se de um conceito difícil de definir, porque ninguém duvida saber do que se trata. A palavra disseminou-se de tal forma por meio da mídia e da valorização dos produtos com rótulos de qualidade fornecidos pelas indústrias, que assistimos hoje à contaminação da sociedade, até quase a obsessão, pelo termo “qualidade”, permitindo, assim, que quaisquer intenções a esse respeito sejam não apenas bem-vindas, como também aguardadas. Há quem se refira a qualidade como ausência de defeitos, há quem fale em satisfazer as especificações ou ainda os desejos dos clientes. O desejo pela qualidade é intuitivo, pois não há como não querer o que existe de melhor, de maneira a viver um cotidiano livre de problemas.

Entre as frases feitas da área de qualidade e segurança, pelo menos na atividade industrial, está a preocupação com fazer certo da primeira vez. De fato, em saúde, por vezes não há como tentar uma segunda vez! Existem algumas premissas no setor, pois há regulamentos/requisitos tanto da vigilância sanitária quanto dos bombeiros e dos Conselhos de diversas profissões que, estranhamente, não são sempre seguidos. Para os leigos, ou usuários dos serviços de saúde, o mínimo que se espera é que se esteja mais seguro dentro dos serviços do que fora deles. Mais uma vez, isto não é sempre realidade.

Atribui-se ao Código de Defesa do Consumidor, a partir da Lei número 8078 de 1990, uma força de motivação para o aprimoramento de serviços de saúde, entre os quais a introdução de atividades voltadas à gestão da qualidade. No entanto, verifica-se cotidianamente que a possibilidade de melhora ainda é muito grande e que, na verdade, não se pode afirmar que uma porcentagem significativa dos hospitais brasileiros tenha aderido às teorias da melhoria contínua.

Outro fator considerado determinante na melhora da assistência à saúde dos cidadãos brasileiros é o acesso à internet. O acesso à rede, porém, não significa informação de boa qualidade de fato. O mais difícil para os diferentes usuários é discriminar o que é útil, o que é inútil e até o que está desatualizado ou errado. O paciente ter acesso aos resultados de seus exames pode ser bom, mas ele não tem competência técnica para interpretá-los sozinho, nem com o auxílio dos sites existentes. Da mesma forma, levantar listas de sintomas não ajuda a configurar um diagnóstico, confrontar os profissionais da assistência com informações coletadas *online* não facilita a introdução de uma terapêutica, então mais uma vez se está falando de instrumentos e não de resultados concretos.

Também se sabe que hospitais de pequeno porte tendem, salvo exceções, a oferecer serviços com menos qualidade que os maiores. Afinal, já se conhece a relação expressa na literatura entre volume de procedimentos realizados e resultados obtidos¹⁻². Estudos brasileiros também já comprovaram problemas de qualidade, segurança e viabilidade financeira em hospitais de pequeno porte – HPP³⁻⁴. (HPP são hospitais de até 50 leitos, sendo que eles podem ser divididos em dois grupos, de 0 a 20 e de 21 a 50).

No entanto, dos pouco mais que 6000 hospitais existentes no Brasil em 2013, cerca de 1800 tinham entre 21 e 50 leitos⁵. Tendo em vista que abaixo de 150 leitos os hospitais são considerados, no mínimo, antieconômicos, causa preocupação o fato de que mais de 80% dos hospitais brasileiros estar abaixo desse número de leitos.

A justificativa para o presente artigo é a necessidade de conhecer dados da realidade nacional de maneira a perceber quais as possíveis oportunidades de melhoria que existem nos nossos serviços de saúde, atualmente ainda bastante pouco eficientes e eficazes. O objetivo do texto é - por meio de dados colhidos em pesquisas nacionais diretamente voltadas à gestão na área da saúde, algumas delas não publicadas em periódicos, apenas em *sites* e apresentadas em Congressos, realizadas após 2005 - evidenciar o que ocorre em termos de ações voltadas a qualidade, segurança e eficiência, e de seus resultados em hospitais brasileiros.

METODOLOGIA

Foram levantadas, de forma não sistemática, referências voltadas aos temas propostos (qualidade, segurança e eficiência), em literatura acadêmica de divulgação recente e em alguns *sites* de organizações ligadas à gestão e qualidade em saúde.

QUEM SE IMPORTA COM QUALIDADE E SEGURANÇA EM HOSPITAIS NO BRASIL

Há dois tipos de evidências positivas de que hospitais estão preocupados com o tema qualidade e segurança, embora não se possa afirmar que essa preocupação represente melhores resultados. Representa, por um lado, disponibilidade de se submeter ao processo de acreditação (e recursos para pagar por ele) e, por outro, cumprimento à legislação federal, tendo implantado os núcleos de segurança do paciente, instituídos pela Portaria GM/MS nº. 529/2013 e pela RDC 36/2013.

Em relação à acreditação, pode-se dizer que esta modalidade de avaliação externa existe no Brasil desde 2000, quando o Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo, submeteu-se à *Joint Commission International* (JCI), representada à época no país

pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Logo a seguir foi instituída a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tinha representação nacional em 2015 por meio de seis organizações acreditadoras: *Det Norske Veritas* (DNV), Fundação Vanzolini, Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde (IBES), Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), Instituto de Planejamento e Pesquisa para a Acreditação de Saúde (IPASS) e Instituto Qualisa de Gestão (IQG). A JCI e a ONA representam duas entre as diversas metodologias de acreditação existentes internacionalmente. No Brasil ainda existem outras duas, o *Quality and Momentum*, da *Accreditation Canada* (Qmentum) e a *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), representadas respectivamente pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e pela DNV. No entanto, apesar dessa oferta, dos 6000 hospitais existentes no Brasil, segundo os sítios das acreditadoras, havia menos de 300 hospitais acreditados, em janeiro de 2016. Desses, 77% foram pela metodologia ONA, 12 % pela Qmentum e 9% pela JCI. A DNV, que representa a NIAHO, tinha um acordo com a ONA segundo o qual apenas depois de um hospital atingir o nível de excelência no modelo brasileiro ele poderia submeter-se a esse modelo. Este dado, obtido junto aos sítios das diferentes acreditadoras, mostrava que o interesse não era muito grande, panorama que continua. Até a data considerada, ainda havia quatro estados (Acre, Rondônia, Roraima e Tocantins) onde nenhum hospital é acreditado. São Paulo concentrava 42% dos hospitais acreditados no país; acrescido a Minas Gerais e ao Rio de Janeiro, perfazia praticamente 68% do total.

Sempre segundo dados colocados à disposição pelas organizações acreditadoras, chama a atenção que redes privadas tendam a ter proporcionalmente mais hospitais acreditados, independente da metodologia, como é o caso da Rede D´Or que, de 29 unidades em funcionamento, tinha 24 acreditadas em 2016, representando praticamente 83% do total dos serviços. Mesmo a Unimed, cujas unidades são independentes, tinha quase 20% da sua rede hospitalar acreditada.

As mesmas fontes evidenciam ainda que há hospitais públicos, por sua vez, acreditados por todas as metodologias exceto a DNV. Neste caso, no entanto, chama a atenção o fato de que entre os hospitais acreditados públicos todos – até janeiro de 2016 – sejam de administração indireta (ou seja, autarquias, administrados por OSSs e sob regime de PPP). Pode-se encontrar duas justificativas para compreender a concentração de acreditados públicos na administração indireta administrada por contratos de gestão: talvez se trate de hospitais mais novos ou, como eles têm que responder mais frequentemente a questionamentos em relação a sua qualidade ou à justificativa para o investimento de recursos públicos, acabam apresentando interesse em mostrar algum atestado de qualidade.

Quanto à implantação dos núcleos de segurança, pesquisa realizada no estado de São Paulo em 2014/2015, respondida apenas por 228 dos quase 800 hospitais (públicos e privados) existentes, mostrou que 140 deles tinham implantado seu núcleo. A justificativa para concentrar a investigação neste estado partiu da premissa de que aí haveria maior concentração dessas unidades, frente aos dados de acreditação, que mostram maior adesão dos hospitais paulistas a este modelo de avaliação externa. Mais preocupante do que não evidenciar implantação desses núcleos, apenas 225 hospitais dos respondentes tinham comissão de controle de infecção hospitalar (abaixo de 100%), obrigatória no país desde 1997, em função da Lei Federal n. 6.431. Outro ponto de alerta é o fato de que a hipótese dos pesquisadores para a identificação dos pouco mais de 30% dos respondentes é que eles devem estar entre os que se sentem mais seguros de seu desempenho⁶.

Mais uma forma pela qual se pode identificar o interesse de gestores hospitalares em relação aos temas qualidade e segurança é perguntando diretamente a eles⁷. Pesquisa desenvolvida junto a CEOs de hospitais privados ligados à ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), realizada no primeiro trimestre de 2015 com 27 respondentes dos estados de Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo mostrou que entre os desafios que eles consideravam mais importantes estavam o desenvolvimento organizacional, a remuneração recebida das operadoras de saúde e, em terceiro lugar, qualidade e segurança do paciente. Por outro lado, com relação ao que de fato estava na sua agenda, os três primeiros passavam a ser a remuneração, a solidez e os resultados financeiros e expansão e reformas de área física.

EXISTE RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE, ACREDITAÇÃO E EFICIÊNCIA?

Hospitais acreditados pertencentes a outra grande operadora, que também fazem parte daquelas que concentram uma grande quantidade de unidades submetidas à avaliação externa, foram analisados à luz do questionário utilizado pela Fundação Nacional da Qualidade, que se concentra em Excelência de Gestão. Cabe a menção de que estes, tendo em vista sua propriedade, certamente priorizam aspectos de gestão no seu funcionamento, pois a eficiência e resultados financeiros fazem parte da sua missão. Nenhum dos analisados obteve nota máxima pelo instrumento aplicado, no entanto, tiveram boas pontuações nos itens estratégia e planos, que são quesitos de avaliação pelas acreditadoras. Os pontos fracos de todos eles estavam nas relações com a comunidade e na preocupação com a sustentabilidade que, no século XXI, são critérios relevantes a considerar⁸.

Por outro lado, pesquisa anterior, realizada em 47 dos 195 hospitais privados, com e sem finalidade lucrativa, de médio porte (de 51 a 150 leitos), no estado de São Paulo,

para tentar identificar a utilização de práticas gerenciais, mostrou que os hospitais paulistas respondentes não se caracterizam por busca de eficiência⁹. Dos hospitais respondentes, a mediana do número de leitos foi de 129 e quase 60% deles eram acreditados. Atribuindo notas de um a cinco às respostas referentes à utilização de práticas corriqueiras na área de administração, como gestão de recursos humanos, *marketing*, gestão de operações, finanças e estratégia, as médias obtidas ficaram entre três e quatro, com extremos de um a cinco e desvio padrão médio de 0,87. Utilizando análise estatística simples foi possível subdividir os hospitais em três grupos, o básico (com menor utilização de práticas), contendo 30% dos hospitais; o intermediário (com nível médio de utilização), contendo 28% dos hospitais e o de excelência (que mostrava nível avançado), com 32%.

Conseguiu-se verificar, também, que a utilização de práticas gerenciais bem como a eficiência estavam claramente relacionadas ao porte: em média os hospitais com melhores notas eram os de maior porte e os de nível básico eram os menores. O indicador taxa de ocupação (que, no mínimo, mostra eficiência da utilização da capacidade instalada) era de 80,3% nos maiores, 73,6% nos intermediários e 55,9% nos menores e a porcentagem de acreditados (possivelmente uma *proxy* para qualidade) foi de 93,8% entre os maiores e de 42,9% nos menores. Neste caso, tendo em vista as proporções de hospitais brasileiros acreditados (mesmo no estado de São Paulo) pode-se dizer que este dado comprova o viés dos respondentes: responde uma pesquisa dessas quem se sente mais seguro em relação ao que está realizando.

Em 2015, pesquisa realizada num hospital pertencente a operadora de saúde (portanto idealmente interessado em eficiência¹⁰ tentou entender a dinâmica de criação de um escritório de qualidade que, num segundo momento, dedicar-se-ia à acreditação. Após quase um ano do início do processo de implantação, o hospital desistiu, aparentemente de forma apenas temporária, dessa unidade. Identificou-se, porém, gastos consideráveis com pessoal, material e treinamento durante o período de vigência do escritório. Na tentativa de compreender o como e o porquê a iniciativa tinha sido desativada, encontrou-se que um dos maiores problemas tinha sido de comunicação, mais um dos temas que a acreditação prioriza.

O PACIENTE E A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR

Pelo menos, desde 2005, preconiza-se a participação do paciente no seu cuidado¹¹⁻¹², por exemplo, delegando-lhe a atribuição de notificar eventos adversos - definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base, que afetam em média 10% das admissões hospitalares¹³.

No entanto, pesquisa realizada em hospitais acreditados no estado de São Paulo, em 2013, mostrou que 18% dos pacientes internados sabiam pouco ou nada sobre o motivo de estarem internados e 15% deles achava difícil encontrar médico ou enfermeiro a quem fazer perguntas para sanar suas dúvidas, o que evidencia que se fala pouco com o chamado sujeito do cuidado. Ressalte-se que quase dos pacientes 67% declararam ter sido mais fácil localizar enfermeiro que médico, conforme esperado, embora fosse o médico o profissional que mais frequentemente discutia com eles opções de tratamento. 48% dos pacientes afirmaram sempre controlar os medicamentos que recebiam para saber se eram os corretos, mas mais de 23% disse nunca ter verificado a adequação da medicação¹⁴. Ou seja, se é importante a participação do paciente¹⁵ seria desejável que esta informação fosse partilhada com ele e com a equipe de saúde. Mais uma vez, fala-se de hospitais acreditados, que autorizaram o contato com pacientes, ou seja, seria de se esperar que suas práticas estivessem entre as melhores do setor.

Problemas de comunicação são uma realidade organizacional conhecida. No caso de pacientes, isso se reveste de mais importância. Por exemplo, pesquisa em que foram estudadas causas de cancelamento de cirurgias em hospital, um problema que constantemente incomoda quem discute sobre eficiência e que ocorre em qualquer tipo de serviço de saúde, mostrou achados que para alguns parecem inesperados¹⁶. Embora, pelo que se discute considerando o senso comum, muitos estejam sempre prontos a colocar a culpa deste tipo de problema em médicos (sejam eles cirurgiões ou anestesistas), 46% das causas de cancelamento de cirurgias eletivas prendiam-se aos pacientes: ou eles não compareceram ou não tinham condições cirúrgicas. O não comparecimento dos pacientes (que ocorreu em quase 32% dos casos) é paradoxal como achado, porque o fato de os pacientes não estarem presentes no dia do procedimento deve-se alegadamente à busca da eficiência (evitando que leitos sejam ocupados desnecessariamente, enquanto se aguarda a realização da cirurgia). Às vezes, de fato, eles esquecem, não têm como chegar, ou até mudam de ideia quanto à realização da intervenção. Problemas relacionados aos médicos, classificados em gestão de operações entre as causas relacionadas a recursos humanos, não chegavam a 4%.

Extensa revisão de literatura realizada sobre planejamento e agendamento de centro cirúrgico¹⁷ mostra que o problema é universal. Interessante notar que, em geral, os instrumentos que os profissionais da área de saúde (mesmo aqueles ligados à gestão) e os da área de gestão (mesmo trabalhando em serviços de saúde) utilizam são diferentes. Até recentemente pode-se afirmar que na saúde os instrumentos de gestão de operações e logística, de fato, eram relativamente pouco usados (embora talvez conhecidos em ambientes específicos)¹⁸.

A TELEMEDICINA, O PACIENTE E A EFICIÊNCIA NA SAÚDE

Um instrumento que vem sendo considerado como importante adjuvante no aumento da eficiência em serviços de saúde é a telemedicina, também chamada de *e-health*. Experiências de diferentes países, principalmente o Canadá, evidenciam o ganho de tempo, a melhora da sustentabilidade, a redução da emissão de carbono, a economia de combustível e até o aumento da segurança de profissionais de saúde no atendimento quando dispõem do acesso a essa ferramenta¹⁹. Nesse país há evidências de que o custo do serviço é menor que a economia gerada, de que a qualidade do atendimento melhora e de que é possível fixar profissionais aumentando sua satisfação com o trabalho e com a possibilidade de supervisão, assumindo que há evidências de que insegurança em relação ao conhecimento é uma das causas alegada (pelo menos no Brasil) para a rotatividade de médicos ligados à Saúde da Família²⁰.

No Brasil, a telemedicina é definida como um sistema nacional para assistência e educação, envolvendo instituições de ensino/referência e serviços primários e secundários. Comprovadamente, ela é uma ferramenta eficiente para o aumento do acesso (pois permite que profissionais e pacientes não se desloquem, que a assistência seja prestada de forma mais oportuna). Garante economia e redução de riscos para o sistema, para profissionais e para pacientes reduzindo a necessidade de deslocamentos.

No entanto, por mais que a bibliografia contemporânea mostre prioridade para a chamada experiência do paciente²¹, inclusive como forma de aumentar a eficiência das organizações, órgãos reguladores da atividade médica não aceitam que os pacientes acessem diretamente o profissional. Naturalmente, não há como impedir ou controlar a utilização de *skype*, *e-mail*, *WhatsApp* e outros instrumentos e aplicativos da *internet*, mas se a ideia for melhorar a eficiência seria interessante considerar o que ocorre na realidade. No limite, é o mesmo que lutar contra a automedicação²²: por mais que esta não seja a forma preconizada para lidar com os mal-estares cotidianos, pode ser uma maneira aceitável de minorar os problemas de superlotação e espera dos serviços e sistemas de saúde.

Os pacientes não vão conformar-se àquilo que os profissionais da saúde, ligados à assistência ou à gestão, determinarem, como ocorre desde sempre. Livro recente, *bestseller* nos Estados Unidos²³, endossa uma das teses polêmicas de que um dos decisores mais competentes em relação a sua própria saúde é o cidadão, pois ele sabe o que sente, o que quer, o que pretende ou não fazer e de que forma comportar-se. Portanto, assumir que ele obedecerá às premissas que os reguladores ou gestores dos serviços desenharão para aumentar a eficiência é otimismo descabido. A comunicação com os cidadãos e o desenvolvimento de uma cultura de

saúde fazem parte das ações que necessitam ser iniciadas de maneira a melhorar os resultados da saúde e da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independente do que esteja por trás da gestão dos serviços de saúde, faz cada vez mais parte do vocabulário da área o conceito de valor. Este relaciona-se não apenas com os processos de assistência, gestão (e conseqüentemente com qualidade e segurança) e com os sempre comentados custos crescentes, mas traz consigo a noção de resultados obtidos com os recursos despendidos. A definição de resultados, no entanto, no século XXI, deixa de ser simples, linear ou dependente de apenas um avaliador. Não se está mais falando, simplesmente, em conceitos técnicos ou econômico financeiros. Levar em conta as necessidades, desejos e preferências dos cidadãos, saudáveis e doentes, pacientes, familiares ou empregadores passa a ser uma necessidade.

REFERÊNCIAS

1. Auerbach AD, Maselli J, Carter J, Pekow PS, Lindenauer P. The relationship between case volume, care quality, and outcomes of complex cancer surgery. *J Am Coll Surg*. 2010; 211(5):601-8.
2. Lee JA, Park JH, Lee EJ, Kim SY, Kim Y, Lee SI. High-quality, low-cost gastrectomy care at high-volume hospitals: results from a population-based study in South Korea. *Arch Surg*. 2011;146(8):930-6.
3. Correa LRC. Os hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde Brasileiro e a segurança do paciente [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas-Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2009.
4. Ugá MAD, López EM. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(4):915-28.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar: nota técnica [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado 2015 dez 4]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf>
6. Malik AM, Schiesari L, Zanardo ML, Graf RR. Patient safety in São Paulo state hospitals: preliminary findings. In: 32th IsQua Conference, Doha, Qatar, 2015.
7. O que está na agenda dos hospitais?. *Melhores Práticas*. 2015; 15:36-41.

8. Alves K, Malik AM. A sustentabilidade em hospitais acreditados. In: Anais 1º fórum latino americano de qualidade e segurança na saúde: em busca da sustentabilidade. HIAE-IHI: São Paulo;2015.
9. Brito LA, Malik AM, Brito EPZ, Bulgacov S, Andreassi T. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. In: Fundação Getúlio Vargas. Anuário de Pesquisa [Internet]. São Paulo: CVpesquisa; 2013 [citado 2015 dez 4]. p.70-1. Disponível em: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/anuarios/anuario_2014cr_01.pdf.
10. Graf RR. A implementação de escritório da qualidade em hospital de pequeno porte [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas-Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2016.
11. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors. *Med Car Res Rev*. 2005;62:601-16.
12. Weingart SN, Pagovich O, SandsDZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patient tell us about adverse events: Learning from patient-report incidents. *J Gen Intern Med*. 2005;20:830-36.
13. Gallotti RMD. Eventos adversos: o que são? *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(2):114.
14. Clinco SD. Participação do usuário no seu cuidado: realidade ou ficção? [tese]. [São Paulo]: Fundação Getúlio Vargas-Escola de Administração de Empresas de São Paulo;2013.
15. Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G, et al. Eventi avversi e conseguente prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani. *Epidemiol Prev*. 2012;36(3-4):151-61. Italiano.
16. Justa MGE, Malik AM. Perspectivas diferentes: ferramentas diferentes. In: XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais. SIMPOI; 2013 ago 28-30; São Paulo, Brasil.
17. Cardoen B, Demeulemeester E, Beliën J. Operating room planning and scheduling: a literature review. *Eur J Oper Res*. 2010;201:921-32.
18. D'Andreamatteo A, Ianni L, Lega F, Sargiacomo M. Lean in healthcare: a comprehensive review. *Health Policy Plan*. 2015 set;119(9):1197-209.
19. Malik AM, Viana FM. Telesaude, eficiência e sustentabilidade. *Harvard Bus Rev*. 2015;8:54-8.
20. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Publica*. 2008;42(2):347-68.

21. Merlino JI, Raman A. Health Care's Service Fanatics. *Harv. Bus Rev.* 2013 May;91(5):108-16.
22. Editorial. Automedicação. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(4):269-70.
23. Topol E. *The patient will see you now: the future of medicine is in your hands.* New York: Basic Books, 2015.

Recebido: 16.2.2016. Aprovado: 22.3.2016. Publicado: 14.9.2017.