



artigo original

A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente

Corporate responsibility of health care organizations managers and patient safety

Antonio Quinto Neto¹

RESUMO

A segurança do paciente é, na atualidade, uma questão de grande interesse para os gestores públicos e privados, para os operadores de planos de saúde, médicos, enfermeiros, demais profissionais de saúde, clientes/pacientes e público em geral. A maioria dos gestores de organizações de saúde se sente insegura em assumir explicitamente a responsabilidade pela segurança e qualidade assistencial. Este artigo discorre a atual relevância da segurança do paciente para os gestores e o papel fundamental que podem desempenhar no sentido de tornarem as instituições de saúde mais seguras e menos arriscadas.

ABSTRACT

Patient safety is, in reality, an issue of great interest to public and private administrators, operators of health insurance, doctors, nurses, other health professionals, clients/patients and the general public. Most of health care organizations managers feel unsafe to assume explicit responsibility for the safety and quality care. This article discusses the current relevance of the patient safety for managers and the key role they can play in making the health facilities safer and less risky.

Palavras-chave

Administração hospitalar.
Gerenciamento de riscos.
Efeitos adversos.
Gestão da qualidade.

Keywords

*Hospital administration.
Safety management.
Adverse effects.
Quality management.*

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 22/12/2008.
Data da aprovação: 12/1/2009.

Como a segurança da assistência aos pacientes nas organizações de saúde parece tão óbvia, tem-se a falsa impressão que se trata de um assunto banal. Entretanto, quando são noticiados os incidentes médico-assistenciais – cirurgia em parte errada do corpo, cirurgia em paciente errado, pro-

cedimento errado, superdosagem de medicação, queda, aquisição de uma doença infecciosa durante uma internação hospitalar (ex.: hepatite, AIDS), transfusão sanguínea incompatível, etc., a primeira reação, como regra, é de espanto e perplexidade. Habitualmente despontam dois posicionamen-

tos extremos: pacientes e familiares inclinados ao litígio, em contraposição aos profissionais de saúde e gestores que procuram caracterizar esses eventos como uma fatalidade inerente à prática assistencial. De fato, essa explicação dos profissionais de saúde e gestores se justificava convincente-

1. Médico Psiquiatra, Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialista em avaliação de organizações e sistemas de saúde; Diretor Superintendente do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre.

Endereço eletrônico: quintoneto@terra.com.br

mente quando prevalecia a medicina intuitiva⁽¹⁾ – tratamento de enfermidades que só podem ser diagnosticadas por seus sintomas e tratadas com terapias de eficácia incerta –, onde os médicos se constituíam nos personagens exclusivos do êxito e do fracasso. No entanto, à medida que se ampliou o espaço para a prática da medicina de precisão⁽¹⁾ – tratamento de doenças que podem ser diagnosticadas de maneira precisa, cujas causas são conhecidas e que, por conseguinte, podem ser tratadas com terapias baseadas em regras previsivelmente eficazes –, o argumento do “risco inerente” perdeu a força da racionalidade técnica que encerrava, e se tornou um mecanismo de autoproteção dos médicos e gestores.

Nas últimas duas décadas, passou-se a reconhecer que as organizações de saúde não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também causam dano e sofrimento⁽²⁾. A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações, e tal característica eleva a chance de algo sair errado. Consequentemente, cada vez mais a assistência médico-hospitalar necessita da aplicação do conhecimento gerencial para reduzir falhas e incidentes oriundos das descontinuidades existentes nos variados processos de cuidado do paciente.

A pesquisa disponível sobre a associação de falhas e incidentes com o gerenciamento da assistência assinala que um em cada 10 pacientes admitidos em hospitais de países desenvolvidos são não intencionalmente vítimas de um erro⁽³⁾, e cerca de 50% desses eventos poderiam ser evitados se os profissionais tivessem extraído lições de acontecimentos anteriores.

Também se identificou que os eventos adversos causados por medicamentos, um dos tipos mais comuns em hospitais, contribuem com cerca de 1/3 das falhas⁽⁴⁾. A Organização Mundial da Saúde, atenta ao tema das falhas e incidentes na assistência à saúde, classificou a questão como um problema de saúde pública, lançou uma campanha denominada “Aliança Mundial pela Segurança do Paciente” e vem promovendo a disseminação de conhecimentos sobre o assunto⁽⁵⁾.

Uma indagação subjacente aos incidentes relacionados à gestão da prática assistencial é a seguinte: quem são os responsáveis por eles? A lembrança imediata recai nos médicos. Contudo a moderna jurisprudência sustenta a tese de que as organizações de saúde, pelo princípio da solidariedade, são tão responsáveis quanto os profissionais que nela trabalham, sejam eles contratados ou não, o que ressalta a responsabilidade das instituições hospitalares em face dos pacientes, internados ou não⁽⁶⁾. Na atualidade, portanto, a função corporativa inclui necessariamente a segurança do paciente e, por extensão, a qualidade assistencial⁽⁷⁾.

O presente artigo expõe as dificuldades que os gestores se deparam para assumirem responsabilidades pela segurança do paciente e a qualidade assistencial, bem como as idéias que fundamentam essas obrigações como uma atribuição da alta direção.

A SEPARAÇÃO PROBLEMÁTICA ENTRE NEGÓCIO E CUIDADO DO PACIENTE

Ao se examinar as organizações de saúde a partir de uma visão administrativa, nota-se que são formadas por duas partes indissociáveis, como a cara e coroa de uma moeda. De um lado, a

gestão do negócio; do outro, a gestão da assistência. Pelas peculiaridades desse macrossistema, os gestores necessitam de uma habilidade excepcional para harmonizar interesses e vontades entre os que atuam em cada uma dessas partes, as quais inexoravelmente precisam operar de forma simultânea e interativa⁽⁸⁾, para alcançar os melhores resultados.

A visão tradicional de governança hospitalar propõe que os gestores se ocupem apenas – ou primariamente – da saúde financeira e da reputação das organizações de saúde que administram⁽⁹⁾. Nesse modelo de interpretação administrativa se destaca a clássica dicotomia: os gestores se dedicam aos aspectos econômico-financeiros, enquanto os médicos, e secundariamente os enfermeiros, cuidam da segurança do paciente e da qualidade assistencial. Essa concepção fazia sentido quando as ferramentas da medicina se resumiam, praticamente, à inteligência dos médicos, à empatia dos enfermeiros e a uns poucos procedimentos cirúrgicos (medicina intuitiva e empírica), onde os riscos oriundos da falta de coordenação das ações assistenciais e da ausência de sistemas de segurança eram pequenos – até desprezíveis⁽¹⁰⁾.

Na moderna visão de governança hospitalar, os gestores das organizações prestadoras de serviços de saúde lidam com um sistema organizacional interdependente, cada vez mais complexo, formado por quatro partes⁽¹⁾: a) proposição de valor (produtos e serviços assistenciais); b) recursos (pessoas, tecnologia, produtos, instalações, equipamentos); c) processos (formas habituais de trabalho); d) fórmula de lucro (ativos e estrutura de custos, margens, escala e velocidade necessários para cobri-los). Assim, tem-se

que a ocorrência de defeitos em um desses elementos influencia a segurança do paciente e a qualidade assistencial. Por exemplo, a experiência obtida no cotidiano das atividades médico-assistenciais revela que se eleva a chance de um incidente de segurança do paciente quando os serviços de saúde são ofertados através de componentes estruturais inapropriados (pessoas, materiais, medicamentos, instalações, equipamentos) e por processos precariamente desenhados.

A maneira dicotômica de perceber o funcionamento das organizações de saúde tem fomentado a propensão deformada de se acreditar que a assistência é superior à administração, quando na verdade são sistemas interdependentes e indissociáveis. A complexidade assistencial evidencia que o posicionamento dualista necessita ser superado, uma vez que se constitui em fator de risco para os pacientes, profissionais e organizações de saúde.

O LENTO DESPERTAR PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Embora aparentemente paradoxal, o avanço da medicina se acompanhou de um aumento dos riscos na assistência médico-hospitalar. Essa questão, entretanto, tardou para despertar o interesse dos médicos e gestores. Conforme Wachter⁽¹⁰⁾, quatro motivos contribuíram para a lentidão em compreender o aumento dos riscos assistenciais: a) o modelo mental obsoleto para entender as falhas e incidentes médico-assistenciais; b) a desatenção coletiva pela segurança do paciente; c) uma forma de remuneração das fontes pagadoras que não leva em conta a segurança do paciente e a qualidade assistencial; d) uma estrutura organizacional fragmentada.

a) Modelo mental obsoleto para o entendimento das falhas e incidentes médico-assistenciais

Antes da publicação do relatório “Errar é humano...”⁽¹¹⁾, preponderava a concepção de que falhas e incidentes médico-assistenciais decorriam basicamente da ação de um ou mais profissionais (quase exclusivamente médicos) que, por princípio, deveriam ser identificados e punidos. A suposição era de que o castigo reduziria a incidência desses fenômenos. Essa mentalidade, fortalecida tanto nos cursos de medicina quanto nos de enfermagem, e apoiada por um sistema judiciário de responsabilização pelo erro, tem-se mostrado de efeito limitado à medida que aumenta a complexidade das ações médico-assistenciais. Além disso, percebeu-se que incentiva o encobrimento desses eventos dolorosos. A cultura da responsabilização individual, portanto, demarcou um contexto que compreende os relatos de incidentes assistenciais como uma atribuição das “maçãs podres” – os péssimos profissionais –, não apenas pela mídia, mas pelos pacientes e os próprios médicos⁽¹²⁾. Embora esse método seja gerencial e legalmente conveniente, tem pouco ou nenhum valor corretivo, além do que isola o profissional errante da situação em que os atos não seguros aconteceram⁽¹²⁾.

O relatório “Errar é humano...” trouxe uma nova forma de interpretação para os eventos assistenciais que prejudicam os pacientes. Destacou que a maioria das falhas e incidentes derivava de processos e sistemas defeituosos, e não de ações específicas dos indivíduos⁽¹¹⁾, como habitualmente se julga. Também propôs que a maneira mais plausível de se reduzir falhas e incidentes assistenciais seria efetuar modificações nos sistemas e pro-

cessos. Naturalmente que os profissionais negligentes, imprudentes ou imperitos não desapareceram, mas a evidência dos fatos ensina que os incidentes não são devidos exclusivamente a eles⁽¹³⁾.

b) Desatenção coletiva para a segurança do paciente

Quando se considera o aspecto *segurança* nas organizações de saúde, e se tenta efetuar uma comparação com outros segmentos, como a aviação, as usinas nucleares e os poços petrolíferos, frequentemente se destaca a idéia de que são “diferentes”. Esse posicionamento promove o desinteresse em não aprender com as organizações de alta confiabilidade, as quais possuem experiência e ferramentas que podem ser adaptadas ao ambiente assistencial, ou suscitar idéias sobre como reduzir a chance de incidentes de segurança do paciente⁽¹⁴⁾. De fato, as organizações de saúde possuem especificidades, porém esse argumento não pode ser utilizado como uma impossibilidade de aprendizado com organizações de outros setores que são exemplares em segurança.

c) Forma de remuneração das fontes pagadoras que não leva em conta a segurança do paciente e a qualidade assistencial

Hospitais e médicos são remunerados pelas fontes pagadoras sem que se leve em conta a segurança da assistência prestada⁽¹⁵⁾. A forma de remuneração não gera incentivo para investir em segurança do paciente e qualidade assistencial. Assim, em muitas situações ocorre o oposto, ou seja, os incidentes levam a maiores receitas através de mais exames, mais dias de internação e mais procedimentos.

Via de regra as operadoras de saúde restringem suas escolhas aos prestadores de serviços que oferecem maiores descontos, e não aos que demonstram melhores resultados⁽¹⁶⁾. Eis uma das possíveis áreas em que as fontes pagadoras podem contribuir no sentido de elevar o grau de segurança do paciente e qualidade assistencial. Embora não haja comprovação indiscutível de que uma política de segurança do paciente e da melhoria da qualidade assistencial contribuam para a redução de gastos, há uma suposição plausível de que isso possivelmente ocorra⁽¹⁶⁾.

d) Estrutura organizacional fragmentada

Como regra, a estrutura organizacional separa os médicos do resto do hospital e origina linhas de divergência que impedem a integração de ações que poderiam fortalecer a segurança do paciente e a qualidade assistencial⁽¹⁷⁾. Isso resulta em serviços desarticulados, falhas de comunicação, coordenação aleatória das ações assistenciais, além dos médicos raramente se reunirem para discutir os cuidados prestados. Pelo menos parte dessa peculiaridade da assistência à saúde se relaciona com a questão da autonomia dos médicos, a qual necessita ser revisada para que não se constitua um obstáculo ao aumento da segurança do paciente.

À época em que os médicos eram auto-suficientes, a capacidade de causar dano pela dicotomia organizacional era relativamente pequena. O avanço da medicina, no entanto, levou a uma indispensável cooperação entre médicos e gestores, o que pressupõe uma estrutura organizacional unificada⁽¹⁷⁾. Os médicos que entendem a prática da autonomia não como um direi-

to soberano e isolado de fazer o que a consciência manda, mas como uma atitude que leva em conta o contexto no qual ocorrem as ações médico-assistenciais e os benefícios aos pacientes, aumentam a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Atualmente, os processos judiciais acionados por pacientes, que se sentem prejudicados pela assistência recebida, são julgados pelos juizes na base da responsabilização dos médicos e das instituições nas quais atuam. O argumento se baseia no pressuposto de que estas últimas são partícipes dos atos médico-assistenciais pelo princípio da solidariedade⁽⁶⁾. Assim, tem-se uma ação originada no poder judiciário que sinaliza a necessidade de integração entre médicos e organizações de saúde quanto à responsabilidade dos cuidados prestados aos pacientes, e manifesta a seguinte presunção: não há atividade médico-assistencial complexa sem a responsabilidade do hospital e vice-versa. Esse aspecto tem implicações práticas para os gestores que precisam identificar e dispor de mecanismos que protejam os pacientes, os médicos e suas instituições de fenômenos que possam colocar em perigo assistencial os pacientes atendidos.

CONCEITO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Existem vários conceitos sobre segurança do paciente, até porque se trata de uma ciência nova no âmbito da assistência à saúde. Para efeito de exposição do tema neste artigo, utiliza-se o conceito do dicionário canadense de segurança do paciente⁽¹⁸⁾:

Segurança do paciente é a redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim

como a utilização das melhores práticas que conduzem a resultados ótimos para o paciente.

Esse conceito se revela útil, principalmente pelo caráter prático: reduzir situações indesejáveis decorrentes da assistência ao paciente e, no caso da ocorrência, dispor de medidas que limitem o dano e restrinjam a chance de repetição do fenômeno. A segurança do paciente, portanto, alude à extensão em que um serviço de saúde pode minimizar um dano inadvertido e evitar riscos potenciais para o paciente.

O quadro 1 relaciona alguns dos eventos de segurança do paciente que são, na sua maioria, de conhecimento público, e que até a pouco se considerava de estrita responsabilidade dos médicos e, secundariamente, dos enfermeiros.

Os gestores podem selecionar, de acordo com o perfil de suas organizações de saúde, os eventos de segurança do paciente que considerarem mais oportunos, monitorá-los periodicamente, examinar as causas e desenvolver estratégias que reduzam os mesmos ao longo de um determinado período.

Cabe destacar que toda organização de saúde, por mais bem estruturada que seja, exibirá incidentes médico-assistenciais, porém a diferença residirá na frequência e forma de abordá-los. A tese é de que as organizações de saúde bem estruturadas são capazes de aprender com as falhas e incidentes assistenciais, resultando na prestação de serviços cada vez mais seguros.

ACREDITAÇÃO E REGULAÇÃO

Tem-se como truísmo que os fatores organizacionais afetam a seguran-

QUADRO 1

Lista de alguns eventos de segurança do paciente que são de conhecimento público

- Cirurgia em parte errada do corpo (ex.: deveria ser amputada a perna direita e foi amputada a perna esquerda)
- Cirurgia em paciente errado (ex.: troca de paciente)
- Cirurgia errada (ex.: troca de paciente)
- Erro de medicação (ex.: falha derivada de diversas fontes)
- Queda de paciente (ex.: queda do leito, queda ao caminhar na área assistencial, queda de cadeira de rodas, queda no banheiro)
- Esquecimento de corpo estranho no interior do paciente (ex.: compressa, pinça, afastador)
- Queimadura pela utilização de equipamento
- Infecção hospitalar
- Complicações operatórias e pós-operatórias
- Demora do diagnóstico (seguido de doença grave que poderia ter sido identificada com maior antecedência)
- Demora do tratamento seguido de óbito
- Troca de paciente devido inadequado registro do nome (ex.: consulta, exame, cirurgia)
- Colocação do paciente em local assistencial errado
- Erro de dieta que coloca em risco a vida do paciente
- Infusão de dieta líquida em sonda não enteral
- Transfusão de sangue incompatível

ça do paciente, porém ainda não se desfruta da mesma clareza sobre o que é mais relevante. Dois mecanismos adquirem importância como catalisadores da segurança do paciente na atualidade: a acreditação e a regulação pública⁽¹⁹⁾. Ambos se dirigem primordialmente à forma como os cuidados devem ser prestados aos pacientes nas organizações de saúde. A acreditação, como uma avaliação externa baseada em padrões previamente estabelecidos⁽²⁰⁾ e tem caráter voluntário, enquanto a regulação, um instrumento de exigência governamental com força compulsória⁽²¹⁾.

Presume-se que as organizações de saúde com certificado de acreditação sejam mais seguras, ou que pelo menos se encontram mais preparadas para identificar, com maior presteza,

falhas e incidentes e, deste modo, abordarem estes eventos de forma produtiva.

RESPONSABILIDADE DOS GESTORES SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

Até recentemente, os gestores focalizavam suas responsabilidades predominantemente sobre as questões econômicas, em detrimento da qualidade e segurança, por duas razões⁽¹⁷⁾: a) os executivos tinham poucos incentivos para se importarem com a segurança do paciente e a qualidade assistencial; b) a maioria dos executivos hospitalares acreditava que não podia lidar com questões de qualidade por não serem médicos e possuíam primariamente experiência em negócio ou finanças. Na atualidade, contudo, há

gestores hospitalares médicos que obtiveram preparo técnico em gestão. O fato mais relevante é que a prática institucional demonstra, por exemplo, que não há necessidade do gestor saber qual o medicamento utilizado no enfarte do miocárdio (até porque essa é uma função básica do médico); o que ele necessita dominar são os elementos que, gerencialmente, interferem, para o bem ou para o mal, na assistência de urgência de um paciente cardíaco.

Os hospitais que alcançam a certificação denominada acreditação apresentam, como regra, uma cultura de colaboração entre os que atuam nos diversos serviços, setores e unidades⁽²²⁾. Observa-se nessas instituições um clima em que os médicos reconhecem que a assistência é melhor e mais segura quando eles cumprem procedimentos-padrão, ao invés de levar o hospital aos procedimentos customizados, os quais são reconhecidamente ineficientes e propensos às falhas e incidentes⁽¹⁷⁾. A interdependência, ao invés de ser uma moda como alguns alegam, representa uma necessidade para que a assistência seja mais segura, com mais satisfação para os pacientes e ao menor custo possível⁽¹⁷⁾.

Talvez o componente mais visível do compromisso dos gestores com a segurança do paciente se relacione com a tendência das operadoras negarem o pagamento para as condições adquiridas no hospital associadas ao tratamento⁽²³⁾. Tal fenômeno já ocorre nos EUA e a primeira lista de condições adquiridas no hospital inclui os seguintes eventos adversos: eventos cirúrgicos (infecções e retenção de corpo estranho), escaras, embolia aérea, incompatibilidade sanguínea, infecções associadas a cateteres, injúrias hospitalares, trombose de veia profunda e

controle deficiente de glicemia⁽²³⁾. Não será surpreendente que em breve as operadoras de saúde adicionem à “lista de condições não pagáveis” outros eventos adversos.

DESAFIOS PARA OS GESTORES

Os gestores das organizações de saúde enfrentam enormes desafios para conduzir políticas de segurança do paciente e qualidade assistencial. Embora a disposição natural dos gestores seja a de assumirem uma atitude reativa diante de eventos indesejáveis decorrentes de falhas assistenciais, acredita-se que alguns passos possam ser dados proativamente para preveni-los⁽²⁴⁾: melhorar o acesso à informação, padronizar e simplificar processos e proporcionar treinamento periódico aos colaboradores.

Além dos aspectos já referidos, eis alguns pontos que devem ser considerados e abordados de forma consistente pelos gestores, a fim de concretizar um plano de segurança e qualidade assistencial.

- Selecionar alguns indicadores de segurança do paciente e qualidade assistencial

Os gestores devem identificar em torno de 10 a 12 indicadores⁽¹⁷⁾. Isso permitirá concentrar esforços e aprender mais rapidamente sobre questões de segurança e qualidade assistencial. Como regra, os indicadores devem cobrir uma ampla base com vários níveis da segurança e a qualidade. Por exemplo, as organizações, como ponto de partida, podem dividir os indicadores em três categorias: a) medidas de qualidade amplamente conhecidas do público em geral (taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar), b) medidas relacionadas com a segurança do paciente (vide quadro 1), c) me-

didadas de experiência dos pacientes (grau de satisfação dos pacientes).

- Comprometer pacientes e familiares

Algumas organizações começam a abordar pacientes e familiares, de diversas formas, quando ocorre um incidente médico-assistencial. Por exemplo, convidar pacientes que foram acometidos por um incidente assistencial, bem como seus familiares, para participarem de uma reunião com os gestores a fim de que narrem o que viveriam⁽²⁵⁾. Consiste em uma medida de difícil aplicação na cultura nacional, a qual exige grande preparo dos gestores em lidar com situações de conflito. O relatório “Errar é humano...”⁽¹¹⁾ preconiza que os pacientes sejam considerados como membros da equipe de saúde e, conseqüentemente, devem ser envolvidos no processo assistencial. O termo de consentimento informado e esclarecido adquire um papel essencial nesse contexto.

- Atrair os médicos para a qualidade e segurança

Algumas organizações têm criado ambientes não punitivos que acolhem o relato de incidentes⁽¹⁵⁾. Outros constroem uma estrutura de captação de relatos de incidentes que analisa e devolve a interpretação dos achados aos profissionais envolvidos nos mesmos, cujo propósito é promover a correção das falhas identificadas que conduziram ao evento assistencial indesejável. Também se constitui em uma medida de difícil aplicação, uma vez que os médicos se sentem frequentemente ameaçados com a possibilidade de que as informações relatadas sejam utilizadas contra eles. Há necessidade, portanto, de um ambiente em que predomine uma cultura acolhedo-

ra da segurança e qualidade dentro das organizações de saúde, além de modificações legais que protejam os profissionais que comunicuem os incidentes.

CONCLUSÕES

Constitui-se um princípio fundamental dos gestores que as organizações de saúde sejam seguras para os clientes/pacientes, visitantes, médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, bem como para o meio ambiente. Essa função exige que os gestores priorizem a melhoria contínua e atuem como catalisadores de interesses divergentes, os quais costumeiramente elevam o risco de problemas de segurança dos pacientes e diminuem a qualidade assistencial. Ou seja, as organizações de saúde com muitos conflitos apresentam uma maior chance de incidentes e uma menor qualidade assistencial.

Há, no cenário nacional, uma lenta e progressiva tendência dos gestores hospitalares – principalmente das organizações portadoras de certificado de acreditação – de assumirem, corporativamente, a responsabilidade pela segurança do paciente e qualidade assistencial. A segurança implica limites na estrutura e nos processos, isto é, ela depende do sistema como um todo. Assim, os gestores devem reconhecer que uma organização prestadora de serviços de saúde se constitui em um conjunto de seguranças, assistenciais e administrativas, que se fortalecem mutuamente, com o propósito de transmitir uma imagem de confiabilidade para os clientes/pacientes, profissionais de saúde e o público em geral. E é disso que depende, em grande parte, o prestígio institucional angariado pelos serviços prestados ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2009.
2. Jha A (ed). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. WHO, 2008.
3. Obe C, Philip P. Safety first: a report for patients, clinicians and healthcare managers. National Patient Safety, 15 Dec 2006.
4. Leape L, Kabacoff AI, Gandhi TK, Carver P, Nolan TW, Berwick DM. Reducing adverse drug events: lessons from a breakthrough series collaborative. *Jt Comm J Qual Improv.* 2000;26(6):321-31.
5. Who. Patient safety. <http://www.who.int/patient-safety/en/>, verificado em 05/jan/2009.
6. Cintra LP. Da responsabilidade civil dos estabelecimentos de saúde. Agosto/2001. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id = 2458>, 12/jan/2009.
7. Callender NA, Hastings DA, Hemsley MC, Morris L, Penegrine MW. Corporate responsibility and health care quality: a resource for health care boards of directors. The Office of Inspector of the U.S. Department of Health and Human Services and The American Health Lawyers Association, 2005.
8. Quinto Neto A. Processo de negócio versus processo de atendimento ao cliente/paciente. *Rev Gestão em Saúde.* 2004;1(1):9-11.
9. Protecting 5 million lives from harm. Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" – How to Guide. www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign, verificado em 06/jan/2009.
10. Wachter RM. The end of the beginning: patient safety five years after "to err is human". *Health Affairs*, 30 november 2004:534-45.
11. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. A report of the Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 1999.
12. Reason, J. Organization determinants and latent failures. In: Jha A (ed). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. WHO, 2008.
13. Leape L. Error in medicine. *JAMA.* 1999;272(3): 1851-7.
14. Dunn SS, Krause TR. Leading to Better Patient Safety, Part 1. May 29, 2007 in HHN Magazine online site, verificado em 12/jan/2009.
15. Leatherman S. The business case for quality: case studies an analysis. *Health Affairs.* 2003;22(2): 17-30.
16. Porter M, Teisberg E. Repensando a saúde: estratégia para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2007.
17. Wachter RM. Physician-hospital alignment: the elusive ingredient. *The Commonwealth Fund*, July 12, 2004.
18. The Canadian patient safety dictionary. Canada, October, 2003. http://rcpsc.medical.org/publications/Patient_Safety_Dictionary_e.pdf, verificado em 12/dez/2008.
19. Kachalia A. Structural accountability: use of accreditation and regulation to ensure patient safety. In: Jha A. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. WHO, 2008.
20. Quinto Neto A. Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
21. Conass. Política nacional de regulação. Brasília: Conass, Nota Técnica, 26/maio/2006.
22. Kluck M, Prompt C. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: Quinto Neto A, Bittar O. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Dacasa, 2004.
23. Nadzam D. Patient safety challenges for 2009. Practice Leader, Patient Safety Services, 2008.
24. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Getting the board on board: what your board needs to know about quality and patient safety. Joint Commission Resources, 2007.
25. Conway J. Getting boards on board: engaging governing boards in quality and safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(4):214-20.



Exija qualidade na saúde