

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR E DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Helena Barreto dos Santos^a

Resumo

O presente artigo faz uma breve revisão narrativa do papel dos indicadores na gestão da qualidade e da segurança em instituições de saúde, apresentando as categorias de indicadores propostas por Donabedian. Ressaltam-se as diferenças que distinguem indicadores de qualidade e segurança daqueles usados em pesquisas ou auditorias: apesar de terem os mesmos requisitos de validade, repetibilidade, confiabilidade e adequação das medidas que estes, há um aprendizado obtido durante a mensuração da qualidade e segurança dos processos assistenciais e a hipótese a ser testada pode mudar no decorrer do projeto, para permitir que a intervenção de fato funcione em dado contexto. Entre as possíveis seleções de indicadores, existem aqueles já estabelecidos por agências reguladoras, agências governamentais ou agências de acreditação, que permitem a comparação entre organizações ou o estabelecimento de indicadores próprios. Por fim, é revisado o uso da avaliação de satisfação com a assistência pelos usuários para construir indicadores de avaliação da qualidade e segurança, e suas limitações. Como conclusão, pode-se dizer que avaliação do desempenho do cuidado hospitalar por meio de indicadores não é a única ferramenta para gestão da qualidade, mas é indispensável para a melhoria da qualidade assistencial. Quanto às medidas obtidas mediante experiência do paciente com o cuidado prestado, estas não são uniformemente aceitas na avaliação da qualidade assistencial, mas há algumas evidências publicadas que demonstram correlação positiva entre resultados avaliados pelo paciente e aqueles medidos por outros indicadores. Considerando que o cuidado centrado no paciente é uma dimensão da qualidade assistencial, não se pode dispensar sua participação na avaliação da qualidade.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Satisfação do paciente. Melhoria da qualidade.

^a Médica. Doutora em epidemiologia. Coordenadora do Programa de Qualidade e Informação em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Ramiro Barcelos, 2350. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 90035-903
E-mail: hbsantos@hcpa.edu.br

Abstract

The article presents a narrative review to the role of measurement with indicators to quality and safety management in healthcare institutions, according to Donabedian's categories. The differences that distinguish quality and safety indicators from those used in surveys or audits are highlighted: although they have the same requirements of validity, repeatability, reliability and adequacy of the measurements, there is a learning process during the measurement of the quality and safety, and the hypothesis to be tested may change in the course of the project, to allow the intervention to work in a given context. Among the possible selections of indicators, there are those already established by regulatory agencies, government agencies or accreditation agencies, which allow the comparison between organizations or the establishment of own indicators. Finally, the use of satisfaction with care surveys with patients to build quality and safety measurements is also reviewed, as well their limitations. As a conclusion, it can be said that evaluation of the performance of hospital care through indicators is not the only a tool for quality management, but it is invaluable to improve the quality of care. As for the measures obtained through the patient's experience with the care provided, these are not uniformly accepted in the assessment of the quality of care, but there is published evidence that shows a positive correlation between the results evaluated by the patient and those measured by other indicators. Considering that patient-centered care is a dimension of care quality, it is not possible to dismiss its participation in the quality assessment.

Keywords: Health care quality indicators. Patient satisfaction. Quality improvement.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE INDICADORES DE HOSPITALES Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Resumen

Este artículo es una breve revisión narrativa de la función de los indicadores en la gestión de calidad y seguridad en las instituciones de salud, presentando las categorías propuestas por Donabedian. Destacamos las diferencias que distinguen a los indicadores de calidad y seguridad de los utilizados en la investigación o auditorías: a pesar de tener los mismos requisitos de validez, repetibilidad, fiabilidad y adecuación de las medidas que estos, hay un conocimiento adquirido durante la medición de la calidad y seguridad de los procesos

asistenciales y la hipótesis en prueba puede cambiar en el transcurso del proyecto, para permitir que la intervención funcione de hecho en el contexto dado. Para la selección de posibles indicadores, existen aquellos establecidos por las agencias reguladoras, los gobiernos o las agencias de acreditación, que permiten la comparación entre organizaciones o establecer sus propios indicadores. Por último, hemos revisado el uso de la evaluación de satisfacción con encuestas a usuarios, para construir indicadores de evaluación de la calidad y de la seguridad, y sus limitaciones. En conclusión, se puede decir que la evaluación del desempeño de la atención hospitalaria por medio de indicadores no es la única herramienta para la gestión de la calidad, pero es indispensable para mejorar la calidad de la atención. Cuanto a las medidas adoptadas por la experiencia del paciente con la atención recibida, estas no son aceptadas de manera uniforme en la evaluación de la calidad del servicio, pero hay evidencia publicada que demuestra una correlación positiva entre los resultados evaluados por el paciente y los medidos por otros indicadores. Teniendo en cuenta que la atención centrada en el paciente es una dimensión de la calidad de la atención, no podemos prescindir de su participación en la evaluación de la calidad.

Palabras clave: Indicadores de calidad de la atención de salud. Satisfacción del paciente. Mejoramiento de la calidad.

INTRODUÇÃO

Indicadores são indispensáveis para gestão e planejamentos estratégicos, financeiros e operacionais em qualquer organização¹. Isto não é diferente em hospitais. Pelo contrário, a melhoria da qualidade assistencial só é possível com dados agregados sobre processos clínicos e seus resultados. Não há possibilidade de melhoria quando não há reconhecimento dos problemas, e para que haja esse reconhecimento, o uso de indicadores é indispensável, pois eles fornecem informações objetivas do processo assistencial e seus resultados.

A Agência Norte-Americana para Pesquisa e Qualidade nos Cuidados em Saúde (AHRQ) aponta motivos que suportam a mensuração da qualidade como uma ferramenta fundamental para gestão², conforme o **Quadro 1**. As agências de acreditação e de regulação, seguindo essa lógica, consideram a gestão da qualidade, baseada em indicadores dos cuidados, como um requisito fundamental nos processos de avaliação e auditoria.

Quadro 1 – Justificativa para mensuração contínua da qualidade da assistência

- Promove, de modo efetivo, o uso de recursos limitados e a oferta dos serviços necessários
- Fornece informações necessárias para gerenciar planos de saúde, provedores de saúde e contratantes de serviços de saúde.
- Permite a comparação de desempenho.
- Permite o acompanhamento das tendências ao longo do tempo.
- Fornece uma base objetiva para programas de melhoria de qualidade contínua.

Fonte: Elaboração própria adaptado de AHRQ.

Com o estabelecimento de uma definição do que seja assistência de qualidade e quais são seus objetivos, os indicadores de qualidade constituem-se, então, em ferramentas para mensurar os processos assistenciais e seus resultados, as percepções dos usuários e as estruturas sistêmicas, permitindo que se avalie e aprimore a assistência à saúde.

Nesse sentido é importante diferenciar a mensuração com objetivo de melhoria da assistência, daquela que é realizada em pesquisas ou para julgamento de desempenho³. São abordagens distintas, com objetivos, métodos e estratégias de análises também distintos. Quando é feita a medição para melhoria de processos, há um aprendizado desenvolvido ao longo dela e a hipótese pode mudar no decorrer do projeto; ao invés de questionar se a intervenção funciona, o interesse é como fazer para que a intervenção funcione em dado contexto. Isto é, é contra produtivo misturar a mensuração para melhoria com aquela feita para julgamento ou para pesquisa³.

Donabedian, autor pioneiro e consagrado sobre o tema, na década de 1960, propôs que a avaliação da qualidade deveria ser fundamentada com a definição do que é qualidade assistencial e quais elementos a constituem⁴⁻⁵. Eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade foram os atributos estabelecidos pelo autor⁶. Já as categorias de mensuração são: estrutura, processo e o resultado da assistência à saúde⁶.

As três categorias estabelecidas são usadas até hoje e, desde a década de 1990, a discussão sobre o tema da qualidade na assistência em saúde vem ganhando espaço, proporcionando que outros autores e grupos contribuam para definir a qualidade por meio de novas dimensões ou atributos do cuidado. Dessa forma, novos elementos são apresentados e devem, conseqüentemente, ter seu desempenho avaliado.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL

Mainz⁷ revisou indicadores utilizados para avaliar processos e desfechos clínicos, e apresentou outras categorias em que os indicadores podem ser classificados, além da tríade

estrutura-processo-desfecho: por unidade de mensuração (taxa, números absolutos), por tipo de cuidado (cuidado preventivo, agudo, crônico), por função desejada (rastreamento, diagnóstico, tratamento, acompanhamento), genérico ou específico de uma doença, por modalidade de cuidado. Essa classificação pode ser matricial, por exemplo: em um serviço de emergência, um indicador que meça o percentual de pacientes com dor torácica que realizaram um eletrocardiograma em até dez minutos da chegada é um indicador que utiliza uma (i) taxa e mede um (ii) processo (iii) diagnóstico de (iv) cuidados agudos.

Um momento importante na gestão da qualidade assistencial foi a publicação do relatório do Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, “Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI^b”, tradução nossa. Este relatório apresenta seis atributos para os cuidados em saúde: que seja seguro, efetivo, centrado no paciente, oportuno, eficiente e equitativo; e os problemas que impactam a qualidade da assistência foram divididos em três grupos: uso excessivo, uso insuficiente e uso inadequado de recursos e tecnologias no cuidado em saúde (*overuse, underuse e misuse*)⁸.

Por meio desses atributos e classificação dos problemas, vários indicadores têm sido estabelecidos. A AHRQ propõe⁹, por exemplo, que entre os indicadores utilizados para avaliação de qualidade dos hospitais estejam medidas que avaliem *overuse, underuse e misuse* de procedimentos.

Outras seis dimensões interdependentes foram propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que também conduz um projeto de avaliação de desempenho hospitalar¹⁰. Essas dimensões são: efetividade clínica, segurança, foco no paciente, eficiência na produção, orientação dos profissionais de saúde e governança receptiva.

Por meio dessas dimensões ou atributos da qualidade assistencial, OMS¹⁰, agências governamentais¹¹, sistemas de saúde nacionais ou regionais¹² ou mesmo hospitais¹³ desenvolveram modelos para auxiliar na seleção de indicadores de qualidade. Esses modelos compreendem, basicamente, um grupo de peritos, uma extensa revisão da literatura, o estabelecimento de um modelo conceitual de desempenho da qualidade e um levantamento da importância, utilidade e disponibilidade de dados de potenciais indicadores.

Em todos eles, a busca de evidências de melhores práticas é uma etapa indispensável para o estabelecimento de um padrão de qualidade a ser atingido, e mensurado¹⁴.

Mas para a definição de indicadores, inicialmente é fundamental que um objetivo tenha sido estabelecido: o que se quer atingir¹⁵? Uma vez estabelecido o objetivo, a escolha de indicadores deve considerar aspectos que garantam a validade dos indicadores para medir

^b *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century.*

o processo de cuidado em questão^{10,13,16}: relevância do processo medido, se o indicador tem abrangência e validade para medir o processo em questão, se é possível obter os dados necessários de forma confiável e o mais simples possível, o quão preciso e discriminatório é o indicador e, por fim, quais ajustes de risco podem ser necessários para que se controlem fatores de confusão.

O ajuste de risco⁷ é indispensável para que fatores externos sejam controlados quando são utilizados indicadores de qualidade que medem desfechos, principalmente quando se utilizam os dados para comparação entre diferentes unidades ou diferentes organizações. Uma limitação ao ajuste de risco é que ele pode dar conta somente de fatores mensuráveis e conhecidos¹⁷. A exclusão de casos por potenciais vieses que não podem ser controlados pode não só enviesar os resultados, mas também, na prática, não permite a avaliação de qualidade assistencial de programas que atendem pacientes mais complexos e vulneráveis e em maior desvantagem social.

AValiação DA QUALIDADE HOSPITALAR E DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O Brasil, acompanhando a tendência mundial, também buscou estabelecer projetos de avaliação da qualidade hospitalar¹⁸. Revisão sistemática de estudos sobre o assunto – buscando identificar as principais abordagens, metodologias e indicadores utilizados¹⁸ – encontrou 62 estudos publicados sobre o tema desde 1991. Ressalte-se que 32 estudos usaram o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) ou sistemas locais de informações, ou seja, indicadores não estabelecidos para esse propósito.

A escolha entre indicadores de processos ou de desfechos é um tema que é debatido na literatura do ponto de vista de pesquisa. Indicadores que medem resultados de intervenções são, sem dúvida, preferidos, mas, na avaliação da qualidade, a avaliação dos processos pode ser uma medida mais sensível da qualidade do cuidado, pois nem sempre um desfecho é desfavorável quando um processo foi executado de forma inadequada ou uma de suas etapas foi omitida¹⁹. Os indicadores de processos são úteis quando a melhoria da qualidade é o objetivo da mensuração, quando o período de tempo para acompanhamento é curto e quando o ajuste de risco não é possível⁷. Por outro lado, indicadores de desfecho são particularmente úteis para avaliação de grande volume de procedimentos, por longo período de tempo⁷.

Nem sempre um desfecho desfavorável acompanha processos com mau desempenho. Estudo²⁰ sugere que, para relacionar medidas de processos de cuidados com resultados de indicadores de desfechos, alguns aspectos precisam ser analisados antes que se façam generalizações sobre desempenho. Por exemplo, a melhoria do desfecho obtida em um

ensaio clínico que testou uma intervenção pode ser transposta para o processo de cuidado, atribuindo-se o mesmo resultado? Os autores propõem um fluxo de análise a ser seguido quando se busca relacionar um indicador que mede processo com um provável desfecho²⁰.

Um cuidado de qualidade envolve não somente a dimensão técnica do cuidado, mas também as interações entre cuidador e paciente. Para avaliar um cuidado centrado no paciente, considerado como uma das dimensões da qualidade, indicadores de satisfação do usuário vêm sendo utilizados²¹ mediante aplicação de instrumentos específicos para avaliar sua experiência²².

A relação entre melhor avaliação do usuário e melhor qualidade hospitalar nem sempre é direta, já que outros fatores, que não a qualidade da assistência, têm influência na avaliação do paciente sobre o cuidado recebido²³⁻²⁴. Apesar dos instrumentos que existem buscando objetivar essas avaliações, as críticas ao uso de pesquisas de satisfação do usuário como indicadores de qualidade incluem a falta de treinamento técnico formal dos pacientes, a possível influência de outros fatores não relacionados ao cuidado e a redundância dos indicadores da experiência dos pacientes com indicadores clínicos²⁵.

Uma revisão sistemática²⁶ avaliou a relação entre satisfação do usuário, segurança e efetividade clínica em todos os níveis de atenção em saúde. Foram encontrados 55 estudos com diferentes delineamentos e houve associação consistentemente positiva entre a experiência do usuário, a segurança e efetividade clínica.

Considerando somente o cuidado hospitalar, estudo²⁷ correlacionou a pesquisa de avaliação dos usuários de hospitais sobre seus provedores – *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS) – com resultados de indicadores de qualidade e segurança de 927 hospitais nos Estados Unidos. Eles encontraram uma associação entre o resultado da avaliação dos usuários e o desempenho das organizações no cuidado ao infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e pneumonia. A maior frequência de infecção e de úlcera de decúbito foi associada com pior desempenho na avaliação dos usuários²⁷.

Outro estudo no âmbito de hospitais, também nos Estados Unidos, relacionou desfechos hospitalares dos pacientes com infarto agudo do miocárdio e pesquisa de satisfação do mensurada por meio do instrumento HCAHPS em 25 hospitais, encontrando uma melhor avaliação do usuário associada com uma mortalidade menor²⁸.

Ao contrário dos achados acima, um estudo que buscou a associação entre maior satisfação do usuário e melhores processos de cuidado cirúrgico, conforme estabelecidos no Programa de Melhoria do Cuidado Cirúrgico, não encontrou associação entre maior adesão e maior satisfação do usuário²⁹.

A avaliação da qualidade por usuários também pode utilizar a mensuração dos desfechos do cuidado relatados pelo próprio paciente – *Patient-related Outcomes Measures (PROM's)*. Medidas padronizadas já estabelecidas para uso em pesquisas clínicas estão sendo utilizadas, atualmente, como instrumentos que apresentam a perspectiva do paciente em seu cuidado e podem contribuir na melhoria da qualidade³⁰, ao melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, e a tomada de decisões, contemplando necessidades e vontades dos pacientes. Essas medidas são utilizadas em algumas condições clínicas ou cirúrgicas específicas. O escopo da avaliação inclui capacidade funcional, qualidade de vida, sintomas das doenças e seu impacto, experiência pessoal com o cuidado em saúde e algumas condições emocionais relacionadas ao estado de saúde³¹.

CONCLUSÃO

Avaliar o desempenho do cuidado hospitalar, no que tange à qualidade de seus processos e resultados, é uma etapa da melhoria da qualidade assistencial. A gestão da qualidade envolve outras ferramentas, mas é necessário estarem sempre presentes o objetivo de aprendizado contínuo para aprimoramento do cuidado e a avaliação de satisfação do usuário.

Quanto aos indicadores, a escolha pode incluir indicadores selecionados entre aqueles já estabelecidos por agências reguladoras, agências governamentais ou agências de acreditação, que permitem a comparação entre organizações ou o estabelecimento de indicadores próprios. Nesse caso, a validação desses indicadores não pode ser dispensada.

Sendo o cuidado centrado no paciente uma dimensão da qualidade assistencial, sua participação na avaliação da qualidade não pode ser dispensada e a literatura oferece vários instrumentos para mensuração da experiência do paciente com o cuidado. Esses resultados correlacionam-se bem com os resultados dos demais indicadores de avaliação da qualidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Yosef D. Measuring health care: using quality data for operational, financial, and clinical improvement. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Uses of Quality Measurement. [Internet]. Rockville (MD); 2016 [cited 2015 Oct 17]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtolbx/uses/index.html>
3. Lloyd RC. Navigating in the turbulent sea of data: the quality measurement journey. *Clin Perinatol*. 2010 Mar 1;37(1):101-22.

4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3):166-203.
5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sept 23;260(12):1743-8.
6. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arh Pathol Lab Med*. 1990 Nov;114(11):1115-8.
7. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003 Dec;15(6):523-30.
8. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
9. Davies SM, Geppert J, McClellan M, McDonald KM, Romano PS, Shojania KG. Refinement of the HCUP quality indicators [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2001 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43831/>
10. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care*. 2005 Dec;17(6):487-96.
11. Marybeth Farquhar. Chapter 45. AHRQ Quality Indicators. In: *AHRQ Quality indicators in patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality; 2008 [cited 2015 Oct 17] Available from: <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseashdbk/index.html>
12. Groene O, Skau JKH, Frølich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int J Qual Health Care*. 2008 June 13;20(3):162-71.
13. Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Rev Adm Saúde*. 2008 set;10(40,n.esp):97-102.
14. Brien SE, Dixon E, Ghali WA. Measuring and reporting on quality in health care: a framework and road map for improving care. *J Surg Oncol*. 2009 June 15;99(8):462-6.
15. *The Improvement Guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. 2a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
16. *The good indicators guide: Understanding how to use and choose indicators* [Internet]. UK: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2008 [cited 2015 Oct 18]. Available from: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>

17. Introduction to measures of quality (continued) Part II [Internet]. Rockville (MD): Agency for healthcare research and quality; 2010 [cited 2015 Oct 19]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/perfmeasguide/perfmeaspt2a.html>
18. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1063-82.
19. Brook RH, Kamberg CJ, McGlynn EA. Health system reform and quality. *JAMA*. 1996 Aug 14;276(6):476-80.
20. Parast L, Doyle B, Damberg CL, Shetty K, Ganz DA, Wenger NS, et al. Challenges in assessing the process-outcome link in practice. *J Gen Intern Med*. 2015 Mar;30(3):359-64.
21. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização o da assistência à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10:599-613.
22. Silva D. Measuring patient experience Evidence scan. London: The Health Foundation; 2013.
23. Stolzmann KL, Meterko M, Shwartz M, Young GJ, Pekoz EA, Benzer JK, et al. Accounting for variation in technical quality and patient satisfaction: the contribution of patient, provider, team, and medical center. *Med Care*. 2010 Aug;48(8):676-82.
24. Zarei E, Daneshkohan A, Pouragha B, Marzban S, Arab M. An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Glob J Health Sci*. 2015 Jan;7(1):1-9.
25. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013 Jan 17;368(3):201-3.
26. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570.
27. Isaac T, Zaslavsky AM, Cleary PD, Landon BE. The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Serv Res*. 2010 Aug;45(4):1024-40.
28. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010 Mar;3(2):188-95.

29. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. *JAMA Surg.* 2013 Apr;148(4):362-7.
30. Nelson EC, Eftimovska E, Lind C, Hager A, Wasson JH, Lindblad S. Patient reported outcome measures in practice. *The BMJ [Internet].* 2015 Feb 10;350. [cited 2015 Oct 10]. Available from: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.g7818.abstract>
31. Weldring T, Smith SM. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights.* 2013;6:61-8.

Recebido: 16.2.2016. Aprovado: 23.3.2016. Publicado: 14.9.2017.