RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

Auditoría médica como instrumento de gestión hospitalaria: fundamentos, evidencias y el papel de la dirección técnica

Medical audit as a hospital management tool: foundations, evidence and the role of technical direction

Auditoría médica como instrumento de gestión hospitalaria: fundamentos, evidencias y el papel de la dirección técnica

Maria Luiza Gonçalves Tabacchi Assis
Médica graduada pela Universidade de Cuiabá (UNIC). Especialista em Cirurgia Geral pelo Programa de Residência Médica da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP). Especialista em Cirurgia Dermatológica e Estética Avançada pelas Faculdades BWS (Associação Pele Saudável). Foi Diretora Técnica Médica do Hospital São Judas Tadeu, em Cuiabá (MT), e atua como Coordenadora Médica de assistência domiciliar.

RESUMO

A auditoria médica consolidou-se, nas últimas décadas, como uma das ferramentas de que dispõem os gestores hospitalares para avaliar a qualidade da assistência, a adequação do uso de recursos e a conformidade das práticas com normas éticas e regulatórias. Este artigo tem como objetivo analisar a auditoria médica como instrumento de gestão hospitalar, com ênfase em seus fundamentos conceituais, no marco normativo brasileiro, nas evidências sobre sua efetividade e nas responsabilidades da direção técnica. Trata-se de revisão narrativa da literatura nacional e internacional, com consulta às bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Cochrane Library e a normas do Conselho Federal de Medicina, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde, complementada por reflexões da autora sobre o exercício da direção técnica em hospital geral. Os achados indicam que a auditoria associada a feedback produz melhorias modestas na mediana, porém com grande variabilidade, e que seu efeito é maior quando concentrada em métricas relevantes, conduzida por lideranças reconhecidas e acompanhada de metas e planos de ação; que a qualidade do registro clínico condiciona tanto a segurança do paciente quanto a sustentabilidade financeira; e que a efetividade do processo depende de governança clínica, de sistemas de informação e de uma cultura organizacional não punitiva. Conclui-se que a auditoria alcança seu maior valor quando deixa de ser exclusivamente um mecanismo de controle de contas e passa a integrar o ciclo de melhoria contínua da instituição, sob coordenação ativa da direção técnica.

Palavras-chave: Auditoria médica; Gestão hospitalar; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente; Direção técnica.

ABSTRACT

Over recent decades, medical audit has become one of the tools available to hospital managers for assessing the quality of care, the appropriateness of resource use and the compliance of practice with ethical and regulatory standards. This article aims to analyze medical audit as a hospital management tool, with emphasis on its conceptual foundations, the Brazilian regulatory framework, the evidence on its effectiveness and the responsibilities of technical direction. It is a narrative review of national and international literature, drawing on the PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS and Cochrane Library databases and on regulations issued by the Brazilian Federal Council of Medicine, the National Supplementary Health Agency, the National Health Surveillance Agency and the Ministry of Health, complemented by the author's reflections on serving as technical director of a general hospital. The findings indicate that audit combined with feedback produces modest median improvements, although with wide variability, and that its effect is greater when it focuses on relevant metrics, is led by respected clinical leaders and is accompanied by targets and action plans; that the

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

quality of clinical documentation shapes both patient safety and financial sustainability; and that the effectiveness of the process depends on clinical governance, information systems and a non-punitive organizational culture. It is concluded that audit reaches its greatest value when it ceases to be solely a claims control mechanism and becomes part of the institution's continuous improvement cycle, under the active coordination of technical direction.
Keywords: Medical audit; Hospital administration; Quality of health care; Patient safety; Technical direction.

1 INTRODUÇÃO

A gestão de hospitais no Brasil ocorre sob pressões simultâneas e, por vezes, contraditórias. De um lado, a incorporação acelerada de tecnologias, o envelhecimento da população e a crescente complexidade dos casos elevam continuamente os custos assistenciais. De outro, pacientes, operadoras de planos de saúde, gestores públicos e órgãos de fiscalização exigem resultados clínicos mensuráveis, transparência na utilização dos recursos e garantia de segurança. Berwick, Nolan e Whittington (2008) sintetizaram esse desafio na proposta do Triple Aim, que articula a melhoria da experiência do cuidado, a melhoria da saúde das populações e a redução do custo per capita. Porter (2010), por sua vez, propôs que o valor em saúde seja entendido como a relação entre os desfechos que importam ao paciente e o custo necessário para obtê-los. Em ambos os referenciais, a capacidade de medir o que é feito, compará-lo com padrões reconhecidos e corrigir desvios de forma sistemática torna-se uma competência gerencial indispensável.

É nesse contexto que a auditoria médica ganha relevância. Embora seja frequentemente associada, no imaginário dos profissionais, à conferência de contas e à negociação de glosas entre hospitais e operadoras, a auditoria tem raízes mais amplas, ligadas à avaliação sistemática da qualidade do cuidado. Donabedian (1988) demonstrou que a qualidade pode ser examinada a partir da estrutura, do processo e do resultado, e esse modelo continua a orientar grande parte das atividades de auditoria realizadas em serviços de saúde. Paralelamente, a publicação do relatório To Err Is Human, que estimou entre 44 mil e 98 mil mortes anuais por erros evitáveis em hospitais norte-americanos (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), deslocou a discussão para o campo da segurança do paciente e reforçou a necessidade de mecanismos institucionais de vigilância e de revisão da prática clínica, capazes de identificar falhas antes que se transformem em danos.

No Brasil, a função de diretor técnico concentra a responsabilidade ética pelas condições de funcionamento do estabelecimento perante os Conselhos de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016), o que faz da auditoria um instrumento natural de sua atuação. Apesar disso, a produção científica nacional sobre o tema concentra-se majoritariamente na auditoria de enfermagem e no controle de glosas, com menor atenção ao papel da auditoria médica como ferramenta de

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

governança clínica (SCARPARO; FERRAZ, 2008; PINTO; MELO, 2010). Diante dessa lacuna, este artigo tem como objetivo analisar a auditoria médica como instrumento de gestão hospitalar, discutindo seus fundamentos conceituais, o marco normativo vigente, as evidências sobre sua efetividade, sua relação com o registro clínico, com a segurança do paciente e com os sistemas de indicadores, bem como as atribuições da direção técnica na condução desse processo dentro das instituições.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, complementada por relato reflexivo de experiência profissional. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a articulação de fontes de naturezas distintas, como artigos originais, revisões sistemáticas, documentos técnicos e normas legais, em torno de uma questão ampla e de caráter interpretativo. Diferentemente da revisão sistemática, esse delineamento não pretende esgotar a literatura disponível nem produzir estimativas agregadas de efeito, mas construir uma síntese crítica capaz de situar o tema em seus contextos histórico, normativo e gerencial. A questão norteadora foi formulada nos seguintes termos: de que modo a auditoria médica pode contribuir para a gestão hospitalar e quais condições institucionais favorecem a sua efetividade?

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases PubMed/MEDLINE, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cochrane Library, com uso combinado dos descritores auditoria médica, auditoria clínica, gestão hospitalar, qualidade da assistência à saúde, segurança do paciente, medical audit, clinical audit e audit and feedback, conectados pelos operadores booleanos AND e OR. Foram priorizados estudos originais, revisões sistemáticas e textos de referência metodológica publicados em português, inglês ou espanhol, sem restrição rígida de período, de modo a contemplar tanto obras clássicas, como a de Donabedian (1988), quanto evidências recentes, como a atualização da revisão Cochrane sobre auditoria e feedback publicada em 2025 (IVERS et al., 2025). Foram excluídos textos opinativos sem fundamentação empírica ou normativa e publicações cujo foco não guardava relação com o ambiente hospitalar.

Além da literatura científica, foram analisados documentos normativos de órgãos com competência sobre o tema, entre os quais resoluções do Conselho Federal de Medicina relativas à auditoria, à direção técnica e ao prontuário, o Código de Ética Médica, a norma da Agência Nacional de Saúde Suplementar que estabelece o padrão de troca de informações entre operadoras e prestadores, a legislação que instituiu e regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

(SUS) e os atos do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre segurança do paciente. A leitura desses documentos buscou identificar atribuições, limites e obrigações que incidem sobre o médico auditor e sobre o diretor técnico, assim como as mudanças regulatórias mais recentes, com destaque para a revogação da Resolução CFM nº 1.614/2001 pela Resolução CFM nº 2.448/2025 e para a decisão judicial de março de 2026 que suspendeu parte de seus dispositivos.

O material selecionado foi submetido a leitura integral e organizado em seis eixos temáticos, que estruturam o desenvolvimento deste artigo: fundamentos conceituais e modalidades de auditoria; marco normativo; ciclo da auditoria clínica e evidências de efetividade; registro clínico e glosas; segurança do paciente; e indicadores, governança e barreiras. De forma pontual, a análise incorpora reflexões da autora decorrentes do exercício da direção técnica médica em hospital geral de Cuiabá (MT), entre 2022 e 2023. Essas reflexões não constituem dados de pesquisa, não envolvem informações de pacientes ou de profissionais identificáveis e têm a função exclusiva de ilustrar, à luz da literatura, desafios práticos da implementação da auditoria no cotidiano hospitalar.

3 AUDITORIA EM SAÚDE: ORIGENS, CONCEITOS E MODALIDADES

A auditoria é uma prática de origem contábil, desenvolvida para verificar a exatidão de registros financeiros e a conformidade de operações com regras previamente estabelecidas. Sua transposição para a área da saúde, ocorrida ao longo do século XX, conservou essa vocação de verificação, mas acrescentou uma dimensão própria: o objeto auditado deixou de ser apenas a conta e passou a incluir o cuidado prestado ao paciente. Pinto e Melo (2010) descrevem esse percurso, que parte da contabilidade e chega aos serviços de saúde, e registram a ampliação da prática da auditoria no Brasil em diferentes espaços institucionais, como a auditoria interna de hospitais, a auditoria externa de compradores privados de serviços e o sistema de auditoria do SUS. Essa dupla origem explica, em boa medida, a tensão entre qualidade e custo que atravessa o tema até hoje e que se manifesta no cotidiano de qualquer hospital.

No plano conceitual, a literatura britânica ofereceu uma das definições mais influentes de auditoria clínica, entendida como um processo de melhoria da qualidade que busca aperfeiçoar o cuidado e os resultados por meio da revisão sistemática da assistência em relação a critérios explícitos e da implementação de mudanças (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2002). Essa concepção é relevante porque situa a auditoria dentro de um ciclo, e não como evento isolado de fiscalização. Dessa definição decorre uma distinção útil entre auditoria e pesquisa: a auditoria não pretende gerar conhecimento novo, mas verificar se a prática corresponde a padrões já estabelecidos como adequados. Em outras palavras, enquanto a pesquisa pergunta qual é a melhor conduta para

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

determinada situação clínica, a auditoria pergunta se a melhor conduta já conhecida está, de fato, sendo adotada de forma consistente na instituição.

No contexto brasileiro, a auditoria em saúde costuma ser classificada segundo diferentes critérios. Quanto ao momento de realização, distingue-se a auditoria prospectiva, que antecede o procedimento e se materializa, por exemplo, na análise de solicitações de autorização; a concorrente, realizada durante a internação; e a retrospectiva, feita após a alta, geralmente a partir do prontuário e da conta hospitalar. Quanto à forma de execução, a auditoria pode ser analítica, quando se baseia no exame de documentos, relatórios e bases de dados, ou operativa, quando envolve verificação in loco das condições de atendimento (BRASIL, 2011). Quanto ao vínculo do auditor, fala-se em auditoria interna, conduzida pela própria instituição, e externa, realizada por operadoras, gestores públicos ou entidades independentes. Cada modalidade responde a objetivos distintos e produz informações complementares para a gestão.

Outra distinção recorrente opõe a auditoria de cuidados à auditoria de custos. Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) caracterizam a primeira como instrumento de mensuração da qualidade da assistência e a segunda como mecanismo de verificação da adequação das cobranças aos serviços efetivamente prestados. Na prática hospitalar, essas dimensões raramente aparecem separadas, já que uma conta adequadamente documentada pressupõe um prontuário completo e coerente, e um prontuário completo é, ao mesmo tempo, evidência de cuidado bem conduzido. Scarparo e Ferraz (2008), em estudo com a técnica Delphi envolvendo especialistas em auditoria, constataram que a concepção predominante ainda estava centrada na dimensão contábil e financeira, voltada à sustentação econômica do hospital, mas que os participantes projetavam para o futuro uma integração crescente dessa visão com a avaliação da qualidade assistencial.

Essa tendência de convergência não se realizou de forma homogênea. Pinto e Melo (2010), ao entrevistarem nove enfermeiras auditoras atuantes em três contextos distintos, observaram que, nos serviços privados, internos ou externos às organizações, as ações de auditoria se orientavam predominantemente pelos interesses dos contratantes e pouco dialogavam com a assistência prestada ou com as necessidades dos usuários, ao passo que, na auditoria do SUS, as profissionais relataram maior satisfação e valorização de seu papel. Embora o estudo trate da enfermagem, seus achados ajudam a compreender um dilema que alcança também a auditoria médica: quando a atividade se limita ao controle financeiro, ela tende a ser percebida pelo corpo clínico como instrumento de restrição, e não de melhoria. Superar essa percepção é condição para que a auditoria cumpra plenamente sua função gerencial.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

4 MARCO NORMATIVO DA AUDITORIA MÉDICA E DA DIREÇÃO TÉCNICA NO BRASIL

A auditoria em saúde no Brasil possui base legal tanto no setor público quanto no suplementar. No SUS, a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria, posteriormente regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que atribuiu a esse sistema atividades de controle, avaliação e auditoria das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 1995). No setor suplementar, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, organizou o mercado de planos privados de assistência à saúde, e a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar passou a disciplinar aspectos operacionais da relação entre operadoras e prestadores. Entre eles destaca-se o Padrão para Troca de Informações na Saúde Suplementar, atualmente estabelecido pela Resolução Normativa nº 501/2022, que padroniza a troca de dados de atenção à saúde e, consequentemente, a forma como contas e justificativas circulam entre as partes (BRASIL, 1998; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022).

No campo ético-profissional, a auditoria médica foi disciplinada por mais de duas décadas pela Resolução CFM nº 1.614/2001, que reconhecia a auditoria como ato médico, exigia a regularidade do auditor no Conselho Regional da jurisdição em que ocorria a prestação do serviço e estabelecia limites à atuação do auditor em relação ao médico assistente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2001). Em 23 de outubro de 2025, o Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução CFM nº 2.448/2025, publicada no Diário Oficial da União em 4 de novembro do mesmo ano, que regulamenta o ato médico de auditoria e revogou integralmente a norma anterior (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025). Em sua redação original, o novo texto define a auditoria como ato privativo do médico, determina que ela se fundamente em evidências científicas, diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos, com respeito à autonomia do médico assistente, e estabelece competências, direitos e deveres de auditores, assistentes e diretores técnicos.

A Resolução CFM nº 2.448/2025 trouxe ainda dispositivos de impacto direto sobre a gestão hospitalar. Em sua redação original, destacam-se a vedação da glosa de procedimentos previamente autorizados e efetivamente realizados, a obrigatoriedade de exame presencial nos casos de divergência entre auditor e assistente, a previsão de que o programa de acreditação de operadoras regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar não constitui modalidade de auditoria médica e a alteração da Resolução CFM nº 2.147/2016, com acréscimo de deveres do diretor técnico relacionados à auditoria, entre os quais zelar pelo respeito a protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas e pela autonomia médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025).

A norma tornou-se objeto de controvérsia com a agência reguladora e com entidades representativas

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

de operadoras. Em março de 2026, a 21ª Vara Federal Cível da Seção Judiciária do Distrito Federal concedeu tutela de urgência, em ação proposta por essas entidades, e suspendeu parte dos dispositivos da resolução, entre eles a vedação de glosa de procedimentos previamente autorizados, a exigência de avaliação presencial e a disposição relativa aos programas de acreditação, decisão de caráter provisório que o próprio Conselho anunciou contestar (JUSTIÇA..., 2026; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2026). O cenário recomenda ao gestor acompanhar com atenção o desfecho do processo antes de fundamentar rotinas internas nesses dispositivos. Independentemente desse debate, o texto sinaliza uma orientação clara do órgão de classe: a auditoria deve servir à qualidade do cuidado, e não apenas à contenção de despesas.

A Resolução CFM nº 2.147/2016 é o principal instrumento normativo sobre as funções de direção nos estabelecimentos de assistência médica. Ela estabelece que a prestação da assistência e a garantia das condições técnicas de atendimento são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, cada qual no âmbito de suas atribuições, e define o diretor técnico como o responsável, perante os Conselhos Regionais de Medicina, pelas informações prestadas e pelo funcionamento técnico e ético da instituição (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016). Entre seus deveres figuram assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica e garantir o pleno funcionamento das comissões de ética médica. A essas atribuições soma-se a Resolução CFM nº 1.638/2002, que definiu o prontuário médico e tornou obrigatória a criação de Comissões de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002), instância que dialoga diretamente com qualquer programa de auditoria interna.

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217/2018, dedica um capítulo específico à auditoria e à perícia médica, no qual veda ao médico auditor, entre outras condutas, intervir nos atos profissionais de outro médico e autorizar, vetar ou modificar procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, admitindo a modificação apenas em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte, com comunicação por escrito ao médico assistente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018). Somam-se a esse conjunto as exigências de proteção de dados pessoais sensíveis trazidas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e as regras para digitalização e guarda de prontuários previstas na Lei nº 13.787/2018 (BRASIL, 2018a; 2018b). Na experiência da autora como diretora técnica, a convivência entre essas normas exigiu traduzir exigências jurídicas dispersas em rotinas institucionais simples, como fluxos de acesso a prontuários por auditores externos, registro das visitas de auditoria e definição clara de quem responde por cada etapa da conta hospitalar.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

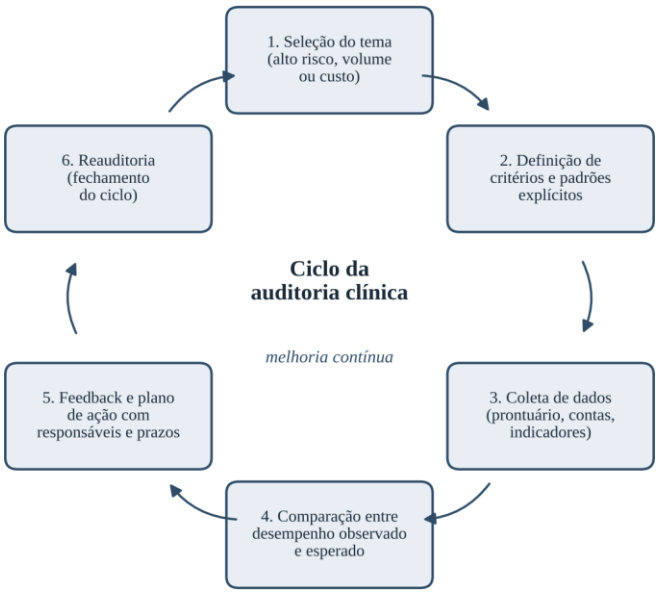
RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

5 O CICLO DA AUDITORIA CLÍNICA E AS EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE

A auditoria clínica é usualmente representada como um ciclo, e essa representação tem implicações práticas. Benjamin (2008) descreve o processo em cinco estágios: preparação da auditoria, seleção de critérios, mensuração do nível de desempenho, implementação de melhorias e sustentação dessas melhorias, e recomenda que os temas escolhidos envolvam problemas de alto risco, alto volume ou alto custo, que os planos de ação nomeiem os responsáveis pelas mudanças e que a auditoria seja repetida para verificar se o cuidado efetivamente melhorou. O documento de princípios de boas práticas publicado pelo National Institute for Clinical Excellence também apresenta a auditoria como processo cíclico, no qual o monitoramento posterior às mudanças serve para confirmar a melhoria e a etapa final se dedica a sustentá-la (NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2002). A Figura 1 adapta essas etapas à forma em que costumam ser aplicadas no ambiente hospitalar.

Figura 1 – Etapas do ciclo da auditoria clínica aplicadas ao ambiente hospitalar



Fonte: elaborada pela autora com base em Benjamin (2008) e National Institute for Clinical Excellence (2002).

A lógica do ciclo aproxima a auditoria clínica dos modelos de melhoria contínua difundidos na gestão da qualidade, em especial do ciclo Planejar, Fazer, Estudar e Agir, sistematizado por Langley et al. (2009) no Modelo de Melhoria. Em ambos os casos, a mudança é tratada como hipótese a ser testada, e a medição repetida é o que permite distinguir melhoria real de variação aleatória. Essa aproximação

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

tem consequências diretas para a gestão hospitalar: uma auditoria que identifica não conformidades, mas não gera plano de ação, responsável e prazo, tende a produzir relatórios que se acumulam sem alterar a prática. Do mesmo modo, mudanças implementadas sem reavaliação posterior impedem que a instituição saiba se o investimento de tempo e de recursos produziu algum resultado mensurável, o que enfraquece a credibilidade do próprio processo de auditoria perante o corpo clínico.

A melhor evidência disponível sobre a efetividade da auditoria provém das revisões Cochrane sobre auditoria e feedback, intervenção definida como qualquer resumo do desempenho clínico de profissionais em determinado período, devolvido a eles com o objetivo de modificar a prática. Na versão publicada em 2012, Ivers et al. analisaram 140 ensaios randomizados e encontraram, para desfechos dicotômicos, mediana de melhoria absoluta de 4,3% na adesão à prática desejada, com intervalo interquartil de 0,5% a 16% (IVERS et al., 2012). A atualização publicada em 2025 ampliou a base para 292 estudos e, ao sintetizar 558 desfechos dicotômicos provenientes de 177 estudos que comparavam auditoria e feedback com controle, identificou mediana de melhoria absoluta de 2,7%, com intervalo interquartil de 0,0 a 8,6 pontos percentuais (IVERS et al., 2025). Os números indicam efeito modesto na mediana, mas com grande variabilidade entre estudos, o que torna mais útil perguntar em que condições a intervenção funciona do que perguntar apenas se ela funciona.

As análises exploratórias da revisão de 2025 apontam características associadas a efeitos maiores. A auditoria tende a ser mais efetiva quando se concentra em métricas importantes nas quais os profissionais têm margem substancial de melhoria e quando mede a prática do próprio destinatário, e não apenas a da equipe ou da organização. Quanto ao feedback, os resultados favorecem a participação de uma liderança local com relação prévia com os profissionais, a combinação de diferentes modalidades, como a verbal e a escrita, e a comparação com os melhores desempenhos ou com uma referência externa; a comparação com a média de todos os pares, por outro lado, não se associou a efeito significativo (IVERS et al., 2025). Esses achados dialogam com a versão anterior da revisão, que já indicava maior efeito quando o feedback era fornecido por supervisor ou colega respeitado, repetido ao longo do tempo e acompanhado de metas explícitas e de plano de ação (IVERS et al., 2012).

Para o gestor hospitalar, essas evidências têm tradução direta. Uma auditoria desenhada apenas para identificar falhas e comunicá-las por meio de relatórios genéricos, distribuídos sem discussão, reúne justamente as características associadas a menor efeito. Em contraste, um processo no qual o diretor técnico ou um líder clínico reconhecido pelos pares apresenta dados individualizados, compara o desempenho com referências claras e constrói com a equipe um plano de ação tende a produzir mudanças mais consistentes. Há ainda um aspecto de custo de oportunidade a considerar: como o efeito médio é modesto, a seleção dos temas auditados deve privilegiar áreas de alto risco, alto volume

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

ou alto custo, nas quais pequenas variações percentuais representam ganhos expressivos em segurança do paciente ou em recursos financeiros preservados para a própria instituição.

6 PRONTUÁRIO, REGISTRO CLÍNICO E GLOSAS: A INTERFACE ENTRE QUALIDADE E SUSTENTABILIDADE

O prontuário é a matéria-prima de praticamente toda auditoria hospitalar. A Resolução CFM nº 1.638/2002 o define como documento único, constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registrados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). Essa definição evidencia que o prontuário cumpre, ao mesmo tempo, funções clínicas, jurídicas, administrativas e de ensino. Quando o registro é incompleto, ilegível ou contraditório, todas essas funções são comprometidas simultaneamente, e a auditoria, seja interna ou externa, passa a operar sobre uma base de informação frágil, com conclusões igualmente frágeis.

A relação entre registro e glosa é um dos temas mais estudados na literatura brasileira de auditoria. Glosas são cancelamentos ou recusas, totais ou parciais, de itens cobrados pelo prestador, motivados por inconsistências administrativas, contratuais ou técnicas. Rodrigues, Perroca e Jericó (2004) destacaram que as anotações de enfermagem constituem o principal suporte documental da cobrança hospitalar e que registros incompletos, ilegíveis ou subjetivos resultam em glosas com impacto considerável sobre o orçamento das instituições, o que evidencia a dimensão econômica de um problema frequentemente tratado apenas como questão de qualidade do cuidado. Embora boa parte dessa produção tenha origem na enfermagem, o raciocínio aplica-se integralmente ao registro médico: a ausência de justificativa clínica para um exame, a utilização de material não descrito na evolução ou a falta de descrição cirúrgica detalhada criam lacunas que a auditoria externa tende a interpretar contra o prestador, com prejuízo financeiro e, não raro, desgaste na relação com a operadora.

A informatização do prontuário trouxe ganhos e novos desafios. A Lei nº 13.787/2018 disciplinou a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio do prontuário, enquanto a padronização das informações trocadas entre prestadores e operadoras pelo Padrão TISS reduziu parte dos erros administrativos decorrentes de formulários heterogêneos (BRASIL, 2018b; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2022). Por outro lado, sistemas eletrônicos facilitam a reprodução automática de textos, como evoluções copiadas de um dia para o outro, que conferem aparência de completude a registros que não refletem a condição real do paciente. Para a auditoria, esse fenômeno é particularmente problemático, porque dificulta distinguir

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

o que foi efetivamente avaliado pelo médico naquele dia do que foi apenas replicado pelo sistema, e compromete o valor do prontuário como prova do cuidado prestado.

A auditoria interna, quando bem estruturada, desloca o foco da recuperação de glosas para a sua prevenção. Em vez de concentrar esforços na elaboração de recursos após a recusa do pagamento, a instituição passa a revisar os prontuários durante a internação, identificar lacunas enquanto ainda é possível complementá-las de forma legítima, sempre com data, hora e identificação do autor do complemento, e devolver essa informação às equipes. Essa abordagem é coerente com os achados de Ivers et al. (2025), segundo os quais o feedback é mais efetivo quando direcionado a métricas relevantes e acompanhado de apoio à ação. Mesmo com a vedação de glosa de procedimentos previamente autorizados, prevista na Resolução CFM nº 2.448/2025, atualmente suspensa por decisão judicial provisória, a lógica permanece a mesma: é o registro que comprova a indicação e a execução de cada intervenção, e documentá-las com precisão protege a instituição em qualquer cenário regulatório (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2025; JUSTIÇA..., 2026).

Na experiência da autora durante a direção técnica, a revisão periódica de prontuários mostrou-se mais produtiva quando os achados eram apresentados às equipes em reuniões clínicas, com exemplos concretos e sem exposição nominal em público, do que quando circulavam apenas como notificações escritas individuais. Essa observação, de caráter não sistemático, converge com a revisão de Johnston et al. (2000), que identificou entre as desvantagens percebidas da auditoria o receio de litígios e as desconfianças hierárquicas e territoriais entre profissionais, fatores que reduzem a adesão ao processo. O registro clínico de qualidade não resulta de cobrança isolada, mas de uma cultura institucional na qual a documentação é compreendida como parte indissociável do ato médico e como proteção simultânea para o paciente, para o profissional e para a própria instituição.

7 AUDITORIA, SEGURANÇA DO PACIENTE E EVENTOS ADVERSOS

A segurança do paciente tornou-se, nas últimas décadas, um dos eixos centrais da avaliação de serviços de saúde, e a revisão de prontuários está na origem de boa parte do conhecimento produzido sobre o tema. Os grandes estudos sobre eventos adversos em hospitais, conduzidos em diversos países, utilizaram a revisão retrospectiva de prontuários em duas etapas, com rastreamento inicial por critérios explícitos e avaliação subsequente por médicos revisores. Mendes et al. (2005), em revisão desses estudos, observaram incidências de eventos adversos que variavam de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes, diferença atribuída em parte às definições e aos métodos empregados em cada investigação. A própria variabilidade dos resultados demonstra que a qualidade da auditoria, isto é, a clareza dos critérios, o treinamento dos revisores e a qualidade dos registros examinados, determina a

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

confiabilidade das conclusões que dela se extraem.

No Brasil, o estudo de referência foi conduzido por Mendes et al. (2009) a partir de amostra de 1.103 prontuários de pacientes internados em três hospitais de ensino do estado do Rio de Janeiro, com instrumentos adaptados do Canadian Adverse Events Study. A incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6%, e 66,7% desses eventos foram considerados evitáveis. A elevada proporção de eventos evitáveis é especialmente relevante para a gestão, porque indica que uma parcela significativa dos danos decorre de falhas nos processos de cuidado, passíveis de identificação e correção por mecanismos institucionais. Em termos econômicos, Slawomirski, Auraaen e Klazinga (2017) concluíram, para os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que cerca de 15% da atividade e dos gastos hospitalares podem ser atribuídos ao tratamento das consequências de falhas de segurança, o que demonstra que prevenir danos é também uma estratégia de eficiência.

No plano normativo, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, e a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente e tornou obrigatória a constituição de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, criaram estruturas institucionais que dialogam diretamente com a auditoria (BRASIL, 2013; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013). A notificação de incidentes, a análise de causas e o monitoramento de protocolos, como os de cirurgia segura, prevenção de quedas e identificação do paciente, dependem de dados confiáveis e de revisões periódicas da prática. No âmbito internacional, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030, da Organização Mundial da Saúde, também reconhece a necessidade de sistemas de informação e de aprendizagem capazes de transformar dados em melhoria efetiva do cuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A articulação entre auditoria e segurança exige, contudo, cuidado conceitual. Reason (2000) distinguiu duas abordagens do erro humano: a centrada na pessoa, que atribui as falhas a desatenção, negligência ou descuido individuais, e a centrada no sistema, que entende o erro como consequência de condições latentes da organização, como sobrecarga de trabalho, protocolos ambíguos e barreiras de defesa insuficientes. Uma auditoria orientada pela primeira abordagem tende a produzir culpabilização e, com ela, subnotificação, pois profissionais que temem punição deixam de relatar incidentes e passam a registrar de forma defensiva. Uma auditoria orientada pela segunda busca compreender por que o erro foi possível e quais defesas falharam, o que favorece o aprendizado organizacional, o redesenho de processos e a prevenção de recorrências em outros setores da instituição.

Para a cirurgia, especialidade de formação da autora, essa discussão tem peso particular, uma vez que

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

eventos relacionados a procedimentos cirúrgicos representaram parcela expressiva dos casos identificados no estudo brasileiro de Mendes et al. (2009). A auditoria de indicadores como infecção de sítio cirúrgico, reoperação não planejada, adesão à lista de verificação de cirurgia segura e adequação da profilaxia antimicrobiana constitui uma das formas mais diretas de aproximar gestão e prática clínica. Quando esses dados são devolvidos às equipes cirúrgicas de forma individualizada e comparados com referências reconhecidas, a auditoria deixa de ser percebida como fiscalização externa e passa a funcionar como instrumento de autoavaliação profissional, de modo coerente com as características que a revisão Cochrane associa a efeitos maiores da auditoria e do feedback (IVERS et al., 2025).

8 INDICADORES, GOVERNANÇA CLÍNICA E BARREIRAS À AUDITORIA EFETIVA

A auditoria depende de indicadores bem construídos. Mainz (2003) define indicadores clínicos como medidas que avaliam estruturas, processos e resultados específicos do cuidado e propõe classificá-los segundo diferentes critérios, entre os quais o componente da qualidade que mensuram, em indicadores de estrutura, processo e resultado, retomando o modelo de Donabedian (1988), e a sua forma de expressão, em indicadores baseados em taxas e indicadores sentinela, estes últimos relacionados a eventos graves que justificam investigação individual a cada ocorrência. Essa distinção é útil para o desenho de programas de auditoria hospitalar: indicadores de taxa permitem acompanhar tendências ao longo do tempo e comparar desempenhos entre equipes ou instituições, enquanto eventos sentinela exigem análise aprofundada de cada caso, independentemente de sua frequência, porque sinalizam falhas potencialmente graves no sistema.

A escolha dos indicadores deve equilibrar relevância clínica, viabilidade de coleta e capacidade de orientar decisões. Malik e Schiesari (1998), em manual voltado à gestão local de serviços de saúde, dedicam capítulo específico aos indicadores e tomam o modelo de Donabedian como base para construí-los em cada dimensão da qualidade, o que reforça que o indicador deve servir de subsídio para decisões gerenciais, e não como fim em si mesmo. No hospital, isso significa evitar painéis com dezenas de medidas que ninguém analisa e privilegiar um conjunto reduzido de indicadores ligados às prioridades institucionais, com definições operacionais explícitas, fontes de dados conhecidas, periodicidade definida e responsáveis nomeados. Sem essas condições, a auditoria produz números que não se traduzem em ação e acaba reforçando, entre os profissionais, a percepção de que se trata de uma tarefa burocrática desvinculada da assistência, o que reduz ainda mais o engajamento necessário para que os dados sejam confiáveis.

As barreiras à auditoria efetiva estão bem documentadas. Johnston et al. (2000), em revisão de 93

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

publicações, identificaram como desvantagens percebidas pelos profissionais a redução do senso de propriedade clínica sobre o processo, o receio de litígios, as desconfianças hierárquicas e territoriais e o isolamento profissional. Entre os fatores facilitadores, destacaram sistemas modernos de registro médico, treinamento efetivo, equipe dedicada, tempo protegido, programas estruturados e diálogo entre financiadores e prestadores de serviços. Os autores concluíram que a auditoria pode contribuir de forma valiosa para qualquer programa de melhoria da qualidade, mas advertiram que, na ausência de uma estratégia institucional coerente voltada a sustentá-la, oportunidades relevantes tendem a ser desperdiçadas, conclusão que permanece atual mais de duas décadas depois.

É nesse ponto que a direção técnica assume papel decisivo. Como responsável perante os Conselhos de Medicina pelas condições técnicas de atendimento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016), o diretor técnico ocupa posição privilegiada para articular auditoria interna, comissão de revisão de prontuários, núcleo de segurança do paciente, comissão de controle de infecção e áreas de faturamento em torno de objetivos comuns. Essa articulação corresponde, na prática, à noção de governança clínica, descrita por Scally e Donaldson (1998) como a estrutura pela qual as organizações respondem pela melhoria contínua da qualidade de seus serviços e pela manutenção de elevados padrões de cuidado. Na percepção da autora, a integração dessas instâncias durante sua gestão contribuiu para reduzir o tratamento fragmentado de um mesmo problema por diferentes setores e conferiu maior legitimidade às recomendações perante o corpo clínico.

Por fim, a efetividade da auditoria depende da relação que ela estabelece com o corpo clínico. Quando os profissionais participam da escolha dos temas, conhecem os critérios utilizados, recebem dados sobre a própria prática e são envolvidos na construção das soluções, a auditoria tende a ser incorporada como instrumento de desenvolvimento profissional. Quando, ao contrário, é conduzida de forma distante, sigilosa ou punitiva, ela estimula comportamentos defensivos, como registros produzidos apenas para satisfazer a conferência, e reduz a disposição para relatar falhas. A literatura revisada converge na indicação de que a auditoria mais efetiva não é necessariamente a mais rigorosa no controle, mas aquela que consegue combinar rigor metodológico, transparência e confiança entre gestores e profissionais (JOHNSTON et al., 2000; IVERS et al., 2025).

CONCLUSÃO

Este artigo analisou a auditoria médica como instrumento de gestão hospitalar e mostrou que sua relevância ultrapassa o controle de contas, ainda que essa função continue a ocupar lugar importante na relação entre prestadores e financiadores. A auditoria, compreendida em sentido amplo, é um mecanismo de verificação sistemática da correspondência entre o que se faz e o que deveria ser feito,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

aplicável tanto aos processos assistenciais quanto aos administrativos. Ao conectar essas duas dimensões, ela oferece ao gestor uma visão integrada da instituição, na qual a qualidade do cuidado e a sustentabilidade financeira aparecem como faces de um mesmo problema.

A análise do marco normativo brasileiro revelou um cenário em transformação. A substituição da Resolução CFM nº 1.614/2001 pela Resolução CFM nº 2.448/2025 buscou reforçar a auditoria como ato médico, proteger a autonomia do médico assistente e ampliar os deveres do diretor técnico, mas parte desses dispositivos encontra-se suspensa por decisão judicial provisória. Essa controvérsia indica que a definição dos limites da auditoria envolve interesses legítimos e por vezes divergentes, o que exige dos gestores hospitalares acompanhamento constante da regulação e capacidade de adaptar com rapidez seus fluxos internos.

As evidências sobre auditoria e feedback, sintetizadas nas revisões Cochrane de 2012 e de 2025, indicam efeitos modestos na mediana, mas heterogêneos entre os estudos. Mais importante do que o tamanho médio do efeito é o conjunto de características associadas a resultados melhores: foco em métricas relevantes com margem de melhoria, dados individualizados, participação de lideranças locais reconhecidas, feedback em múltiplas modalidades e comparação com referências de alto desempenho. Essas características são, em grande medida, decisões de gestão, e não atributos técnicos do instrumento, o que coloca nas mãos da direção a possibilidade de ampliar o impacto da auditoria.

O registro clínico emergiu como elemento central de todo o processo. Sem prontuários completos, legíveis e coerentes, a auditoria não consegue avaliar a qualidade do cuidado nem sustentar a cobrança dos serviços prestados, e a instituição fica exposta a glosas, a questionamentos éticos e a riscos jurídicos. A literatura brasileira sobre glosas, embora concentrada na enfermagem, demonstra com clareza que a qualidade da documentação tem consequências financeiras diretas. Investir em sistemas de informação, em treinamento e em revisão concorrente dos prontuários atende, portanto, simultaneamente à segurança do paciente e à saúde econômica do hospital.

No campo da segurança do paciente, a revisão de prontuários foi instrumento fundamental para dimensionar a magnitude dos eventos adversos no Brasil e no mundo. O achado de que dois terços dos eventos identificados em hospitais brasileiros eram evitáveis, aliado à estimativa de que cerca de 15% da atividade e dos gastos hospitalares em países da OCDE decorre de falhas de segurança, demonstra que a prevenção de danos é também uma estratégia de eficiência. A auditoria contribui para esse objetivo quando adota a perspectiva sistêmica do erro, voltada à identificação de falhas nos processos, e não à busca de culpados individuais.

A direção técnica ocupa posição estratégica na condução da auditoria hospitalar. Por sua responsabilidade ética perante os Conselhos de Medicina e por sua autoridade sobre as comissões institucionais, o diretor técnico pode integrar auditoria interna, revisão de prontuários, segurança do

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

paciente, controle de infecção e faturamento em uma estrutura coerente de governança clínica. A experiência relatada pela autora, ainda que não sistemática, sugere que essa integração favorece a legitimidade das recomendações perante o corpo clínico e reduz a fragmentação no tratamento dos problemas, hipótese que merece investigação empírica em estudos futuros.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento escolhido. A revisão narrativa não segue protocolo sistemático de busca e seleção, o que pode introduzir viés na escolha das fontes, e as reflexões derivadas da experiência profissional da autora têm caráter ilustrativo, sem pretensão de generalização. Além disso, a maior parte das evidências sobre auditoria e feedback provém de países de alta renda, com sistemas de saúde e culturas organizacionais distintos dos brasileiros, o que recomenda cautela na transposição direta de seus resultados para hospitais privados e filantrópicos do país, sobretudo os de menor porte.

Como agenda de pesquisa, recomenda-se a realização de estudos brasileiros que avaliem, com desenhos quase experimentais ou de séries temporais interrompidas, o impacto de programas estruturados de auditoria interna sobre indicadores de qualidade, de segurança e de glosas, bem como estudos qualitativos sobre a percepção do corpo clínico a respeito da auditoria após as mudanças normativas recentes. Para os gestores, a principal mensagem deste trabalho é que a auditoria alcança seu maior valor quando deixa de ser um evento de fiscalização e passa a integrar o ciclo de melhoria contínua da instituição, conduzida com rigor, transparência e respeito à autonomia profissional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa nº 501, de 30 de março de 2022. Estabelece o padrão obrigatório para troca de informações na saúde suplementar dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 abr. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BENJAMIN, A. Audit: how to do it in practice. **BMJ**, London, v. 336, n. 7655, p. 1241-1245, 2008.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, Bethesda, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BRASIL. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 1995.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 15 ago. 2018a.

BRASIL. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.614, de 8 de fevereiro de 2001. Trata da inscrição do médico auditor e das empresas de auditoria médica nos Conselhos de Medicina. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 17, 9 mar. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 9 ago. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.448, de 23 de outubro de 2025. Regulamenta o ato médico de auditoria e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 4 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Planos de saúde agem para restringir acesso de pacientes a diagnóstico e tratamento médico**. Brasília, DF: CFM, 24 mar. 2026. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/noticias/planos-de-saude-agem-para-restringir-acesso-de-pacientes-a-diagnostico-e-tratamento-medico/.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

IVERS, N. M. et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 6, art. CD000259, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub3.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

IVERS, N. M. et al. Audit and feedback: effects on professional practice. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 3, art. CD000259, 2025. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub4.

JOHNSTON, G. et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. **Quality in Health Care**, London, v. 9, n. 1, p. 23-36, 2000.

JUSTIÇA suspende trechos da resolução do CFM sobre auditoria médica a pedido de planos de saúde. **Futuro da Saúde**, [S. l.], 13 mar. 2026. Disponível em: https://futurodasaude.com.br/auditoria-medica-justica-suspensao/.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (ed.). **To err is human**: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LANGLEY, G. J. et al. **The improvement guide**: a practical approach to enhancing organizational performance. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 15, n. 6, p. 523-530, 2003.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. **Principles for best practice in clinical audit**. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2002.

PINTO, K. A.; MELO, C. M. M. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 671-678, 2010.

PORTER, M. E. What is value in health care? **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, London, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 4, p. 210-214, 2004.

SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, London, v. 317, n. 7150, p. 61-65, 1998.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. Auditoria em enfermagem: identificando sua concepção e métodos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 302-305, 2008.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 20/09/2026 | aceito: 22/10/2026 | publicação: 29/10/2026

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety**: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD Publishing, 2017. (OECD Health Working Papers, n. 96).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global patient safety action plan 2021-2030**: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.