

Auditoria clínica como ferramenta da qualidade assistencial: relato de experiência

Clinical audit as a quality tool: experience report

Cláudia de Alvarenga Diniz Fonseca¹
Silvânia Paiva dos Santos¹
Ítalo Lopes e Carvalho¹
Priscila Gomes Lessa¹

¹ Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTE.

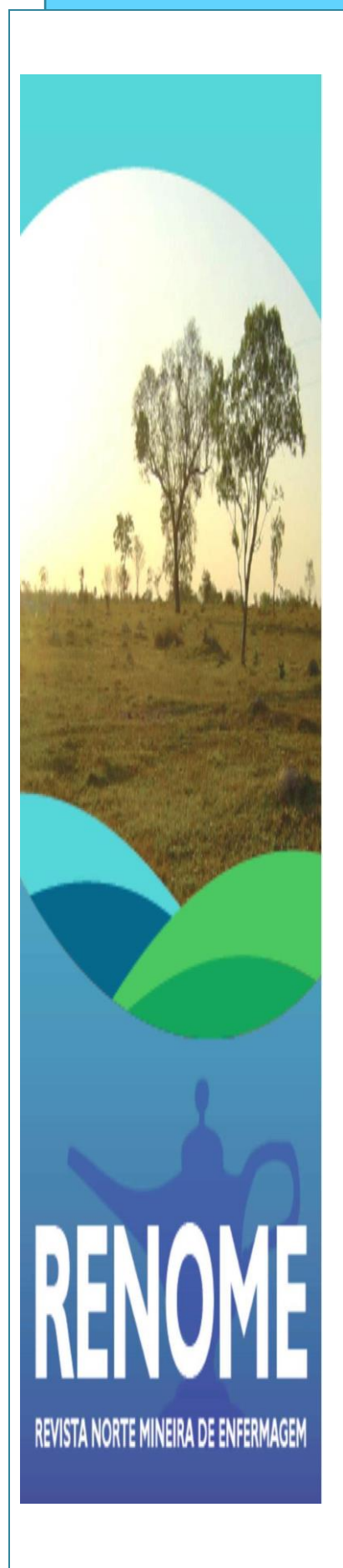
Autor para correspondência:

Cláudia de Alvarenga Diniz Fonseca
Universidade Estadual de Montes Claros
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Avenida Rui Braga- Vila Mauricéia
Montes Claros, MG, Brasil
CEP. 39401089
E-mail: claudia@santacasamontesclaros.com.br

Resumo: O objetivo deste estudo foi descrever a implantação da ferramenta da auditoria clínica em um hospital de grande porte de Montes Claros/MG. Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado entre maio de 2016 e maio de 2017. Verificou-se que apesar das dificuldades na composição e atuação dos auditores, houve melhora dos indicadores ao longo das intervenções, além de incremento da interação entre colaboradores e auditores. A auditoria clínica se mostrou capaz de subsidiar estratégia, diretrizes e ações que aperfeiçoam os processos assistenciais.

Descritores: Auditoria clínica; Gestão da Qualidade; Administração de Serviços de Saúde.

Abstract: The objective of this descriptive study, experience-report type, was to describe the implementation methodology of concurrent clinical audit at a large hospital in Montes Claros / MG, from May 2013 to May 2014. Despite the difficulties



experienced in composing the team of auditors as well as regarding their performance, there was improvement of the indicators along the interventions, and an increase in interaction between employees and auditors. Finally, clinical audit has proven capable of supporting strategies, policies and actions that improve the care processes.

Keywords: Clinical Audit; Quality Management; Health Services Administration.

Introdução

Com a globalização e o atual cenário político financeiro do país, o setor de saúde passou a procurar novas alternativas para a sua gestão, com o foco na necessidade das organizações de saúde de se adaptar a um mercado cada vez mais competitivo. A garantia de resultados positivos e clientes satisfeitos exige que as entidades de prestação de serviços na área da saúde aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade no atendimento dos seus clientes ⁽¹⁾.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde ⁽²⁾, a falta de qualidade nos serviços de saúde resulta em sérios impactos para a sociedade e para os sistemas de saúde, manifestando-se de muitas formas, como, por exemplo, serviços ineficazes que não alcançam os resultados esperados; serviços que se mostram ineficientes por apresentarem alto custo para alcançar resultados satisfatórios; serviços inacessíveis, geográfica, econômica, cultural ou socialmente, refletindo em longas listas de espera e consequente insatisfação dos usuários e profissionais de saúde.

Manzo ⁽³⁾ afirmou que para superar esse panorama, se faz necessário, entre outras ações políticas e sociais, qualificar a gestão das organizações de saúde, buscando novas ferramentas e modelos de gestão para se lograr êxito no desempenho e resultados satisfatórios para a sociedade. Para tanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a adoção de programas de *acreditação*, que classificam em níveis de qualidade as instituições de saúde, promovendo uma aprendizagem consubstanciada no valor que se dá a uma realidade em face de um padrão de qualidade ⁽⁴⁾.

Não se pode ignorar o fato de que uma instituição hospitalar seja uma empresa, e que, como tal, essa instituição apresenta problemas de receitas e despesas, ordem legal, administrativa, trabalhista, além de ser regida por uma sistemática global do empresariado capitalista, que busca a maximização do superávit financeiro, indispensável, nesse contexto, para acompanhar a evolução das tecnologias médicas e ampliar ou manter seu capital estrutural ⁽⁵⁾.

Dentro de um panorama em que as transformações socioculturais são rápidas e constantes, optar por uma gestão de qualidade se tornou mais do que um diferencial, mas um dado fundamental para a sobrevivência de uma instituição no mercado. Garantir processos com resultados efetivos, metas claras e objetivas, se tornaram objetos de desejo de toda e qualquer instituição que busque a satisfação plena de seus clientes. Uma cultura de qualidade deve ser encarada como uma política institucional que se concretize em todas as fases com o cuidado do paciente nas diversas equipes multidisciplinares ⁽⁶⁾.

A cultura de segurança e a contínua promoção de um ambiente seguro são adquiridas apenas através de capacitação, esforços coordenados e eficiente contribuição de cada colaborador comprometido com o corpo institucional a que pertença. Para o alcance desse objetivo faz-se necessário a pronta notificação de erros, eventos adversos e quase falhas, o que permitirá a identificação e correção de problemas nos processos ⁽⁷⁾.

A qualidade se transformou em um requisito indispensável em todos os campos empresariais incluindo as empresas de prestação de serviços médico-hospitalares. No Brasil, a *acreditação hospitalar* tem sido adotada nos serviços de saúde como um instrumento institucional que viabilize a implantação de programas de qualidade. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, coordenado pela Organização de Acreditação Hospitalar (ONA) ⁽⁸⁾, consiste em um sistema de avaliação dos recursos institucionais, que acontece de maneira voluntária, a partir do interesse do serviço de saúde, periódica e reservada, e que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Dessa forma, exigem-se compromisso e responsabilidade dos envolvidos na prestação de serviços em múltiplas instâncias.

No entanto, apesar da crescente busca pela qualidade nos serviços de saúde, observam-se, no Brasil, que existem somente 252 hospitais acreditados em meio a um total de 6151 hospitais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES ⁽⁹⁾. Hospitais acreditados no nível III, reconhecidos como *excelência*, são, em sua maioria, privados e representam menos da metade dos hospitais certificados (118/252), segundo dados da Organização Nacional de Acreditação ⁽⁸⁾.

Para garantir resultados positivos, é importante que as entidades se apoiem nas ferramentas preconizadas por uma gestão de qualidade, buscando, assim, a efetividade de suas ações. Entre tantas ferramentas, estão as *auditorias*, que ganham destaque por trazerem à tona os gargalos de um determinado processo.

O termo auditoria vem do latim *audire* que significa ouvir. No entanto, o termo pode ser melhor explicado a partir da acepção em que ele é empregado em língua inglesa, onde *audit*,

significa ‘examinar’, ‘corrigir’ e ‘certificar’. Sendo assim, a auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos. Trata-se de um ramo da contabilidade que tem sido utilizado por diversos segmentos profissionais, inclusive pela enfermagem, em virtude do fenômeno da globalização e da necessidade de as empresas somarem o trabalho do auditor de enfermagem ao auditor médico, considerando sua função generalista⁽¹⁰⁾.

Em 2011, nas organizações de saúde, a auditoria se configurava como importante instrumento na transformação dos processos de trabalho que vêm ocorrendo em hospitais e operadoras de planos de saúde, os quais estão buscando se reestruturar para manter a qualidade do cuidado prestado, bem como garantir uma posição competitiva no mercado. A auditoria hospitalar permite uma avaliação dos aspectos qualitativos e quantitativos relacionados à assistência. Também envolve a observação de aspectos organizacionais, operacionais e financeiros, mas sempre com o mesmo foco: a qualidade dos cuidados prestados⁽¹⁰⁾.

A auditoria clínica, por sua vez, foi introduzida de forma mais sistemática como parte de programas de qualidade nos países desenvolvidos a partir de final dos anos 80. Caracteriza-se por dois marcos essenciais: focar nas pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e desenvolver-se em um ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com objetivo de otimizar os resultados clínicos. Assim, a visão contemporânea de auditoria clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou “policialesca”, voltada para o controle dos recursos, focada unicamente nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde e em uma atitude de punição ou de foco excessivo em controle de custos. No entanto, devemos entendê-la hoje como um instrumento fundamental de melhoria da qualidade da atenção à saúde⁽¹¹⁾.

A auditoria pode ser categorizada segundo seu foco, enfoque, natureza e sua temporalidade. Identificam-se três formas de auditoria de acordo com o foco: genérica, quando se avalia a qualidade de uma unidade de saúde ou de parte dela; específica, quando se avalia a qualidade de um procedimento clínico determinado; e profissional, quando se avalia a qualidade da atenção propiciada por um profissional determinado ou por um grupo profissional⁽¹²⁾.

São três os enfoques principais de auditoria clínica⁽¹³⁾: a *auditoria implícita* que utiliza a opinião de expertos para avaliar a prática de atenção à saúde; a *auditoria explícita* que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios predefinidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a *auditoria de eventos-sentinela*, denunciadores de falhas sistêmicas em um sistema de atenção à saúde que, quando investigados, levarão a uma proposta de melhoria da qualidade de todo o sistema.

Várias tecnologias estão disponíveis para a realização de auditorias clínicas, sendo as mais utilizadas: as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, as apresentações de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os *surveys*. As tecnologias de revisão da utilização podem ser a revisão prévia ou retrospectiva ou a revisão concomitante ou concorrente. Na revisão concomitante ou concorrente faz-se uma comparação da atenção, no momento em que está sendo prestada, com padrões predeterminados ou em relação à opinião de um outro profissional de saúde que se reconhece competente. É a forma de revisão de uso mais comum nos Estados Unidos⁽¹⁴⁾ e a mais recomendada em nosso meio⁽¹⁵⁾.

A auditoria sempre se caracterizou como uma atividade de verificação analítica e operativa para determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislações vigentes. A maioria das instituições de saúde utiliza a auditoria como instrumento para análise retroativa de informações, principalmente via prontuários, impossibilitando uma interação dos auditores com a equipe assistencial durante sua aplicação, bem como uma visão da opinião dos clientes ainda durante sua internação. Diferentemente, o presente trabalho relata como foi aplicar a auditoria clínica concorrente na linha de cuidados assistencial em um hospital de grande porte de Montes Claros/MG, permitindo interatividade e adoção de medidas corretivas, em tempo real, durante o processo de auditoria.

Considerando a ferramenta de auditoria clínica se tratar de prática recente, introduzida formalmente no ano de 1993 no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, conforme seu conceito disponível nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)¹⁶, e o reduzido número de publicações nas bases de dados, este trabalho se justifica pela oportunidade de corroborar com a experiência do uso da auditoria em um serviço terciário de saúde. Neste sentido este estudo tem como objetivo descrever a implantação da ferramenta da auditoria clínica em um hospital de grande porte de Montes Claros/MG.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em um hospital de grande porte de Montes Claros/MG, no período de maio de 2016 a maio de 2017.

A frequência da coleta da auditoria clínica foi semanal e aplicada em dois prontuários por unidade de internação dentro de três perspectivas, a do paciente, do prontuário e do colaborador. Os dados foram coletados em uma planilha do *Excel*, tipo *checklist*, por uma equipe

multiprofissional formando duplas de profissionais das classes médica, enfermagem, nutrição, farmácia e fisioterapia.

Resultado e discussão

A implantação da auditoria clínica nesse serviço surgiu durante a definição do plano de trabalho anual da equipe da qualidade como uma das ferramentas a ser utilizada na gestão da qualidade dos processos. Através da auditoria clínica esperava-se fazer a leitura da realidade, a validação da qualidade prestada, a partir da sua comparação com um *padrão ótimo*, e a identificação das fragilidades do processo para favorecer atuação da equipe como forma de garantia dos objetivos propostos.

Durante sua implantação, a equipe da qualidade aplicou onze passos, assim descritos: obter o apoio e envolvimento de todos os profissionais; escolher uma área para submeter à auditoria; identificar os profissionais da equipe multidisciplinar a serem envolvidos na auditoria; determinar os objetivos da auditoria; estabelecer normas para medir o desempenho; recolher os dados confiáveis e válidos; verificar os resultados; identificar as melhorias; desenvolver o plano de ação; implementar o plano de ação; e, por fim, avaliar os resultados.

A equipe da qualidade, ao escolher o tipo de auditoria entre as várias técnicas disponíveis, optou por realizar uma auditoria concorrente, considerando sua capacidade de ampliar a oportunidade de detecção de erros ativos em relação a outros métodos visando uma atuação em tempo real e de maneira interativa por parte da equipe de auditores.

Escolhido o tipo de auditoria, o passo seguinte foi a definição de um instrumento de auditoria que possibilitasse avaliar a linha de cuidados assistencial dentro de três óticas ou perspectivas, a do paciente, prontuário e do colaborador. Esse instrumento foi um *checklist* empregado em hospitais certificados pela metodologia canadense de certificação, referência internacional em certificação de serviços de saúde.

Definida essa etapa, o próximo passo foi eleger o grupo de auditores partindo da premissa de que esse grupo deveria garantir que cada categoria da equipe multiprofissional da entidade tivesse sua representatividade. Dessa forma, foram eleitos representantes das classes médica, enfermagem, nutrição, farmácia e fisioterapia, escolhidos a partir da indicação dos gerentes de cada área de atuação e da coordenação da qualidade, além da manifestação espontânea do profissional em participar.

Toda a metodologia de aplicação da auditoria foi definida pela equipe da qualidade garantindo uma amostra representativa da linha de cuidados assistenciais de todas as unidades de internação. Assim, definiu-se que a equipe para a coleta dos dados seria composta por duplas de auditores, uma para cada unidade de internação hospitalar.

Buscando garantir a escolha de pacientes que tivessem passado por várias etapas do processo de atendimento, definiu-se a amostra e seus critérios de seleção: escolha aleatória de prontuários de pacientes com no mínimo cinco dias de internação, preferencialmente cirúrgicos, que tivessem tido transferência entre unidades assistenciais e, que durante esse processo, apresentassem previsão de alta definida. A aplicação do dispositivo de monitoramento foi realizada semanalmente em dois pacientes, por dupla de auditor e por unidade de internação, somando o total de 128 auditorias/mês.

Todos os auditores foram submetidos à capacitação teórica para calibração na técnica a ser executada. Visando garantir aplicação correta da técnica e validar a auditoria, foram definidos critérios de exclusão da amostra – a saber: todos os preenchimentos incorretos do *checklist*, ou seja, aqueles que apresentassem inconsistência no seu preenchimento; duas respostas assinaladas; resposta sequencial incompatível com a resposta anterior e/ou falta de preenchimento foram descartados da amostra. Semanalmente, era validada a aplicação do instrumento antes do cadastro dos resultados no banco de informações, registrados em planilha de *Excel*.

A penúltima etapa do ciclo de auditoria clínica está relacionada à interpretação dos seus resultados. Para isso, foi definido que a equipe da qualidade juntamente com os auditores reunissem a cada dois meses visando definir ações corretivas para todos os quesitos com conformidade abaixo de 85%. Dessa forma, foi possível criar um banco de informações comparável entre si ao longo do tempo, que pudesse nortear a busca da melhoria contínua dos resultados. Essas reuniões sistematizadas de avaliação e divulgação dos resultados da auditoria foram organizadas dividindo subgrupos de trabalho que ficavam responsáveis pela análise e proposição de ações corretivas, utilizando a ferramenta *5W2H*. O monitoramento da evolução dos resultados era verificado através de comparação entre os períodos e de evidências da efetivação dos planos de ação.

Apesar do planejamento antecipado e da definição da metodologia de implantação da auditoria clínica, foram identificados alguns problemas durante seu planejamento e aplicação. Esses problemas eram relacionados, principalmente, ao time de auditores. Variou de pequenos problemas relacionados à disponibilidade do auditor, como a necessidade de conciliação de

agenda entre os auditores, às dificuldades de liberação dos colaboradores durante sua jornada de trabalho até à necessidade de substituição de algum dos seus membros.

Outro aspecto a ser pontuado foi a inconstância de alguns profissionais durante a aplicação e a falta de previsão da cobertura de auditores, durante o período de férias, o que levou à sobrecarga e a consequente demonstração de insatisfação por parte dos demais.

Esse dado é condizente com os apontados por outra publicação ⁽¹⁷⁾, que relata que uma primeira tentativa de implantar um programa de auditoria de enfermagem não teve o progresso esperado e nenhum resultado concreto foi apreciado pela coletividade da enfermagem. Pode-se destacar aqui a falta de recursos humanos como o principal fator para a não condução do processo desejado, além da ausência de participação na elaboração, desenvolvimento e aplicação do instrumento, escassez de tempo e espaço, não envolvimento efetivo com a proposta, entre outros. Muitos profissionais incumbidos de desenvolver o processo de enfermagem acabam por aderir e aplicar outras tendências, sem propor uma reflexão coletiva e, principalmente, sem guiar-se nos padrões estabelecidos. Não quer dizer que os padrões são imutáveis, porém antes de contraditá-lo é de bom alvitre que se propicie discussões que apontem sugestões de mudanças.

Em 2013, um estudo constatou, entre as auditorias, uma melhora qualitativa nos setores, tanto na organização das atividades assistenciais, como no alinhamento dos processos, de acordo com as diretrizes institucionais, ressaltando a busca constante de cada gestor junto à sua equipe para a correção dos itens não conformes e o refinamento dos itens em conformidade. Vale destacar semelhança desse resultado com a presente experiência, que observou ao longo do período uma melhora gradativa da maioria dos quesitos apontados como frágeis no início do trabalho gerando satisfação e motivação da equipe. A oportunidade de aplicação da auditoria pelas lideranças das unidades favoreceu interação entre a equipe assistencial e os auditores com atuação de maneira proativa e observação da evolução dos resultados pela equipe multiprofissional ⁽¹⁸⁾.

Consonante a outras experiências, a auditoria pode ser considerada elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência, oferecendo subsídios aos profissionais para (re)orientar suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva e nortear o processo de educação permanente, podendo ser ainda caracterizada como um processo de avaliação de grande importância para o redirecionamento das ações, visto que após análise do serviço e verificação das deficiências podem ser tomadas decisões corretivas e ou preventivas para remodelar as ações desenvolvidas ⁽¹⁷⁾.

Sugere-se ainda a implementação de um teste piloto anterior ao processo de capacitação teórica e calibração dos auditores, que busca identificar, antecipar e adequar às dificuldades na aplicação da ferramenta de auditoria. Destarte, ao se introduzir o instrumento ao grupo de auditores, pressupõem-se menos preenchimentos incorretos do *checklist* desde a sua fase inicial.

O maior ganho observado na implantação da auditoria clínica do tipo concorrente foi a compreensão da equipe multiprofissional quanto à oportunidade de perceber e assumir fragilidades do seu processo assistencial. Isso permitia mudanças de condução do trabalho em tempo real e refinava a interação com suas respectivas equipes.

Vale destacar dificuldades observadas em outras experiências, como citado por Souza ⁽¹⁹⁾, ao relatar que no caso das auditorias o desafio é realizar a sua implementação de forma sistêmica, onde a informação produzida é apenas ponto de entrada para uma ação mais ampla de fortalecimento dos variados componentes dessa rede. Nesse contexto, a intervenção sistêmica em qualquer sistema de saúde requer que os interessados em cada um dos componentes básicos do sistema, juntamente com os implementadores, avaliadores e usuários, participem do planejamento da intervenção e da concepção dos seus possíveis efeitos em cada um dos componentes básicos do sistema. Também é necessário desenvolver a estratégia de avaliação da intervenção e apenas iniciar a implementação quando os mecanismos de avaliação da intervenção já estejam em operação. Nunca é demais ressaltar que os mecanismos de coleta de dados e de retroalimentação dos componentes básicos do sistema devem ser sustentáveis e duradouros. Não pode ser um “projeto” que, ao seu término, remova a capacidade e o estímulo para melhorar a qualidade do sistema. Assim, é o próprio sistema de saúde que necessita produzir a informação necessária para avaliar os efeitos dessa intervenção.

Nesse sentido, percebemos, ao longo do trabalho desenvolvido na referida instituição, que os problemas apontados por esse autor ⁽¹⁹⁾ não foram vivenciados pela equipe de auditores acompanhada pelos autores deste trabalho. Em virtude da política institucional dessa entidade, que se fundamenta no princípio de garantir aos seus clientes internos e externos um serviço de segurança e qualidade, apoiado na estruturação de um escritório de qualidade e na acreditação hospitalar, o ambiente foi favorável à implementação dessa ferramenta de maneira sistêmica instituição.

Reforça-se que a metodologia de auditoria clínica com revisão concorrente apresenta vantagem em relação a outros métodos por ser potencialmente acurada e precisa, proporcionando dados que não seriam obtidos se lançássemos mãos de outros métodos.

Conclusão

Percebemos que a auditoria clínica concorrente favoreceu maior interação entre a equipe assistencial e os auditores, proporcionando dados não passíveis de obtenção de outra forma. As questões levantadas pela auditoria e trabalhadas em tempo real pelos auditores e equipe assistencial substanciaram as tomadas de decisões pelos atores. À medida que reconheciam as fragilidades do processo assistencial, traçavam estratégias corretivas e os melhores resultados favoreciam maior satisfação e motivação da equipe. A importância da auditoria concorrente foi evidente ao proporcionar diagnóstico da qualidade assistencial da linha de cuidados do paciente em tempo real, identificando problemas e articulando ações corretivas, demonstrando, na prática, seu relevante papel como norteadora no planejamento conjunto de ações pela equipe multiprofissional. As vantagens viabilizadas pela ferramenta superaram as dificuldades encontradas na sua implantação sendo, portanto, recomendada como elemento fundamental em qualquer prestação de serviços na área da saúde.

Referências

1. Camelo SHH, et al. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 1018-25, 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 140ª Sesión Del Comité Ejecutivo. Washington [Internet]. 2007 Jun [acesso: 16 ago 2011]. Disponível em: <https://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce140-18-s.pdf>.
3. Manzo BF. O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde. [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 98 p.
4. Novaes HM. O processo de acreditação dos serviços de saúde. *Rev. adm. saúde*, v. 9, n. 37, p. 133-140, 2007.
5. Colauto RD, Beuren IM. Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 7, n. 4, p. 163-185, 2003.

6. Mccannon CJ, Hackbarth AD, Griffin FA. Miles to go: an introduction to the 5 Million Lives Campaign. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 33, n. 8, p. 477-484, 2007.
7. Branco filho JRC. Construindo um modelo de segurança do paciente. *Prática Hospitalar*. Ano XIII. n.74. Mar-Abr, p. 8-9, 2010.
8. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – ONA. Período: 2017 [Internet]. [acesso em 2017 dez03]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas> ;
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde - CNES. Período: 2017 [Internet]. [acesso em 2017 dez 03]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>
10. Dias TCL et al. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 5, p. 931-937, 2011.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.
12. Norman I & Redfern S. – What is audit? In: KOGAN,M. & SALLY,R. – Making use of clinical audit. Buckingham, Open University Press, 2000.
13. Berwick DM,Knapp MG – Theory and practice for measuring health care quality. In: GRAHAM, N. O. (Editor) – Quality assurance in hospitals. Rockville, Aspen, 2nd. ed., 1990.
14. Restuccia JD. The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 7, n. 3, p. 253-260, 1995.
15. Gomes CLS et al. – Operacionalização da microrregulação dentro do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. et al. – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.
16. BIBLIOTECA Virtual em Saúde. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em:<<http://www.decs.bvs.br>>. Acesso em 01 jul 2015.

17. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria do método de assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm, v. 57, n. 4, p. 421-4, 2004.
18. Lima EC et al. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. Rev. adm. saúde, v. 15, n. 58, p. 13-17, 2013.
19. Souza JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 33, n. 10, p. 273-9, 2011.