



B1

ISSN: 2595-1661

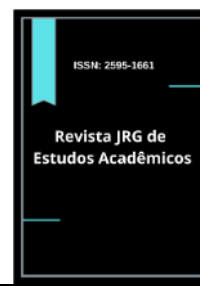
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Auditoria de processos assistenciais em unidades de terapia intensiva: diagnóstico situacional e propostas de melhoria para a qualidade e segurança do cuidado

Audit of assistance processes in intensive care units: situational diagnosis and improvement proposals for quality and safety of care

DOI: 10.55892/jrg.v8i18.2273

ARK: 57118/JRG.v8i18.2273

Recebido: 09/06/2025 | Aceito: 16/06/2025 | Publicado *on-line*: 18/06/2025

Aida Ramos Pereira

<https://orcid.org/0009-0009-5013-2435>

<http://lattes.cnpq.br/8755971338583017>

DIVEP-SESAB, BA, Brasil

E-mail: aida16.pereira@outlook.com

Andréa Pacheco da Silva Dultra

<https://orcid.org/0009-0002-3678-7434>

<http://lattes.cnpq.br/8420506235015490>

HGRS-SESAB, BA, Brasil

E-mail: andreapacheco.pesquisa@gmail.com

Mayana Ornelas de Souza Martins

<https://orcid.org/0009-0002-6989-9547>

<http://lattes.cnpq.br/0358029891560015>

HGRS-SESAB, BA, Brasil

E-mail: mayanaornellas@hotmail.com

Vilma Ramos Silva Cavalcante

<https://orcid.org/0009-0007-2843-4803>

HGRS-SESAB, BA, Brasil

E-mail: vilmaramossilva2@gmail.com



Resumo

O estudo teve como objetivo realizar uma auditoria de processos assistenciais em duas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de um hospital público de grande porte em Salvador, Bahia. Por meio de abordagem qualitativa e descritiva, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observações *in loco*, análise documental e de indicadores assistenciais. A auditoria identificou não conformidades críticas em três domínios principais: práticas assistenciais, infraestrutura física e higienização ambiental. Entre as falhas observadas, destacam-se curativos inadequados, ausência de identificação em dispositivos invasivos, falhas na manutenção de equipamentos, estrutura física deficiente e limpeza insuficiente. Os achados apontam fragilidades na capacitação profissional, na supervisão contínua e na adesão a protocolos institucionais. O estudo propõe a implementação de ações corretivas, reforço da educação permanente e fortalecimento da cultura de segurança como estratégias essenciais para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir eventos adversos em ambientes de alta complexidade.



Palavras-chave: Auditoria assistencial, Unidade de Terapia Intensiva, segurança do paciente, qualidade do cuidado, não conformidades, processos assistenciais.

Abstract

This study aimed to conduct an audit of care processes in two Intensive Care Units (ICUs) of a large public hospital in Salvador, Bahia, Brazil. Using a qualitative and descriptive approach, the audit involved semi-structured interviews, on-site observations, document analysis, and the review of care indicators. The audit identified critical non-conformities in three main areas: care practices, physical infrastructure, and environmental hygiene. Key issues included inadequate catheter dressings, lack of identification on invasive devices, equipment maintenance failures, deficient physical structure, and insufficient cleaning. The findings revealed weaknesses in professional training, supervision, and adherence to institutional protocols. The study proposes the implementation of corrective actions, reinforcement of continuous education, and strengthening of a patient safety culture as essential strategies to improve care quality and reduce adverse events in high-complexity settings.

Keywords: Care audit, Intensive Care Unit, patient safety, quality of care, non-conformities, healthcare processes.

1. Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) constituem o principal cenário de cuidado a pacientes críticos e hemodinamicamente instáveis, exigindo monitoramento contínuo e assistência multiprofissional altamente especializada. A complexidade inerente ao cuidado intensivo demanda protocolos rigorosos, infraestrutura adequada e profissionais capacitados para minimizar riscos assistenciais e Eventos Adversos (EA)¹.

A Segurança do Paciente (SP) é um dos pilares da qualidade em saúde e pressupõe a adoção de práticas clínicas baseadas em evidências, o monitoramento de indicadores e a identificação sistemática de fragilidades nos processos de trabalho. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), EA evitáveis representam uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo, destacando a importância de estratégias que promovam ambientes mais seguros².

Nesse sentido, a auditoria assistencial se configura como uma ferramenta fundamental para a verificação da conformidade dos processos institucionais com os padrões regulatórios, além de permitir o mapeamento de falhas e a proposição de intervenções qualificadas. Ferreira

Estudos ressaltam que a auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial para garantir a eficiência dos serviços prestados, sendo parte do processo de gestão e controle social da saúde pública³.

Nos últimos anos, políticas públicas como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2013 pelo Ministério da Saúde, têm reforçado a importância da sistematização de ações voltadas à prevenção de eventos adversos EA nos serviços de saúde, especialmente nas unidades de maior complexidade assistencial⁴.

No Brasil, o funcionamento das UTIs é regido por diversas normativas técnicas. A Resolução RDC nº 7/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento dessas unidades¹. A RDC nº 42/2010, por sua vez, dispõe sobre a obrigatoriedade da disponibilização de



preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde, o que é essencial para o controle de infecções⁵. Já a RDC nº 50/2002 trata do regulamento técnico para o planejamento e dimensionamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde, contemplando também as UTIs⁶.

No que tange à segurança do trabalhador, a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), atualizada em 2022, estabelece medidas para garantir condições adequadas de trabalho nos serviços de saúde, incluindo o uso obrigatório de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a organização do ambiente e ações de educação continuada⁷.

Diante desse panorama normativo e das exigências sanitárias, torna-se imprescindível avaliar continuamente os processos de trabalho nas UTIs por meio de auditorias assistenciais.

Essas avaliações não apenas fortalecem a gestão hospitalar, mas também consolidam uma cultura de qualidade e segurança nos serviços de saúde. O presente estudo baseia-se na auditoria realizada pelo serviço de Auditoria de processos Assistenciais da Diretoria de Enfermagem de um hospital de grande porte no município de Salvador, com foco em duas UTIs (UTI Geral e Cardiológica). A análise visou promover a cultura da segurança, identificar não conformidades assistenciais e propor ações corretivas, fundamentando-se nas resoluções da ANVISA, na NR- 32 e nas diretrizes internacionais da OMS.

Diante da complexidade das UTIs e da importância de assegurar a conformidade com as normas técnico-legais vigentes, justifica-se a realização da auditoria como uma estratégia essencial para o diagnóstico situacional e a promoção da melhoria contínua da assistência. A análise sistemática dos processos permite identificar falhas, fragilidades e oportunidades de intervenção que impactam diretamente na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Assim, o presente estudo teve como objetivo principal realizar uma auditoria assistencial em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público de grande porte, no município de Salvador, com vistas a avaliar as práticas institucionais, identificar não conformidades e propor recomendações que contribuam para a excelência na assistência intensiva e para o fortalecimento de uma cultura organizacional voltada à segurança e à eficiência dos serviços prestados.

2. Metodologia

Este é um estudo descritivo, pois se propõe a registrar e analisar, de forma sistemática, a realidade dos processos assistenciais nas UTIs. Apresenta caráter avaliativo, ao examinar criticamente as práticas institucionais, identificar não conformidades e propor ações de melhoria voltadas à qualidade do cuidado. A abordagem adotada é qualitativa, uma vez que busca compreender os significados atribuídos pelos profissionais às práticas assistenciais e à cultura de segurança, conforme fundamentado por Minayo (2005).

Foi desenvolvido com base na realização de auditoria de processos assistenciais em UTIs de um hospital público de grande porte localizado, no município de Salvador, estado da Bahia. A auditoria foi conduzida no período de março à maio de 2025, abrangendo duas unidades específicas: UTI Geral 1 (alas A e B) e UTI Cardiológica.

A auditoria foi estruturada em múltiplas etapas e envolveu as seguintes ações:

Entrevistas semiestruturadas com profissionais da equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores. As entrevistas buscaram identificar percepções sobre a organização do trabalho, adesão aos



protocolos institucionais e principais dificuldades enfrentadas nas rotinas assistenciais.

Observações sistemáticas in loco, realizadas por meio de visitas técnicas nos diferentes turnos (manhã, tarde e noite), com o intuito de captar a dinâmica real dos processos de cuidado. Essa estratégia garantiu representatividade amostral e permitiu registrar inconformidades de forma direta e objetiva.

Análise de indicadores assistenciais, como taxas de IRAS, tempo médio de permanência, rotatividade de leitos e índice de óbitos, extraídos dos sistemas de informação da própria instituição.

Avaliação documental, que incluiu protocolos institucionais, prontuários eletrônicos e registros de enfermagem, com o objetivo de verificar a conformidade dos registros e a rastreabilidade das ações realizadas.

A partir dessa avaliação foi elaborado um plano de ação corretivo, com recomendações baseadas nos achados da auditoria. Esse plano foi discutido com a gestão do serviço e as lideranças da unidade, visando à implementação de melhorias e ao fortalecimento da cultura de segurança.

Para padronização das observações, foram utilizadas fichas de verificação estruturadas e checklists adaptados do Manual de SP da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que possibilitou a categorização das não conformidades observadas em três domínios principais: processos assistenciais, estrutura física e higienização ambiental.

A análise dos dados foi conduzida por meio da técnica de triangulação metodológica, que permitiu comparar e integrar as informações obtidas nas entrevistas, observações e documentos, aumentando a fidedignidade dos achados. Os resultados foram organizados em categorias temáticas e discutidos à luz dos referenciais normativos e da literatura científica pertinente.

3. Resultados e discussão

A auditoria dos processos assistenciais em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) representa uma estratégia essencial para a avaliação e aprimoramento contínuo da qualidade do cuidado prestado, especialmente em contextos de alta complexidade. As UTIs concentram pacientes críticos que requerem monitoramento constante, tecnologias avançadas e uma equipe multiprofissional altamente capacitada. Nesse ambiente, falhas nos processos assistenciais podem gerar eventos adversos (EA), infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e aumento da morbimortalidade hospitalar.

A qualidade assistencial em saúde é compreendida como a capacidade dos serviços de produzir os melhores resultados possíveis, considerando os recursos disponíveis, com foco na efetividade, segurança, integralidade e humanização. Neste contexto, a segurança do paciente surge como eixo estruturante da qualidade, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde ² como a prevenção de danos evitáveis durante o cuidado. A adoção de estratégias como protocolos baseados em evidências, controle rigoroso de processos e padronização das práticas é indispensável para minimizar os riscos e garantir a excelência assistencial.

Segundo ⁸, a abordagem qualitativa é especialmente útil para compreender as percepções dos profissionais acerca dos processos institucionais, identificando significados, práticas e lacunas na operacionalização do cuidado. Isso se alinha ao conceito de

Cultura de segurança, que pressupõe transparência, comunicação efetiva e aprendizado organizacional contínuo.



Portanto, a utilização da auditoria como instrumento de gestão em saúde se configura como eixo estruturante da governança clínica, promovendo cuidado mais seguro, eficiente e humanizado em ambientes de alta complexidade como as UTIs.

A qualidade e a segurança no atendimento ao paciente são pilares essenciais na assistência prestada em UTIs, ambientes que requerem cuidados especializados e monitoramento contínuo de pacientes em estado crítico. A complexidade da assistência em UTIs exige a adoção de protocolos rigorosos, infraestrutura adequada e equipes multiprofissionais capacitadas para minimizar riscos e evitar EA¹.

A auditoria de processos assistenciais é uma ferramenta estratégica que permite avaliar a conformidade das práticas institucionais com as diretrizes normativas, identificando falhas e propondo melhorias que impactam diretamente na SP e na eficiência dos serviços. Conforme ³ a auditoria no SUS representa um instrumento essencial de gestão, promovendo a avaliação contínua da qualidade e subsidiando decisões para o aprimoramento da assistência.

A importância da padronização de processos, da manutenção preventiva de equipamentos, da identificação de materiais e da qualificação das rotinas de higienização é amplamente reconhecida como determinante para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e para a redução da morbimortalidade hospitalar. As falhas sistematicamente observadas na auditoria – como ausência de identificação de insumos, curativos inadequados, infraestrutura danificada e limpeza insuficiente – reforçam a necessidade de alinhamento entre a prática cotidiana e os referenciais normativos.

A auditoria realizada nas UTIs permitiu identificar oportunidades de melhorias que visam garantir a segurança do paciente. As inconformidades foram agrupadas em três categorias principais: falhas nos processos assistenciais, fragilidades estruturais e deficiências relacionadas à limpeza e higienização das unidades.

3.1. Não conformidades assistenciais

Foram observadas algumas falhas recorrentes na execução de atividades assistenciais que, além de comprometerem a qualidade do cuidado, representam riscos diretos à segurança do paciente e ao controle de IRAS. Dentre as principais inconformidades, destacam-se:

- Almotolias e frascos de medicação/solução sem data de abertura e validade, o que dificulta o rastreamento e a segurança do produto, contrariando os princípios de farmacovigilância e controle de qualidade;
- Curativos de cateter venoso central (CVC) sujos, mal fixados ou vencidos, aumentando o risco de IRAS, especialmente infecções da corrente sanguínea;
- Falta de identificação temporal em dispositivos invasivos, como bolsas coletoras de urina e equipos de infusão, dificultando o controle adequado do tempo de permanência e a programação da troca segura;
- Ausência de EPIs em leitos de isolamento, o que representa risco biológico para os profissionais e eleva a possibilidade de contaminação cruzada entre pacientes;
- Cabos de monitorização e dispositivos soltos no chão, criando um ambiente inseguro com risco aumentado de quedas para pacientes e profissionais, além de dificultar a higienização;
- Higiene oral negligenciada em pacientes dependentes, observada em vários leitos, o que pode favorecer a colonização por microrganismos patogênicos e a ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica;



- Papagaios e aparadeiras armazenadas de forma indevida (sem proteção com saco plástico), descumprindo normas de biossegurança e aumentando o risco de contaminação por fluidos biológicos.

As falhas observadas evidenciam lacunas na capacitação profissional, na supervisão das práticas cotidianas e na adesão aos protocolos institucionais, o que reforça a necessidade de ações educativas e estratégias de monitoramento contínuo.

3.2. Fragilidades estruturais

A análise da infraestrutura física das UTIs auditadas revelou aspectos críticos que comprometem o ambiente de cuidado, dificultam a higienização e interferem na segurança das práticas clínicas. As principais fragilidades identificadas incluem:

- Mesas de cabeceira com superfícies danificadas, descascadas ou enferrujadas, o que inviabiliza a desinfecção adequada e representa risco de infecção cruzada;
- Bombas de infusão com manutenções preventivas vencidas, comprometendo a precisão na administração de fármacos e soluções intravenosas, além de descumprirem as recomendações da engenharia clínica;
- Tomadas expostas sem espelho de proteção, fiações inadequadas e vazamentos hidráulicos, que representam risco elétrico e dificultam a manutenção da segurança física do ambiente;
- Sistemas de ventilação inadequados, com aparelhos de ar-condicionado sem manutenção preventiva ou com funcionamento ineficiente, afetando o conforto térmico e a qualidade do ar ambiente;
- Distribuição e quantidade insuficiente de dispensadores de álcool em gel; dispensadores mal posicionados em relação à disposição dos leitos, o que dificulta a adesão à higienização das mãos, prática essencial no controle de infecções.

Tais deficiências estruturais demonstram a necessidade de investimentos em manutenção predial, adequações físicas e reposição de equipamentos essenciais ao funcionamento seguro e eficaz da unidade intensiva.

3.3. Deficiências na limpeza e higienização

A auditoria apontou ainda inconformidades nos processos de limpeza e higienização das UTIs, comprometendo o controle de infecções e a biossegurança. Foram observadas as seguintes falhas:

- Equipamentos à beira-leito, bancadas e superfícies com acúmulo de poeira, sujidade visível e resíduos orgânicos, mesmo após a higienização de rotina, demonstrando falhas na limpeza concorrente;
- Bandejas de apoio (mesas de Mayo) com microporos aderidos e restos de materiais utilizados, o que constitui um importante fator de risco para contaminação cruzada entre pacientes;
- Ausência de profissionais da higienização durante as visitas de auditoria, sugerindo descontinuidade na execução das tarefas ou dimensionamento inadequado da equipe de limpeza;



- Desconhecimento das rotinas de limpeza concorrente e terminal por parte dos profissionais de enfermagem, revelando lacunas na integração entre as equipes e a educação permanente;
- Pia do posto de enfermagem frequentemente suja e com ausência de insumos básicos, como sabonete líquido, papel toalha e recipiente para descarte correto, contrariando as normas da RDC nº 42/2010⁵.

Essas falhas expõem a fragilidade dos processos de higienização ambiental, fundamentais na prevenção das infecções nosocomiais, e indicam a necessidade de revisão dos fluxos, capacitação técnica dos profissionais e supervisão contínua dos serviços terceirizados ou internos de limpeza hospitalar.

Os achados da auditoria revelam um cenário de vulnerabilidade que compromete a SP em ambiente crítico. A ausência de identificação adequada de insumos, a má conservação de equipamentos e a limpeza deficiente são fatores que aumentam o risco de IRAS e de eventos adversos, como já descrito por ³.

A literatura aponta que a adesão a práticas seguras é diretamente influenciada por fatores organizacionais, como cultura institucional, capacitação e supervisão contínua. Segundo a OMS, a melhoria dos processos depende de um ciclo constante de avaliação e intervenção, no qual a auditoria assume papel central. No Brasil, estudos similares realizados em hospitais de ensino apontam que as ações corretivas após auditorias melhoram significativamente os indicadores de infecção hospitalar e reduzem o tempo médio de internação.

Além disso, a NR 32 reforça a responsabilidade institucional na promoção de ambientes seguros, com ênfase na gestão de risco, manutenção preventiva e disponibilização de insumos básicos. A ausência de EPIs e de dispensadores de álcool em gel aponta falhas críticas nesse aspecto, exigindo reestruturação logística e priorização de recursos.

Por fim, a auditoria também expôs fragilidades de ordem educativa. O desconhecimento das rotinas de limpeza terminal e concorrente evidencia a necessidade de treinamentos regulares e práticas de educação permanente, fundamentais para o empoderamento das equipes e para a construção de uma cultura de segurança sólida.

4. Considerações Finais

A auditoria permitiu identificar não conformidades críticas nos processos assistenciais, estruturais e de limpeza das UTIs auditadas. Os resultados apontam para a urgência de intervenções que promovam a padronização das rotinas, a reorganização dos fluxos de trabalho e a qualificação dos profissionais.

A implantação de ciclos regulares de auditoria, associada ao monitoramento de indicadores e à capacitação continuada, é essencial para consolidar uma cultura de segurança e excelência na assistência intensiva. A experiência relatada reafirma a auditoria como ferramenta estratégica de gestão e instrumento eficaz para promover a melhoria contínua da qualidade do cuidado ao paciente crítico.

Deve-se ressaltar a relevância na iniciativa da Diretoria de Enfermagem na criação do Serviço de Auditoria de Processos Assistenciais para a realização de diagnóstico situacional nas unidades de terapia intensiva da instituição, onde foi possível realinhar processos com a participação das gestoras das unidades e da equipe assistencial, possibilitando melhorias na qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes.



Recomenda-se ainda o fortalecimento da atuação intersetorial entre coordenação, enfermagem, higienização e engenharia clínica, para garantir que os planos de ação se tornem efetivos e sustentáveis ao longo do tempo. Somente com o engajamento coletivo e a responsabilização institucional será possível transformar os dados levantados em melhorias concretas e duradouras.

Referências

1. **Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010: dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília (DF): ANVISA; 2010 [cited 2025 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
2. **World Health Organization.** *Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General.* Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Jun 11]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf
3. **Ferreira CR, Castro RR.** Auditoria no Sistema Único de Saúde: uma evolução histórica do Sistema Nacional de Auditoria. *Rev CGU.* 2010;2(3):123-42. Available from: https://revista.cgu.gov.br/Revista_da_CGU/article/download/74/pdf_26/509
4. **Brasil. Ministério da Saúde.** Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Brasília (DF): MS; 2013 [cited 2025 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
5. **Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre preparo alcoólico para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2010 [cited 2025 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html
6. **Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002: regulamento técnico para planejamento e dimensionamento físico de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2002 [cited 2025 Apr 10]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html
7. **Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego.** Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília (DF): MTE; 2022 [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-32-atualizada-2022-2.pdf>
8. **Minayo MCS.** Avaliação de programas de saúde: trajetórias e tendências. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):581-98. doi:10.1590/S1413-81232005000300014