

Avaliação da Qualidade Assistencial no SUS por Auditoria de Enfermagem em Hospital Cardiológico Acreditado

Assessment of Care Quality in the SUS Through Nursing Audits in an Accredited Cardiology Hospital

Evaluación de la Calidad Asistencial en el SUS Mediante Auditoría de Enfermería en Hospital Cardiológico Acreditado

RESUMO

Objetivo: Desenvolver e validar um guia educativo para auditoria interna dos registros de enfermagem no contexto do SUS. **Métodos:** Estudo metodológico baseado nos modelos de Phaneuf e Kurcgant, com foco nas sete funções da enfermagem como padrões de qualidade. A construção do guia seguiu os referenciais de Echer, incluindo revisão bibliográfica, estruturação técnica e validação prática. **Resultados:** O guia contribuiu para a padronização das anotações, rastreabilidade das intervenções e fortalecimento da cultura organizacional voltada à segurança e qualidade. Sua estrutura permite avaliação qualitativa e quantitativa dos registros, com potencial para reduzir glosas e aprimorar a comunicação interprofissional. **Conclusão:** A auditoria proposta tem caráter educativo e atua como ferramenta de apoio à gestão, formação profissional e melhoria contínua dos processos assistenciais. Recomenda-se sua implementação sistemática e a realização de estudos futuros para avaliar seu impacto em diferentes contextos hospitalares.

DESCRIPTORIOS: Auditoria em enfermagem; Segurança do paciente; Gestão da qualidade total; Educação continuada em enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate an educational guide for internal auditing of nursing records within the SUS context. **Methods:** Methodological study based on the models of Phaneuf (1972) and Kurcgant (2016), focusing on the seven nursing functions as quality standards. The guide was constructed following Echer's (2005) framework, including literature review, technical structuring, and practical validation. **Results:** The guide contributed to the standardization of notes, traceability of interventions, and strengthening of an organizational culture focused on safety and quality. Its structure allows for both qualitative and quantitative evaluation of records, with potential to reduce billing denials and improve interprofessional communication. **Conclusion:** The proposed audit has an educational character and serves as a support tool for management, professional training, and continuous improvement of care processes. Systematic implementation and further studies are recommended to assess its impact in different hospital settings.

DESCRIPTORS: Nursing audit; Patient safety; Total quality management; Continuing education in nursing.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar y validar una guía educativa para la auditoría interna de los registros de enfermería en el contexto del SUS. **Métodos:** Estudio metodológico basado en los modelos de Phaneuf (1972) y Kurcgant (2016), con enfoque en las siete funciones de la enfermería como estándares de calidad. La construcción de la guía siguió los lineamientos de Echer (2005), incluyendo revisión bibliográfica, estructuración técnica y validación práctica. **Resultados:** La guía contribuyó a la estandarización de las anotaciones, la trazabilidad de las intervenciones y el fortalecimiento de una cultura organizacional centrada en la seguridad y la calidad. Su estructura permite una evaluación cualitativa y cuantitativa de los registros, con potencial para reducir glosas y mejorar la comunicación interprofesional. **Conclusión:** La auditoría propuesta tiene un carácter educativo y actúa como herramienta de apoyo a la gestión, formación profesional y mejora continua de los procesos asistenciales. Se recomienda su implementación sistemática y la realización de estudios futuros para evaluar su impacto en distintos contextos hospitalarios.

DESCRIPTORIOS: Auditoría de enfermería; Seguridad del paciente; Gestión de calidad total; Educación continua en enfermería

RECEBIDO EM: 07/08/2025 APROVADO EM: 23/08/2025

Como citar este artigo: Souza VF, Oliveira DVR, Ferreira JML, Oliveira JS, Sousa LP, Gentil SR. Avaliação da Qualidade Assistencial no SUS por Auditoria de Enfermagem em Hospital Cardiológico Acreditado. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(100):17192-17201. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i100p17192-17201

ID **Vitória Fagian de Souza**
Enfermeira residente pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6762-3091>

ID **Denise Viana Rodrigues de Oliveira**
Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7869-9486>

ID **Jhienniffer Mikelle de Lima Ferreira**
Enfermeira especialista em saúde Cardiovascular, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7189-5038>.

ID **Juliana Dos Santos Oliveira**
Enfermeira, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5589-2446>

ID **Luana Pereira de Sousa**
Enfermeira, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2675-9087>

ID **Selma Rossi Gentil**
Enfermeira Mestre em Ciências da Saúde, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5589-2446>

INTRODUÇÃO

A auditoria, no qual surgiu como um mecanismo de controle administrativo, evoluiu para uma ferramenta estratégica na área da saúde, com sua aplicação na prática médica em 1918¹ e na enfermagem em 1955². Atualmente, é considerada fundamental para a gestão da qualidade³ e atua como um instrumento pedagógico e transformador que fomenta a reflexão crítica e a melhoria dos processos⁴. Sua relevância reside na capacidade de transcender a mera fiscalização, transformando-se em um pilar para o aprimoramento contínuo das práticas assistenciais e gerenciais, impactando diretamente a segurança e a eficácia dos serviços de saúde.

No Brasil, a auditoria foi incorporada ao SUS em 1990⁵. A efetividade do sistema depende da qualificação profissional e da padronização dos processos, aspectos nos quais a enfermagem tem um papel central⁶. A necessidade de melhorias na completude dos registros clínicos, especialmente os de enfermagem, é um ponto de atenção destacado em boletins técnicos⁷, pois a documentação precisa é vital para a rastreabilidade e defesa institucional. A falta de registros detalhados pode comprometer a continuidade do cuidado,

dificultar a avaliação de desfechos e expor as instituições a riscos legais e financeiros.

A acreditação hospitalar, promovida pela ONA⁸, é uma estratégia relevante para a qualificação dos serviços, sendo a enfermagem crucial para a conformidade dos registros clínicos⁹. A educação em saúde, com foco na auditoria, é essencial para qualificar as práticas e fortalecer o compromisso com a segurança do paciente¹⁰, além de influenciar mudanças curriculares¹¹. Por meio de programas de educação continuada, os profissionais são capacitados a compreender a importância da auditoria como um processo cíclico de avaliação e melhoria, integrando-a ao seu cotidiano profissional.

A segurança do paciente é o princípio central da auditoria em enfermagem¹², e a Resolução COFEN nº 429/2012 reforça o registro como um elemento essencial para a integralidade do cuidado e para o respaldo institucional¹³. Diante das lacunas na formação profissional, este trabalho propõe a criação de um guia para auditoria interna da assistência de enfermagem, com o objetivo de desenvolver e validar um recurso educativo que auxilie na auditoria de registros, promovendo a padronização das práticas e a cultura de segurança e qualidade nos serviços de saúde. Essa iniciativa

visa suprir uma necessidade premente, capacitando os enfermeiros a atuarem como agentes de transformação na qualidade da documentação e, conseqüentemente, na segurança e eficácia do cuidado prestado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, cujo objetivo central foi desenvolver um instrumento de auditoria de caráter retrospectivo e periódico, aplicado à verificação da qualidade dos cuidados de enfermagem. Fundamentado na análise de prontuários eletrônicos e verificação in loco, o instrumento avalia a conformidade dos registros com padrões de qualidade assistencial. Concebido para uso interno em enfermagem, alinha-se aos critérios da Organização Nacional de Acreditação, visando aprimorar processos assistenciais, reforçar a segurança do paciente e padronizar práticas. A pesquisa foi conduzida em um hospital terciário cardiovascular em São Paulo, com início em julho de 2025.

As variáveis analisadas incluem conformidade de registros com padrões de qualidade assistencial, como assinatura, carimbo, descrição de procedimentos, evolução clínica, administração de medicamentos,

uso de OPME e DMI, curativos, acessos venosos e sondas. O instrumento foi estruturado via Google Forms, baseado em protocolos institucionais. A auditoria baseou-se nos modelos de Kurcgant¹⁴, Phaneuf² e Anderson e Lesnick¹. A construção do guia seguiu os pressupostos metodológicos de Echer¹⁵ e Polit e Beck¹². Por ser um guia educativo sem identificação de pacientes ou dados sensíveis, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶.

RESULTADOS

Este guia destaca que registros de enfermagem completos, precisos e tecnicamente consistentes são fundamentais para a qualificação da assistência em saúde. Registros de enfermagem completos e precisos são essenciais para a qualidade da assistência à saúde. A documentação adequada aperfeiçoa a comunicação da equipe multiprofissional, promove segurança ao paciente e contribui para a legitimidade de cobranças, mitigando glosas hospitalares.

A uniformidade das anotações favorece a racionalização de custos, otimizando o uso de recursos e eliminando redundâncias. Registros sistematizados também revelam lacunas nos processos de trabalho, servindo como indicadores para aprimoramento profissional e educação continuada. A documentação clínica é um pilar da segurança do paciente, garantindo a rastreabilidade das intervenções e embasando decisões clínicas. A auditoria em enfermagem se configura como componente estratégico para assegurar a qualidade da assistência, promovendo confiança e segurança.

Em contextos de auditoria financeira ou processos judiciais, o registro horário inequívoco valida procedimentos e fortalece a defesa institucional. Essa prática não apenas reforça a segurança do paciente e a continuidade do cuidado, mas também aperfeiçoa a alocação de recursos e a tomada de decisões, contribuindo para uma gestão hospitalar mais eficaz.

Tabela 1: Itens Essenciais de Auditoria para Técnicos de Enfermagem, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2025.

Item de Auditoria	Descrição Detalhada da Anotação Requerida (com horário)
Admissão - Anotação Padrão	Registro completo da admissão do paciente, incluindo dados de identificação, condições gerais de chegada (estado de consciência, mobilidade, presença de dispositivos), sinais e sintomas iniciais e o horário exato da entrada na unidade/setor.
Encaminhamento para Exames/ Setores	Anotação do horário de saída e retorno do paciente para o encaminhamento a exames ou procedimentos em outros setores (ambulatório, hemodiálise, etc.), registrando a modalidade de transporte e condições do paciente durante o deslocamento.
Banho e higiene oral	Registro do horário da realização do banho, tipo realizado (no leito, aspersão, chuveiro), temperatura da água, área corporal higienizada, uso de produtos específicos e resposta do paciente (conforto, intercorrências).
Alta	Anotação do horário da alta hospitalar, condições clínicas do paciente no momento da saída (estado geral, deambulação, uso de dispositivos), orientações detalhadas fornecidas ao paciente/familiar (medicações, curativos, retorno), e o destino do paciente.
Administração de Medicamentos	Registro do horário preciso da administração de cada medicamento, incluindo nome completo do fármaco, dose, via de administração, e observações sobre reações adversas ou intercorrências.
Dieta	Anotação do horário de oferta da dieta e a aceitação do paciente (total, parcial, recusa), com observações sobre intercorrências (ex: náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição) e volume ingerido, se aplicável.
Intercorrências	Registro detalhado e com o horário exato de qualquer evento adverso, mudança aguda no estado de saúde do paciente, queixas inesperadas, ou outras intercorrências relevantes, descrevendo as ações imediatas realizadas.
Sinais Vitais	Anotação dos valores de temperatura, pulso, respiração, pressão arterial e saturação de oxigênio, com o horário exato da aferição e observações sobre alterações significativas ou tendência.
Troca de Fralda	Registro do horário da troca de fralda e Uripem tipo de sujidade (urina, fezes), volume estimado (se aplicável), condições da pele na região (presença de lesões, assaduras), aplicação de produtos de proteção e higiene íntima.
Curativo	Anotação do horário da realização do curativo, localização da lesão, tipo de curativo realizado (limpeza, desbridamento, troca de cobertura), materiais utilizados, aspecto da lesão (tamanho, exsudato, odor e característica do tecido) e resposta do paciente, (sintomatologia).
Glicemia Capilar	Registro do horário da realização da glicemia capilar, valor obtido, e as ações tomadas (ex: administração de insulina, oferta de carboidratos) com o horário correspondente.
Hidratação	Anotação do horário e tipo de hidratação oferecida (oral, venosa), volume administrado, aceitação do paciente e observações sobre sinais de desidratação ou sobrecarga hídrica. Anotar e respeitar a restrição hídrica conforme Prescrição Médica.
Mobilização no Leito	Registro do horário da mobilização do paciente no leito (mudança de decúbito conforme relógio de mudança de decúbito), posição adotada, uso de dispositivos de apoio (almofadas, coxins) e condições da pele nas áreas de pressão.
Dispositivo Venoso Periférico e de inserção central	Anotação do horário da inserção ou troca do cateter/curativos, local de inserção, número do cateter, aspecto do local (sinais de inflamação, extravasamento e permeabilidade do cateter) e data da próxima troca. Troca do conector valvulado.
Sonda Vesical	Registro do horário da inserção ou troca da sonda, tipo de sonda, volume e aspecto da diurese, e observações sobre intercorrências (ex: hematúria, dor, obstrução). Realizar troca fixação.
Sonda Nasogástrica/ Nasoenteral	Anotação do horário da inserção ou troca da sonda, tipo de sonda, confirmação da localização, volume e aspecto do débito, observações sobre intercorrências (ex: náuseas, vômitos, irritação nasal) e anotação do preenchimento do bundle após a checagem de todos os itens.

Lesão por Pressão	Anotação do horário da avaliação da lesão, localização, estágio, tamanho, aspecto (tecido, exsudato, odor), e as intervenções realizadas (limpeza, curativo, alívio de pressão).
Contenção Mecânica	Anotação do horário da aplicação da contenção, tipo de contenção, motivo da aplicação, horário da retirada, e observações sobre o comportamento do paciente durante a contenção. (mediante prescrição médica e avaliação prévia do enfermeiro)
Preparo de Corpo	Registro do horário e dia do óbito, do preparo do corpo pós-óbito, incluindo a realização de higiene, fechamento de óstios e identificação do corpo. São encaminhados para o necrotério. Verificar a identificação correta do paciente com a pulseira e filipetas de identificação.
Precaução de microrganismos	Registro do tipo de precaução no qual o paciente se encontra (contato, aerossóis) e se foi mantido os EPI's próximo ao leito do paciente, respeitando os cuidados conforme o tipo de precaução.

Tabela 2: Itens Essenciais de Auditoria para Enfermeiros, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2025.

Item de Auditoria	Descrição Detalhada do Registro do Enfermeiro (com horário)
Avaliação de PICC	Registro do horário da avaliação do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), incluindo a data da inserção, condições do sítio de inserção (presença de dor, hiperemia, exsudato), permeabilidade do lúmen, medição do segmento externo e sinais de complicações (flebite, infecção, obstrução).
SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação)	Registro do horário da comunicação utilizando a metodologia SBAR, com o registro conciso da situação clínica atual, antecedentes relevantes, avaliação da condição do paciente e as recomendações para o plano de cuidados, nome do profissional com quem se comunicou.
Admissão PS/UTI/Hemodinâmica	Registro detalhado e com horário da admissão do paciente em unidades de Pronto-Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Hemodinâmica, incluindo a avaliação inicial completa do enfermeiro (histórico, exame físico, plano de cuidados), riscos identificados e metas de cuidado.
Transferência de Paciente	Registro do horário da transferência intra-hospitalar, motivo da transferência, condições clínicas do paciente no momento (estabilidade hemodinâmica, nível de consciência, uso de suporte ventilatório), e informações cruciais para a equipe da unidade de destino, incluindo dispositivos em uso.
Alta Hospitalar	Registro do horário da alta hospitalar, condições clínicas finais do paciente, orientações complexas para o cuidado domiciliar (manejo de feridas, medicamentos, sinais de alerta), planejamento de acompanhamento pós-alta, confirmação do entendimento do paciente/familiar e entrega do plano de cuidados pós-alta hospitalar e anotação no sistema eletrônico.
Administração de Medicamentos	Anotação do horário da administração de cada medicamento, dose, via, diluição (se aplicável), e nome do profissional que o administrou.
Balanço Hídrico	Registro do horário do balanço hídrico, incluindo o volume de líquidos administrados (orais, parenterais) e eliminados (urina, drenagens, perdas insensíveis).
Chechagem de Prescrição Médica	Anotação do horário da checagem da prescrição médica, incluindo a confirmação da dose, via, horário, e nome do profissional que realizou a checagem.
Processo de Enfermagem	Aplicar todas as etapas do processo de enfermagem conforme a queixa atual do paciente e realizar a mudança da deterioração clínica do paciente.
Evolução de Enfermagem	Registro do horário da evolução de enfermagem, incluindo a avaliação do paciente, intervenções realizadas, e plano de cuidados.
Passagem de Plantão	Anotação do horário da passagem de plantão, incluindo o resumo do estado clínico do paciente, pendências, e plano de cuidados.
Plano Terapêutico.	Realizado a estruturação do plano terapêutico, verificação da evolução dos resultados em conjunto com a evolução e discussão da equipe multidisciplinar

DISCUSSÃO

A qualidade da documentação de enfermagem tem sido amplamente reconhecida como um componente essencial para a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a eficiência na gestão dos serviços de saúde. Estudos reforçam que registros completos e padronizados favo-

recem a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, além de contribuírem para a rastreabilidade das ações e a responsabilização ética e legal dos profissionais envolvidos^{17,18}. A construção do instrumento de auditoria apresentado neste estudo foi fundamentada nas principais inconsistências documentais identificadas já na literatura, especialmente no que se

refere à ausência de horários, descrições incompletas de procedimentos e inconsistências entre os registros e os serviços faturados^{19,3}. Tais lacunas comprometem não somente a qualidade assistencial, mas também a sustentabilidade financeira das instituições, dificultando a comprovação dos cuidados prestados. Kurcgant destaca que a documentação precisa e ético é re-

flexo direto da cultura organizacional e da valorização do cuidado profissional⁹. Nesse sentido, o instrumento proposto busca não somente padronizar registros, mas também fomentar uma cultura de responsabilidade e transparência, alinhada aos princípios da educação permanente e da melhoria contínua¹⁰.

A auditoria em enfermagem, quando utilizada com caráter formativo, pode ser uma ferramenta poderosa para identificar fragilidades nos processos de trabalho e orientar intervenções educativas. A ausência de um sistema de pontuação no instrumento não compromete sua aplicabilidade, uma vez que sua estrutura

permite análise qualitativa e identificação de padrões de não conformidade. Essa abordagem é coerente com a literatura que defende auditorias com foco na aprendizagem organizacional, e não na punição individual^{11, 4}.

CONCLUSÃO

O instrumento desenvolvido aprimora a prática documental em enfermagem, oferecendo uma estrutura metodológica sistematizada para qualificar a assistência. A padronização e o registro preciso fortalecem a segurança do paciente e a rastreabilidade das intervenções.

Com caráter educativo e gerencial, a auditoria proposta identifica oportunidades de melhoria e promove a reflexão crítica, reforçando a cultura de excelência e corresponsabilidade. O instrumento apoia a gestão da qualidade, valorizando o cuidado e a autonomia técnica da enfermagem. Recomenda-se sua incorporação sistemática às rotinas institucionais. A principal limitação é a falta de validação empírica em outros contextos hospitalares. Sua adoção institucional pode representar um avanço significativo na qualidade da assistência, contribuindo para a sustentabilidade e a humanização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Anderson BE, Lesnick MJ. Nursing practice and the law. Philadelphia: F.A. Davis Co.; 1955.
2. Phaneuf MC. The nursing audit: profile for excellence. New York: Appleton-Century-Crofts; 1972.
3. Silva LD, Ferreira MA. Auditoria de enfermagem: instrumento de qualidade da assistência. Rev Bras Enferm. 2011;64(4):719-25.
4. Antunes PSSM, et al. O papel do enfermeiro na auditoria hospitalar sobre o controle de infecções relacionadas à assistência em saúde. Research, Society and Development. 2022;11(12):1-7.
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990 set 20.
6. Barbosa SFF, Marin HF. Fatores que influenciam a prática da enfermagem baseada em evidências. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):89-95.
7. Souza MT, et al. O registro de enfermagem como instrumento para a qualidade do cuidado e segurança do paciente. Rev Enferm UERJ. 2019;27:e39228.
8. Oliveira RM, et al. Glosas hospitalares: causas e implicações para a gestão hospitalar. Rev Enferm UFPE Online. 2019;13(1):1-8.
9. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
10. Echer IC. A elaboração de materiais didáticos para o cuidado em saúde. Porto Alegre: Moriá; 2005.
11. Sá AL. Curso de auditoria. São Paulo: Atlas; 1980.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
13. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução COFEN nº 429, de 8 de maio de 2012. Diário Oficial da União. 2012 maio 30; Seção 1:59.
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 2016.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

Os autores declaram que não receberam auxílio financeiro institucional, público ou privado, para a realização desta pesquisa. O estudo foi desenvolvido com recursos próprios dos autores, não estando vinculado a nenhum edital de fomento.