

# Análise das auditorias do Protocolo Manchester de Classificação de Risco

Lucimeire de Menezes Zirley\*, Cristina Torres Lima, M.Sc.\*\* , Maria de Lourdes Ulhôa, M.Sc.\*\*\*

\*Enfermeira, Especialista em Fisiologia e Fisiopatologia, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Municipal Odilon Behrens, \*\*Nutricionista, Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde, Membro da Gerência de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Apoiadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Municipal Odilon Behrens, \*\*\*Enfermeira, Especialista em Gestão Hospitalar, Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens

## Resumo

**Objetivos:** Avaliar a efetividade da realização de auditorias na qualidade do processo de classificação de risco no serviço de urgência de um hospital público de Belo Horizonte/MG. **Material e métodos:** Análise documental dos prontuários eletrônicos por meio do software Alert, segundo os critérios preconizados pelo Grupo de Triage Manchester para realização das auditorias do protocolo Manchester de classificação de risco: Fluxogramas corretos? Discriminadores corretos? Prioridades corretas? **Resultados:** Análise de 1825 auditorias; 3,6% dos fluxogramas foram escolhidos incorretamente; 46% de discriminadores foram escolhidos incorretamente e 40,8% de prioridades foram escolhidas incorretamente. **Conclusão:** A realização de auditorias evidencia que os critérios de classificação do protocolo Manchester estão abaixo da média estabelecida pelo grupo de triagem. A auditoria demonstra ser um meio eficaz para o acompanhamento do processo de classificação de risco por identificar limitações na aderência de critérios do protocolo Manchester.

**Palavras-chave:** auditoria de enfermagem, auditoria clínica, avaliação em enfermagem.

## Abstract

### *Analysis of the audits of the Manchester Protocol of Risk Classification*

**Objective:** To evaluate the effectiveness of the management audits on quality process of risk classification in an emergency service of a public hospital of Belo Horizonte/MG. **Methods:** A document analysis of electronic medical records was carried out using the Alert software, according to Manchester Triage Group criteria to carry out audit of Manchester Protocol of Risk Classification: Correct flowcharts? Correct discriminators? Correct priorities? **Results:** Analysis of 1825 audits; 3.6% of the flowcharts were incorrectly chosen; 46% of discriminators were incorrectly chosen and 40.8% of priorities were incorrectly chosen. **Conclusion:** The auditor's performance made evident that the classification criteria of the Manchester protocol are below average established for the triage group. The audits demonstrate to be an efficient way to follow-up risk classification process, as it identifies criteria limitations to adhere the Manchester Protocol.

**Key-words:** nursing audit, clinical audit, nursing assessment.

Artigo recebido em 10 de fevereiro de 2013; aceito em 6 de maio de 2013.

**Endereço de correspondência:** Lucimeire de Menezes Zirley, Rua Valentim Costa Pacheco, 172/101, 32041-000 Contagem MG, E-mail: memetchuca@hotmail.com, ctilima@terra.com.br, mariaulhoa@pbh.gov.br

## Resumen

### *Análisis de auditorías del Protocolo de la Clasificación de Riesgo de Manchester*

*Objetivo:* Evaluar la eficacia de las auditorías con respecto a la calidad del proceso de clasificación de riesgo en los servicios de urgencias de un hospital público en Belo Horizonte-MG. *Método:* Análisis documental de los registros médicos electrónicos a través del Alert software, de acuerdo a los criterios recomendados por el grupo de Triage de Manchester para realización de auditorías del Protocolo de Clasificación de Riesgo de Manchester: ¿Diagramas de flujo correctos?, ¿Discriminantes correctos?, ¿Prioridades correctas? *Resultados:* Análisis de 1825 auditorías muestran que un 3,6% de los diagramas fueron escogidos incorrectamente; 46% de discriminantes fueron escogidos incorrectamente y 40,8% de prioridades fueron escogidas incorrectamente. *Conclusión:* Las auditorías demuestran que los criterios de clasificación del Protocolo de Manchester están por debajo de la media establecida por el grupo de triaje. La auditoría demuestra ser un medio eficaz para el seguimiento del proceso de clasificación de riesgos por identificar limitaciones en la adhesión del protocolo de criterios de Manchester.

**Palabras-chave:** auditoría de enfermería, auditoría clínica, evaluación en enfermería.

## Introdução

Nos últimos anos, observou-se um crescimento na demanda dos serviços de urgência e emergência hospitalares devido, principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana e ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas. Com funcionamento nas 24 horas do dia, os tradicionais prontos-socorros acabam por ser porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes portadores de quadros de urgência propriamente dita, pacientes que percebem o quadro como urgência, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais [1-3].

A urgência qualifica um estado de atendimento prioritário a um paciente em detrimento de outros, devido a um apresentar uma afecção que evolui ou tem o risco de evoluir rapidamente para um estado grave, configurando a necessidade de atendimento imediato ao ponto de não poder permanecer em fila de espera ou esperar por atendimento em consulta eletiva. A principal finalidade de um serviço de triagem é escolher quais pacientes devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. Então, à medida que buscam os serviços de urgência e emergência, os usuários esperam receber um atendimento ideal: rápido, eficiente e eficaz. Nesse sentido, houve a necessidade de reestruturar o processo de trabalho e de redirecionamento da entrada dos usuários, que até então se baseava em uma forma de priorização por triagem, centrada na figura do coordenador médico e na lógica da exclusão [4-6].

A cadeia de valor de um serviço de urgência hospitalar é constituída por três processos principais: admissão do doente; triagem de doente e prestação do cuidado em saúde. Triagem, na língua portuguesa, significa escolha, seleção. Em um serviço de emergência, as inovações focam a finalidade de organizar o fluxo de pacientes no sistema de saúde e de selecionar os meios adequados para o diagnóstico e o tratamento [7].

Atualmente, o sistema de triagem adotado em inúmeros hospitais públicos de urgência transferiu para o enfermeiro a competência de avaliar o paciente em consonância com protocolos; e determinar as necessidades de prioridade de encaminhá-lo à área de tratamento. Então, o profissional enfermeiro do serviço de emergência, embasado nos dados clínicos, em informações objetivas e na vivência profissional, avalia qual paciente necessita de atendimento e qual pode esperar. Dessa forma, prioriza o atendimento a pacientes graves e presta assistência com segurança [5,7,8].

A implantação de um sistema mais avançado em tecnologia surgiu com os objetivos de melhorar a qualidade na classificação de risco; organizar o fluxo; garantir a todos o atendimento e acesso compatível com as suas necessidades; otimizar e sistematizar o atendimento a partir da atribuição de prioridades clínicas. Assim, a informação clínica, produzida e divulgada nos serviços de urgência/emergência, é fator determinante para o seu bom funcionamento, particularmente no que se refere à recepção e acompanhamento que é dispensado aos doentes [9,10].

Instalada em países da Europa, Ásia e América do Norte, a tecnologia de classificação de risco

permite a introdução da informação clínica do paciente com consulta aos dados em tempo real e possibilita a informatização dos processos internos da instituição, a interação entre as equipes de profissionais da saúde e a acessibilidade aos diferentes intervenientes no processo. Sob a ótica de um protocolo preestabelecido, além da avaliação com classificação de risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise realizada por profissional enfermeiro, que avalia o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada [3,11].

O protocolo de classificação de risco Manchester, criado através da formação do Grupo de Triagem Manchester em 1994, tem o objetivo de estabelecer um consenso entre os profissionais dos serviços de saúde sobre o processo de classificação de risco. Possui cinco categorias de gravidade e é atribuída a cada uma delas uma cor que define o tempo de espera do paciente até o primeiro contato com o médico do serviço de urgência. Conforme Figura 1 [1,12].

**Figura 1** - Relação entre a cor e o tempo médio para atendimento da classificação de risco.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Grupo Português de Triagem, 2002 [9].

A queixa do paciente irá direcionar o enfermeiro a um fluxograma específico que contém discriminadores que podem ser escolhidos conforme a queixa do paciente e/ou a análise de seus sinais vitais e sintomas. Por meio deste processo é possível estabelecer uma prioridade clínica ao atendimento do paciente. Assim, é possível identificar o padrão das prioridades, bem como a confiabilidade do processo de classificação em diversas unidades de saúde. Dessa forma, o processo de classificação de risco foi desenvolvido de forma que possa ser ensinado e auditado [1,12].

A auditoria na classificação de risco é considerada um sistema de revisão e controle que pode fornecer informações administrativas sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento.

É possível indicar as falhas e os problemas e apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional [4,13].

Há uma correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado, pois é possível avaliar os cuidados de enfermagem por meio de registros, os quais refletem a qualidade da assistência de enfermagem. Assim, a auditoria em serviços de classificação de risco demonstra ser um meio de acompanhamento e avaliação dos processos de trabalho. O Grupo de Triagem de Manchester estabelece a realização de auditorias como preceito para o acompanhamento dos processos de classificação, por meio do qual há garantia que o método e os conceitos do protocolo estão sendo replicados corretamente [9,13,14].

Este estudo investigativo pretende analisar as auditorias do protocolo Manchester de classificação de risco em um hospital público de Belo Horizonte/MG. Justifica-se por se tratar do importante papel que as instituições hospitalares, especialmente os prontos-socorros, cumprem na sociedade brasileira, na promoção de atendimento efetivo à saúde dos pacientes. Além disso, estabelece a compreensão de uma nova realidade de trabalho do profissional enfermeiro que busca assertividade e eficácia na realização dos processos de classificação de risco. Considera-se então que este estudo possa contribuir para o esclarecimento dos possíveis erros individuais e situacionais que estão implicados no processo de adaptação dos profissionais enfermeiros no uso desta tecnologia, propiciando subsídios para o monitoramento, acompanhamento e direcionamento de estratégias para aprimorar e otimizar a utilização da nova tecnologia de classificação de risco [15,16].

## Objetivo geral

Avaliar a efetividade da auditoria na qualidade do processo de classificação de risco no serviço de urgência de um hospital público de Belo Horizonte/MG.

## Objetivos específicos

Contextualizar a auditoria nos serviços de saúde; Analisar os dados das auditorias conforme os critérios estabelecidos pelo protocolo de Manchester; Descrever as não conformidades identificadas nas auditorias do protocolo Manchester; Propor ações de melhoria da qualidade ao processo de classificação de risco.

## Material e métodos

O interesse de investigação deste estudo residiu na análise dos dados secundários arquivados no software Alert de classificação de risco durante o período de Setembro de 2009 (implantação do sistema Alert) a Setembro de 2010. Considerada, então, como pesquisa documental, devido ao exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas formas e interpretações complementares e também considerada retrospectiva, em relação ao período da coleta dos dados e a análise de seus resultados, uma vez que visa a avaliação das práticas realizadas no dia a dia, no período em questão, e o conhecimento cotidiano relativo à questão em análise [14,17].

Neste estudo, utilizou-se das informações armazenadas no software, em que foi possível a verificação dos dados cadastrais dos pacientes triados, bem como os parâmetros avaliados e a conduta profissional do enfermeiro. Então, para a coleta dos dados, foi utilizado os prontuários eletrônicos da classificação de risco. Os resultados das auditorias realizadas no período da pesquisa foram analisados individualmente por enfermeiro classificador de risco [18].

Os critérios de auditoria permitiram analisar a queixa apresentada pelo paciente e a compatibilidade da conduta com os critérios do protocolo Manchester. Dessa forma, avaliaram-se as não conformidades identificadas nas auditorias nas seguintes questões:

- 1) Discriminadores foram escolhidos corretamente?
- 2) Fluxogramas foram escolhidos corretamente?
- 3) Prioridades foram escolhidas corretamente [12]?

A palavra foi utilizada como ferramenta para a disseminação dos resultados que tratou de descrever a avaliação das características apresentadas nas questões acima, foco do estudo [19,20].

## Referencial teórico - Auditorias nos serviços de saúde

A auditoria teve origem na área contábil desde os anos 2600 a.C. e foi na Inglaterra, no período da Revolução Industrial, que esta prática teve grande desenvolvimento por ter sido implantada nas grandes empresas como o é, até hoje. Na área da saúde, a auditoria surge pela primeira vez em um estudo

do médico George Gray Ward, nos Estados Unidos, em 1918, com a finalidade de analisar, por meio de registros, a qualidade da assistência médica prestada aos pacientes [21].

Em 1956, Lambeck utilizou ferramentas de auditoria com a finalidade de avaliar a qualidade dos processos e os resultados dos serviços de saúde, por meio da observação direta do registro e da história clínica do usuário [22].

No Brasil, a auditoria em saúde foi reconhecida no Decreto nº 809, de 24 de abril de 1993, que aprova a estrutura básica regimental do Inamps, formada pela Procuradoria-Geral e Auditoria como órgãos de assistência direta e imediata ao Presidente e estabelece as competências da auditoria: controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos Estados, Distrito Federal e municípios pelo Inamps no passado e pelo SUS, a partir da lei nº 8080 [23,24].

Até os tempos atuais, os manuais de auditorias em saúde existentes, enfatizam que o principal objetivo do processo de auditoria é “a qualidade das ações de serviços prestados no campo da saúde”. Desde então, esses processos têm sido sistematizados utilizados como instrumentos de suporte estabelecidos para avaliar os serviços de saúde e suas intervenções e também como referência para redefinição de objetivos, estabelecimento de conteúdos e estratégias para consolidar melhorias nos serviços de saúde [25].

A auditoria em saúde tem sido utilizada como parâmetro às mais diversas profissões. Na enfermagem, a auditoria é considerada um processo pelo qual as atividades de enfermagem são examinadas e mensuradas por meio de padrões preestabelecidos. Este demonstra ser um elemento fundamental para mensuração da qualidade da assistência e fornecimento de subsídios que visam reorientar atividades, estimular a reflexão e direcionar o processo de educação permanente. Além disso, o processo de auditoria em enfermagem possui a finalidade de identificar áreas de deficiência do serviço, fornecer dados para melhoria dos programas de enfermagem e qualidade do cuidado e obter dados que possam ser utilizados em atividades de atualização do pessoal de enfermagem [17].

As informações geradas por uma auditoria possibilitam o redirecionamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações dos serviços de saúde. Dessa forma, constitui-se em

uma oportunidade permanente de negociação e, ao envolver aspectos organizacionais e políticos relacionados, reorienta o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde [25].

Assim, entende-se que a auditoria no sistema de classificação de risco do protocolo Manchester possa determinar se as atividades satisfazem aos requisitos previamente estabelecidos no protocolo. Isto é possível por utilizar os resultados das auditorias para melhoria da gestão dos serviços de saúde e a garantia que os princípios definidos no protocolo correspondam a real apresentação dos pacientes e aos registros feitos pelos profissionais da classificação [12].

As auditorias podem, a partir do órgão auditor, para qualquer atividade, serem classificadas em externa e interna. A auditoria interna, objeto do presente estudo, é compreendida como uma atividade de controle administrativo, com alto grau de independência, que verifica o interior de uma organização ou de um processo. Há regras sobre o perfil e conduta dos profissionais auditores que não devem ter relação de dependência com as atividades que audita. Essa independência viabiliza o exercício de suas funções de maneira mais livre, objetiva e sem comprometimentos, devendo resultar em julgamentos neutros e imparciais. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação segundo os parâmetros e critérios técnicos ou não. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração, melhorias, revisão nos padrões, rotinas, protocolos e ações avaliativas que contribuam com o gerenciamento de enfermagem [26-29].

### **Critérios para a auditoria do sistema triagem de Manchester**

O Grupo de Triagem Manchester dedicou-se a criação de informações para pontuar queixas ou situações que poderiam ser analisados retrospectivamente como marcadores de uma classificação bem feita. A auditoria do protocolo é um dos princípios norteadores elaboradas pelo Grupo de Triagem de Manchester e demonstra ser um mecanismo de acompanhamento do processo de classificação de risco [12].

O sistema de classificação de risco Manchester preconiza os dois processos de auditorias: a externa é feita por auditores externos à instituição para acompanhar a operacionalização dos seus pressupostos e

controlar o próprio sistema, e a interna que é executada por auditores internos da instituição. Tem o intuito de analisar se o protocolo está efetivamente implementado e o de realizar uma avaliação individual dos profissionais que atuam na classificação de risco e também uma análise global das auditorias dos serviços de saúde [12].

Os critérios estabelecidos pelo Grupo de Triagem Manchester para a realização das auditorias internas são:

- aferição igual ou superior a 80% - bom desempenho;
- aferição superior a 90% - muito bom desempenho;
- aferição superior a 95% - excelente desempenho [9].

O Grupo de Triagem de Manchester orienta que as auditorias sejam feitas mensalmente, por grupos formados por no mínimo um médico e um enfermeiro que devem auditar cinco episódios por triador/ classificador por semana. A seleção dos registros para auditorias é feita de forma aleatória por um profissional do serviço ou pelo sistema informatizado. Esse processo de auditoria pretende:

- analisar a queixa apresentada pelo doente;
- verificar a adequada seleção dos fluxogramas conforme a queixa apresentada;
- verificar evidências para a seleção do discriminador e da prioridade [9,12].

### **Resultado e discussão**

Para caracterização deste estudo apresentamos a Tabela I que mostra o quantitativo de auditorias realizadas no período de setembro de 2009 a setembro de 2010.

A instituição possui uma média/mês de 28 enfermeiros realizando a classificação de risco. Esta variação pode ocorrer devido a licenças, férias ou desligamentos que podem acontecer esporadicamente. Cada enfermeiro foi auditado por meio do prontuário eletrônico disponibilizado no software Alert. Foram realizadas 5 auditorias/mês para cada enfermeiro totalizando 1825 auditorias. O Grupo de Triagem de Manchester recomenda 5 auditorias semanais por enfermeiro. Este quantitativo não foi realizado, pois, naquele momento, o hospital vivia a fase de formação dos auditores internos e não

possuía ainda número suficiente de participantes que pudessem realizar as auditorias com a frequência indicada [9].

**Tabela I** - Quantitativo de auditorias realizadas entre setembro de 2009 a setembro de 2010 e a relação percentual de prioridades consideradas corretas mês.

Mês	Número de enfermeiros	Número de auditorias	Porcentagem de prioridades corretas
Set/09	28	140	56%
Out/09	21	105	57%
Nov/09	29	145	55%
Dez/09	26	130	75%
Jan/10	28	140	59%
Fev/10	27	135	61%
Mar/10	28	140	65%
Abr/10	25	125	61%
Mai/10	33	165	65%
Jun/10	30	150	75%
Jul/10	33	165	70%
Ago/10	29	145	65%
Set/10	28	140	69%
Total	Média 28	1825	Média 64%

Fonte: Alert Life Sciences Computing, 2011.

O percentual médio de prioridades escolhidas corretamente durante o período de setembro de 2009 a setembro de 2010 foi de 64%, resultado considerado abaixo do recomendado pelo Grupo de Triagem Manchester.

A seguir, a Tabela II apresenta a análise dos critérios de auditoria, conforme estabelecido pelo Grupo de Triagem Manchester.

Pode-se identificar 816 não conformidades no critério escolha do discriminador, isto representa 46% de não conformidades em relação ao total de 1825 auditorias. Tal resultado perfaz uma média de 62 não conformidades/mês neste critério de análise, resultado maior que o preconizado pelo Grupo de Triagem de Manchester [9].

Nota-se que os enfermeiros não apresentam dificuldades na escolha dos fluxogramas, um total de 47 não conformidades identificadas, o que representa 3,6% de erros encontrados no período determinado da pesquisa. O resultado representa uma média de 3 não conformidades/mês para este critério de análise.

No período da pesquisa foram identificadas 745 não conformidades relacionadas à escolha incorreta da prioridade do paciente. Este valor representa

40,8% de não conformidades no total das 1825 auditorias. O valor médio de não conformidades/mês neste critério de análise é de 57.

**Tabela II** - Análise dos critérios de auditoria.

Mês	Discrimina- dores escolhi- dos incorre- tamente	Fluxogramas escolhidos incorreta- mente	Prioridades escolhida in- corretamente
Set/09	64	5	63
Out/09	49	2	45
Nov/09	73	5	68
Dez/09	46	3	39
Jan/10	66	7	60
Fev/10	69	2	63
Mar/10	77	6	62
Abr/10	61	1	55
Mai/10	86	8	77
Jun/10	51	2	47
Jul/10	65	2	61
Ago/10	56	2	54
Set/10	53	2	51
Total	816	47	745
Média/ mês	62,7	3,6	57,3
Percen- tual	44,7%	2,6%	40,8%

Fonte: Alert Life Sciences Computing, 2011.

A escolha incorreta do discriminador e da prioridade relaciona-se ao uso inadequado de conceitos e a não observância dos itens que pertencem ao protocolo. Fato evidenciado pela ausência do preenchimento de registros, como os parâmetros vitais. A escolha incorreta da prioridade demonstra ser o erro considerado mais grave, pois influi diretamente no tempo de espera para avaliação médica do paciente.

A auditoria do protocolo Manchester demonstra ser um mecanismo de acompanhamento das classificações de risco analisando-as segundo critérios e conceitos pré-estabelecidos. Pode-se identificar que os critérios mais sinalizados como não conformes nas auditorias foram a escolha dos discriminadores e a escolha das prioridades. Isto sugere limitações por parte dos enfermeiros em registrar informações solicitadas pelo protocolo ou em reconhecer conceitos. Sendo assim, realizar um acompanhamento do grupo de classificadores com o intuito de rever o método de classificação de risco e os seus conceitos se tornou uma ação estratégica e para isso a instituição preconizou a formação de um grupo responsável

por auditar mensalmente as classificações de risco realizadas pelo protocolo Manchester.

O grupo de auditores do protocolo Manchester foi formado, nesta instituição de saúde, em julho/2010 por dois enfermeiros e dois médicos. Desde então, o grupo reúne-se mensalmente para discussão e elaboração de intervenções dos casos auditados.

Observou-se que o grupo de auditores foi formado um ano após a implantação do protocolo de Manchester na instituição, o que contribuiu fundamentalmente para o acúmulo de processos a serem realizados. Por este motivo, o grupo de auditores optou por fazer todas as auditorias atrasadas até atingir o período regular para sistematizar os processos de auditoria. Após término das apurações, o grupo de auditores convocou, como estratégia de intervenção, uma reunião para *feedback* coletivo com todos os enfermeiros que realizavam a classificação de risco da instituição.

Foi possível verificar que mesmo após a ciência dos classificadores sobre as não conformidades, os índices permaneceram altos de acordo com os critérios mínimos de aferições corretas estabelecidas pelo Grupo de Triage Manchester. Assim, visando minimizar a situação criada, o grupo de auditores optou por bloquear, no *software* Alert, o registro dos parâmetros vitais. Deste modo, não era possível avançar na avaliação por discriminadores sem antes registrar as informações solicitadas pelo primeiro discriminador. Após esta conduta o índice de conformidade aumentou significativamente e a meta estabelecida para aferições corretas foi alcançada. E desde então, a instituição mantém os seus níveis de aferições corretas entre bom desempenho e muito bom desempenho.

Após este período, as auditorias foram realizadas mensalmente pelo grupo de auditores que utilizaram de *feedback* individual e de reuniões trimestrais como estratégia de intervenção com o grupo de classificadores.

A pesquisa apresenta limitações, sendo uma delas o número de auditorias realizadas. Sugere-se que o número de auditorias/mês seja o recomendado pelo grupo de triagem por aumentar a amostragem para análise das auditorias da classificação de risco. A formação do grupo de auditores após a implantação do protocolo na instituição impossibilitou uma intervenção educativa junto à equipe de classificadores no momento adequado e postergou as ações dos auditores e dos profissionais classificadores por desconhecimento das ocorrências.

## Conclusão

Então, realizar auditorias do protocolo Manchester demonstra ser um meio eficaz para o acompanhamento do processo de classificação de risco, por identificar limitações na aderência de critérios do protocolo e por possibilitar análises e intervenções para que sejam alcançadas as metas colocadas pelo sistema Manchester de Classificação de Risco.

## Referências

1. Souza CC. Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos [dissertação]. Belo Horizonte: Programa Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
2. Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(2):427-42.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série A Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Pires PS. Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
6. Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios [tese]. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Departamento De Ciências Sociais, Programa de Pós Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro; 2000.
7. Gatti MFZ. Triage de enfermagem em serviço de emergência. Centro de Estudos e Pesquisa. São Paulo: Boletim Científico do Hospital Samaritano; 2003.
8. Machado SCEP, Gonçalves AVFG, Polanczyk CA, Ribeiro CA, Moraes CAA, Nied CJ, et al. Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência. *Relato de experiência. Hospital das Clínicas de Porto Alegre* 2005;1-8.
9. Grupo Português de Triage. Triage no serviço de urgência. Manual do formando. Belo Horizonte: BMJ; 2002.
10. Santos C, Ferreira C, Tribolet J. Identificação e Avaliação do Risco Associado aos Processos de Negócio de um Serviço de Urgência Hospitalar: um caso de estudo, 6ª ed. Bragança (Portugal): CAPSI; 2005.
11. Grupo Alert Brasil. Alert inaugura sede no Brasil. *Press à porter gestão de imagem* [internet]. São Paulo; 2008. [citado 2011 Dec 10]. Disponível em URL: <http://www.pressaporter.com.br>

12. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle Jill. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 1ª. ed. Versão Brasileira. Welfane Cordeiro Júnior e Adriana de Azevedo Mafrá: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco: Belo Horizonte; 2010.
13. Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm 2009;22(3):313-7.
14. Scarparo AF, Ferraz CA. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Rev Bras Enferm 2008;61(3):302-5.
15. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva 2007;12(4):849-89.
16. Ulhoa ML, Garcia FC, Lima CT, Santos DS, Castro PAA. A implantação de nova tecnologia: implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência. RGO 2010;3(1):99-118.
17. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Yin R. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
19. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. Revista de Administração de Empresas ERA 1995;35(2):57-63.
20. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 11a ed. São Paulo: Atlas; 2009.
21. Faraco MM, Albuquerque GL. Auditoria o método de assistência de enfermagem. Rev Bras Enferm 2004;57(4):421-44.
22. Caleman G, Moreira ML, Sanchez MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. São Paulo: Fundação Petrópolis; 1998.
23. Brasil. Presidência da República. Decreto n. 809, de 24 de abril de 1993. Aprova a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória; altera o Anexo II, parte a e b, do Decreto n.109, de 2 de maio de 1991, e dá outras providências.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 182, Seção I, p. 18.055, 20 set. 1990.
25. Melo MB, Vaitzman J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo em Perspect 2008;22(1):152-64.
26. Costa JSD, Roman VR, Luz RM, Manzolli PP, Correa P, Recuero LF. Auditoria médica: avaliação de alguns procedimentos inseridos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 1998;14(1):43-9.
27. Attie W. Controle interno. In: Auditoria: conceitos e aplicações. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1984.
28. Silva RG, Fischer FM. Auditorias internas do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. Cadernos de Pesquisa em Administração 2004;11(4):1-12.
29. Pereira PM, Petry P, Porto AR. A importância do Enfermeiro Auditor na qualificação da assistência profissional. Rev Enferm UFPE 2010;2(4):504-9.

# Anuncie!

## Enfermagem BRASIL



Tel: (11) 3361-5595 | [comercial@atlanticaeditora.com.br](mailto:comercial@atlanticaeditora.com.br)