Gestão de enfermagem, classificação de risco e segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência

Nursing management, risk classification and patient safety in urgent and emergency care services

Fernanda Conceição Silva
Enfermeira

Resumo

A classificação de risco constitui tecnologia assistencial e gerencial indispensável à organização dos serviços de urgência e emergência, pois permite ordenar prioridades segundo gravidade, potencial de deterioração e necessidade de recursos, em substituição à lógica cronológica de chegada. Este capítulo analisa criticamente a interface entre gestão de enfermagem, julgamento clínico, padronização de protocolos e segurança do paciente. Trata-se de estudo teórico-reflexivo fundamentado em normas brasileiras, documentos de organismos internacionais e literatura científica sobre sistemas estruturados de triagem. Argumenta-se que a efetividade da classificação não decorre apenas da adoção de uma escala, mas da articulação entre competência clínica, governança, dimensionamento adequado, educação permanente, comunicação interprofissional, reavaliação e monitoramento de indicadores. Discutem-se riscos de subtriagem e sobretriagem, limitações da reprodução mecânica de algoritmos, efeitos da superlotação e possibilidades de apoio digital. Conclui-se que a classificação de risco deve ser compreendida como processo dinâmico de gestão clínica, integrado à rede assistencial e sustentado por cultura organizacional orientada à aprendizagem e à prevenção de danos.
Palavras-chave: enfermagem; classificação de risco; segurança do paciente; urgência e emergência; gestão clínica; protocolos assistenciais.

Abstract

Risk classification is an essential clinical and managerial technology for organizing urgent and emergency care services because it establishes priorities according to severity, potential deterioration, and resource needs rather than order of arrival. This chapter critically examines the interface between nursing management, clinical judgment, protocol standardization, and patient safety. It is a theoretical-reflective study grounded in Brazilian regulations, international organizational documents, and scientific literature on structured triage systems. The central argument is that effective risk classification does not result solely from adopting a scale; it requires the integration of clinical competence, governance, adequate staffing, continuing education, interprofessional communication, reassessment and indicator monitoring. Risks of undertriage and overtriage, limitations of mechanical algorithm use, consequences of overcrowding and opportunities for digital decision support are discussed. Risk classification should therefore be understood as a dynamic clinical governance process, integrated into the health care network and supported by an organizational culture committed to learning and harm prevention.
Keywords: nursing; risk classification; patient safety; emergency care; clinical governance; clinical protocols.

Gestão de enfermagem, classificação de risco e segurança do paciente nos serviços de urgência e emergência

Introdução

Os serviços de urgência e emergência operam sob incerteza, variabilidade de demanda e restrição temporal. Pacientes com quadros autolimitados compartilham o mesmo ponto de entrada com pessoas em deterioração fisiológica, sofrimento psíquico agudo, trauma ou condições tempo-dependentes. Essa heterogeneidade torna inadequada a organização estritamente cronológica do atendimento e exige um mecanismo capaz de reconhecer prioridades clínicas antes da avaliação diagnóstica completa. A classificação de risco surge, portanto, como componente de segurança e de governança do fluxo, e não como simples procedimento administrativo.

A triagem moderna deslocou-se do ato de "separar" pacientes para um processo estruturado de decisão clínica. Sistemas de cinco níveis, como Manchester Triage System, Emergency Severity Index e Canadian Triage and Acuity Scale, procuram transformar sinais, sintomas, discriminadores e previsão de recursos em categorias de prioridade. Embora utilizem arquiteturas distintas, todos pressupõem avaliação inicial sistemática, documentação, comunicação e reavaliação. A literatura demonstra, contudo, que validade e confiabilidade não são propriedades absolutas da escala: variam conforme população, treinamento, contexto operacional e adesão ao protocolo (Christ et al., 2010; Farrokhnia et al., 2011).

No Brasil, a Resolução cofen nº 661/2021 estabelece que, no âmbito da equipe de enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência são privativas do enfermeiro, que deve estar capacitado para o protocolo institucional. Esse reconhecimento normativo atribui ao profissional responsabilidade clínica e ética relevante. A decisão produz consequências sobre tempo de espera, alocação de recursos e possibilidade de dano, exigindo autonomia acompanhada de competência, condições de trabalho e respaldo organizacional.

A segurança do paciente oferece o referencial mais abrangente para compreender esse processo. O plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030 propõe eliminar danos evitáveis por meio de políticas, sistemas confiáveis, formação profissional, informação e aprendizagem organizacional (World Health Organization, 2021). Em urgência, a classificação é uma barreira inicial contra atraso terapêutico, mas pode se converter em

fonte de risco quando executada sob sobrecarga, interrupções, protocolos desatualizados ou comunicação deficiente.

Este capítulo objetiva analisar fundamentos, requisitos organizacionais e estratégias de melhoria da classificação de risco sob a perspectiva da gestão de enfermagem e da segurança do paciente. A discussão abrange modelos estruturados, julgamento clínico, implantação de protocolos, fatores humanos, educação permanente, indicadores e tecnologias digitais. Não se pretende eleger uma escala universal, mas estabelecer princípios para que cada instituição selecione, implemente e avalie um sistema coerente com seu perfil assistencial e sua capacidade operacional.

1 Urgência, emergência e complexidade do acesso

A porta de urgência concentra falhas e insuficiências de diferentes pontos da rede. Dificuldade de acesso à atenção primária, descontinuidade do cuidado, demanda reprimida por especialistas, insuficiência de leitos e fragilidades no transporte sanitário repercutem sobre o serviço de emergência. A superlotação, por isso, não deve ser interpretada exclusivamente como excesso de procura: resulta da interação entre entrada, processamento interno e saída hospitalar. Morley et al. (2018), em revisão sistemática, identificaram causas e consequências múltiplas do crowding, com efeitos sobre tempo de espera, experiência do paciente, carga de trabalho e resultados clínicos.

Nesse ambiente, a classificação de risco cumpre duas funções complementares. A primeira é clínica: reconhecer pessoas que não podem aguardar com segurança. A segunda é gerencial: produzir informação para ordenar o fluxo e antecipar necessidades. Essa dupla função impede que a triagem seja isolada do restante da operação. Uma prioridade elevada sem resposta assistencial compatível transforma a classificação em rótulo; do mesmo modo, um fluxo rápido sem avaliação consistente pode ocultar condições graves.

O acolhimento não se confunde com a classificação. Acolher significa reconhecer necessidades, estabelecer comunicação respeitosa e orientar o usuário; classificar implica avaliar gravidade e urgência por meio de julgamento clínico apoiado em protocolo. O parecer normativo cofen nº 1/2025 reafirma essa distinção e caracteriza a classificação como ato

privativo do enfermeiro na equipe de enfermagem. A separação conceitual evita tanto a redução do acolhimento a uma etiqueta de cor quanto a delegação indevida de decisão clínica. A complexidade aumenta em grupos com manifestações atípicas ou comunicação limitada. Crianças, pessoas idosas, gestantes, pacientes com deficiência, indivíduos sob efeito de substâncias e pessoas em crise de saúde mental podem não se ajustar perfeitamente a fluxogramas gerais. Revisões pediátricas demonstram que diferentes instrumentos apresentam níveis variáveis de validade e confiabilidade, o que reforça a necessidade de protocolos específicos e capacitação contextualizada (magalhães-barbosa et al., 2017; magalhães-barbosa et al., 2019).

A gestão do acesso deve, assim, combinar estratificação inicial, vias rápidas para condições tempo-dependentes, reavaliação dos pacientes em espera e mecanismos de escalonamento. Essa arquitetura reconhece que o risco é temporal: uma pessoa inicialmente estável pode deteriorar-se, enquanto novas informações podem modificar a prioridade. Classificar não encerra a responsabilidade; inaugura um ciclo de vigilância até a transferência segura do cuidado.

2 Sistemas estruturados de classificação de risco

Sistemas estruturados reduzem variabilidade ao oferecer categorias, descritores e tempos-alvo. O Manchester Triage System organiza a decisão por fluxogramas de apresentação e discriminadores; o Emergency Severity Index combina acuidade com previsão de recursos; a Canadian Triage and Acuity Scale relaciona apresentações clínicas, modificadores e tempo recomendado. A escolha institucional deve considerar perfil epidemiológico, população atendida, interoperabilidade, treinamento disponível e evidência de desempenho no contexto de uso.

A comparação entre escalas não pode se limitar ao número de níveis. Validade refere-se à capacidade de representar a urgência real e predizer desfechos relevantes; confiabilidade indica consistência entre avaliadores ou no mesmo avaliador ao longo do tempo. Christ et al. (2010) observaram heterogeneidade metodológica nos estudos de triagem, e Farrohknia et al. (2011) concluíram que a evidência disponível sustentava o uso de escalas de cinco níveis,

embora com limitações na qualidade dos estudos. Portanto, protocolos devem ser localmente validados e continuamente auditados.

Subtriagem ocorre quando a prioridade atribuída é inferior à necessidade clínica, criando risco de atraso. Sobretriagem corresponde à atribuição excessiva de urgência, que pode desviar recursos e prolongar a espera de outros pacientes. Nenhuma escala elimina completamente esses erros. O objetivo da governança é torná-los detectáveis, analisáveis e progressivamente menos frequentes, sem induzir uma cultura punitiva que desestimule a notificação.

A padronização não equivale à rigidez. Protocolos seguros contêm critérios objetivos, mas também preveem julgamento profissional, situações especiais e mecanismos de revisão. Sinais vitais, intensidade da dor, mecanismo de trauma, nível de consciência, perfusão, padrão respiratório e vulnerabilidades precisam ser interpretados em conjunto. O algoritmo organiza o raciocínio; não substitui a avaliação clínica.

A documentação é parte constitutiva do processo. Horário, queixa principal, sinais vitais, discriminadores, categoria, justificativa, intervenções, orientações e reavaliações formam uma trilha de decisão. Registros incompletos dificultam continuidade, auditoria e aprendizagem. Além de proteger o paciente e o profissional, a documentação produz dados para avaliar aderência, tempos e desfechos.

sistema	Lógica principal	contribuição	atenção gerencial
Manchester triage system	Fluxogramas e discriminadores	Padroniza apresentações clínicas e prioridades	Requer domínio dos discriminadores e auditoria de aderência
Emergency severity index	Acuidade e previsão de recursos	Integra risco imediato e complexidade provável	Previsão de recursos depende do contexto assistencial

Canadian triage and acuity scale	Apresentações, modificadores e tempos-alvo	Favorece estratificação clínica em cinco níveis	Exige formação, atualização e monitoramento de concordância

Fonte: elaboração da autora com base em Christ et al. (2010), ahrq e literatura internacional sobre sistemas de triagem.

3 Julgamento clínico e tomada de decisão do enfermeiro

A classificação de risco é uma decisão sob pressão de tempo, informação incompleta e possibilidade de deterioração. O enfermeiro precisa reconhecer padrões, formular hipóteses provisórias e identificar sinais incompatíveis com espera prolongada. Esse raciocínio envolve conhecimento fisiopatológico, experiência, comunicação e consciência situacional. A prioridade não corresponde a um diagnóstico definitivo; expressa uma estimativa prudente do risco e da urgência.

Heurísticas são inevitáveis na prática, mas podem gerar vieses. Ancoragem na primeira informação, normalização de sinais alterados, influência da aparência, preconceitos relacionados a gênero, idade, raça ou condição social e efeito da pressão por reduzir filas podem distorcer decisões. A resposta não é eliminar o julgamento humano, mas criar barreiras: coleta mínima obrigatória, verificação de sinais vitais, critérios de escalonamento, segunda avaliação em casos discordantes e revisão de eventos.

A comunicação com o paciente também possui valor diagnóstico. Perguntas abertas ajudam a identificar início, evolução e impacto dos sintomas; perguntas focadas verificam discriminadores. A escuta deve incluir familiares e cuidadores quando pertinente, sem apagar a autonomia do paciente. Barreiras linguísticas e sensoriais requerem recursos apropriados, pois a incompreensão pode produzir classificação inadequada.

Reavaliação é extensão do julgamento inicial. Pacientes em espera devem ser monitorados segundo a prioridade, quadro clínico e dinâmica do serviço. Alteração de dor, consciência, padrão respiratório, perfusão ou sinais vitais exige nova decisão e documentação. A ausência

de reavaliação transforma uma categoria momentânea em pressuposto fixo, contrariando a natureza dinâmica do risco.

Autonomia profissional requer condições institucionais. A resolução cofen nº 661/2021 estabelece tempo médio de quatro minutos por classificação e limite de 15 avaliações por hora, além de vedar o exercício simultâneo de outras atividades. Esses parâmetros reconhecem que interrupções e sobrecarga ameaçam a qualidade cognitiva da decisão. A segurança, portanto, não pode ser atribuída apenas ao desempenho individual; depende do desenho do trabalho.

4 Implantação de protocolos e governança clínica

Implantar um protocolo é uma intervenção organizacional, não um ato de publicação documental. O processo deve começar pelo diagnóstico do serviço: perfil de demanda, horários de pico, população, condições mais frequentes, recursos diagnósticos, capacidade de resposta, rotas de transferência e eventos anteriores. A seleção da escala precisa ser acompanhada de adaptação responsável, sem modificações arbitrárias que destruam sua lógica ou validade.

A governança deve definir responsáveis técnicos, versão vigente, periodicidade de revisão, treinamento inicial, critérios de competência e canais para dúvidas. Participação da enfermagem, medicina, qualidade, tecnologia, regulação e gestão favorece coerência entre classificação e resposta. Se o protocolo atribui prioridade imediata, a unidade deve especificar quem recebe o alerta e qual percurso será acionado.

A implementação pode ser organizada em ciclos: desenho, simulação, teste piloto, avaliação e expansão. Cenários clínicos permitem observar concordância e raciocínio antes do uso real. Durante o piloto, indicadores de tempo, discordância, reclassificação e incidentes ajudam a localizar fragilidades. Mudanças devem ser registradas e comunicadas, evitando coexistência informal de versões.

Liderança de enfermagem é decisiva para converter norma em prática. Coordenadores precisam proteger o trabalho de classificação, negociar recursos, observar o fluxo e apoiar

decisões difíceis. Liderança segura não se resume a cobrar conformidade; cria condições para que profissionais comuniquem dúvidas, interrupções e falhas sem medo de retaliação. Protocolos de normas e rotinas complementam a escala ao estabelecer fluxos para identificação, medicação, coleta, encaminhamento, transferência, registro e comunicação. Essa integração reduz lacunas entre prioridade e cuidado efetivo. A classificação é mais confiável quando pertence a um sistema coerente de processos, e não quando permanece como ilha documental na entrada do serviço.

5 Segurança do paciente, fatores humanos e cultura organizacional

Segurança do paciente corresponde à redução do risco de dano evitável a um mínimo aceitável. O programa nacional de segurança do paciente, instituído pela Portaria gm/ms nº 529/2013, e a rdc Anvisa nº 36/2013 estabeleceram bases para ações sistemáticas, núcleos de segurança do paciente e notificação de eventos. Em urgência, a classificação integra esse sistema por atuar no primeiro ponto de reconhecimento do risco.

O modelo de Reason (2000) demonstra que eventos raramente decorrem de uma única falha. Barreiras podem apresentar fragilidades simultâneas: equipe insuficiente, ambiente ruidoso, equipamento indisponível, registro incompleto, comunicação falha e protocolo ambíguo. Concentrar a análise no profissional que atribuiu a categoria impede a identificação das condições latentes que tornaram o erro provável.

Interrupções merecem atenção porque fragmentam memória de trabalho e aumentam omissões. O posto de classificação deve ter privacidade acústica possível, equipamentos funcionais, acesso ao prontuário e sinalização clara. Demandas administrativas paralelas, telefonemas e solicitações externas devem ser redirecionados. Ergonomia e organização do ambiente são intervenções clínicas porque afetam a decisão.

Transições de cuidado constituem outro ponto crítico. A categoria e seus fundamentos precisam acompanhar o paciente até o profissional ou setor seguinte. Comunicação estruturada pode incluir queixa, achados, prioridade, intervenções, resposta e riscos antecipados. Em transferências, a responsabilidade deve ser explicitamente aceita; deslocar fisicamente o paciente não equivale a concluir uma passagem segura.

Cultura justa diferencia erro humano, comportamento de risco e violação deliberada, adotando respostas proporcionais. Incidentes e quase falhas devem alimentar aprendizagem, não exposição. Reuniões de análise, devolutivas e mudanças observáveis fortalecem a confiança. Quando a equipe notifica e não percebe melhoria, o sistema perde capacidade de aprender.

6 Educação permanente, trabalho em equipe e competência

Capacitação inicial é necessária, mas insuficiente. Competência em classificação se deteriora quando o profissional utiliza o protocolo de forma infrequente, quando novas apresentações clínicas surgem ou quando atualizações não são incorporadas. Educação permanente deve partir de problemas reais do serviço e combinar teoria, simulação, discussão de casos, auditoria e feedback.

Treinamentos eficazes avaliam desempenho, não apenas presença. Casos escritos podem medir categoria e justificativa; simulações avaliam coleta de dados, comunicação e escalonamento; observação direta identifica desvios de processo. Resultados devem orientar reforço individual e revisão do sistema, sem converter avaliação educativa em mecanismo punitivo.

Concordância entre avaliadores é um indicador de consistência. Amostras de prontuários ou cenários padronizados permitem comparar decisões e discutir divergências. O objetivo não é produzir uniformidade cega, mas compreender por que profissionais interpretam diferentemente um mesmo conjunto de dados. Divergências recorrentes podem indicar treinamento insuficiente, discriminador ambíguo ou adaptação inadequada.

A competência também é interprofissional. A equipe que recebe pacientes classificados precisa compreender categorias, tempos e critérios de escalonamento. Quando médicos, técnicos, reguladores e administrativos atribuem significados diferentes às prioridades, surgem conflitos e atalhos informais. Treinamentos conjuntos ajudam a alinhar expectativas e responsabilidades.

O relatório State of the World's Nursing 2025 destaca educação, liderança, emprego e prestação de serviços como dimensões inseparáveis do fortalecimento da enfermagem

(World Health Organization, 2025). Aplicado à urgência, esse princípio implica investir simultaneamente em formação clínica, condições de trabalho e participação do enfermeiro nas decisões organizacionais.

7 Indicadores, auditoria e inovação tecnológica

A melhoria requer medidas capazes de conectar processo e desfecho. Indicadores úteis incluem tempo até a classificação, tempo até a primeira intervenção, proporção por categoria, reclassificação, abandono antes do atendimento, concordância entre avaliadores, subtriagem, sobretriagem, eventos durante a espera e aderência à reavaliação. Volume isolado não mede qualidade e pode incentivar velocidade em detrimento da segurança.

A estrutura de Donabedian (1988) permanece útil: a estrutura abrange equipe, ambiente, equipamentos e sistemas; processo inclui avaliação, documentação, comunicação e reavaliação; resultado contempla atraso, dano, mortalidade, satisfação e continuidade. Painéis devem combinar essas dimensões para evitar conclusões simplistas. Um tempo curto pode coexistir com avaliação incompleta, enquanto uma maior duração pode refletir complexidade.

Auditoria clínica deve utilizar critérios transparentes, amostragem definida e devolutiva tempestiva. Casos de deterioração na espera, transferência inesperada para terapia intensiva ou intervenção tempo-dependente tardia merecem análise aprofundada. A revisão precisa reconstruir informação disponível naquele momento, evitando o viés retrospectivo de julgar a decisão inicial com conhecimento adquirido depois.

Tecnologias digitais podem apoiar coleta de sinais, alertas, cálculo de escores, identificação de alergias e vigilância de tempos. Entretanto, automação introduz riscos de dependência excessiva, fadiga de alertas, dados incorretos e reprodução de vieses. Sistemas devem ser validados localmente, manter explicabilidade e permitir revisão profissional. A responsabilidade clínica não deve ser deslocada para um algoritmo opaco.

O ciclo de melhoria encerra-se apenas quando dados geram ação. Indicadores devem ser discutidos com as equipes, vinculados a planos com responsáveis e reavaliados após intervenções. A combinação entre auditoria, educação e redesenho de processo transforma

informação em aprendizagem. Sem essa conexão, painéis tornam-se instrumentos de prestação de contas, mas não de segurança.

Conclusão

A classificação de risco é uma tecnologia de gestão clínica que organiza o acesso segundo a necessidade e o potencial de dano. Sua relevância decorre da capacidade de reconhecer condições tempo-dependentes, estabelecer prioridades e produzir informação para o fluxo assistencial. Essa função não pode ser reduzida à triagem burocrática, atribuição de cores ou mecanismo de contenção da demanda.

A literatura indica que sistemas estruturados favorecem padronização, mas apresentam desempenho dependente do contexto. Validade e confiabilidade variam conforme população, treinamento, governança e condições operacionais. Por isso, adotar uma escala é apenas o início: instituições devem validar, monitorar, revisar e integrar o instrumento aos seus processos.

O enfermeiro ocupa posição central por reunir avaliação clínica, comunicação e coordenação do cuidado. A autonomia reconhecida pela regulamentação brasileira exige competência e respaldo institucional. Dimensionamento inadequado, acúmulo de funções e interrupções não são problemas individuais; constituem riscos sistêmicos que reduzem a qualidade da decisão.

Protocolos seguros precisam estar conectados a rotinas, vias de escalonamento, reavaliação e passagem de cuidado. Liderança de enfermagem, educação permanente e cultura justa sustentam essa integração. A organização deve aprender com incidentes e quase falhas, substituindo respostas exclusivamente punitivas por investigação de barreiras e condições latentes.

Indicadores devem equilibrar eficiência e segurança. Tempo é importante, mas precisa ser interpretado com aderência, reclassificação, concordância e desfechos. Tecnologias digitais podem ampliar vigilância e consistência, desde que sejam validadas, transparentes e subordinadas ao julgamento clínico.

Em síntese, a classificação de risco alcança sua finalidade quando funciona como processo vivo de vigilância, decisão e coordenação. A excelência não está na mera existência do protocolo, mas na capacidade institucional de mantê-lo cientificamente fundamentado, operacionalmente viável e continuamente aprimorado. Essa perspectiva posiciona a gestão de enfermagem como elemento estruturante da segurança e da qualidade nos serviços de urgência e emergência.

Referências

Agency for healthcare research and quality. Emergency severity index (ESI): a triage tool for emergency departments. Rockville, md: ahrq, 2020.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução rdc nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, df, 26 jul. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente. Diário Oficial da União: Brasília, df, 2 abr. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, df: Ministério da Saúde, 2009.

Christ, M. Et al. Modern triage in the emergency department. Deutsches Ärzteblatt International, Cologne, v. 107, n. 50, p. 892–898, 2010. Doi: 10.3238/arztebl.2010.0892.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução cofen nº 661, de 9 de março de 2021. Atualiza e normatiza a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco. Brasília, df: cofen, 2021.

Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Normativo nº 1/2025/cofen. Atuação da equipe de enfermagem no acolhimento, na classificação de risco e na priorização da assistência. Brasília, df: cofen, 2025.

Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988. Doi: 10.1001/jama.260.12.1743.

Farrohknia, N. Et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, London, v. 19, art. 42, 2011. DOI: 10.1186/1757-7241-19-42.

Magalhães-barbosa, M. C. Et al. Validity of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emergency Medicine Journal, London, v. 34, n. 11, p. 711–719, 2017. DOI: 10.1136/emermed-2016-206058.

Magalhães-barbosa, M. C. Et al. Reliability of triage systems for paediatric emergency care: a systematic review. Emergency Medicine Journal, London, v. 36, n. 4, p. 231–238, 2019. DOI: 10.1136/emermed-2018-207781.

Morley, C. Et al. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. PLOS ONE, San Francisco, v. 13, n. 8, e0203316, 2018. Doi: 10.1371/journal.pone.0203316.

Reason, J. Human error: models and management. BMJ, London, v. 320, n. 7237, p. 768–770, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

Van Veen, M.; Moll, H. A. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, London, v. 17, art. 38, 2009. DOI: 10.1186/1757-7241-17-38.

World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021.

World Health Organization. Global patient safety report 2024. Geneva: WHO, 2024.

World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery. Geneva: WHO, 2025.