



# Tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco: revisão integrativa

*Technologies available for the internal audit process in risk classification: integrative review*

Milena Barbosa Pinheiro<sup>1</sup>, Regina Kelly Guimarães Gomes Campos<sup>2</sup>, Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva<sup>2</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>3</sup>, Isabela Melo Bonfim<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A classificação de risco é uma estratégia clínica e organizacional para minimizar riscos e danos oriundos das divergências geradas pelo acesso aos cuidados nos serviços de saúde. As tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna poderão gerar evidências capazes de assegurar a melhoria/readaptação das tecnologias já utilizadas nesse processo. **Objetivo:** Identificar as tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco. **Métodos:** Revisão integrativa, em que a busca ocorreu durante o mês de maio de 2020 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Library of Medicine National/PubMed, Cochrane Library e Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF). A amostra foi constituída por seis artigos. **Resultados:** Foram identificados seis artigos que retratavam as seguintes tecnologias: folha de triagem de enfermagem e formulários de registros clínicos; protocolo de auditoria com feedback e presença de facilitadores; abordagem de consenso e diretrizes formais; pré e pós-teste de triagem; projeto de auditoria clínica baseada em cinco áreas principais e avaliada de acordo com 12 critérios (chegada e triagem, documentação, conformidade com a política, comunicação e equipe de triagem); e instrumento padrão, auditoria de prontuários e entrevistas. **Conclusão:** Existem fragilidades com relação ao método de triagem empregado em protocolos institucionais, assim como ausência destes. Há poucos estudos desenvolvidos sobre a temática e a necessidade de reciclagem de profissionais de saúde envolvidos.

**Palavras-chave:** Protocolos clínicos; Tecnologia; Classificação de risco; Enfermagem em emergência.

## ABSTRACT

**Introduction:** Risk classification is a clinical and organizational strategy to minimize risks and harm arising from divergences generated by access to care in health services. The technologies available for the internal audit process may generate evidence capable of ensuring the improvement/readaptation of the technologies already used in this process. **Objective:** To identify the technologies available for the internal audit process in risk classification. **Methods:** Integrative review, whose search took place during the month of May 2020, in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Library of Medicine National/PubMed, Cochrane Library and Specialized Bibliographic Databases in the Nursing Area (BDENF). The sample consisted of six articles. **Results:** Six articles were identified that portrayed the following technologies, such as the nursing triage sheet and clinical record forms; the audit protocol with feedback and the presence of facilitators; a Consensus approach and formal guidelines; consensus approach and formal guidelines; pre and post test screening; clinical audit design based on five key areas and assessed against 12 criteria: arrival and triage, documentation, policy compliance, communication, and triage staff; and standard instrument, audit of medical records and interviews. **Conclusion:** There are weaknesses in relation to the screening method used in institutional protocols, as well as their absence. There are few studies developed on the theme and need for recycling of health professionals involved.

**Keywords:** Clinical protocols; Technology; Risk assessment; Emergency nursing.

<sup>1</sup> Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. Fortaleza/CE, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Fortaleza. Fortaleza/CE, Brasil.

### Correspondência:

reginakellyguimaraesgomes@gmail.com

### Direitos autorais:

Copyright © 2023 Pinheiro, Campos, Maniva, Rolim, Bonfim.

### Licença:

Este é um artigo distribuído em Acesso Aberto sob os termos da Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

### Submetido:

11/7/2023

### Aprovado:

21/11/2023

### ISSN:

2446-5410

## INTRODUÇÃO

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, tendo por objetivo organizar as demandas de pacientes, direcionando-os de acordo com a identificação de prioridades. Para tanto, utiliza-se de escalas/protocolos, que têm por finalidade regular como deve ser feito o acolhimento do paciente e como deve ser feita a estratificação de risco, orientando o profissional que a realiza, dando-lhe a base para esse serviço<sup>1,2</sup>.

As escalas, ou protocolos, de classificação de risco são ferramentas que organizam a avaliação, auxiliam e amparam legalmente os procedimentos adotados pelos serviços de saúde, estabelecendo o tempo de espera, de acordo com agravo do paciente, e seguindo o limite estabelecido<sup>3,4</sup>.

Entretanto, alguns autores ressaltam que no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não há um modelo padrão de escala/protocolo a ser utilizado no acolhimento com avaliação e classificação de risco, possibilitando que cada instituição escolha ou crie seu próprio sistema de triagem, adequando à sua realidade<sup>5,6</sup>.

O protocolo mais utilizado nas unidades de urgência e emergência do Brasil é o Manchester Triage System (MTS), do Reino Unido, por ter sua confiabilidade e validade consolidados internacionalmente<sup>3,4</sup>. É aplicado majoritariamente por enfermeiros, oferecendo apoio e fundamentação às tomadas de decisão durante a avaliação dos pacientes, possibilitando uniformidade nas resoluções. Foi projetado para reduzir as variações injustificadas nos processos de triagem simples, sendo assegurado por um método sólido de auditoria<sup>7</sup>.

A tecnologia empregada para a realização das auditorias internas do MTS é através da utilização da Lista de Verificação de Auditoria Interna por classificador de risco. O sistema de auditoria acontece pela análise sistemática e independente, com o objetivo de determinar se as atividades e os resultados relativos ao que se tá avaliando satisfazem os requisitos previamente estabelecidos e se estes estão efetivamente implementados. Os auditores são os

profissionais, enfermeiros e/ou médicos, aprovados no curso de auditor do MTS promovido pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR)<sup>7</sup>.

O GBCR recomenda que o processo de auditoria interna aconteça mensalmente, auxiliando no amadurecimento da equipe e identificando oportunidades de melhoria para todo o processo de classificação de risco, uma vez que o feedback do processo é dado diretamente ao profissional classificador<sup>8</sup>.

A acurácia individual dos classificadores sustenta toda a qualidade da classificação de risco do serviço. A auditora mais robusta avalia continuamente a assertividade dos classificadores e está ligada às práticas reflexivas que podem identificar a necessidade e educação permanente, visando à melhoria do processo de classificação de risco<sup>7</sup>.

A realização mensal do processo de auditoria interna desse protocolo corroborou a observância da ocorrência de erros recorrentes do processo de classificação de risco, os quais geram insegurança, atendimento indesejado, eventos adversos, insatisfação e risco à vida dos pacientes, o que justifica a realização da pesquisa<sup>7</sup>.

O estudo objetivou identificar as tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco, que poderão surtir evidências capazes de assegurar a melhoria/readaptação das tecnologias já utilizadas nesse processo pelos serviços de saúde e por enfermeiros auditores.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada seguindo as etapas: elaboração da questão de pesquisa, definição das bases de dados e critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>9</sup>.

A questão de pesquisa foi elaborada utilizando a estratégia PICo (População, Interesse e Contexto): P – Classificação de Risco; I – Tecnologias; Co – Auditoria Interna. A estratégia permitiu formular a seguinte questão norteadora: “Quais as tecnologias

disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco?”

A definição das bases de dados efetuou-se pela busca no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via National Library of Medicine (PubMed), para identificar descritores ou palavras-chave utilizados nos estudos que versavam sobre as tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco.

Os vocabulários controlados foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Heading (MeSH), e os respectivos cruzamentos dos descritores foram mediados pelos operadores booleanos AND e OR: “*protocols*”, “*emergencynursing*”, “*emergencies*”, “*technology*”, “*triage*”, “*classification*” e “*nursingaudit*”. A utilização do descritor não controlado “*classification*” fez-se necessária ao estudo, pois se trata de um descritor que conjuga a classificação de risco, justificando

a necessidade de sua utilização para a pesquisa dos artigos (Quadro 1).

A busca foi realizada em maio de 2020, por meio do Portal de Periódicos da CAPES, pelo acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), nas seguintes bases/bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Library of Medicine National/PubMed, Cochrane Library e Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) (Quadro 1).

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos originais que abordassem tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco, publicados até abril de 2020, em qualquer idioma e disponíveis eletronicamente na íntegra. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, revisões, assim como população e contexto que não atendiam à proposta de pesquisa.

**QUADRO 1.** Estratégias de busca dos estudos de acordo com as bases/bancos de dados encontrados

Base/banco de dados	Cruzamento	Quantitativo	Total
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)	“nursing audit” AND “protocols”	24	33
	“triage” AND “protocols” AND “emergencies”	3	
	“nursing audit” AND “emergency nursing” AND “classification”	4	
	“technology” AND “protocols” AND “emergency nursing”	2	
Library of Medicine National/PubMed	“nursing audit” AND “protocols”	135	335
	“triage” AND “protocols” AND “emergencies”	157	
	“nursing audit” AND “emergency nursing” AND “classification”	4	
	“ <i>technology</i> ” AND “ <i>protocols</i> ” AND “ <i>emergency nursing</i> ”	39	
Cochrane Library	“nursing audit” AND “protocols”	30	49
	“triage” AND “protocols” AND “emergencies”	15	
	“nursing audit” AND “emergency nursing” AND “classification”	2	
	“ <i>technology</i> ” AND “ <i>protocols</i> ” AND “ <i>emergency nursing</i> ”	2	
Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF)	“nursing audit” AND “protocols”	1.219	1.888
	“triage” AND “protocols” AND “emergencies”	588	
	“nursing audit” AND “emergency nursing” AND “classification”	30	
	“ <i>technology</i> ” AND “ <i>protocols</i> ” AND “ <i>emergency nursing</i> ”	51	
Total			2.305

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

A definição das informações extraídas dos estudos selecionados obedeceu a um método que contemplou os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados<sup>10</sup>.

Os estudos incluídos na revisão foram avaliados quanto ao nível de evidência, obedecendo à seguinte classificação: Nível I – Revisões sistemáticas e metanálise de ensaios clínicos randomizados; Nível II – Ensaios clínicos randomizados; Nível III – Ensaio controlado não randomizado; Nível IV – Estudos caso-controlado ou coorte; Nível V – Revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; Nível VI – Estudos qualitativos ou descritivos; e Nível VII – Parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas. Essa hierarquia classifica os níveis I e II como fortes, III a V como moderados, e VI e VII como fracos<sup>11</sup>.

Foi utilizado o aplicativo Rayyan<sup>12</sup> para auxiliar no processo de organização e seleção dos estudos, bem como na remoção de duplicatas. Em seguida, os títulos e os resumos dos artigos foram examinados no próprio Rayyan e os que atendiam aos critérios de seleção foram considerados para a próxima fase. Esses estudos foram organizados, conforme base/biblioteca de seleção, em uma planilha do Excel. Posteriormente, procedeu-se com a leitura do artigo na íntegra. A seleção foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente e simultânea, e as divergências foram solucionadas mediante consenso.

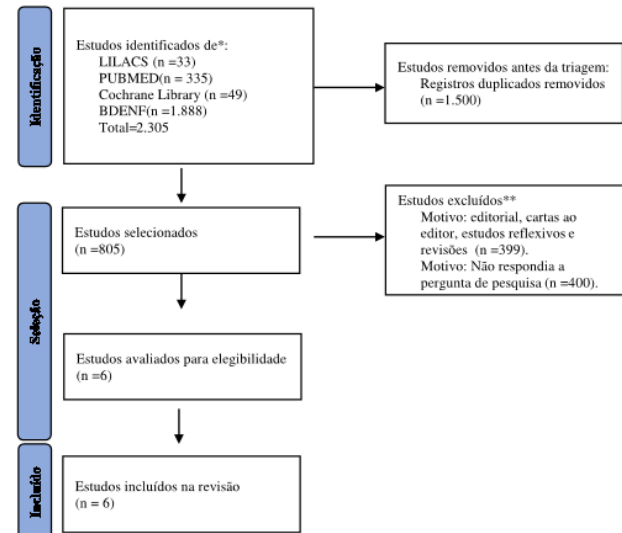
A interpretação dos dados foi realizada de forma descritiva, sendo os resultados apresentados em um quadro resumo, contendo o nome do autor, o ano de publicação, o título, o objetivo e o tipo de tecnologia utilizada para o processo de auditoria interna em classificação de risco. Posteriormente, foram discutidos com base na literatura disponível sobre a temática.

## RESULTADOS

Foram identificados 2.305 artigos e, após a análise de título, resumo e aplicação dos critérios de in-

clusão e exclusão, foram pré-selecionados seis artigos para a leitura na íntegra. Dentre os seis artigos analisados, todos foram incluídos na amostra final desta revisão. A trajetória de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações do grupo PRISMA<sup>13-15</sup> e pode ser observada no fluxograma exposto na Figura 1:

FIGURA 1. Fluxograma de seleção dos artigos incluídos no estudo



Fonte: Adaptado pelos autores de PRISMA 2020<sup>13-15</sup>.

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos e das tecnologias utilizadas para o processo de auditoria interna em classificação de risco:

## DISCUSSÃO

O estudo teve por objetivo identificar as tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco. Sabe-se que esses sistemas de triagem foram desenvolvidos para classificar pacientes para tratamento em situações de escassez de recursos e alta demanda, funcionando como ferramentas fundamentais para a priorização de risco de pacientes que buscam atendimento no pronto-socorro, além de garantirem que aqueles com quadros graves recebam atendimento prioritário<sup>22</sup>.

Entretanto, como observado no primeiro artigo, existem fragilidades com relação ao método de triagem empregado para um determinado tipo de caso

**QUADRO 2.** Caracterização dos estudos e das tecnologias utilizadas para auditoria interna em classificação de risco alto/ano de publicação

Autoria	Título	Objetivo	Tipo de tecnologia
McQueen CP, Gay KJ, 2010 <sup>16</sup>	“Retrospective audit of triage of acute traumatic shoulder dislocation by emergency nurses”	Avaliar a qualidade das decisões de triagem feitas pela equipe de enfermagem de emergência em casos de ATSD confirmado, em um departamento de emergência no Reino Unido.	Folha de triagem de enfermagem e os formulários de registros clínicos.
Charrier L et al., 2008 <sup>17</sup>	“Integrated audit as a means to implement unit protocols: a randomized and controlled study”	Comparar a eficácia de duas estratégias de implementação de protocolos: auditorias integradas clínico-organizacionais com feedback e presença de facilitadores nos departamentos versus observação padrão.	Protocolo de auditoria com feedback e presença de facilitadores.
Goodacre SW et al., 1999 <sup>18</sup>	“Consistency of retrospective triage decisions as a standardized instrument for audit”	Determinar o nível de concordância entre a equipe médica sênior quando solicitada a realizar uma revisão retrospectiva de notas de caso das decisões de triagem de enfermagem, antes e depois do desenvolvimento de uma abordagem de consenso.	Abordagem de consenso e diretrizes formais.
Stephens GS, Pokorny ME, Bowman JM, 1997 <sup>19</sup>	“The effects of in-service education on the institution of triage protocols”	Examinar os efeitos da educação em serviço no início de protocolos de triagem por enfermeiros de emergência para pacientes com sintomas cardíacos.	Pré e pós-teste de triagem.
Burgess L, Kynoch K, Hines S, 2019 <sup>20</sup>	“Implementing Best practice into the emergency department triage process”	Comparar a prática atual de triagem em um pronto-socorro metropolitano com a prática baseada em evidências/diretrizes produzidas pelo <i>Australasian College for Emergency Medicine</i> e <i>College of Emergency Nurses Australasia</i> .	Projeto de auditoria clínica baseada em cinco áreas principais e avaliada em relação a 12 critérios: chegada e triagem, documentação, conformidade com a política, comunicação e equipe de triagem.
Rankin JA, Then KL, Atack L, 2013 <sup>21</sup>	“Can emergency nurses’ triage skills be improved by online learning? Results of an experiment”	Desenvolver um workshop CTAS baseado na web de seis semanas e determinar o impacto do aprendizado na web na precisão das habilidades de triagem de enfermeiros registrados.	Instrumento padrão, auditoria de prontuários e entrevistas.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

específico, pois a auditoria dessas triagens foi realizada durante um ano, mostrando a falta/ausência de um instrumento de auditoria validado, o que leva a um viés nos resultados, pois considerou apenas a avaliação da folha de triagem de enfermagem e os formulários de registros clínicos, sem a presença de instrumento de auditoria<sup>16</sup>. Portanto, há necessidade de treinamento para a equipe, em especial para os enfermeiros, como também a utilização de ferramentas de auditoria confiáveis e validadas, requerendo melhores critérios para atribuir emergência e urgência<sup>23</sup>.

Pesquisas evidenciam ainda que o uso de escalas de triagem para determinar a acuidade e encaminhar os pacientes a recursos adequados varia em precisão e aplicação entre os enfermeiros de emergência e seus respectivos departamentos. Os profissionais relataram a predominância de aborda-

gens de triagem “*quick look*”, que omite o histórico médico anterior dos pacientes, utilizado em alguns hospitais para aumentar ainda mais a taxa de transferência, não dependendo, portanto, de dados clínicos para tomar decisões de acuidade<sup>24</sup>.

O segundo artigo, que utilizou o método de ensaio clínico randomizado controlado e aberto, favoreceu sua credibilidade e apresentou dados que mostraram e avaliaram a efetividade de uma intervenção: implementação de protocolo de auditoria com feedback e presença de facilitadores<sup>17</sup>. Tais fatos apontam a viabilidade de se adotar um modelo de auditoria e seus benefícios, principalmente no que tange à diminuição do tempo desse processo, maior interação entre as auditoras e equipes assistenciais, com a criação de indicadores e contribuições para a melhoria da qualidade assistencial e de registros de enfermagem<sup>24</sup>.

O terceiro artigo teve como método a avaliação de quatro revisores médicos com escolhas aleatórias de categorias de triagem para 50 pacientes do departamento de emergência após a revisão de suas anotações de caso. Os avaliadores eram cegos para a identidade do enfermeiro de triagem e sua categorização de triagem. O processo utilizado para a auditoria foi desenvolvido de duas formas: primeiro com uma abordagem de consenso e a segunda embasada em diretrizes formais, ou seja, houve a utilização de um instrumento de abordagem de auditoria não confiável, sem credibilidade e sem estudo científico com validação, concluindo que o índice de confiança e de fidedignidade é baixo, pois gera viés<sup>18</sup>.

Pesquisadores avaliaram as variáveis relacionadas à triagem do protocolo Manchester e obtiveram como resultado uma confiabilidade moderada na escolha de fluxogramas e substancial na determinação de discriminadores nos dois registros, substancial e moderado, para prioridade, respectivamente, no registro manual e eletrônico. Para a análise do registro dos sinais vitais, a confiabilidade foi fraca na gravação manual e substancial na eletrônica. Ainda, o tempo médio de triagem foi menor com o uso do registro eletrônico. Ele apresenta vantagens em relação à confiabilidade, à precisão e ao tempo de realização da triagem, apontando para a importância da adoção de tecnologias eficazes e modernas no processo de gestão e trabalho assistencial nos serviços de saúde<sup>25</sup>.

O quarto estudo revelou os efeitos da educação em serviço, no início da institucionalização de protocolos de triagem, por enfermeiros de pronto-socorro para pacientes com problemas cardíacos. Como método de avaliação dos enfermeiros de classificação de risco, estabeleceu-se um pré e pós-teste com uma amostra de 40 pacientes que apresentavam problemas cardíacos nos sintomas. Foram avaliados pelos enfermeiros um programa em serviço na instituição dos protocolos de triagem. O estudo revelou achados mais significativos após as sessões de educação no serviço emergencial do que com a ausência dos protocolos, assim como foram mais utilizados os de triagem após as sessões educativas<sup>19</sup>.

Constata-se, portanto, que o treinamento regular de triagem de reciclagem em forma de feedback

educativo, a colaboração entre os serviços de emergência e o monitoramento contínuo são essenciais para fortalecer o uso dos sistemas de triagem e melhorar o desempenho da classificação de risco do enfermeiro. Esse treinamento, no entanto, deve ser realizado por profissional capacitado, após a realização do processo de auditoria embasada por um protocolo validado<sup>26</sup>.

O quinto artigo configura o projeto de auditoria clínica realizado em serviço de emergência, tendo como prática atual a comparação com as diretrizes de triagem vinculado à prática baseada em evidências. Foram auditados 200 episódios na pré e pós-implantação e avaliados critérios, como: chegada e triagem, documentação, conformidade com a política, comunicação e equipe de triagem. Há a preocupação dos pesquisadores com os pacientes já previamente atendidos, porém em situação de espera por atendimento médico além do tempo previsto. No geral, essa nova avaliação gerou efeito positivo com a reavaliação dos pacientes aguardando tratamento, e o tempo dispensado de triagem acarretou a melhora do paciente, com boa aderência às auditorias<sup>20</sup>.

Portanto, a análise desse estudo revelou que evidências não bastam, sendo também necessárias a experiência clínica, uma melhor evidência científica que eleve a credibilidade e a estimativa do efeito de confiança do projeto. Do mesmo modo mostram os resultados de um estudo com os profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que informaram estarem aptos para levantar evidências científicas e identificar os principais tipos e fontes de informação existentes. Entretanto, há obstáculos para o desenvolvimento da prática baseada em evidência, tais como a elevada carga de trabalho e a falta de incentivo dos gestores<sup>27</sup>.

O artigo sexto constatou como é necessária a realização de treinamento padronizado para todos os sistemas de triagem, inclusive para a Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS). Por isso, foi desenvolvido um workshop de seis semanas com base na web dessa escala canadense, que determinou o impacto desse aprendizado na precisão das habilidades de triagem de enfermeiros. Foi utilizado o método randomizado em que o grupo experimental

diferiu do grupo controle de três maneiras: um tutorial obrigatório, atribuição de notas para discussão on-line e conclusão de um projeto no local de trabalho. Os dados foram coletados usando instrumento padrão, auditoria de prontuários e entrevistas. Esse curso favoreceu o aprendizado educacional padronizado e eficaz, o que elevou a qualidade e a precisão da triagem dos enfermeiros de emergência<sup>21</sup>.

Outra pesquisa também demonstrou que o desenvolvimento de um programa de aprendizado através da Escala Coreana de Triagem e Acuidade (KTAS) baseada na web e a avaliação dos efeitos na capacidade de autoeficácia e desempenho de triagem dos enfermeiros de emergência foram eficazes ao melhorar os níveis de desempenho da triagem desses profissionais<sup>28</sup>.

O estudo teve como limitação o método utilizado, que não é capaz de fazer análises robustas, e a qualidade da evidência dos estudos incluídos, bem como a escassez de estudos sobre a temática. Entretanto, esta pesquisa é relevante para a prática de enfermagem, pois os resultados obtidos podem contribuir para que profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que trabalha com auditoria interna de classificação de risco nos serviços de saúde, sintam-se estimulados a desenvolver pesquisas sobre a temática, que impactem na melhoria das classificações de risco implementadas nas instituições de saúde.

## CONCLUSÃO

As tecnologias disponíveis para o processo de auditoria interna em classificação de risco identificadas nos estudos foram: folha de triagem de enfermagem e os formulários de registros clínicos; protocolo de auditoria com feedback e presença de facilitadores; abordagem de consenso e diretrizes formais; abordagem de consenso e diretrizes formais; pré e pós-teste de triagem; projeto de auditoria clínica baseada em cinco áreas principais e avaliada em relação a 12 critérios (chegada e triagem, documentação, conformidade com a política, comunicação e equipe de triagem); e instrumento padrão, auditoria de prontuários e entrevistas.

Na maior parte dos estudos não houve a utilização de um instrumento de avaliação padronizado e validado, configurando a não confiabilidade e pouca sensibilidade para os dados. O processo de elaboração e construção de um instrumento/protocolo deverá passar por uma pesquisa científica com método robusto. Além disso, há necessidade de um processo de reciclagem dos profissionais que trabalham com classificação de risco, bem como a realização de um feedback posterior ao processo de auditoria.

Sugere-se a realização de mais pesquisas com métodos robustos sobre a temática, haja vista o baixo quantitativo de publicações acerca do assunto.

## REFERÊNCIAS

1. Ortiga AMB. Classificação de risco. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017.
2. Dias ESS. Classificação de Risco: Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros. [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
3. Amaro ALT, Ferreira JAG, Silva LDL. As dificuldades encontradas por enfermeiros na implantação da classificação de risco em um setor de emergência de uma unidade hospitalar do interior paulista. [Dissertação]. São Paulo: Unisaesiano; 2016.
4. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. Santa Catarina: Arquivo Catarinense de Medicina; 2010.
5. Rafael MS, Portela S, Sousa P, Fernandes A. Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Science Med.* 2017, 5(1):1-8.
6. Costa AA, Corazza FH. Desafios enfrentados pelo enfermeiro na realização do acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência. *Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da FAIT.* 2020; 22(1).
7. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2. ed. Belo Horizonte: Folium; 2017.
8. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LCO, Reis AAC. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate.* 2019; 43(121).
9. Whitemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. [Internet]. *J. Adv. Nurs.* 2005 [cited 2023 Dec 22]; 52(5):546-53. Available from: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
10. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.

11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. China: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
12. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. [Internet]. Syst. Rev. 2016 [cited 2023 Dec 22]; 5(1):210. Available from: 10.1186/s13643-016-0384-4.
13. Boers M. Graphics and statistics for cardiology: designing effective tables for presentation and publication. Heart. 2018; 104:192-200.
14. Mayo-Wilson E, Li T, Fusco N, Dickersin K, MUDS investigators. Practical guidance for using multiple data sources in systematic reviews and meta-analyses (with examples from the MUDS study). Res. Synth. Methods. 2018; 9(1):2-12.
15. Stovold E, Beecher D, Foxlee R, Noel-Storr A. Study flow diagrams in Cochrane systematic review updates: an adapted PRISMA flow diagram. Syst. Rev. 2014; 3:54.
16. McQueen CP, Gay KJ. Retrospective audit of triage of acute traumatic shoulder dislocation by emergency nurses. J Emerg Nurs. 2010; 36(1):21-5.
17. Charrier L, Allochis MC, Cavallo MR, Gregori D, Cavallo F, Zotti CM. Integrated audit as a means to implement unit protocols: a randomized and controlled study. J Eval Clin Pract. 2008; 14(5):847-53.
18. Goodacre S W, Gillett M, Harris RD, Houlihan KP. Consistency of retrospective triage decisions as a standardised instrument for audit. J Accid Emerg Med. 1999; 16(5):322-4.
19. Stephens GS, Pokorny ME, Bowman JM. The effects of in-service education on the institution of triage protocols. J Nurs Staff Dev. 1997; 13(4):189-92.
20. Burgess L, Kynoch K, Hines S. Implementing Best practice into the emergency department triage process. Int J Evid Based Healthc. 2019; (1):27-35.
21. Rankin JA, Then KL, Atack L. Can emergency nurses' triage skills be improved by online learning? Results of an experiment. J Emerg Nurs. 2013; 39(1):20-6.
22. Simon Junior H, Schwartsman C, Sukys GA, Farhat SCL. Pediatric emergency triage systems. Revista paulista de pediatria: órgão oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo. 2022; 41.
23. Wolf LA, Delao AH, Perhats C, Lua MD, Zavotsky KE. Triage do departamento de emergência, não do paciente: a experiência dos enfermeiros de emergência dos Estados Unidos no processo de triagem. J Emerg Nurs. 2018; 44(3):258-266.
24. Viana CD, De Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, De Moura GMSS. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. Texto contexto enfermagem. 2016; 25(3).
25. Cicolo EA, Peres HHC. Registro eletrônico e manual do sistema Manchester: confiabilidade, precisão e avaliação de tempo. Rev Lat Am Enfermagem. 2019.
26. Tam HL, Chung SF, Lou CK. Uma revisão da precisão da triagem e direção futura. BMC Emerg Med. 2018; 18(1):58.
27. Ferretti F, Romancini F, Schneider LR, Ferraz L. Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. Cogitare Enferm. 2018; 23(2):e52774.
28. Kim HJ, Jovem HK. Efeitos de um programa coreano de aprendizado de escala de triagem e acuidade baseado na Web na autoeficácia da triagem e na capacidade de desempenho da triagem para enfermeiros no departamento de emergência. J Korean Acad Nurs. 2019; 49(2):171-180.

## DECLARAÇÕES

### Contribuição dos autores

Concepção: MBP. Metodologia: MBP. Coleta de dados: MBP. Tratamento e análise de dados: MBP, RKGCGC. Discussão dos resultados: MBP. Redação: MBP, RKGCGC, SJCFM, KMCR, IMB. Revisão: RKGCGC, SJCFM, KMCR, IMB. Aprovação da versão final: MBP, RKGCGC, SJCFM, KMCR, IMB.

### Financiamento

O artigo contou com financiamento próprio.

### Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### Aprovação no comitê de ética

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza/Fundação Edson Queiroz, sob o número de parecer 4.741.704.

### Disponibilidade de dados de pesquisa e outros materiais

Dados de pesquisa e outros materiais podem ser obtidos por meio de contato com os autores.

### Editores responsáveis

Carolina Fiorin Anhoque, Blima Fux, Antonio Germane Alves Pinto.

### Endereço para correspondência

Rua Vereador Otoni Lopes de Oliveira, 101, casa 54, Vila União, Fortaleza/Ceará, Brasil, CEP: 60410-725.