



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Bruno Kroeff Bergesch

Avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência no Brasil

Florianópolis

2026

Bruno Kroeff Bergesch

Avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência no Brasil

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Patrícia Maria de Oliveira Machado

Florianópolis

2026

Bergesch, Bruno Kroeff

Avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência no Brasil / Bruno Kroeff Bergesch ; orientadora, Patricia Maria de Oliveira Machado, 2026. 97 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2026.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. avaliação em saúde. 3. serviços de emergência. 4. oficina de consenso. 5. qualidade. I. Machado, Patricia Maria de Oliveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Bruno Kroeff Bergesch

Avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência no Brasil

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 04 de novembro de 2025, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Patrícia Maria de Oliveira Machado, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Maria Cristina Marino Calvo, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Ian Ward Abdalla Maia Dr.
Universidade de São Paulo

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.



Documento assinado digitalmente
Ana Luiza de Lima Curi Hallal
Data: 13/01/2026 18:32:24-0300
CPF: ***.987.250-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Documento assinado digitalmente
Patrícia Maria de Oliveira Machado
Data: 13/01/2026 10:42:50-0300
CPF: ***.788.099-**
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.(a) Patrícia Maria de Oliveira Machado, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2026.

RESUMO

Os Serviços Hospitalares de Emergência fazem parte da Rede de Urgência e Emergência, objetivando a atenção às condições agudas e crônicas agudizadas com iminente risco à saúde. Especializados, complexos e frequentemente deparados com condições tempo-sensíveis, é inerente a busca pela qualidade. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde permite identificarmos os resultados obtidos inseridos nas condições existentes do serviço avaliado, podendo servir para identificação de pontos de aprimoramento, promovendo a cultura da melhoria nos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Frente aos desafios dos serviços de urgência e emergência brasileiros, como a sobrelotação, escassez de recursos humanos qualificados, baixo acesso à materiais, insumos e tecnologias adequadas, a avaliação de qualidade dos Serviços Hospitalares de Emergência é de extrema relevância. Questiona-se, portanto, quais os elementos essenciais para a avaliação da qualidade nestes serviços. Este trabalho objetiva a realização de um modelo avaliativo da qualidade dos Serviços Hospitalares de Emergência no Brasil, através de revisão normativa dos aspectos estruturais e de processo no trabalho nestes serviços, seguido de entrevistas com oito médicos especialistas em Medicina de Emergência para a realização da adaptação do modelo publicado por Hansen e colaboradores (2020), seguido de realização de oficina de consenso com especialistas em avaliação em saúde e em gestão de serviços de emergência. O modelo constituído utilizou as dimensões da qualidade propostas pelo *Institute of Medicine* – segurança, efetividade, eficiência, tempestividade, centralidade no usuário, equidade. A matriz de análise e julgamento resultou na proposição de 22 indicadores distribuídos em cinco dimensões da qualidade — segurança, tempo-oportuno, cuidado centrado no usuário, efetividade e eficiência. Em conjunto, os 22 indicadores refletem um modelo avaliativo abrangente e adaptado à complexidade dos Serviços Hospitalares de Emergência, permitindo identificar fragilidades estruturais e processuais, orientar intervenções de melhoria e fortalecer a cultura de qualidade e segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este trabalho preenche uma lacuna relevante na literatura ao construir um modelo avaliativo com matriz de julgamento específicos para serviços hospitalares de emergência no contexto brasileiro.

Palavras-chave: avaliação em saúde; qualidade da assistência à saúde; serviços hospitalares de emergência;

ABSTRACT

Emergency Hospital Services are part of the Urgent and Emergency Care Network, aimed at providing care for acute and acute-on-chronic conditions that pose imminent risks to health. As specialized and complex services frequently confronted with time-sensitive conditions, the pursuit of quality is inherent to their mission. Assessing the quality of health services enables the identification of outcomes within the contextual conditions of each service, serving as a basis for identifying areas for improvement and promoting a culture of continuous enhancement within Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). Given the challenges faced by Brazilian emergency services—such as overcrowding, shortage of qualified human resources, and limited access to appropriate materials, supplies, and technologies—quality evaluation of Emergency Hospital Services is of paramount importance. It therefore becomes essential to identify the key elements for assessing quality in these services. This study aimed to develop an evaluative model for assessing the quality of Emergency Hospital Services in Brazil, through a normative review of structural and process-related aspects of service organization, followed by interviews with eight physicians specialized in Emergency Medicine to adapt the model proposed by Hansen et al. (2020). Subsequently, a consensus workshop was conducted with experts in health evaluation and emergency services management. The resulting model was structured according to the quality dimensions proposed by the Institute of Medicine—safety, effectiveness, efficiency, timeliness, patient-centeredness, and equity. The evaluation matrix resulted in the proposal of 22 indicators distributed across five quality dimensions: safety, timeliness, patient-centered care, effectiveness, and efficiency. Taken together, the 22 indicators reflect a comprehensive evaluative model adapted to the complexity of Emergency Hospital Services, enabling the identification of structural and procedural weaknesses, guiding improvement interventions, and strengthening the culture of quality and safety within the Unified Health System. This study fills a significant gap in the literature by developing an evaluative model with a specific evaluation matrix for emergency hospital services in the Brazilian context.

Keywords: health services evaluation; quality of health care; emergency service, hospital;

LISTA DE QUADROS

Dissertação

Quadro 01 – Conceitos das dimensões da qualidade.....	21
Quadro 02 – Fatores do Escore de NEDOCS.....	23
Quadro 03 – Síntese de evidências de impactos negativos da sobrelotação nos serviços de emergência.....	24
Quadro 04 – Indicadores para a Qualidade de Serviços de Emergência na África....	33
Quadro 05 – Dimensões e subdimensões de avaliação do grau de implantação dos serviços de urgência e emergência.....	34

Artigo

Quadro 1 – Dimensões do Modelo Avaliativo e seus Indicadores. Dados da Pesquisa, 2025.....	51
Quadro 2 – Indicadores da Dimensão de Segurança do Modelo Avaliativo. Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.....	56

Modelo Avaliativo

Quadro 1. Síntese da Matriz Avaliativa. Dados da Pesquisa, 2025.....	79
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AFEM – African Federation for Emergency Medicine

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAEP – Canadian Association of Emergency Physicians

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DAS – Departamento de Assistência à Saúde

DECAS – Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas

EA – Estudo de Avaliabilidade

ED – *Emergency Department*

GM/MS – Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICSAP – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IFEM – International Federation for Emergency Medicine

IOM – Institute of Medicine

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

LWBS – *Left Without Being Seen*

MAJ – Matriz de Análise e Julgamento

ML – Modelo Lógico

MT – Modelo Teórico

MTL – Modelo Teórico Lógico

MS – Ministério da Saúde

NAQH – Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

NEDOCS – *National Emergency Department Overcrowding Scale*

NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde

NEAT – *National Emergency Access Target*

NHS – *National Health Service*

NPS – *Net Promoter Score*

PCP – Plano de Capacidade Plena

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PROADESS – Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SHE – Serviço Hospitalar de Emergência

SI – Sistema de Informação

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia Computadorizada

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

TEL – Tempo de Espera por Leito

TTP – Tempo Total de Permanência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Dissertação

Figura 1 – Modelo Teórico Lógico. Desenvolvido pelo autor, 2025.....77

Artigo

Figura 1 – Modelo Teórico Lógico. Desenvolvido pelo autor, 2025.....49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NO BRASIL.....	13
3.2	QUALIDADE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	18
3.3	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA	24
4	MÉTODO	35
4.1	Tipo de estudo	35
4.2	Análise documental e revisão de literatura.....	36
4.3	Entrevistas com stakeholders.....	37
4.4	Adaptação do modelo avaliativo	38
4.5	Consenso do modelo avaliativo.....	38
5	RESULTADOS	40
	Artigo Original	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A - Modelo da avaliação da qualidade dos serviços hospitalares de emergência	75

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento às emergências constituem-se como pontos estratégicos da Rede de Urgência e Emergência (RUE), sendo responsáveis pelo atendimento de agravos agudos e de condições crônicas agudizadas em diferentes níveis de gravidade, com prioridade para situações que ameaçam a vida. Podem estar inseridos em unidades fixas, hospitalares e não hospitalares, como as portas hospitalares e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), atuando na estabilização de pacientes e na articulação com os demais serviços da rede, por meio dos protocolos de referência e contrarreferência (Brasil, 2013).

A RUE, instituída em 2011, integra diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), do atendimento pré-hospitalar móvel e fixo à atenção hospitalar, definindo fluxos assistenciais que visam garantir o cuidado em tempo oportuno e com qualidade (Brasil, 2013). Entretanto, a literatura evidencia que a atenção às urgências e emergências permanece como componente frágil do sistema de saúde brasileiro. Estudos apontam problemas recorrentes, como estrutura física inadequada, carência de recursos humanos e de apoio diagnóstico, fluxos de referência ineficientes e insuficiente capacitação técnica das equipes (Chaves et al., 2021; Dubeux; Freese; Reis, 2010; Gusmão-filho; Carvalho; Araújo Júnior, 2010; Inoue et al., 2015; Machado; Martins; Martins, 2013; Tofani et al., 2023).

Essas fragilidades se inserem em um cenário epidemiológico de crescente demanda por atendimentos de urgência e emergência, escassez de profissionais especializados e redução de leitos hospitalares. Em 2017, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrava 5.819 hospitais gerais e especializados com leitos de internação, dos quais 60% eram de pequeno porte, caracterizados por serem unidades com menos de 50 leitos, evidenciando a fragmentação e a insuficiência da capacidade instalada (Brasil, 2019). A sobrecarga desses serviços, frequentemente associada ao fenômeno de *sobrelotação* (*overcrowding*) expressa o descompasso entre a oferta e a demanda, comprometendo a qualidade da atenção e a segurança do paciente (Andrew et al., 2013; Jun et al., 2025; Roberge et al., 2010).

A utilização dos serviços de emergência também é influenciada por fatores socioculturais e estruturais. Mesmo em regiões com atenção primária consolidada,

observa-se o uso indevido desses serviços para condições de baixa complexidade (O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009). No Brasil, essa lógica remonta ao modelo hospitalocêntrico adotado anteriormente à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o hospital era a principal porta de entrada do sistema (Santos; Pinto, 2017). A insuficiência da atenção primária e as barreiras geográficas reforçam esse padrão, fazendo com que o hospital ainda seja, em muitos territórios, o primeiro recurso buscado pelos usuários (Dubeux; Freese; Felisberto, 2013).

Em resposta a esse contexto, a regulação médica e o fortalecimento das redes regionais de atenção surgem como estratégias para reorganizar o fluxo assistencial e reduzir a sobrelotação hospitalar (Santos et al. 2013). Contudo, as iniciativas de gestão e de reorganização da rede têm obtido resultados limitados, especialmente em virtude da ausência de mecanismos sistemáticos e integrados de avaliação da qualidade dos serviços de emergência. Avaliar a qualidade é fundamental para mensurar o desempenho, identificar pontos críticos e orientar intervenções que garantam atendimento seguro, efetivo, eficiente, tempestivo, equitativo e centrado no usuário (Busse; Panteli; Quentin, 2019).

A avaliação em saúde constitui um processo analítico que busca compreender a relação entre estrutura, processo e resultado, permitindo identificar o grau em que um serviço atinge seus objetivos e assegura a qualidade da assistência. A partir dessa perspectiva, modelos avaliativos podem ser adaptados para diferentes contextos, respeitando especificidades organizacionais, epidemiológicas e políticas de cada sistema de saúde (Baratieri *et al.*, 2019). Entretanto, no Brasil, a produção científica sobre avaliação da qualidade em serviços de emergência permanece restrita a abordagens fragmentadas, como satisfação do usuário, mortalidade ou conformidade normativa, sem contemplar de forma integrada as múltiplas dimensões da qualidade (Chaves et al., 2021; Dubeux; Freese; Reis, 2010; Gusmão-filho; Carvalho; Araújo Júnior, 2010; Inoue et al., 2015; Machado; Martins; Martins, 2013).

No cenário internacional, por outro lado, modelos avaliativos foram desenvolvidos para avaliação da qualidade de serviços de emergência (Hansen et al., 2020; Lecky et al., 2014). Estes modelos oferecem potencial de adaptação ao contexto brasileiro, dada sua flexibilidade metodológica e ênfase na aplicabilidade em sistemas de saúde com restrições de recursos. Contudo, sua utilização requer validação contextual, assegurando aderência às especificidades organizacionais e

epidemiológicas do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que a heterogeneidade estrutural dos serviços de emergência no Brasil exige a necessidade de padronização de indicadores.

Diante disso, torna-se necessário identificar os elementos essenciais e as dimensões prioritárias para a adaptação de um modelo avaliativo da qualidade dos serviços de emergência, capaz de refletir as especificidades da realidade brasileira e contribuir para o fortalecimento da avaliação em saúde no país. A proposta deste estudo busca, portanto, aproximar o campo teórico da avaliação da qualidade à prática dos serviços de urgência e emergência, oferecendo subsídios para gestores, profissionais e pesquisadores comprometidos com a qualificação contínua do cuidado em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Adaptar um modelo de avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência para o cenário brasileiro.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e sistematizar os elementos essenciais para a qualidade dos serviços de emergência.
- Validar o modelo avaliativo adaptado junto à especialistas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA NO BRASIL

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada pelo Ministério da Saúde em 2003, instituiu os componentes da atenção às urgências e emergências integrando-os em uma rede única de atenção integral às urgências e emergências com seus devidos níveis de atenção. O componente pré-hospitalar fixo, caracterizado pelas UPAs, unidades de atenção primária, ambulatórios especializados, podem e devem realizar acolhimento e estabilização básica de cenários de urgência e emergência, podendo realizar encaminhamento, se necessário, ao componente hospitalar, através de um vínculo com o componente pré-hospitalar móvel, o Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) (Brasil, 2003).

Em 2011, a PNAU foi reformulada e ampliada para um conceito de integralidade de atenção às urgências. A RUE se caracteriza por uma complexa rede de estabelecimentos, contemplando unidades hospitalares gerais, especializados, pronto-atendimentos, unidades móveis, policlínicas e unidades de saúde de atenção primária (Brasil, 2011)

Em suas diretrizes, todos os pontos de atenção são pontos de acesso e acolhimento a casos agudos, com classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, garantindo universalidade, equidade e integralidade, atuando de maneira multiprofissional, com conectividade entre os diversos serviços de saúde, pautado na atuação local e na regionalização. A rede deve priorizar as doenças que levam à maior morbimortalidade no Brasil, atuando conforme as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (Brasil, 2011; Tofani et al., 2023).

Ao longo do período de implantação da RUE, os hospitais têm se tornado instituições cada vez maiores, especializadas e regionalizadas, ofertando cuidado a uma grande abrangência populacional. Paralelamente, serviços de urgência e emergência de menor complexidade, visando o acolhimento de doenças e agravos menos graves, como UPAs, têm se tornado comuns, contribuindo para oferecer serviços de complexidade intermediária onde a atuação de medidas de urgência e

emergência possam também ser necessárias (Dubeux; Freese; Reis, 2010; Silva et al., 2012).

As unidades de assistência hospitalar estão integradas com a RAS, caracterizadas como o nível terciário e quaternário de atenção à saúde. Estas unidades devem ofertar atendimentos de diferentes complexidades, de acordo com as necessidades da população, por meio de um cuidado multiprofissional, atuando com qualidade assistencial, sempre em vista à segurança do paciente, também atuando na regulação do acesso, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Brasil, 2013).

Ao longo da implementação de políticas públicas na área da urgência e emergência no Brasil, resoluções e portarias buscam normatizar o funcionamento dos serviços. A resolução 2.077/2014 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), assim como o dimensionamento adequado da equipe médica e do sistema de trabalho. A resolução preconiza o mínimo de dois leitos para pacientes críticos, sempre acompanhado de uma proporção de dois leitos por médico nestas salas de reanimação (salas vermelhas), assim como uma proporção de oito leitos de observação (salas amarelas) por médico, e a realização de, pelo menos, três atendimentos por hora por médico em atendimentos de porta (consultório e/ou box). Torna obrigatória, também, a implantação e manutenção do acolhimento com classificação de risco, a avaliação médica, a presença de um médico coordenador de fluxo para serviços de alto fluxo, a qualificação dos profissionais para tal setor, a passagem de plantão, entre outros aspectos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

A Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002, marco histórico na regulamentação das urgências e emergências no Brasil, institui o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, incluindo o conceito de “vaga zero”, garantindo acesso à pacientes com situações críticas e ameaçadoras à vida. Estabelece, também, as condições para habilitação e certificação dos médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência - os profissionais devem estar capacitados pelo Núcleo de Educação em Urgências, além de receber treinamento em serviço, coordenado pelo responsável técnico da unidade, com uma escala de treinamento de novos funcionários. O responsável técnico médico deve possuir título

de especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo CFM, ou com certificado de residência médica em sua especialidade emitido por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação (Brasil, 2002).

Os SHE são, portanto, serviços essenciais que atuam em condições de urgência e emergência, para diagnóstico e terapêutica de situações ameaçadoras à vida, frequentemente tempo-dependentes, atuando de maneira geral, mas também em linhas de cuidado, como a linha de cuidado cardiovascular, neuro-vascular e traumatologia. Estes serviços devem possuir protocolos efetivos, atuando com equipes multiprofissionais especializadas, garantindo acesso ao diagnóstico e terapias de maneira oportuna, eficiente, promovendo segurança e ofertando cuidado que seja equitativo e centrado no usuário (Lecky et al., 2014).

No entanto, os SHE passam por desafios na entrega destes objetivos. A frequência excessiva destes serviços contribui para dilemas como os de sobrelotação ou *overcrowding* - um fenômeno de desbalanço entre oferta e demanda de serviços de saúde, o que reflete sua organização interna assim como a organização do sistema de saúde em que este serviço está inserido (Roberge *et al.*, 2010). Historicamente, a rede hospitalar pública brasileira opera em regimes de sobrelotação e déficits estruturais e de processos de trabalho que impactam a qualidade dos serviços (O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009).

Assim como nos hospitais brasileiros, a sobrelotação se trata de um problema mundial dos sistemas de saúde, fato que vem ganhando cada vez mais importância, com reflexos múltiplos – impacto na qualidade do atendimento, na morbimortalidade, assim como impactos políticos (Sy *et al.*, 2021). A demanda elevada por atendimento de urgência e emergência se deve a múltiplos fatores, como aumento da expectativa de vida, aumento das condições crônicas, desestruturação da atenção primária e da rede de serviços de saúde no geral, assim como as condições de vida da população da região em questão, entre diversos outros fatores. Por outro lado, medidas para adequar a oferta de serviços à demanda crescente são incomuns, dificultando assim o cuidado em tempo oportuno e com qualidade nos departamentos de emergência (Bittencourt *et al.*, 2020).

A utilização dos serviços de urgência e emergência possui padrões que vão além da sua função originária e estruturação em si, sofrendo influência também dos costumes e preferências. Em diversos países, mesmo em regiões com atenção

primária sem grandes deficiências, pacientes com problemas cuja solução é pertinente ao nível de atenção primário, frequentam serviços hospitalares de emergência (O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009).

Historicamente, no Brasil, previamente à consolidação do SUS e da Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto ordenadora do cuidado, a atenção hospitalar consistia como modelo hegemônico, concentrando a demanda de saúde, independentemente de sua gravidade e natureza (Santos; Pinto, 2017). Apesar deste elemento estar superado em normativas, o itinerário terapêutico dos usuários na busca por acesso à serviços de saúde ainda se caracteriza pelo hospital como primeira unidade assistencial, tendo como principais motivos as distâncias entre seu domicílio ou trabalho e a unidade assistencial primária e a ausência de profissionais em suas proximidades, indicando necessidade de fortalecimento da rede de saúde (Dubeux; Freese; Felisberto, 2013).

No contexto da RAS, reconhece-se que a APS é um elemento essencial e determinante para as condições de operação da atenção hospitalar (Roberge *et al.*, 2010). A estruturação adequada, com ampliação do acesso e garantia da qualidade da APS é relevante no âmbito das urgências e emergências, pois reflete diretamente na quantidade de pacientes que buscam acesso nos SHE, seja por conveniência ou por falta de resolutividade na APS. Desta forma, a demanda (*input*) nos SHE pode se apresentar elevada em sistemas disfuncionais, e reduzida em sistemas organizados e funcionantes. Da mesma maneira, o fortalecimento da APS reflete na capacidade das instituições hospitalares otimizarem sua capacidade de desospitalização (*output*), o que demanda capacidade organizativa da APS que deve garantir acesso e resolutividade (Andrew *et al.*, 2013). Paralelamente, o fortalecimento da APS também pode reduzir as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), diminuindo a demanda excessiva nos serviços de urgência e emergência (Borsato; Carvalho, 2020).

Apesar dos avanços fundamentais da Resolução 2077/2014 do CFM, assim como da Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde, pouco se publica enquanto estratégias institucionais e pactuações políticas para o enfrentamento a situações de sobrelotação. A nível estadual, poucos estados brasileiros realizaram suas próprias normativas em complementação as normativas nacionais. A Portaria nº 386/2017 da Secretaria de Saúde do Distrito Federal organiza o Componente Hospitalar da Rede

de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, no qual também descreve a função e molde de rotas rápidas de atendimento (*fast tracks*), uma das medidas eficazes em situações de elevada demanda por atendimentos. Ela também determina os tempos de permanência adequados nos SHE, assim como Planos de Capacidade Plenas (PCP), estabelecendo coloração de bandeiras para cada nível de contingenciamento (DISTRITO FEDERAL, 2017). Segundo a Portaria, são os níveis de contingenciamento:

- a) *bandeira verde* preservando capacidade plena, devendo fazer contrarreferência dos casos de classificação de risco azul para consulta na APS, e pacientes classificados como verde para consulta na APS caso em horário de atendimento desta unidade e que já não estejam sendo referenciados ao SHE;
- b) *bandeira amarela* preservando apenas a capacidade de atendimento de pacientes classificados em amarelo ou mais grave;
- c) *bandeira laranja* preservando capacidade de atendimento apenas para pacientes com classificação laranja ou mais grave, direcionando todos os demais às UPAs e outros SHE;
- d) *bandeira vermelha* preservando apenas capacidade para atendimento de pacientes com classificação vermelha, devendo encaminhar pacientes classificados em laranja a outros SHE, sendo também a instalação de bandeira vermelha um ato privativo ao Superintendente Regional;
- e) *bandeira negra* reservada apenas à incapacidade de funcionamento da unidade hospitalar como um todo, devendo ser evacuada.

Os SHE são, portanto, serviços inseridos na RAS e na RUE, constituindo o componente hospitalar fixo da atenção às urgências e emergências. Devem possuir ampla capacidade resolutiva, diagnóstica e terapêutica, com profissionais especializados, protocolos institucionais e atuando para os melhores resultados possíveis, com redução da morbimortalidade imediata e precoce. Por estarem inseridos em um contexto social, organizacional e cultural, possuem inúmeros desafios para manter a qualidade prestada em seus serviços.

3.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A qualidade do cuidado é um termo que ganha importância na agenda dos administradores da saúde. Qualidade pode ser entendida como “a habilidade para alcançar objetivos desejáveis usando meios legítimos” (Donabedian, 1980). Qualidade, no contexto de serviços de saúde, possui significações mistas. Qualidade do cuidado pode ser entendida como aquilo que maximiza uma medida de bem-estar do paciente, após balancear expectativas de ganhos e perdas que permeiam o processo do cuidado (Busse; Panteli; Quentin, 2019).

Acompanhando o conceito de Donabedian (1980), a definição do *Institute of Medicine*, de 1990, assim como as definições do *Council of Europe*, de 1997, indicam que qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde aumentam sua chance de atingir desfechos de saúde desejáveis e com consistência de conhecimento profissional atualizado. As definições mais atuais da Organização Mundial da Saúde, indicam que qualidade do cuidado se trata do grau em que o cuidado em saúde é efetivo, eficiente, acessível e disponível, equitativo, seguro e centrado nos valores do usuário, corroborando com as definições do Institute of Medicine (IOM) em 2001, publicado no *Crossing the Quality Chasm* (Busse; Panteli; Quentin, 2019).

Desta maneira, a qualidade de serviços de urgência e emergência pode ser indicada sob diferentes aspectos, cada qual traduzindo distintos níveis organizacionais e condições de estrutura e processo, ainda sendo um desafio o consenso sobre quais métricas refletem alta qualidade, eficiência e sustentabilidade do modelo. Muitos serviços de emergência adotaram o relatório *Crossing the Quality Chasm* em que seis dimensões são consideradas as mais importantes para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade. A assistência deve ser *segura* (evitar danos desnecessários), *efetiva* (condutas embasadas e resolutivas para a pessoa certa na hora certa), *centrada no paciente* (considerando seus valores e experiências), *oportuna* (sem atrasos), *eficiente* (assistência racional, sem desperdícios) e *igualitária* (sem distinção) (SØRUP et al., 2013).

A Associação Internacional de Medicina de Emergência (*International Federation for Emergency Medicine – IFEM*) propôs em 2012 um quadro de indicadores para qualidade e segurança nos serviços de emergência, agrupadas por métricas de estrutura, processo e resultados, centrados nas dimensões apontadas

pelo relatório *Crossing the Quality Chasm*. Os indicadores avaliam se as instalações físicas e recursos humanos são adequados, cultura de qualidade na unidade com suporte de dados adequados, se a experiência e satisfação do paciente é acolhida e medida, presença de protocolos clínicos atualizados, entre outros indicadores gerais, como apresentado no Quadro 01 (Lecky et al., 2014).

Quadro 01 – Conceitos das dimensões da qualidade

Dimensões	Conceito
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Tempo-oportuno	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Centrado no usuário	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia
Igualitária	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: *Institute of Medicine* (2001)

A qualidade analisada através da segurança assume diferentes medidas e pode ser expressa pelas taxas de eventos sentinelas, de erros de administração de medicamentos, de erros de terapêuticas, de diagnósticos despercebidos, de mortalidade e morbidade ou readmissões em menos de 72 horas, a existência ou não de um sistema de notificação, a existência de espaços diferenciados e apropriados para cada situação clínica, a incidência de infecções relacionadas à assistência (IRAS) (Hansen et al., 2020).

A qualidade analisada através da assistência em tempo oportuno pode ser aferida por medidas centradas na saída antecipada dos usuários, como saída antes do tempo pretendido, saída sem a primeira avaliação médica (*left without being seen*),

saída antes de completar o tratamento ou saída contra aconselhamento médico. Apesar de menos utilizadas, tais medidas podem explicitar funis de fluxo, com demora em atendimentos, tomadas de decisão e condutas, insatisfação por parte dos usuários, tendo a evasão como consequência. Outras métricas incluem o tempo de permanência, tempo de chegada-abertura de atendimento, abertura de atendimento-triagem, abertura de atendimento-avaliação médica, abertura de atendimento-tratamento, abertura de atendimento-hospitalização, abertura de atendimento-saída, tempo para tomada de decisão, entre outros (Hwang *et al.*, 2011)

A necessidade de métricas que reflitam a qualidade dos serviços de emergência ainda é presente, principalmente quando se trata de contextualizar as realidades socioeconômicas locais. Apesar de diversas métricas existirem na literatura, elas não necessariamente avaliam todos os aspectos do cuidado nos serviços de emergência, devendo-se tomar cuidado na escolha de métricas que reflitam, de uma maneira balanceada, as diferentes dimensões da qualidade do cuidado. Em uma revisão de métricas de qualidade em departamentos de emergência de locais com recursos limitados, 180 métricas foram identificadas e sistematizadas nas seis dimensões do cuidado do IOM, de acordo com a tríade donabediana, sendo 57% relacionadas à processo, 27% à estrutura, 16% à resultados. A maioria avaliou a efetividade (52%) e a temporalidade (28%) do cuidado, com poucas métricas avaliando aspectos centrados no paciente (11%), segurança (4%), eficiência (3%) e equidade (1%) do cuidado (Aaronson *et al.*, 2015).

No Reino Unido, em 2010, em conformidade com as dimensões da qualidade defendidas no relatório de 2001 do IOM, instituiu-se uma meta de permanência de quatro horas (*four hour rule*, ou *4HR*) nos serviços de emergência do *National Health Services* (NHS), com a finalidade de combater a sobrelotação dos serviços de emergência. Da mesma maneira, na Austrália, em 2012, iniciou-se o *National Emergency Access Target* (NEAT), com o mesmo princípio (Sørup; Jacobsen; Forberg, 2013; Sullivan *et al.*, 2016). Segundo a regra de quatro horas enquanto uma medida de qualidade, apenas uma fração dos pacientes, 10% na Austrália e 2% no Reino Unido, deveriam permanecer no serviço de emergência por mais do que quatro horas (Sullivan *et al.*, 2016). Apesar do impacto na redução da sobrelotação, críticas surgiram ao modelo, pois o foco em apenas uma métrica de tempo pode não corresponder a altos níveis de qualidade, inclusive podendo levar a sistemas

disfuncionais (Sørup; Jacobsen; Forberg, 2013). O aumento da complexidade dos casos, o envelhecimento da população, as restrições de redes existentes de serviço social, a relação inadequada de recursos humanos e a falta de leitos de retaguarda surgem como desafios para manter-se dentro da meta das quatro horas, de maneira que desde 2015 muitos departamentos de emergência no Reino Unido têm apresentado dificuldade em manter-se dentro da meta (Royal College of Emergency Medicine, 2018).

Alguns estudos buscam estabelecer medidas para definir graus de lotação do serviço de emergência, baseado na quantidade de leitos totais, número de pacientes críticos e/ou em suporte ventilatório invasivo, número de consultas/ano e número de pacientes precisando de leitos, como o escore *National Emergency Department Overcrowding Scale*, chamado de NEDOCS, que traz elementos-chave no dimensionamento e fluxo ideal de um serviço de emergência (Weiss *et al.*, 2004). O Quadro 02 apresenta os fatores do escore de NEDOCS:

Quadro 02 – Fatores do Escore de NEDOCS

1.	<i>Quantidade de pontos de cuidado no departamento de emergência</i> (incluindo consultórios, salas de sutura, sala de gesso, poltronas da sala de medicação, macas e leito da observação e sala de emergência). Número fixo – é a capacidade instalada do serviço. Não devem ser contabilizados leitos extras em corredor.
2.	<i>Número de leitos totais efetivos no hospital disponíveis ao departamento de emergência.</i> Devem ser descontados leitos bloqueados por razões de precauções de controle de infecção, bloqueados por manutenção e leitos ocupados de longa permanência (acima de 90 dias de ocupação). Não devem ser contabilizados leitos de bloco cirúrgico e sala de recuperação anestésica.
3.	<i>Número de pacientes totais no departamento de emergência</i> – contabilizando-se salas de espera, salas de medicação, consultórios em atendimento, salas de observação e salas vermelhas.
4.	<i>Número de pacientes admitidos no departamento de emergência aguardando internação e leito no hospital.</i> São pacientes que já não deveriam mais estar no departamento de emergência.
5.	<i>Número de pacientes em ventilação mecânica no departamento de emergência</i>
6.	<i>Maior tempo atual para internação em leito do hospital fora do departamento de emergência.</i>
7.	<i>Último tempo de espera para chegada no leito.</i> Trata-se da quantidade de horas que o último paciente transferido do departamento de emergência esperou para ser transferido, desde a informação de leito disponível para este paciente, até a transferência ao leito destino no hospital.

Fonte: Weiss e colaboradores (2014). Tradução, adaptação e quadro elaborado pelo autor.

Fatores como a sobrelotação impactam negativamente a qualidade dos serviços de emergência, com um corpo de evidências robusto sustentando esta tese, conforme o Quadro 3.

De forma geral, a sobrelotação dos serviços de emergência tem sido amplamente associada à piora dos desfechos clínicos e da qualidade assistencial. Estudos apontam aumento de morbimortalidade e incidentes adversos graves (Singer et al., 2011; Sun et al., 2013; Nicolaidis et al., 2025), além de atrasos em protocolos críticos, como o de sepse (Shin et al., 2011). Também são relatadas falhas estruturais e assistenciais, com atendimentos realizados em locais inadequados, como corredores, macas improvisadas e prejuízo no manejo da dor (CAEP, 2003; COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2014; EMERGENCY MEDICINE COMMITTEE, 2016; Pines; Hollander, 2008). Mais recentemente, foram observados aumento das paradas cardiorrespiratórias intra-hospitalares (Jun et al., 2025) e maior risco de infecções por enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos após o segundo dia de permanência no setor (Salomão et al., 2023), reforçando o caráter sistêmico e cumulativo dos impactos da sobrelotação.

Quadro 3 - Síntese de evidências de impactos negativos da sobrelotação nos serviços de emergência.

Evidência	Impactos negativos da sobrelotação
Weissman et al. 2017	Aumento de incidentes adversos graves
Singer et al. 2011	Maior morbidade e mortalidade
Shin et al. 2013	Maior atraso no protocolo de sepse
CAEP 2003; College of Emergency Medicine 2014; Emergency Medicine Practice Committee 2016	Cuidado realizado em áreas inadequadas (corredores, macas improvisadas).
Pines, Hollander 2018	Manejo inadequado e atraso em controle de dor em pacientes com dor intensa
Jun et al., 2025	Aumento da ocorrência de paradas cardiorrespiratórias intra-hospitalares
Salomão et al., 2023	Maior risco (OR 4.58) de contaminação com enterobactérias resistentes aos carbapenêmicos a partir do 2º dia de permanência no serviço de emergência.

Elaborado pelo autor, 2025.

A sobrelotação pode ter origem em múltiplos fatores, como bloqueios de saída (*exit block*, traduzida pela incapacidade do sistema prosseguir o cuidado do paciente – transferência para enfermaria, unidade de terapia intensiva, transferência), *throughput* lento (traduzido pelo impacto que a demora de exames e procedimentos acarretam no tempo para tomada de decisão e tratamento definitivo), assim como uma entrada excessiva no sistema (*input* – traduzido pelo excesso de demanda que ultrapassa a oferta de cuidados) (Andrew et al., 2013).

Estratégias e ações para reduzir os riscos e mitigar os efeitos da sobrelotação são essenciais. A realização de agendamentos de consultas ambulatoriais de mesmo dia para pacientes identificados na classificação de risco como não urgentes são factíveis e podem fornecer maior resolutividade, ao mesmo passo em que retiram a sobrecarga dos serviços de emergência (Jones et al., 2025). O screening universal para enterobactérias resistentes a carbapanêmicos de pacientes internados no serviço de emergência reduziu o uso de antibioticoterapia em mais de 50% e a taxa de aquisição destes mecanismos de resistência em mais de 50% (Salomão et al., 2023).

A sobrelotação também impacta na decisão dos usuários de aguardarem o atendimento desejado. Pacientes que não aguardam o atendimento (LWBS) são frequentemente analisados como marcador de qualidade, em virtude da possibilidade de eventos adversos. A taxa de LWBS, no entanto, é controversa enquanto indicador de qualidade (Evans et al., 2025; McNaughton et al., 2024).

Nas últimas décadas, diversas organizações de saúde adotaram o pensamento *lean* na melhoria dos cuidados em saúde. *Lean* é um conjunto de princípios operacionais desenvolvido pela montadora Toyota na década de 50 e, atualmente, considerado um método de melhoria da qualidade (Bucci et al., 2016). A metodologia *lean* baseia-se em construir um mapa de processos para realizar a identificação de atividades não agregadoras de valor ao usuário/consumidor, desperdícios processuais e gargalos, com vistas a viabilizar modificações de estrutura e processo que alcancem um fluxo de trabalho sem atrasos e desperdícios. Para serviços de emergência isto, em geral, significa redução de filas, tempos de espera e tempos de transporte, fatores que a literatura vem demonstrando benefício na utilização da metodologia *lean* (Bucci et al., 2016; Holden, 2011; Verbano; Crema, 2019).

As intervenções sugeridas pelo pensamento *lean* são baseadas em uma cadeia de processos, envolvendo desde os setores de gerência até a assistência, envolvendo e empoderando os atores (trabalhadores da assistência e gerência) para avaliar e melhorar seu próprio trabalho, comumente através de contínuas reuniões rápidas de aprimoramento chamadas *kaizen*. Desta maneira, transforma-se a relação de trabalho dos profissionais do departamento de emergência de simplesmente estarem cumprindo uma função, para uma posição onde eles se empoderem e busquem soluções e melhorias para os problemas encontrados – sugerindo e implementando mudanças (Holden, 2011). Os efeitos transformadores da metodologia *lean* abrangem modificações de estrutura, como educação continuada, incentivos, modificações no ambiente, assim como modificações de processo, como reatribuições de responsabilidades e modificações de atividades relacionadas diretamente com o cuidado, como o fluxo. Exemplos de problemáticas de pesquisa e intervenções através da metodologia *lean* incluem o tempo de permanência hospitalar, os tempos de espera, fluxo de pacientes, segurança, análise de custo, design de processos (SOUZA et al., 2021). Os desfechos positivos da metodologia *lean*, no entanto, são dependentes de contexto. O envolvimento dos profissionais dos serviços de emergência com as iniciativas da metodologia *lean* é indispensável, assim como o comprometimento das lideranças (DICKSON et al., 2009).

3.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A avaliação em saúde consolidou-se como um campo interdisciplinar, articulando dimensões conceituais, metodológicas e políticas, cuja finalidade é compreender e aprimorar o valor público das intervenções e serviços.

Desde as formulações clássicas de Scriven (1991) e Patton (2008), a avaliação é concebida não apenas como um julgamento técnico, mas como um processo sistemático de produção de conhecimento voltado à tomada de decisão. Enquanto Scriven (1991) destaca a distinção entre avaliação formativa e somativa, enfatizando o papel do avaliador na atribuição de valor, Patton (2008) propõe uma perspectiva centrada na utilidade e no uso efetivo dos resultados avaliativos pelos decisores e gestores. Contandriopoulos et al. (1997) ampliam essa abordagem ao integrar a avaliação aos processos institucionais de gestão e regulação, compreendendo-a

como ferramenta para o aprendizado organizacional e a melhoria contínua dos sistemas de saúde.

No campo da qualidade em saúde, a obra de Avedis Donabedian (1980) estabeleceu os fundamentos conceituais que moldaram a avaliação moderna dos serviços de atenção à saúde. Seu modelo estrutura–processo–resultado tornou-se referência para a mensuração e análise da qualidade, ao propor que os resultados assistenciais derivam da interação entre as condições organizacionais e os modos de prestação do cuidado.

Donabedian (1980) também enfatizou a dimensão ética da qualidade, ao afirmar que “a essência da qualidade é o grau em que o cuidado prestado alcança os melhores resultados possíveis, de acordo com o conhecimento técnico e os valores da sociedade”. Posteriormente, incorporou-se também perspectivas circulares e sistêmicas da qualidade, nas quais o cuidado é compreendido como um processo contínuo, dinâmico e relacional (Almeida *et al.*, 2019).

As abordagens contemporâneas de avaliação da qualidade em saúde, portanto, combinam princípios de diferentes escolas de pensamento: a ênfase na utilidade e no uso, a perspectiva ética e científica do julgamento de valor, e a integração institucional e sistêmica (PATTON, 2008; SCRIVEN, 1991; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Essa convergência reflete a transição da avaliação como instrumento técnico para uma função estratégica de governança, especialmente em contextos de alta complexidade assistencial, como os serviços hospitalares de emergência. Nesses ambientes, a avaliação da qualidade torna-se não apenas um requisito de *accountability*, mas também um componente essencial da segurança do paciente, da eficiência operacional e da legitimidade institucional.

A aplicação desses referenciais teórico-metodológicos aos serviços de emergência exige considerar as especificidades desse campo: a imprevisibilidade da demanda, a urgência na tomada de decisão e o caráter tempo-sensível das condições atendidas (SUN *et al.*, 2013). Avaliar a qualidade nesses serviços implica, portanto, articular medidas de estrutura, como disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos; de processo, como tempos de atendimento e adesão a protocolos clínicos; e de resultado, como mortalidade, satisfação do usuário e desfechos funcionais. A incorporação de modelos avaliativos robustos permite identificar não

apenas deficiências e boas práticas, mas também compreender como o desempenho dos serviços de emergência reflete a capacidade resolutive e a equidade do sistema de saúde como um todo.

Modelizações existentes de serviços de urgência e emergência destacam a relevância de se encarar os serviços de maneira sistêmica, considerando seu *input* (demanda), *throughput* (estrutura organizacional, assistência) e *output* (relação com outros níveis de atenção ou serviços), evitando limitar-se a aspectos da estrutura organizacional e dos processos (Carranza *et al.*, 2017). Neste modelo conceitual tricompartimental do serviço de urgência e emergência, o *input* é caracterizado pelas demandas de emergência, assim como pelas demandas urgentes não programadas (caracterizadas pelo desejo de atendimento imediato conveniente onde não houve capacidade de atendimento no sistema ambulatorial) e pelas demandas de vulnerabilidade (como usuários com barreiras de acesso). Todo processo de trabalho realizado no serviço de urgência e emergência trata-se de seu *throughput*, sendo a conclusão final sua alta ou admissão hospitalar (*output*) (Asplin *et al.*, 2003).

Estratégias de avaliação no contexto hospitalar incluem o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) instituído pelo Ministério da Saúde em 1998, o qual objetivava a pesquisa de maneira sistematizada de serviços e gestores de saúde, obtendo indicadores precisos para priorização de ações, visando atingir padrões adequados de qualidade de assistência. O PNASH possuía dois instrumentos de coleta de dados, em formato de questionários, em que se avaliava a composição técnica do serviço (basicamente, estrutura) e satisfação dos usuários. Os questionários eram aplicados pelo órgão competente (Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde), e enviados ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS) do Departamento de Assistência à Saúde (DAS) do Ministério da Saúde. A demanda por estratégias de avaliação teve início a partir de uma pesquisa de opinião pública em 1998, que demonstrou a grande demanda de aprofundamento do conhecimento da situação atual de serviços hospitalares, uniformização de padrões de qualidade, metas e objetivos, a fim de propor intervenções e ações de planejamento, com acompanhamento e avaliação por parte do Ministério da Saúde (Silva, 2001).

O PNASH foi reformulado como Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) em 2004, de maneira a torná-lo mais amplo, para que pudesse

ser aplicado em todas as diversas complexidades de serviços de saúde, avaliando “a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade” (Chaves et al., 2021).

Inicialmente, a aplicação do PNASS voltou-se para serviços de hospitais gerais, especializados e mistos, assim como ambulatórios de especialidades clínicas e policlínicas. Republicado em 2015, o PNASS conta com três instrumentos avaliativos distintos – roteiros de itens de verificação, questionário dirigido aos usuários e um conjunto de indicadores – e em relação às dimensões de estrutura, processo, resultado, produção de cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários. Os questionários são submetidos tanto pelo gestor local quanto pelo próprio estabelecimento de saúde, a fim de autoconhecimento, possibilitando a identificação da realidade e necessidade local. Na avaliação de indicadores, enquanto dimensão avaliativa do PNASS na categoria hospitalar, utilizou-se dos indicadores ocupação hospitalar, média de permanência e mortalidade hospitalar.

O roteiro de padrões de conformidade instituído pelo PNASS possui vinte e dois critérios, divididos em três blocos: gestão organizacional, apoio técnico e logístico e gestão da atenção à saúde. Para avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas (que indicam risco ou qualidade), classificados como imprescindíveis (exigidos em normas, com necessidade de intervenção urgente), necessários (exigidos em normas, mas com prazo para regularização) e recomendáveis (não constam em normas, mas definem um diferencial de qualidade no serviço).

Quanto à atenção às urgências e emergências, o item 14 “atenção imediata – urgência/emergência” descreve seis padrões de conformidade a serem avaliados pelo PNASS. A unidade deve: (1) possuir infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato (imprescindível); (2) dispor de médico exclusivo e enfermeiro disponível em tempo integral (imprescindível); (3) possuir análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional (necessário); (4) possuir profissionais com capacitação específica para atuação em urgência e emergência (necessário); (5) utilizar protocolos de urgência e emergência na prática diária (recomendado); (6) possuir gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato (recomendado).

Em iniciativa contemporânea do PNASS, a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, denominada Qualisus, publicada em 2004, também objetiva elevar a qualidade da assistência prestada, promovendo uma atenção à saúde eficaz, efetiva e humana. Os serviços de urgência e emergência foram considerados prioritários no processo de qualificação, por serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população, e, dessa forma, visando sua implantação, o Qualisus passou a ser o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde, publicado em 2006. Os eixos pactuados na implantação do Qualisus incluíam o (1) acolhimento (humanização), (2) resolução diagnóstica e terapêutica (efetividade, resolutividade), (3) responsabilização e garantia de continuidade do cuidado (vínculo dos trabalhadores com usuários e com o sistema de saúde) e (4) aprimoramento e democratização da gestão (controle social dos hospitais e setores de urgências). Carregando, assim, um conjunto de conceitos baseados em pilares fundamentais no SUS (Gusmão-filho; Carvalho; Araújo Júnior, 2010).

Uma ação estratégia do Governo Federal, o Programa SOS Emergências, oficializado pela Portaria GM nº 1.663 de agosto de 2012, objetivou a melhoria dos atendimentos em urgência e emergência, através da cooperação com gestões locais, secretarias municipais, estaduais e supervisores técnicos do Ministério da Saúde. Ao apoiar 12 unidades hospitalares em 2011, 10 unidades hospitalares em 2013, e mais 09 unidades hospitalares em 2014, o Programa SOS Emergências iniciou com incentivos à criação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), responsável por construir o processo seguro e qualificado da gestão da interface emergência-hospital. Ao efetivar-se o NAQH, realiza-se um diagnóstico situacional do hospital, com foco no acesso, processo de trabalho, relação da emergência com demais unidades do hospital, e o processo de saída e articulação do hospital com a rede de cuidados municipal e estadual. A efetivação do NAQH foi descrita como exitosa em seus objetivos em experiências locais (Cecilio et al., 2014).

Os modelos de avaliação de outros serviços instalados em unidades hospitalares de média e alta complexidade possuem grande potencial para se tornarem referências para avaliação de qualidade nos departamentos de emergência, respeitando-se suas diferenças. Em um roteiro elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 31 indicadores são tomados para avaliação de

unidades de terapia intensiva com destaque para: responsabilidade técnica médica e coordenação de enfermagem e fisioterapia, dimensionamento de equipe, capacitação profissional, acesso aos recursos assistenciais, padronização de normas e rotinas, equipamentos de proteção individual, higienização das mãos, estrutura física, prontuário do paciente, orientação para visitantes, manutenção da estrutura física, iluminação, sistema elétrico de emergência, climatização, equipamentos e materiais, manutenção de equipamentos, kits para cuidado emergencial/carrinho de emergência, medicamentos e produtos, limpeza e desinfecção de superfícies, gerenciamento de riscos, controle de infecções relacionadas à assistência (IRAS), vigilância e notificação de eventos adversos, avaliação global da UTI com indicadores e índice de gravidade dos pacientes, protocolos de identificação do paciente e prevenção de lesão por pressão, protocolo de prevenção de quedas. Todos estes indicadores referem-se à marcos regulatórios como a Reunião de Diretoria Colegiada 07 de 2010, resolução que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva, entre vários outros (Brasil, 2020).

Em uma revisão sistemática de estudos que analisaram a qualidade de cuidados hospitalares publicados entre 1990 e 2011, as dimensões mais utilizadas foram efetividade, adequação, eficiência, segurança, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, acesso e continuidade (dimensões dentro da macro dimensão de desempenho do serviço de saúde), assim como recursos (dentro da macro dimensão de estrutura). Destes, os mais prevalentes são taxa de mortalidade, taxa de mortalidade por causa específica, taxa de mortalidade global, razão de óbitos observados/esperados, taxa de adequação (do cuidado ao paciente com acidente vascular cerebral, ao paciente cardíaco, à paciente em trabalho de parto, de parto cesáreo, de aplicação de protocolo recomendado em situações específicas, do cuidado de enfermagem durante a internação), taxa de permanência, taxa de eventos adversos, taxa de adequação da estrutura (Machado; Martins; Martins, 2013).

Observa-se uma grande preocupação no cenário nacional com avaliações de recursos da estrutura, denotando uma deficiência na oferta de profissionais e ambientes adequados para prestação do cuidado, o que ocorre em menor razão em países de elevada renda (Machado; Martins; Martins, 2013).

A avaliação de serviços de urgência e emergência em países de média e baixa renda pode ter maiores aproximações com a realidade brasileira do que a simples

comparação com sistemas de avaliação robustos de países de alta renda. Em uma conferência da *African Federation for Emergency Medicine (AFEM)*, em 2016, desenvolveu-se através de técnicas de consenso uma série de indicadores de qualidade apropriados ao contexto dos departamentos de emergência do continente africano, sendo selecionadas condições que:

- (1) ocorram com frequência,
- (2) sejam epidemiologicamente significativas,
- (3) estejam no escopo dos cuidados de emergência,
- (4) cuja melhoria do desfecho esteja associada diretamente à qualidade do cuidado oferecido,
- (5) condições cujos desfechos dependam de equipamentos, testes diagnósticos e terapêuticas disponíveis,
- (6) possuam registros e dados que sejam viáveis de serem coletados,
- (7) sejam aplicáveis a realidade atual dos cuidados de emergência na África.

Assim sendo, são indicadores pragmáticos, mensuráveis, centrados nas prioridades de saúde pública, cujos resultados são observáveis com cuidados ótimos. Para esta matriz de indicadores, foram selecionadas condições conforme os exemplos demonstrados no Quadro 04, sendo cada condição avaliada nas dimensões de mortalidade, morbidade, avaliação, diagnóstico e estrutura (Broccoli *et al.*, 2018).

Quadro 04 – Indicadores para a Qualidade de Serviços de Emergência na África

Condição	Exemplos	Dimensão
Admissão por trauma	quedas, acidentes automobilísticos, violência, queimaduras	Mortalidade: % de óbitos em 24h da admissão no DE Morbidade: % de hemotransfusão conforme recomendação de guideline Avaliação: % de pacientes com avaliação sistematizada ABCDE Diagnóstico: % de traumas abdominais fechados com exame <i>FAST</i> documentado Estrutura: % de protocolos de trauma abertos
Admissão por sepse	malária, pielonefrite, sepse neonatal, varicela, HIV, meningite, sepse materna	Morbidade: % de pacientes com diagnóstico de sepse que receberam antibiótico no DE Avaliação: % de pacientes com maior prioridade na classificação de risco que receberam sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora

Estrutura: % de aberturas de protocolos de sepsse		
Admissão por afecções do trato respiratório	asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia	Mortalidade: % de pacientes com diagnóstico de afecções do trato respiratório que evoluem à óbito nas primeiras 24 horas Morbidade: % de pacientes com diagnóstico de pneumonia que receberam antibiótico no DE Avaliação: % de pacientes com maior prioridade na classificação de risco que receberam sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora
Saída sem ser visto		% de pacientes que saíram do DE sem receberam primeira avaliação pelo médico
Admissão por emergências obstétricas	hemorragia pós-parto, gravidez ectópica, eclâmpsia	Morbidade: % de pacientes com hemorragia pós-parto que receberam medidas farmacológicas para controle de sangramento Avaliação: % de pacientes com maior prioridade na classificação de risco que receberam sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora Diagnóstico: % de pacientes com idade de 15 a 49 anos com um teste de gravidez realizado

Fonte: Broccoli e colaboradores (2018). Adaptação, tradução e quadro pelo autor.

No cenário dos países de renda elevada, os indicadores mais utilizados são tempo de permanência, evasão sem ser visto (LWBS), tempo entre chegada e avaliação clínica, reavaliação não planejada (em menos de 72 horas), incidentes não intencionados, mortalidade e morbidade, satisfação dos usuários, tempo entre chegada e hospitalização, tempo entre chegada e início do tratamento, tempo entre solicitação e realização de radiografias, entre outros (Sørup; Jacobsen; Forberg, 2013).

No cenário nacional, Dubeux et al (2010), realizaram uma avaliação normativa de grau de implantação de serviços de urgência e emergência, utilizando-se como instrumento critérios de avaliação do PNASS, abrangendo dimensão de estrutura, com as subdimensões de estrutura física e organizacional, recursos materiais e humanos, assim como dimensão de processo, com as subdimensões atividades assistenciais de rotina, referência e contrarreferência. A avaliação das subdimensões seguiu critérios como descritos no Quadro 05. Neste estudo, a subdimensão de estrutura física apresentou resultados considerados como aceitável, a estrutura organizacional satisfatória, os recursos materiais deficientes, e os recursos humanos

deficientes. A subdimensão “atividades de rotina” apresentou resultados deficientes, e a subdimensão de “referência e contrarreferência assistencial” apresentou resultados satisfatórios.

Quadro 05 - Dimensões e subdimensões de avaliação do grau de implantação dos serviços de urgência e emergência.

Dimensão: Estrutura		Critérios
Subdimensão: Estrutura física		Acesso independente ao atendimento imediato (I), dispositivos para portadores de limitações físicas (I), espaços diferenciados para consultas, procedimentos e observação (I), centro cirúrgico (I), centro obstétrico (R), enfermarias para acomodação após procedimentos cirúrgicos (N), locais com condição de lavagem simples e antissepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas (I)
Subdimensão: Estrutura organizacional		Normas de rotina de funcionamento e atendimento da assistência às urgências e emergências (R), normas, rotinas e procedimentos em relação ao controle da infecção hospitalar (R), prontuário para cada paciente (N), ficha própria para descrição de ato cirúrgico (N), banco de sangue próprio ou previamente pactuado (R)
Subdimensão: Recursos materiais		Equipamentos/materiais em funcionamento e quantidade suficiente (I), medicamentos básicos em quantidade suficiente (I), ambulância e/ou UTI móvel
Subdimensão: Recursos humanos		Equipe multiprofissional e especializada em tempo integral (N), profissionais com capacitação específica (R), equipe dimensionada em quantidade e qualidade para prestar o atendimento com o grau de risco e necessidade (N), enfermeiro intitulado responsável pelo corpo de enfermagem (R), médico especialista chefe de plantão (R)
Dimensão: Processo		
Subdimensão: Atividades de rotina		Atendimento de urgência em tempo integral (I), atendimento de emergência em tempo integral (I), triagem para os casos sem risco de vida (N), exames por imagem em tempo integral (ultrassonografia, endoscopia, ressonância magnética) (I), exames laboratoriais em tempo integral (I), apoio medicamentoso em tempo integral (N), rotina de acompanhamento/evolução dos pacientes por médicos e enfermeiros (N), acesso imediato ao centro cirúrgico em casos de emergência (I), encaminhamento para sala de recuperação após procedimentos cirúrgicos (N), higiene pessoal do paciente (R), atendimento social ao paciente/acompanhante (R), procedimentos rotineiros de controle de infecção hospitalar (N), permanência do paciente no hospital em até 24

	horas (N), protocolos clínicos de urgência e emergência na prática diária dos profissionais (R), organização de grupos de trabalho para discussão de casos clínicos/cirúrgicos e para integração institucional (R), fornecimento de refeição com rotina de suporte nutricional (R), informação aos acompanhantes do estado geral do paciente (R), encaminhamento para UTI no próprio hospital após procedimentos clínicos e cirúrgicos (I),
Subdimensão: Referência e contrarreferência assistencial	Retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxos e mecanismos de transferência claros (N), fluxos para elucidação diagnóstica previamente pactuada (N), unidade mediada por central de regulação (N), comunicação efetiva entre médicos e central de regulação (R), referência para unidade de maior complexidade (R), contra-referência para a atenção básica (R)

Fonte: Dubeux e colaboradores (2010). Quadro e adaptação pelo autor, 2025.

Legenda: I = Indispensável; N = Necessário; R = Recomendável.

Fruto de uma parceria governamental com o Hospital Moinhos de Vento e a Beneficência Portuguesa de São Paulo, o projeto *Lean nas Emergências*, iniciado em 2017, realizou diagnósticos em dezenas de unidades hospitalares públicas, propondo intervenções e monitoramento de indicadores. Outra iniciativa pública partiu do Tribunal de Contas da União (TCU) em 2021, o *portal Eficiência na Saúde* - com meta inicial de proporcionar apoio técnico para auditores, também gera dados para informações qualificadas sobre eficiência e qualidade no sistema hospitalar público brasileiro. A temática da avaliação da qualidade na saúde, especificamente da qualidade do cuidado nos serviços de emergência, é complexa e dinâmica, apresentando ampla variabilidade de indicadores conforme o funcionamento do sistema de saúde local e do contexto socioeconômico e sociocultural em que está inserido.

Nesta revisão foram encontrados nos últimos dez anos, em publicações nacionais, oito publicações referentes a avaliação, constando de estudos que analisaram a cultura de segurança, classificação de risco, qualidade dos componentes pré-hospitalares a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS, satisfação dos usuários, e avaliação do cuidado especificamente do idoso nos serviços de emergência, assim como um estudo que construiu uma matriz de indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar (Doll *et al.*, 2022; Gusmão-filho; Carvalho; Araújo Júnior, 2010; Inoue *et al.*, 2015b, 2015a; Machado; Martins; Martins, 2013a; Magalhães *et al.*, 2010; O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009a; Dubeux *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2012)

No Brasil, as normatizações, através de resoluções, portarias e normas regulamentares avançaram de maneira a propiciar requisitos mínimos para o funcionamento das emergências. A padronização e exigência mínima de indicadores e métricas são necessários para que se possibilite o monitoramento dos serviços, permitindo identificação de pontos frágeis e planejamentos futuros para adequação de aspectos de estrutura e processo, na perspectiva de se atingir o mais alto grau de qualidade possível nos departamentos de emergência brasileiro.

4 MÉTODO

Este trabalho está inserido no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), na linha de pesquisa “*Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde*”, desenvolvida pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS).

Para o modelo de avaliação proposto, o marco teórico utilizado nos trabalhos coordenados pelo NEPAS/UFSC (Hartz e Vieira, 2005; Calvo e Henrique, 2006; Brousselle et al. (2011); Tanaka, Ribeiro e Almeida, 2017), compreendem os termos utilizados neste trabalho conforme a descrição abaixo:

Objeto: trata-se do elemento a ser avaliado. Dentro das políticas públicas pode se tratar de qualquer ação, programa, política, procedimento ou serviço. Neste modelo, trata-se dos Serviços Hospitalares de Emergência, com foco na qualidade.

Dimensão: são as partes do objeto avaliado, identificando como este deve ser estruturado e quais partes são fundamentais para composição do objeto de estudo;

Subdimensão: são as partes de cada dimensão. A opção por utilizar subdimensões depende da complexidade do objeto e do referencial teórico adotado. Neste trabalho, optou-se por não utilizar subdimensões;

Indicador: é uma variável, característica ou atributo capaz de sintetizar ou representar o objeto avaliado;

Medida: são as versões mensuráveis do indicador;

Rationale: compreendido como a razão e justificativa para a escolha dos componentes da matriz de avaliação, em consonância com o objeto de estudo e sua teoria.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tem como objeto avaliativo a qualidade dos serviços hospitalares de emergência no Brasil, e trata-se de uma adaptação do modelo internacional publicado por Hansen e colaboradores (2020) à realidade brasileira.

A pesquisa foi realizada em quatro etapas distintas e sequenciais. Na primeira etapa foi realizada uma revisão de literatura e análise documental. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com especialistas em Medicina de Emergência. Na terceira etapa desenvolveu-se um modelo teórico lógico e uma matriz

de análise e julgamento traduzida e adaptada ao contexto do SUS. A quarta etapa consistiu em validar o modelo avaliativo utilizando-se da oficina de consenso com especialistas em avaliação em saúde e especialistas em gestão de serviços hospitalares de emergência.

4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL E REVISÃO DE LITERATURA

Nesta primeira etapa, a temática da qualidade nos serviços de emergência brasileiros foi delimitada, realizando-se a identificação e análise de documentos essenciais, através de documentos normativos como publicações do Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária, documentos de Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, assim como de órgãos regulamentadores como o Conselho Federal de Medicina.

A literatura científica também foi resgatada através da revisão não sistematizada, em buscas em bases científicas como *Embase* e *MedLine*, com os termos ‘*quality*’, ‘*indicators*’, ‘*emergency department*’. Também se realizou busca na base de dados *Scielo* pelos termos “urgência e emergência”, “qualidade” e “gestão de serviços”. Utilizou-se também de referências inseridas dentro dos artigos encontrados.

Também foram utilizados documentos reconhecidos pelas associações médicas no cenário internacional sobre a qualidade dos serviços de urgência e emergência, especialmente documentos canadenses, estado-unidenses, ingleses e australianos.

Através desta etapa identificou-se o trabalho de Hansen e colaboradores (2020), que consiste em uma atualização do modelo de avaliação proposto por Lecky e colaboradores (2014). Estes trabalhos propõem modelos de avaliação de qualidade de serviços de emergência para países de média e baixa rendas, baseadas em dimensões do cuidado de qualidade propostas pelo Institute of Medicine, no relatório *Crossing the Quality Chasm* (2001).

O modelo apresentado por Hansen e colaboradores (2020) integra as dimensões do cuidado propostas pelo *Institute of Medicine*, composto pela segurança, efetividade, eficiência, cuidado centrado no usuário, tempestividade e equidade, com os respectivos indicadores separados por estrutura, processo e resultado.

4.3 ENTREVISTAS COM STAKEHOLDERS

Foram realizadas entrevistas com médicos especialistas em Medicina de Emergência com experiência atual ou prévia em gestão de serviços de emergência, através de seleção intencional do autor dentro da lista de associados da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). Foram realizadas cinco entrevistas, de maneira individual ou em grupo, em formato online, com registro audiovisual e transcrição manual de trechos importantes.

A entrevista com os médicos especialistas foi semiestruturada com três perguntas disparadoras, sendo as perguntas:

- (1) Quais as condições tanto estruturais, em termos de recursos físicos, materiais e de recursos humanos, quanto processuais ou de organização do trabalho são imprescindíveis para um departamento de emergência de qualidade?*
- (2) Qual o papel do departamento de emergência na rede de atenção à saúde e como deve se dar sua interação entre os pontos da rede?*
- (3) Como podemos avaliar a qualidade do departamento de emergência?*

Durante as entrevistas era verificado se os entrevistados forneciam base teórica e técnica para a proposição de indicadores, assim como contribuições para o modelo teórico-lógico. Caso, através das perguntas disparadoras, estes elementos esperados não fossem atingidos, o entrevistador retomava a pergunta de maneira a obter o resultado esperado, de maneira que este processo agregasse na construção do modelo avaliativo adaptado.

Para execução destes procedimentos de pesquisa, o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC) em 30/08/2021, identificado pelo CAAE de número 49986721.4.0000.0121, aprovado em 13/09/2021 quanto ao cumprimento dos aspectos éticos, em conformidade com a conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) para os especialistas nesta etapa.

4.4 ADAPTAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

Com a consolidação da revisão de literatura e análise documental, em conjunto com o conteúdo das entrevistas, o modelo avaliativo da qualidade dos serviços hospitalares de emergência foi adaptado para o Brasil, com o objetivo de entender o contexto em que se insere o objeto avaliado no SUS.

A utilização de modelos teóricos consiste em elaborar um fluxograma ou figura esquemática representativos do objeto avaliado no contexto em que este se insere (Medina et al, 2005; Champagne et al, 2011). Modelizar significa representar o objeto e suas relações, descrever seus componentes, apresentar os fluxos, atividades, produtos e resultados esperados a respeito do objeto de forma articulada ao seu arcabouço teórico (Medina et al, 2005).

O modelo avaliativo contém um modelo teórico (MT) e modelo lógico (ML) e uma matriz de análise e julgamento (MAJ), realizado através de uma adaptação da matriz proposta por Hansen et al (2020). O MT desenvolvido representa a qualidade no contexto dos Serviços Hospitalares de Emergência (SHE), e o ML descreve detalhadamente os componentes da qualidade nos SHE pautados pela teoria. A MAJ é composta pelas dimensões, indicadores, medidas e parâmetros. Todos os itens da matriz são justificados por meio de *rationales* baseados na literatura.

4.5 CONSENSO DO MODELO AVALIATIVO

O modelo avaliativo, composto pelo MT, ML e pela MAJ, foi submetido à análise e validação de especialistas utilizando o método da oficina de consenso. A oficina de consenso consiste em realizar o envio da proposta avaliativa a um grupo de especialistas em uma única rodada, na qual o grupo de especialistas realiza suas considerações quanto aos elementos propostos, visando ampliar a compreensão sobre o objeto de estudo (Hartz; Silva, 2005)

Adotou-se como estratégia o envio prévio do material para análise dos especialistas com prazo de 15 dias para o envio de sugestões ao pesquisador. Todas as contribuições realizadas foram consolidadas e posteriormente realizou-se um encontro virtual único a fim de obter consenso sobre os elementos avaliativos utilizados e promover a convergência de diferentes opiniões.

Os participantes foram selecionados pela reconhecida expertise nas áreas de gestão de serviços hospitalares de emergência e em avaliação em saúde. Foram enviados os convites a cinco profissionais de ambas as áreas, no qual quatro aceitaram o convite e realizaram o envio das sugestões no prazo.

O envolvimento de diferentes profissionais, englobando gestores, acadêmicos e profissionais da assistência pode potencializar o conhecimento científico nestes campos. Desta forma, buscou-se preservar a representatividade entre membros da gestão, assistência e academia de forma paritária, aumentando a consistência interna do método (Wright; Giovinazzo, 2000).

A técnica da oficina de consenso foi escolhida pela sua otimização de recursos e tempo dos membros convidados para a oficina. Por se tratar de uma adaptação de modelo avaliativo já previamente validado com técnicas de consenso mais robustas, optou-se pela oficina de consenso simplificada.

5 RESULTADOS

Em concordância com as recomendações do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC), os resultados desta dissertação estão apresentados no formato de artigo científico.

O artigo científico produzido, intitulado *Qualidade dos serviços hospitalares de emergência: adaptação de um modelo avaliativo ao contexto do Sistema Único de Saúde*, tem o objetivo de descrever os fundamentos teóricos da avaliação do objeto, o percurso metodológico desta dissertação, apresentando por fim o modelo avaliativo adaptado e validado. Este manuscrito será submetido à *Annals of Emergency Medicine*, *qualis* A1 na área de Medicina II, não havendo classificação *qualis* para Saúde Coletiva neste periódico.

ARTIGO ORIGINAL

Qualidade dos serviços hospitalares de emergência: adaptação de um modelo avaliativo ao contexto do Sistema Único de Saúde

Quality of emergency hospital services: Adaptation of an evaluative model to the context of the Brazilian Unified Health System

RESUMO

Introdução: A qualidade dos serviços hospitalares de emergência é essencial para a garantia de resultados significativos para o sistema de saúde. No Brasil, estes serviços enfrentam excesso de demanda, escassez de especialistas, insuficiência de leitos e insumos, trazendo repercussões na segurança, eficiência, efetividade, assim como na tempestividade das ações realizadas. A construção de um modelo avaliativo da qualidade dos serviços hospitalares de emergência adaptado ao cenário brasileiro torna-se relevante enquanto ferramenta de melhoria contínua dos serviços de saúde.

Métodos: Adaptar ao contexto brasileiro o modelo avaliativo proposto por Hansen e colaboradores (2020), através de análise documental e revisão de literatura, entrevistas semiestruturadas com médicos emergencistas, elaboração de Modelo Teórico Lógico e Matriz de Análise e Julgamento, e oficina de consenso com especialistas em gestão em saúde e avaliação em saúde. **Resultados:** O Modelo Lógico Teórico produzido articula contexto social, político e estrutural, junto aos processos realizados em um serviço hospitalar de emergência de qualidade. Como resultados esperados estão a redução de morbimortalidade, eventos adversos e desperdícios. A matriz de análise e julgamento apresenta cinco dimensões:

segurança, tempestividade, cuidado centrado no usuário, efetividade e eficiência, possuindo 22 indicadores com medidas, fontes, parâmetros e rationales. O julgamento final leva em consideração as pontuações pelos parâmetros dos indicadores, classificando os serviços em três classes de qualidade (I, II, III), permitindo diagnóstico por dimensão e avaliação global. **Conclusões:** O modelo avaliativo integra referenciais internacionais e normativas nacionais, oferecendo instrumento mensurável para gestão e melhoria contínua dos serviços hospitalares de emergência no Brasil, com potencial de apoiar decisões baseadas em evidências e orientar intervenções no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: avaliação em saúde; qualidade da assistência à saúde; serviços hospitalares de emergência; conferência de desenvolvimento de consenso

INTRODUÇÃO

Os serviços hospitalares de emergência constituem um dos pilares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Brasil, desempenhando papel estratégico na resposta às condições agudas e crônicas agudizadas, em diferentes níveis de gravidade. Sua relevância decorre da necessidade de garantir atendimento oportuno, resolutivo e articulado com os demais pontos da rede de atenção à saúde, especialmente nas linhas de cuidado relacionadas ao trauma, acidente vascular cerebral, doenças cardiovasculares e condições infectocontagiosas. Essas situações, frequentemente tempo-sensíveis, têm impacto direto na morbimortalidade e exigem alto grau de integração assistencial e eficiência operacional¹⁻⁴.

Apesar de sua centralidade na rede de atenção, os serviços hospitalares de emergência enfrentam problemas estruturais e organizacionais persistentes, como sobrecarga de demanda, escassez de profissionais especializados, insuficiência de leitos hospitalares e barreiras no acesso a insumos e tecnologias adequadas^{5,6}. Essas fragilidades comprometem a qualidade da assistência e ampliam o risco de eventos adversos, repercutindo na eficiência do serviço e na efetividade do sistema como um todo. A literatura internacional reconhece a sobrelotação dos departamentos de emergência como um problema de saúde global, com consequências clínicas, políticas e sociais expressivas^{7,8}.

A avaliação da qualidade da assistência emerge, nesse contexto, como ferramenta essencial para compreender o desempenho dos serviços e orientar estratégias de melhoria contínua⁹. O conceito de qualidade em saúde é multifacetado.

As dimensões propostas por Avedis Donabedian (1980), estrutura, processo e resultado, constituem o marco conceitual clássico da avaliação em serviços de saúde, permitindo relacionar recursos, práticas e efeitos observáveis na atenção. Posteriormente, o Institute of Medicine (2001) ampliou essa abordagem, ao incorporar seis dimensões centrais da qualidade: segurança, efetividade, eficiência, tempestividade, equidade e centralidade no usuário. Aplicadas ao contexto das emergências hospitalares, essas dimensões traduzem-se em indicadores capazes de medir desde a adequação da infraestrutura e dos fluxos assistenciais até os desfechos clínicos e a experiência do paciente^{10,11}.

Nos países de alta renda, a institucionalização de sistemas de medição da qualidade em emergências é consolidada e fortemente apoiada por instrumentos validados e comparáveis entre serviços⁹. Em contraste, a literatura brasileira permanece marcada por lacunas metodológicas e escopo restrito, com avaliações focadas em aspectos isolados, como satisfação do usuário ou mortalidade hospitalar^{5,6}. Embora iniciativas nacionais, tais como o QualiSUS, o Programa SOS Emergências e o Programa Lean nas Emergências, tenham representado avanços na gestão e qualificação da atenção hospitalar, elas ainda carecem de modelos avaliativos integrados e multidimensionais que permitam monitorar de forma sistemática a qualidade dos serviços de emergência^{5,12,13}.

No cenário internacional, existem propostas de matrizes de avaliação para serviços de emergência em países de média e baixa renda, com indicadores que contemplam dimensões estruturais, processuais e de resultado^{10,11}. Esses modelos oferecem potencial de adaptação ao contexto brasileiro, dada sua flexibilidade metodológica e ênfase na aplicabilidade em sistemas de saúde com restrições de recursos. Contudo, sua utilização requer validação contextual, assegurando aderência às especificidades organizacionais e epidemiológicas do Sistema Único de Saúde, uma vez que a heterogeneidade estrutural dos serviços de emergência no Brasil exige a necessidade de padronização de indicadores.

Diante da relevância estratégica dos serviços hospitalares de emergência para o sistema de saúde brasileiro, das limitações estruturais e organizacionais que comprometem sua efetividade e da escassez de instrumentos avaliativos integrados e validados para esse contexto, este estudo tem como objetivo propor a adaptação e

validação de um modelo avaliativo internacional para o contexto dos serviços hospitalares de emergência no Brasil.

A proposta visa fortalecer o campo da avaliação da qualidade em saúde e subsidiar gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas na consolidação de práticas baseadas em evidências para a melhoria contínua da atenção às urgências e emergências.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico de abordagem qualitativa e participativa, cujo objetivo foi propor a adaptação e validação de um modelo internacional de avaliação da qualidade de serviços hospitalares de emergência ao contexto brasileiro. O processo foi estruturado em quatro etapas sequenciais e interdependentes: (a) Análise documental e revisão de literatura; (b) Entrevistas com especialistas; (c) Adaptação e elaboração do modelo avaliativo; (d) Validação por consenso de especialistas. O estudo foi conduzido em quatro etapas sequenciais.

Na primeira etapa, realizou-se análise documental de normativas nacionais, incluindo portarias do Ministério da Saúde, regulamentos do Conselho Federal de Medicina e diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e revisão de literatura científica nas bases Embase, Medline e SciELO. Utilizaram-se os descritores “quality”, “indicators” e “emergency department”, além de seus equivalentes em português. Foram incluídos artigos publicados entre 2010 e 2024, em português, inglês e espanhol, que abordassem avaliação de qualidade, indicadores de desempenho ou modelos de monitoramento em serviços de emergência. A busca e seleção foram realizadas de forma independente por dois revisores, com consenso em caso de divergência.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com especialistas em Medicina de Emergência que possuíam experiência assistencial e/ou gerencial mínima de cinco anos em serviços hospitalares de emergência. A amostra foi intencional, definida por saturação teórica. As entrevistas ocorreram de forma remota, gravadas e transcritas integralmente, abordando três eixos: (1) requisitos estruturais e processuais para qualidade; (2) papel do serviço de emergência na rede de atenção; e (3) estratégias

de avaliação da qualidade. Estes eixos foram abordados através de três perguntas disparadoras, sendo elas:

- (1) *Quais as condições tanto estruturais, em termos de recursos físicos, materiais e de recursos humanos, quanto processuais ou de organização do trabalho são imprescindíveis para um departamento de emergência de qualidade?*
- (2) *Qual o papel do departamento de emergência na rede de atenção à saúde e como deve se dar sua interação entre os pontos da rede?*
- (3) *Como podemos avaliar a qualidade do departamento de emergência?*

A entrevista apenas se esgotava ao se atingir elementos que orientassem a construção do modelo teórico-lógico e indicadores que refletissem a qualidade do cuidado nos serviços de emergência brasileiros. O material das entrevistas foi analisado por meio de análise temática, com codificação independente por dois pesquisadores, resultando em categorias que orientaram a adaptação do modelo internacional. Ao total, cinco entrevistas aconteceram no período de novembro de 2021 a março de 2022, duas individuais, duas em dupla, uma em trio.

Com base na síntese documental e nos resultados das entrevistas, procedeu-se à adaptação do modelo de Hansen e colaboradores (2020), originalmente desenvolvido pela International Federation for Emergency Medicine. O processo envolveu a tradução conceitual e o ajuste semântico dos indicadores, de modo a refletir as especificidades organizacionais e epidemiológicas do Sistema Único de Saúde. O modelo resultante foi estruturado em um modelo lógico e uma matriz avaliativa, contendo dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros, fundamentados em bases teóricas e evidências científicas.

Para a validação de conteúdo e consenso, realizou-se uma oficina com quatro especialistas em avaliação em saúde ou em gestão hospitalar de emergência. A técnica utilizada baseou-se no método de oficina de consenso proposto por Hartz e Silva (2005), com envio prévio do material aos participantes, apreciação individual e posterior reunião coletiva para discussão e convergência de opiniões¹⁴. O consenso foi definido com a concordância total entre todos os especialistas sobre a formulação

final de cada indicador e dimensão, através de um encontro remoto. As sugestões resultantes fundamentaram a consolidação do modelo avaliativo final.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE nº 49986721.4.0000.0121).

RESULTADOS

O modelo teórico-lógico elaborado a partir da adaptação do referencial internacional de Hansen e colaboradores (2020) estrutura a compreensão da qualidade dos serviços hospitalares de emergência dentro do contexto brasileiro, situando-os como parte constitutiva do Sistema Único de Saúde e da Rede de Urgência e Emergência. Nessa perspectiva, o modelo reconhece que a qualidade não se restringe ao desempenho isolado do serviço, mas decorre do arranjo institucional do sistema de saúde, do contexto socioeconômico, sanitário-epidemiológico da população e o modo como a rede loco-regional organiza e integra suas respostas assistenciais.

Os serviços hospitalares de emergência estão sustentados por marcos regulatórios como a Constituição Federal de 1988, a Portaria GM nº 2.048/2002 e a Resolução CFM nº 2.077/2014, que definem a atenção às urgências como componente essencial da integralidade do cuidado e da garantia do direito à saúde^{1,15-17}. Nesse contexto, os serviços hospitalares de emergência se configuram como porta de entrada estratégica do sistema, articulando-se aos demais pontos da rede e expressando, em sua organização, a capacidade resolutiva, a articulação interinstitucional e a governança tripartite (municipal, estadual e federal).

O modelo considera que o funcionamento desses serviços é influenciado por características da rede loco-regional, pela articulação entre níveis de atenção, pela existência de protocolos institucionais e pela disponibilidade de infraestrutura, insumos e equipes especializadas. Elementos estruturais, como o acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas, a existência de treinamentos regulares, a adequação física e a aderência a protocolos clínicos e administrativos, configuram as condições básicas para que os processos assistenciais ocorram de forma segura, tempestiva e equitativa.

No campo operacional, a qualidade depende da execução de avaliações e intervenções de emergência adequadas e apropriadas, com base em evidências científicas e protocolos definidos, articuladas à gestão clínica e administrativa do serviço e à coordenação da rede de atenção. A fluidez entre esses componentes reflete a capacidade do serviço de responder às urgências de modo oportuno, humano e eficiente, reduzindo sobrecargas e promovendo a continuidade do cuidado.

O modelo teórico-lógico também distingue a diversidade organizacional dos serviços hospitalares de emergência, reconhecendo as diferenças entre serviços gerais e especializados, bem como entre serviços abertos e referenciados. Essa diferenciação é central para compreender a variabilidade de desempenho e orientar a construção de indicadores sensíveis ao contexto de cada unidade, respeitando a heterogeneidade da rede.

A cadeia causal apresentada indica que uma infraestrutura adequada, uma equipe devidamente dimensionada e capacitada, o uso racional de tecnologias e a gestão integrada são determinantes diretos da qualidade do cuidado. Esses fatores influenciam a eficiência dos processos internos e, em última instância, os resultados clínicos e organizacionais alcançados. O modelo explicita que o cuidado de qualidade é aquele centrado no usuário, seguro, efetivo, eficiente, tempestivo, equitativo e humanizado, em consonância com as dimensões propostas pelo Institute of Medicine.

Entre os resultados esperados, destacam-se a redução da morbimortalidade em condições tempo-sensíveis, a diminuição da mortalidade nas primeiras 24 horas de atendimento, a mitigação de eventos adversos, a redução de desperdícios assistenciais e administrativos, e a otimização do giro de leitos, com consequente diminuição da sobrelotação. Além desses desfechos clínicos e operacionais, o modelo enfatiza ganhos sistêmicos, expressos no aumento da confiança na rede de urgência e emergência, na maior equidade do acesso e na melhoria da experiência dos usuários.

Assim, o modelo teórico-lógico sintetiza uma visão ampliada da qualidade nos serviços hospitalares de emergência, ao reconhecer que os resultados não dependem apenas de processos internos, mas da interação contínua entre contexto político-institucional, estrutura física e humana, práticas de cuidado e gestão em rede.

Configura-se, portanto, como uma ferramenta analítica que traduz a complexidade dos serviços de emergência no Sistema Único de Saúde, articulando dimensões conceituais, operacionais e normativas em uma lógica de causalidade e retroalimentação orientada à melhoria contínua da qualidade e à integralidade do cuidado, conforme a Figura 1.

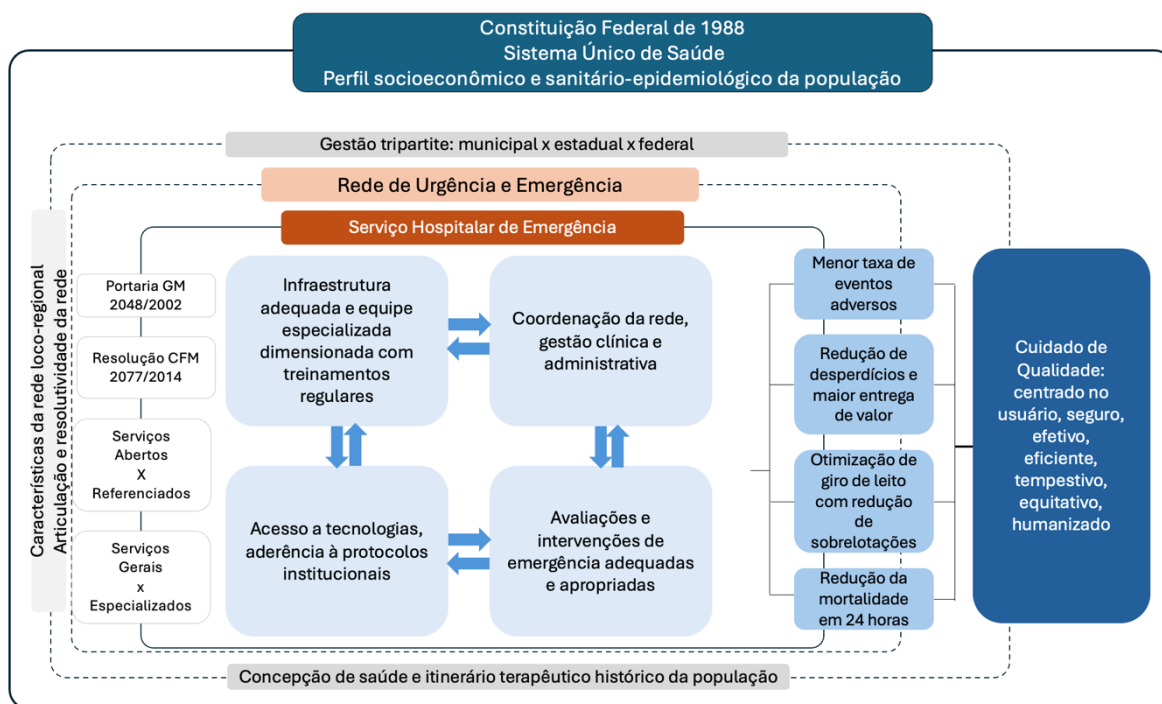


Figura 1 – Modelo Teórico Lógico. Desenvolvido pelo autor, 2025.

A matriz de análise e julgamento foi organizada em cinco dimensões avaliativas, cada qual com indicadores, medidas e parâmetros específicos – contemplando, ao total, 22 indicadores, conforme o Quadro 1. Cada indicador está apresentado com seus devidos rationales, medidas, parâmetros e fonte, categorizado no Quadro 2.

Quadro 1 – Síntese da Matriz de Análise e Julgamento segundo dimensões e seus respectivos indicadores. Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

DIMENSÕES	INDICADORES
Segurança	Disponibilidade de leitos
	Padronização de processo com dupla checagem
	Organização da equipe e comunicação intersetorial
	Tempestividade da avaliação de risco
	Existência e treinamento de Plano de Incidentes
	Existência e treinamento de Plano de Capacidade Plena
	Prontidão para atendimentos pediátricos

Tempo-oportuno	Adoção de pacote de cuidados à sepse
	Atenção precoce à dor torácica
	Agilidade na tomada de decisão no serviço hospitalar de emergência
	Capacidade de gerenciamento de leito no serviço hospitalar de emergência
	Confirmação precoce da suspeita de acidente vascular encefálico
Centrado no usuário	Diversidade de locais de cuidado
	Experiência do usuário
	Cumprimento do tempo previsto de atendimento conforme Classificação de Risco
Efetividade	Suporte especializado no serviço hospitalar de emergência
	Uso de protocolos clínicos
	Gestão especializada
Eficiência	Disponibilidade de ferramentas point-of-care
	Uso racional de recursos
	Adequação da escala médica
	Organização do espaço físico segundo risco

Elaboração pelo autor, 2025.

A dimensão **segurança**, contemplando sete indicadores, expressa-se na medida em que são adotadas estratégias para redução de riscos ao paciente e eventos adversos, considerando que o serviço de emergência possui uma natureza de grande variabilidade de demandas, qualitativamente e quantitativamente.

Na dimensão **tempestividade**, foram definidos cinco indicadores voltados a condições clínicas tempo-sensíveis, como sepse, dor torácica e acidente vascular cerebral. Destacam-se métricas sobre adoção de pacotes de cuidados em sepse na primeira hora, tempo de realização de eletrocardiograma em dor torácica, tempo de permanência total para pacientes de alta e tempo de espera por leito em casos de internação. Esses indicadores permitem avaliar a capacidade dos SHE em oferecer resposta imediata e efetiva, alinhada à complexidade da demanda assistencial.

A dimensão **cuidado centrado no usuário** compreende três indicadores que avaliam a diversidade de locais de cuidado voltados a grupos vulneráveis (pediatria, saúde mental e idosos em delirium), a experiência do usuário medida por ferramentas como o *Net Promoter Score* e o cumprimento do tempo previsto de atendimento segundo a classificação de risco. A inclusão desses indicadores reafirma a necessidade de serviços de emergência que considerem valores, necessidades e expectativas dos pacientes e familiares.

A dimensão **efetividade** foi composta por três indicadores. O primeiro refere-se à proporção de cobertura de médicos emergencistas na escala assistencial, reconhecendo a especialização como fator de impacto nos desfechos clínicos. O segundo aborda o uso de protocolos clínicos auditáveis nas linhas de cuidado mais prevalentes e tempo-dependentes (infarto, AVC, sepse e trauma), enquanto o terceiro contempla a presença de gestão médica especializada. Tais elementos reforçam a importância da expertise profissional e da adesão a protocolos para garantir práticas efetivas e baseadas em evidências.

Por fim, a dimensão **eficiência** reuniu quatro indicadores, incluindo a disponibilidade de ferramentas diagnósticas *point-of-care*, como ultrassonografia beira-leito, o uso racional de exames complementares, a adequação da escala médica à variação da demanda e a organização do espaço físico por níveis de gravidade (salas verde, amarela e vermelha). Esses indicadores visam assegurar que os serviços reduzam desperdícios e otimizem recursos, mantendo ao mesmo tempo qualidade e celeridade no atendimento.

As dimensões com seus respectivos indicadores com *rationales*, medidas, parâmetros e fonte estão dispostos no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores da Dimensão de Segurança do Modelo Avaliativo. Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Dimensão: Segurança			
Indicador	Medida	Parâmetro	Rationale
Disponibilidade de leitos	Percentual de pacientes-dia com necessidade de leito sobre leitos-dia habilitados na emergência, no ano.	< 80% - 5 pontos 80-90% - 4 pontos 90-100% - 3 pontos 100-120% - 0 pontos > 120% - -1 pontos Dado não mensurável a partir do SI - -2 pontos	A sobrelotação agrega maior risco de eventos adversos e desfechos negativos. Leitos habilitados são estruturas com adequação de macas, dimensionamento de equipes e ambientação apropriados. A permanência no serviço hospitalar de emergência por pacientes em poltronas ou macas em corredores, fenômeno chamado de <i>boarding</i>, entre outras formas de permanência inadequada, agrega

			risco e morbimortalidade.
Padronização de processo com dupla checagem	Com que frequência a equipe adota checklists para intubação orotraqueal ou cateterização venosa central?	Com frequência – +5 pontos Pouco frequentemente – +2 ponto Não aplica – 0 pontos	A padronização de checklists auxilia a padronização de processos, realiza dupla checagem de ações e minimiza erros.
Organização da equipe e comunicação intersetorial	É realizado <i>huddle</i> diariamente no início de cada plantão (diurno e noturno)?	Sim, diariamente – +5 pontos Sim, aos dias de semana – +3 pontos Sim, no entanto apenas em alguns dias - +1 ponto Não – 0 pontos	O <i>huddle</i> alinha necessidades e expectativas das equipes, permitindo maior organização e comunicação intersetorial, otimizando processos seguros.
Tempestividade da avaliação de risco	Qual o tempo médio para início da realização da classificação de risco?	< 5 minutos - +5 pontos 5 a 10 minutos – +3 pontos 10 a 15 minutos - +1 ponto > 15 minutos - -1 ponto	A classificação de risco deve ser o mais breve possível para que seja aferido seu grau de risco de deterioração clínica e tempo seguro de espera.
Existência e treinamento de Plano de Incidentes	O serviço possui e realiza treinamento regular sobre planos de incidentes locais como incêndios, e/ou possui plano de incidentes para eventos externos?	Para ambos – +5 pontos Para um – + 3 pontos Nenhum – 0 pontos	Os serviços de emergência compõem parte da rede de segurança em incidentes infrequentes e altamente demandantes, devendo estar preparados para incidentes como múltiplas vítimas.
Prontidão para atendimentos pediátricos	O serviço possui materiais e insumos necessários para o atendimento de suporte a vida pediátrico, mesmo não sendo unidade referenciada em pediatria?	Sim - + 5 pontos Não - - 5 pontos	Os serviços hospitalares de emergência devem estar preparados para o atendimento pediátrico mesmo não sendo unidades referenciadas em pediatria, por muitas vezes serem a unidade de emergência mais próxima para o suporte à vida pediátrico.
Dimensão: Tempestividade			
Indicador	Medida	Parâmetro	Rationale
Adoção de pacote de cuidados à sepse	Disponibilidade imediata de kit ou materiais para ressuscitação volêmica, coleta de hemoculturas e antibiótico na 1ª hora na sepse, assim como a realização de pacote	Possui e o bundle é aplicado pelo menos 80% dos casos na 1ª hora – +5 pontos Possui e o bundle é aplicado entre 60 e 80% dos casos na 1ª hora – +3 pontos	O manejo ágil da sepse melhora desfechos clínicos, devendo a unidade ser capaz de realizar múltiplos processos simultâneos em um pacote de primeira hora, com realização de

	de medidas (bundle) é registrado em relatório auditável.	Possui e o bundle é aplicado abaixo de 60% dos casos na 1ª hora - +1 pontos Não possui e/ou não gerencia protocolo de sepse e não há dados sobre cumprimento do bundle – -1 pontos	ressuscitação volêmica, coleta de hemoculturas e realização de antibiótico na primeira hora quando indicado.
Atenção precoce à dor torácica	Média de tempo entre a entrada do paciente no serviço de emergência (abertura de atendimento) e a realização de um eletrocardiograma quando existe a queixa de dor torácica, equivalente anginoso ou suspeição para síndrome coronariana aguda.	< 10 minutos – +5 pontos 10 a 15 minutos – +3 pontos 15 a 20 minutos – 0 pontos Acima de 20 minutos – -1 pontos	A identificação precoce da oclusão coronariana aguda é primordial para o manejo das dores torácicas que se apresentam na emergência, para realização precoce de medidas de intervenção
Agilidade na tomada de decisão no serviço hospitalar de emergência	Tempo Total de Permanência (TTP) médio no serviço de emergência, medido em horas a partir do momento da abertura da ficha, para pacientes com necessidade de pelo menos um recurso e que receberam alta após avaliação médica.	< 4 horas – +5 pontos 4 a 6 horas – +3 pontos 6 a 12 horas – +1 pontos > 12 horas – -1 pontos	A tomada de decisão de alta em tempo oportuno, quando indicada, minimiza eventos adversos associados a permanências prolongadas no serviço, otimizando giro de leitos e promovendo um <i>output</i> adequado para um sistema de alta demanda.
Capacidade de gerenciamento de leito no serviço hospitalar de emergência	Tempo de Espera por Leito (TEL) médio no serviço de emergência, medido em horas a partir da abertura da ficha, para pacientes cujo desfecho seja internação no serviço.	< 4 horas – +5 pontos 4 a 6 horas – +3 pontos 6 a 12 horas – +1 pontos > 12 horas - -1 pontos	O tempo de permanência total no serviço de emergência para pacientes com indicação de internação reflete a capacidade da instituição em girar leitos internamente, seja para pacientes com necessidade de enfermaria ou de UTI.
Confirmação precoce da suspeita de acidente vascular cerebral (AVC)	Tempo entre a classificação de risco e realização de tomografia (tempo porta-TC), aferido em minutos, para pacientes com suspeita de AVC.	< 5 minutos – +5 pontos Entre 5 e 15 minutos – +3 pontos Entre 15 a 30 minutos – +1 pontos Acima de 30 minutos – 0 pontos Não é aferido – -1 pontos	A realização precoce da tomografia computadorizada (TC) de crânio nos casos de suspeita de AVC é essencial para a identificação precoce da natureza da lesão, instituição imediata de medidas de suporte e de intervenção quando indicadas, minimizando sequelas.

Dimensão: Centrado no usuário			
Indicador	Medida	Parâmetro	Rationale
Diversidade de locais de cuidado	Disponibilidade de espaços diferenciados para grupos vulneráveis como pacientes pediátricos, psiquiátricos e idosos em delirium.	Sim, os três – +5 pontos Sim, dois espaços - +3 pontos Sim, um espaço - +1 pontos Sem espaço definido, mas reajuste conforme demanda – 0 pontos Não há qualquer separação - -1 pontos	Espaços diferenciados para populações com necessidades especiais traduzem a capacidade de organização do serviço em promover atitudes centradas no usuário.
Experiência do usuário	Valor do escore <i>Net Promoter Score (NPS)</i> do serviço de emergência.	Zona de Excelência (+75 a +100) - +5 pontos Zona de Qualidade (+50 a +74) - +3 pontos Zona de Aperfeiçoamento (0 a +49) - +1 pontos Não possui / não avaliável / possui outro escore de avaliação – 0 pontos Zona Crítica (-100 a -1) - -1 pontos	A experiência dos usuários balanceia os valores e preocupações destes em relação às atitudes e percepções do serviço quanto suas necessidades em saúde.
Cumprimento do tempo previsto de atendimento conforme a Classificação de Risco	Percentual de pacientes atendidos dentro do seu tempo de classificação de risco previsto.	95-100% – +5 pontos 85-95% - +3 pontos 75-85% - +1 pontos 50-75% - 0 pontos < 50% - -1 pontos	A prioridade estabelecida em cada classificação de risco, embora trate-se do tempo em que é seguro o mesmo paciente aguardar o atendimento, também se trata de uma questão centrada no usuário, em que o mesmo aguarda o tempo em que foi avaliado na classificação de risco.
Dimensão: Efetividade			
Indicador	Medida	Parâmetro	Rationale
Suporte especializado no serviço hospitalar de emergência	Proporção de horários da escala com disponibilidade de médicos emergencistas sobre a quantidade de horas escaláveis totais do mês.	Em 100% do tempo – +5 pontos 70% a 100% do tempo – +3 pontos Menos de 50% do tempo – +1 pontos Não há médico emergencista – -1 pontos	Os SHE são serviços especializados e, para produzirem melhores desfechos, demandam disponibilidade de médicos especialistas na área (Medicina de Emergência) para produzirem resultados efetivos.
Uso de protocolos clínicos	Disponibilidade de protocolos clínicos gerenciados nas principais linhas de cuidado (AVC, IAM, sepse e trauma), assim	Todos – +5 pontos Três – +3 pontos Dois - +1 pontos Um – 0 pontos	Por serem condições tempo-sensíveis, prevalentes, de maior morbimortalidade, o serviço deve disponibilizar

	como apresentação dos resultados (auditoria) dos protocolos.	Nenhum ou sem auditoria dos protocolos apresentados - -1 pontos	protocolos clínicos gerenciáveis (auditáveis) para checagem da efetividade destes protocolos e do serviço nas condições relativas ao acidente vascular cerebral, ao infarto agudo do miocárdico, à sepse e ao trauma.
Gestão especializada	Presença de gestor de serviço hospitalar de emergência especialista.	Gestor médico emergencista – +5 pontos Gestor médico especialista em outra área – +2 pontos Gestor médico sem especialidade – 0 pontos	Por ser um serviço especializado, deve possuir gestão especializada para produzir ações efetivas. Normativamente, o gestor médico do serviço deve ser especialista na área, segundo a Resolução 2077/2014 do CFM.
Dimensão: Eficiência			
Indicador	Medida	Parâmetro	Rationale
Disponibilidade de ferramentas point-of-care	Disponibilidade de equipamento de ultrassonografia beira-leito 24 horas na sala de emergência e para atendimento em outros ambientes como sala amarela e sala verde.	Sim, um na vermelha e outro para amarela/verde – +5 pontos Sim, apenas na vermelha – +3 pontos Não, o equipamento é compartilhado com outros setores – +1 pontos Não há disponibilidade - -1 pontos	O uso do ultrassom beira-leito otimiza recursos e realiza diagnósticos com maior prontidão, sendo também útil para intervenções, aumentando a eficiência do serviço, ao reduzir o uso de outras ferramentas diagnósticas, assim como realizar diagnósticos e terapêuticas mais rapidamente.
Uso racional de recursos	Taxa de uso apropriado de TC de crânio no TCE leve.	> 80% uso apropriado – +5 pontos 70 a 80% uso apropriado - +3 pontos 60 a 70% uso apropriado- +1 pontos < 60% uso apropriado - -1 pontos	O uso de critérios clínicos bem estabelecidos na literatura enquanto seguros e eficientes auxiliam na redução da solicitação de exames sem indicação clara.
Adequação da escala médica	Aferição hora a hora da quantidade de atendimentos médios por dia da semana dos últimos 6 meses, das 07h às 00h, com mapa de calor hora-a-hora, e adequação da quantidade de médicos escalados	Mais de 90% de adequação – +5 pontos Entre 70% e 90% de adequação – +2 pontos Menos de 70% de adequação – 0 pontos Não avaliável - -1 pontos	Pela característica variável dos atendimentos de emergência, tanto ao longo do ano quanto em relação aos dias da semana, a existência de uma escala padrão sem considerar este fator agrega

	considerando 3 atendimentos por hora.		desperdícios e gera escassez de recursos humanos em momentos de demanda elevada.
Organização do espaço físico segundo risco	Disponibilidade de sala verde, sala amarela e sala vermelha para cuidado de pacientes com níveis de cuidado diferentes	Três ambientes ou mais – +5 pontos Dois ambientes – +2 pontos Um ambiente - -1 pontos	Áreas diferenciadas para necessidades diferenciadas otimizam processos e promovem eficiência operacional, fornecendo mais recursos àqueles que mais precisam em um mesmo local de permanência.

Elaboração pelo autor, 2025.

O conjunto de dimensões e indicadores foi complementado por um sistema de pontuação que estabelece juízo de valor em três classes: Classe I (qualidade plena), Classe II (qualidade intermediária) e Classe III (abaixo do desejável). Cada dimensão possui uma pontuação máxima, e os serviços são avaliados tanto de forma segmentada quanto pelo somatório total, permitindo identificar áreas prioritárias para intervenção. O modelo final alcançou 22 indicadores distribuídos entre as cinco dimensões avaliativas, com parâmetros objetivos de mensuração e critérios claros de julgamento. A matriz de juízo de valor está descrita no Quadro 3.

Quadro 2 – Matriz de juízo de valor. Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Juízo de Valor	
Rationale: O serviço para se contemplar na faixa de maior qualidade, Classe 1, precisa ter pontuação máxima. Para Classe II, acima de 75% da pontuação máxima e, para Classe III, abaixo de 75% da pontuação máxima. Tais critérios serão aplicados da mesma forma para cada dimensão segundo pontuação alcançada no seu conjunto de indicadores.	
Dimensão – Segurança: Classe I: 35 pontos (100%) Classe II: Acima de 26,5 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 26,5 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Tempo-oportuno: Classe I: 25 pontos (100%) Classe II: Acima de 18,75 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 18,75 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Centrado no Usuário: Classe I: 15 pontos (100%) Classe II: Acima de 11,25 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 11,25 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Efetividade: Classe I: 15 pontos (100%) Classe II: Acima de 11,25 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 11,25 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Eficiência: Classe I: 20 pontos (100%) Classe II: Acima de 15 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 15 pontos ($<75\%$)	

Juízo de Valor Final	Fonte
Somatória das pontuações em cada dimensão. Pontuação máxima de 110 pontos.	Matriz de Análise e Julgamento
Parâmetro 100% da pontuação (110 pontos) – Classe I Entre 75% e 100% da pontuação (82,50 pontos) – Classe II Abaixo de 75% da pontuação (82,50 pontos) – Classe III	

Elaboração pelo autor, 2025.

DISCUSSÃO

O presente estudo adaptou o modelo avaliativo proposto por Hansen e colaboradores (2020) e validou, a partir de oficina de consenso com especialistas, um modelo avaliativo da qualidade dos serviços hospitalares de emergência no Brasil, composto por um modelo teórico lógico e uma matriz de análise e julgamento. Ao sistematizar dimensões, indicadores, medidas e parâmetros, buscou-se traduzir a complexidade do funcionamento desses serviços em um arcabouço analítico capaz de subsidiar diagnósticos situacionais e orientar práticas de gestão e de cuidado.

O presente estudo possui relevância no cenário nacional, visto que, na literatura, as avaliações em saúde realizadas no âmbito dos serviços de emergência concentraram-se na avaliação de serviços pré-hospitalares fixos, ou em avaliações focais de serviços hospitalares de emergência, focando apenas em satisfação do usuário, segurança, eficiência ou avaliações de implantação^{18–23}.

A adaptação do modelo contextualizou à realidade brasileira na medida em que reconhece o cenário socioeconômico marcado por desigualdades sociais, limitações estruturais e de persistente sobrecarga dos serviços de emergência, assim como a carga de doença compatível com a de outros países de baixa e média renda. Enquanto fator único, destaca-se o Sistema Único de Saúde, os modelos de gestão tripartites (ente federativo, estadual e municipal) e a Rede de Urgência e Emergência, a qual inserem os serviços hospitalares de emergência em uma posição e desafios próprios. Estes elementos foram considerados e pautados no modelo teórico-lógico.

O modelo adaptado partiu da compreensão de que os serviços hospitalares de emergência devem reconhecer situações de gravidade de maneira precoce, associado à ações efetivas, sendo imprescindível, portanto, que possuam protocolos

clínicos e ações tempestivas para condições como acidente vascular encefálico, dor torácica e sepse, visto que o atraso no diagnóstico ou terapêutica destas condições agrega morbimortalidade^{24,25}.

No Brasil, tais atrasos são agravados pela sobrecarga estrutural e pela insuficiência de leitos de internação, que prolongam a permanência dos pacientes em áreas de emergência⁶. Neste sentido, a proposta de adotar métricas de tempestividade como o tempo porta-eletrocardiograma ou porta-tomografia representa uma oportunidade de monitoramento contínuo da qualidade que pode induzir melhorias de processo da rede hospitalar.

Por trabalhar conforme avaliação de risco, através do acolhimento com classificação de risco, os serviços hospitalares de emergência devem garantir que este processo seja tempestivo, idealmente em menos de 5 minutos da chegada do paciente ao serviço, para que sua condição clínica seja avaliada precocemente e de maneira segura. De igual maneira, os tempos previstos para atendimento conforme classificação de risco traduzem tempos de espera segura, sendo salutar que estes sejam cumpridos. A existência de locais de permanência diferenciados para cada perfil de classificação de risco é, também, uma medida eficiente, visto que cada perfil de risco possui um processo de trabalho diferenciado. Para garantia do atendimento em tempo oportuno e de maneira eficiente, é necessário que a escala de profissionais seja adaptada à variabilidade de demanda intrínseca dos serviços de emergência, em detrimento de uma escala padronizada e inflexível que não contemple estas variabilidades^{6,15}.

Para a garantia destas ações, o suporte especializado é relevante, devendo o serviço possuir suporte especializado com médicos emergencistas, assim como possuir uma gestão do serviço que seja realizada por um médico emergencista. A presença de médicos emergencistas na escala e na gestão de serviços está diretamente relacionada à maior adesão a protocolos baseados em evidências e à qualificação dos desfechos clínicos (Hansen et al., 2020). Nesse sentido, o modelo também pode funcionar como instrumento político e institucional, ao reforçar a importância da formação e da contratação de profissionais especialistas na estruturação das emergências hospitalares brasileiras.

Esta gestão especializada deve garantir que todos os pacientes com necessidade de leitos possuam leitos. Para atingir estes objetivos, o tempo entre a admissão do paciente ao serviço e a tomada de decisão entre internação, alta ou transferência, deve ser precoce, idealmente em até 4 horas de permanência¹⁵. Este tempo é o suficiente para tomada de decisão, visto ser tempo adequado para realização de estabilização inicial, assim como da maior parte de exames diagnósticos e terapêuticas disponíveis e necessárias em cenários de emergência ou de identificação de internação para investigação e manejo de doenças. A tomada de decisão de maneira tempestiva em até 4 horas é importante para garantir o adequado fluxo de pacientes no serviço de emergência, reduzindo eventos adversos e sendo mais eficiente e efetivo em suas condutas.

Frequentemente imerso em situações de sobrelotação, estes serviços devem possuir planos de capacidade plena, constituídos por estratégias a serem adotadas para cada nível de contingência atingido. Escalas como NEDOCS auxiliam na categorização dos níveis de contingência, devendo cada serviço compreender e instituir suas próprias estratégias para contenção de danos. Essas medidas estão em consonância com a literatura internacional, que associa sobrelotação e boarding em corredores a maior incidência de eventos adversos, falhas assistenciais e mortalidade hospitalar^{26,27}. Ao trazer parâmetros claros para mensuração, o modelo permite identificar não apenas déficits de estrutura, mas também falhas organizacionais que podem ser mitigadas com intervenções de baixo custo.

Utilizamos o termo experiência do usuário, em detrimento do termo satisfação do usuário, tendo em vista que a visita aos serviços de emergência são, em sua maior parte, não programadas, em condições de sofrimento, dor ou com alterações de consciência, e por considerarmos que o papel do serviço de emergência é, essencialmente, em diagnosticar condições ameaçadoras à vida e tratá-las, sendo mais relevante o termo experiência do usuário, por ser um termo que compreende melhor o conceito de entrega de valor em saúde.

Optou-se por abandonar a dimensão equidade utilizada no modelo avaliativo de Hansen e colaboradores (2020), tendo em vista ser princípio fundamental do sistema de saúde brasileiro, em que o cuidado deve ser disponível a todos, em todas

as horas do dia, independentemente de condição financeira, raça, gênero ou religião, assim como estes devem ser avaliados conforme prioridade da classificação de risco.

Na matriz de juízo de valor, optou-se por um peso diferenciado para cada dimensão pela compreensão de que os serviços hospitalares devem ser, acima de tudo, locais seguros para o cuidado ao paciente, e tempestivos em seus fluxos, portanto com peso maior do que as demais dimensões. A eficiência, tratando-se de valor em saúde, que são os resultados atingidos pelo gasto empregado, também leva maior relevância se tratando de um sistema público de saúde com dilemas crônicos de financiamento. Isto não retira a importância das dimensões de cuidado centrado no usuário e efetividade, mas priorizam ações que, para um serviço hospitalar de emergência ser de qualidade, possuem maior relevância e peso.

Este modelo avaliativo possui como foco a aplicabilidade em serviços hospitalares de emergência. No Brasil, é comum a diferenciação entre serviços que apenas realizam o atendimento referenciado e serviços comumente chamados de porta aberta. Este modelo apresenta maior aplicabilidade para serviços porta aberta, podendo ser adaptado para serviços referenciados. Optou-se por indicadores que possuam fonte de dados confiáveis e o mais informatizadas possíveis, obtendo-se os dados de sistemas de informação.

As contribuições realizadas pelos entrevistados forneceram base teórica e argumentativa para a adaptação do modelo avaliativo proposto por Hansen e colaboradores (2020), posteriormente validado em oficina de consenso. Destaca-se que este modelo avaliativo adaptado dá passos na direção apontada por Hansen e colaboradores (2020), que recomendou 42 indicadores de qualidade, no entanto sem oferecer medidas, parâmetros e fontes, dados contemplados neste modelo avaliativo através da contribuição dos entrevistados e membros da oficina de consenso.

Neste quesito, este modelo avaliativo adaptado com dimensões, indicadores, parâmetros, medidas e fontes permite a aplicabilidade futura em serviços hospitalares de emergência, assim como permite a comparação entre serviços de mesmo perfil na rede de urgência e emergência.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a qualidade dos serviços hospitalares de emergência não pode ser compreendida apenas pela disponibilidade de recursos físicos e humanos, mas deve incorporar dimensões processuais e relacionais que afetam diretamente os desfechos clínicos, através das dimensões do cuidado promovidas pelo *Institute of Medicine*. A inclusão de indicadores como a experiência do usuário, a adoção de protocolos clínicos auditáveis e a prontidão para incidentes massivos reforça a necessidade de uma abordagem holística, que vá além da mensuração de mortalidade ou tempo de permanência, tradicionalmente priorizados em avaliações hospitalares⁹.

Nesse sentido, este modelo avaliativo adaptado responde a uma lacuna na literatura nacional, ao articular indicadores já presentes em normativas com métricas internacionalmente reconhecidas, produzindo um instrumento aplicável ao contexto do Sistema Único de Saúde, representando um avanço significativo no campo da avaliação em saúde e no fortalecimento da atenção às emergências. Apesar dos avanços, reconhece-se que a aplicabilidade do modelo avaliativo depende de fatores contextuais, como disponibilidade de sistemas de informação confiáveis, engajamento das equipes assistenciais e compromisso das gestões hospitalares com a cultura da avaliação. Assim, o modelo aqui apresentado deve ser entendido como ponto de partida, cuja implementação requer articulação intersetorial, capacitação contínua e incentivos a uma gestão comprometida com a qualidade do cuidado.

Os resultados do processo de modelagem evidenciam que a qualidade em serviços hospitalares de emergência deve ser compreendida como fenômeno multifacetado, resultante da interação entre estrutura, processos assistenciais e gestão. A aplicação da matriz proposta possibilita não apenas diagnósticos situacionais consistentes, mas também o monitoramento contínuo da qualidade, subsidiando gestores e profissionais na tomada de decisão e no direcionamento de estratégias para aprimoramento da atenção às urgências e emergências no Brasil.

Ao articular referenciais internacionais, normativas nacionais e a expertise de especialistas em avaliação em saúde e gestão de serviços hospitalares de emergência no Brasil, este estudo resultou em um instrumento robusto, que contempla

múltiplas dimensões da qualidade e traduz a complexidade desses serviços em indicadores mensuráveis.

O modelo oferece contribuições teóricas e práticas. Do ponto de vista teórico, reafirma a relevância das seis dimensões propostas pelo *Institute of Medicine* e adapta o modelo avaliativo de Hansen e colaboradores (2020) ao contexto brasileiro. Do ponto de vista prático, disponibiliza aos gestores e profissionais um conjunto de métricas aplicáveis que permitem tanto diagnósticos situacionais quanto monitoramento contínuo da qualidade, favorecendo processos de melhoria e tomada de decisão.

Ao propor um julgamento final em faixas de qualidade, o modelo contribui ainda para a transparência na avaliação, permitindo comparações entre serviços e fomentando uma cultura de responsabilização e aprimoramento contínuo. Reconhece-se, contudo, que sua efetividade depende da adesão institucional, do engajamento das equipes multiprofissionais e da capacidade de incorporar dados confiáveis e regulares nos processos avaliativos.

Em síntese, a matriz proposta constitui ferramenta estratégica para gestores, formuladores de políticas e profissionais da saúde, com potencial de impactar positivamente a qualidade do cuidado. Futuras pesquisas deverão avaliar sua aplicabilidade em diferentes contextos locais e regionais, em especial serviços hospitalares de emergência com funcionamento no modelo porta aberta, e podendo ser adaptado também para serviços referenciados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Busse R, Panteli D, Quentin W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. 2019. p. 3–17.
3. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Bigal AL, Feliciano DGCF, Silva GR, et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saude Soc.* 2023;32.

4. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Nasser MA, Bizetto OF, Chioro A. Emergency and Urgent Health Care Network on scene: contingencies and production of care. *Saude Debate*. 2022;46:761–76.
5. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Cien Saude Colet*. 2009;14:1881–90.
6. Bittencourt RJ, Stevanato AM, Bragança CTNM, Gottens LBD, O'Dwyer G. Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. *Rev Saude Publica*. 2020;54:66.
7. Roberge D, Pineault R, Larouche D, Poirier LR. The continuing saga of emergency room overcrowding: Are we aiming at the right target? *Healthc Policy*. 2010;5:27–39.
8. Sy A, Moglia B, Aragunde G, Derossi P. La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. *Cad Saude Publica*. 2021;37.
9. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2013;29:1063–82.
10. Lecky F, Benger J, Mason S, Cameron P, Walsh C. The International Federation for Emergency Medicine framework for quality and safety in the emergency department. *Emerg Med J*. 2014;31:926–9.
11. Hansen K, Boyle A, Holroyd B, Phillips G, Benger J, Chartier LB, et al. Updated framework on quality and safety in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2020;37:437–42.
12. Gusmão-filho FAR, Carvalho EF, Júnior JL do AC. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). *Cien Saude Colet*. 2010;15:1227–38.
13. Cecilio LCO, Coutinho AAP, Hamze FL, Silva AF, Batista LA, Carvalho APH. Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. *Rev Divulg Saude Debate*. 2014;52:202–16.
14. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.
15. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.077/14. Normatização do Funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Brasília: CFM; 2014.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 Nov 12; Seção 1:94-105.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 Dez 30; Seção 1:55-8.
18. Silva GS, Samico I, Dubeux LS, Felisberto E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2012;12:445–58.
19. Dubeux LS, Freese E, Felisberto E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Rev Saude Coletiva*. 2013;23:345–69.
20. Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2010;26:1508–18.
21. Magalhães CLSDCPA, Costa FOCRDJ, Dubeux LS, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2010:1508–18.
22. Inoue KC, Aparecido J, Júnior B, Papa MAF, Vidor RC, Matsuda LM. Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência. *Acta Paul Enferm*. 2015;28:420–5.
23. Doll SCQ, Macleira C, Matta-Machado ATGD, Borde EMS, Santos ADFD. Quality of prehospital fixed components of the Brazilian Emergency and Urgent Care Network: A study based on data from PMAQ-AB and PNASS. *Cad Saude Publica*. 2022;38.
24. Chaves LA, Malta DC, Jorge AO, Reis IA, Tofoli GB, Machado LFS, et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:2015–6.
25. Sørup CM, Jacobsen P, Forberg JL. Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013;21:62.
26. Sullivan C, Staib A, Khanna S, Good NM, Boyle J, Cattell R, et al. The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target. *Med J Aust*. 2016;204:354.
27. Jun JH, Park CR, Park I, Lee JH, Roh YH, Kim MJ. Impact of emergency department overcrowding on the occurrence of in-hospital cardiac arrest. *PLoS ONE*. 2025;20.
28. Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1324–9.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho contribui para a consolidação da cultura de avaliação e melhoria contínua da qualidade nos SHE brasileiros. Ao propor e adaptar um modelo avaliativo estruturado nas dimensões de qualidade preconizadas pelo *Institute of Medicine*, esta pesquisa dialoga diretamente com os princípios do SUS e com os desafios concretos enfrentados pelos serviços de emergência, especialmente aqueles relacionados à sobrelotação, escassez de recursos e à necessidade de integração das redes assistenciais. O desenvolvimento de uma matriz de análise e julgamento com indicadores específicos permite instrumentalizar gestores, avaliadores e equipes multiprofissionais na identificação de fragilidades estruturais e processuais, orientando intervenções baseadas em evidências e fortalecendo a governança clínica e institucional.

Do ponto de vista da saúde pública, este trabalho reafirma o papel estratégico dos serviços de emergência enquanto porta de entrada e componente essencial da RUE. Ao mesmo tempo, promove a transparência e a responsabilização institucional, aspectos indispensáveis à gestão pública.

Do ponto de vista do autor, enquanto médico emergencista e gestor de serviços de emergência, a aproximação da saúde coletiva e da avaliação em saúde com os serviços hospitalares de emergência, através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina se caracteriza como marco formativo essencial, ampliando horizontes e técnicas de avaliação destes serviços.

Compreender a emergência como um espaço de produção de cuidado inserido em um sistema complexo exige do profissional médico não apenas competência

clínica, mas também visão crítica sobre determinantes sociais, fluxos assistenciais, políticas públicas e processos de gestão. A formação em Saúde Coletiva amplia a capacidade analítica do médico, promovendo uma atuação mais integrada, reflexiva e orientada para resultados não apenas individuais, mas populacionais.

Assim, esta dissertação reafirma que avaliar é, também, cuidar: cuidar dos processos, das instituições e das pessoas que fazem o SUS. A construção de um modelo avaliativo dos serviços hospitalares de emergência não se limita à mensuração da qualidade, mas simboliza o compromisso ético e social de transformar a realidade do cuidado nos serviços de emergência no Brasil.

7 REFERÊNCIAS

AARONSON, E. L. *et al.* Emergency department quality and safety indicators in resource-limited settings: an environmental survey. **International Journal of Emergency Medicine**, v. 8, nº 1, 2015.

ALMEIDA, Rui P. *et al.* O ciclo de melhoria da qualidade como ferramenta potenciadora de implementação de boas práticas e de otimização da imagem radiológica. In: **ABRANTES, A.; SILVA, C.; RIBEIRO, L.** (org.). Imagem médica: experiências, práticas e aprendizagens. Faro: Sílabas & Desafios, 2019. p. 73–91.

ANDREW, A. *et al.* Emergency department overcrowding and access block. **Canadian Journal of Emergency Medicine**, v. 15, nº 6, p. 359–370, 2013.

ASPLIN, B. R. *et al.* A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, v. 42, no 2, p. 173–180, 2003.

BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, nº 120, p. 240–255, 2019.

BITTENCOURT, R. J. *et al.* Interventions in overcrowding of emergency departments: an overview of systematic reviews. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 66, 2020.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais de média complexidade na Rede de Atenção às Urgências: o que sua produção revela? **Saúde em Debate**, v. 44, nº 124, p. 86–98, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Informativo do PROADESS, n. 4. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017)**. Rio de Janeiro: 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção às Urgências. [S. l.]: [s. d.], 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).** [S. l.]: [s. d.], 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção às Urgências. [S. l.]: [s. d.], 2003. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 1600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [s. l.], 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Roteiro Objetivo de Inspeção: UTI Adulto. [s. l.], 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). [S. l.]: [s. d.], 2013.

BROCCOLI, M. C. *et al.* **Defining quality indicators for emergency care delivery: Findings of an expert consensus process by emergency care practitioners in Africa.** [S. l.]: [s. d.], 2018.

BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). Avaliação: conceitos e métodos. **Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.**

BUCCI, S. *et al.* Emergency Department crowding and hospital bed shortage: is Lean a smart answer? A systematic review. **European review for medical and pharmacological sciences**, Italy, vol. 20, nº 20, p. 4209–4219, 2016.

BUSSE, R.; PANTELI, D.; QUENTIN, W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. *In*: [S. l.]: [s. d.], 2019. p. 3–17.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. *In*: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson Luiz (org.). A odontologia e a estratégia saúde da família. **Tubarão: Editora Unisul**, 2006. p. 115–139.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS (CAEP). Emergency department overcrowding and access block. **Canadian Journal of Emergency Medicine, Ottawa**, 2013. Disponível em: <https://caep.ca>.

CARRANZA, H. *et al.* Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. **Anales del sistema sanitario de Navarra**, [s. l.], vol. 40, p. 11–24, 2017.

CECILIO, L. C. de O. *et al.* Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. **Revista Divulgação em Saúde para debate**, [s. l.], vol. 52, p. 202–216, 2014.

CHAMPAGNE, François *et al.* Modelizar a intervenção. *In*: **BROUSSELLE, Astrid; CHAMPAGNE, François; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo** (org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 61–88.

CHAVES, L. A. *et al.* Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], vol. 24, p. 2015–2016, 2021.

COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE (London). Crowding in Emergency Departments. **London: College of Emergency Medicine**, 2014. Disponível em: <https://www.cambridgeshireandpeterboroughccg.nhs.uk>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 2077/2014: Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Évaluer l'évaluation: conceptualisation et pratique. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DICKSON, E. W. *et al.* Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. **Annals of Emergency Medicine**, [s. l.], vol. 54, nº 4, p. 504–510, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.03.024>.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Portaria Nº 386, de 27 de Julho de 2017. [s. l.], vol. 386, 2017.

DOLL, S. C. Q. *et al.* Quality of prehospital fixed components of the Brazilian Emergency and Urgent Care Network: A study based on data from PMAQ-AB and PNASS. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], vol. 38, nº 8, 2022.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring.** Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos: Health Administration Press, 1980.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 23, nº 2, p. 345–369, 2013.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. dos. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], vol. 26, nº 8, p. 1508–1518, 2010.

EMERGENCY MEDICINE PRACTICE COMMITTEE. Emergency Department Crowding: High Impact Solutions. Irving (TX): **American College of Emergency Physicians (ACEP)**, 2016. Disponível em: https://www.acep.org/globalassets/sites/acep/media/crowding/empc_crowding-ip_092016.pdf

EVANS, C. S. *et al.* **Emergency Department Return Visits after Having Left Without Being Seen.** [S. l.]: American Medical Association, 2025.

GUSMÃO-FILHO, F. A. R. de; CARVALHO, E. F. de; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. do A. C. de. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 15, nº suppl 1, p. 1227–1238, 2010.

HANSEN, K. *et al.* Updated framework on quality and safety in emergency medicine. **Emergency Medicine Journal**, [s. l.], vol. 37, nº 7, p. 437–442, 2020.

HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2005.

HOLDEN, R. J. Lean Thinking in emergency departments: a critical review. **Annals of emergency medicine**, [s. l.], vol. 57, nº 3, p. 265–278, 2011.

HWANG, U. *et al.* Measures of Crowding in the Emergency Department: A Systematic Review. **Academic Emergency Medicine**, [s. l.], vol. 18, nº 5, p. 527–538, 2011.

INOUE, K. C. *et al.* Artigo Original Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. **Acta Paul Enferm**, [s. l.], vol. 28, nº 5, p. 420–425, 2015a.

INOUE, K. C. *et al.* Artigo Original Avaliação da qualidade da Classificação de Risco nos Serviços de Emergência Evaluation of quality of Risk Classification in Emergency Services. **Acta Paul Enferm**, [s. l.], vol. 28, nº 5, p. 420–425, 2015b.

JONES, K. *et al.* **Impact of same day emergency care services on urgent and emergency care delivery outcomes: A systematic review**. [S. l.]: BMJ Publishing Group, 2025.

JUN, J. H. *et al.* Impact of emergency department overcrowding on the occurrence of in-hospital cardiac arrest. **PLoS ONE**, [s. l.], vol. 20, nº 1, 2025.

LECKY, F. *et al.* The international federation for emergency medicine framework for quality and safety in the emergency department. **Emergency Medicine Journal**, [s. l.], vol. 31, nº 11, p. 926–929, 2014.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], vol. 29, nº 6, p. 1063–1082, 2013.

MAGALHÃES, C. L. S. D. C. de P. A. *et al.* **Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro Evaluation of urgent and emergency services in the hospital referral system in Northeast Brazil**. [S. l.]: [s. d.], 2010.

MCNAUGHTON, C. D. *et al.* Turbulence in the system: Higher rates of left-without-being-seen emergency department visits and associations with increased risks of adverse patient outcomes since 2020. **JACEP Open**, [s. l.], vol. 5, nº 6, 2024.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Modelos teóricos na avaliação de programas e serviços de saúde. In: **HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria** (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 41–64.

NICOLAIDIS, Rafael *et al.* Association between multiday emergency department boarding and higher in-hospital mortality: evidence from Brazil. **European Journal of Emergency Medicine**, online ahead of print, 2025.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H. de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], vol. 14, nº 5, p. 1881–1890, 2009.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. 4. ed. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publications, 2008.

PINES, Jesse M.; HOLLANDER, Judd E. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. **Annals of Emergency Medicine**, v. 51, n. 1, p. 1-5, 2008.

ROBERGE, D. *et al.* The continuing saga of emergency room overcrowding: Are we aiming at the right target?. **Healthcare Policy**, [s. l.], vol. 5, nº 3, p. 27–39, 2010.

ROYAL COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE. Emergency Medicine Briefing: Making the Case for the Four-Hour Standard. [s. l.], p. 1–9, 2018.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.

DUBEUX, C. L. *et al.* Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. [S. l.]: [s. d.], 2010.

SALOMÃO, M. C. *et al.* Transmission of Carbapenem-Resistant Enterobacterales in an Overcrowded Emergency Department: Controlling the Spread to the Hospital. **Clinical Infectious Diseases**, [s. l.], vol. 77, p. S46–S52, 2023.

SANTOS, T. *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção as urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 36, 2003.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. de M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde em Debate**, [s. l.], vol. 41, nº spe3, p. 99–113, 2017.

SHIN, Tae Hyung *et al.* The impact of emergency department crowding on compliance with the Surviving Sepsis Campaign bundles. **Critical Care**, v. 17, n. 5, R224, 2013.

SILVA, L. A. **Avaliação hospitalar: limites e possibilidades do programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares**. 2001. 134 f. - Universidade Federal de Santa Catarina, [s. l.], 2001.

SILVA, G. S. da *et al.* Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], vol. 12, nº 4, p. 445–458, 2012.

SINGER, Adam *et al.* The association between length of emergency department boarding and mortality. **Academic Emergency Medicine**, v. 18, n. 12, p. 1324–1329, 2011.

SØRUP, C. M.; JACOBSEN, P.; FORBERG, J. L. Evaluation of emergency department performance - a systematic review on recommended performance and quality-in-care measures. **Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine**, [s. l.], vol. 21, p. 62, 2013.

SOUZA, D. L. *et al.* **A systematic review on lean applications' in emergency departments**. [S. l.]: [s. d.], 2021.

SULLIVAN, C. *et al.* The National Emergency Access Target (NEAT) and the 4-hour rule: time to review the target. **The Medical journal of Australia**, Australia, vol. 204, nº 9, p. 354, 2016.

SUN, B. C. *et al.* Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. **Annals of Emergency Medicine**, v. 61, n. 6, p. 605–611.e6, 2013.

SY, A. *et al.* La urgencia bajo la lupa: una revisión de la producción científica sobre servicios de emergencia en hospitales desde la etnografía. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], vol. 37, no 1, 2021.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. 1. ed.

São Paulo: Atheneu, 2017.

TOFANI, L. F. N. *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], vol. 32, nº 1, 2023.

VERBANO, C.; CREMA, M. Applying lean management to reduce radiology turnaround times for emergency department. **The International Journal of Health Planning and Management**, [s. l.], vol. 34, 2019.

WEISS, S. J. *et al.* Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers: Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). **Academic Emergency Medicine**, [s. l.], vol. 11, nº 1, p. 38–50, 2004.

WRIGHT, James Terence Coulter; GIOVINAZZO, Renata Alves. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54–65, 2000.

APÊNDICE A - MODELO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA

INTRODUÇÃO

Os serviços hospitalares de emergência (SHE) atendem demandas agudas e crônicas agudizadas, inseridos na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com vocação definida e pactuada em rede. São serviços de média e alta complexidade, englobando atendimentos em todas as linhas de cuidado no Brasil, enfrentando perfis epidemiológicos e sanitários de demanda elevada, com destaque para os agravos traumáticos, das condições cardiovasculares, neurovasculares e infecciosas (Brasil, 2013).

Estes serviços são componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE), caracterizados como Portas Fixas Hospitalares. Para atingirem elevado grau de qualidade, devem possuir condições estruturais e de processo para atingirem resultados desejáveis e significativos ao sistema. No cenário nacional, normativas como a Portaria Ministerial 2048/2002 e a Resolução do CFM 2077/2014 versam sobre condições mínimas nos quesitos de estrutura e processos para funcionamento (Brasil, 2002; CFM, 2014).

Caracterizados para o atendimento de casos de urgência e emergência, com condições de iminente risco de vida, os SHE encontram-se frequentemente sobrecarregados com demandas não emergenciais. Historicamente o modelo centrado na atenção hospitalar, locais com densidade tecnológica e de serviços especializados, reforça a expectativa da população na capacidade de resposta destes serviços em detrimento das ações referentes à atenção primária em saúde (APS) (O'Dwyer; Oliveira; Seta, 2009)

Somado a situações de baixa resolutividade externa, representado por falhas de acesso a consultas e exames em tempo-oportuno através da APS, assim como falhas na prevenção de agravos e causas externas no campo da segurança pública, tem-se a consequência de os SHE atuarem como uma das principais portas de acesso ao sistema de saúde, estando frequentemente sobrelotados, comprometendo a qualidade do serviço (Hudon; Sanche; Haggerty, 2016; Parkinson et al., 2021).

Por outro lado, os usuários com demandas emergenciais frequentemente permanecem por tempos excessivos nos SHE, decorrente de falhas de processo e/ou atendimento, como atraso em resultados de exames necessários e desnecessários, assim como por falhas de acesso a ambientes de enfermaria e terapia intensiva. Os SHE são serviços cujo fluxo é frequentemente intenso, demandando elevada capacidade resolutive em tempo oportuno, para garantia da segurança de todos os usuários que ali se encontram (Morley et al., 2018).

A avaliação da qualidade em SHE é objeto de estudo em diversos estudos no campo da gestão, qualidade e avaliação. Para países de baixa e média renda, a *International Federation for Emergency Medicine* (IFEM) propôs o modelo avaliativo sugerido por Lecky e colaboradores (2014). Este modelo foi atualizado por Hansen e colaboradores (2020), fornecendo um modelo com grande potencial de adaptação para o contexto brasileiro.

A modelagem proposta por Hansen e colaboradores (2020) tem como referencial teórico as dimensões da qualidade do cuidado propostas pelo Institute of Medicine, em 2001, composto por segurança, eficiência, efetividade, tempestividade, equidade e a capacidade de ser centrado no usuário.

É neste sentido que se justifica a proposição de um modelo avaliativo da qualidade dos Serviços Hospitalares de Emergência, composto por um Modelo Teórico Lógico (MTL) e uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

BLOCO 1: Modelo Teórico Lógico (MTL) proposto

O MTL proposto (Figura 1) apresenta de forma esquemática a concepção teórica e os desdobramentos necessários para a garantia da qualidade dos SHE.

No presente modelo, assume-se o conceito de qualidade do Institute of Medicine (IOM): *o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam sua chance de atingirem os resultados desejáveis e são consistentes com o conhecimento profissional atualizado*. Para o IOM, as seis dimensões da qualidade são a **segurança, a efetividade, a eficiência, a equidade, e a capacidade do cuidado ser centrado no usuário, além do tempo oportuno** (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

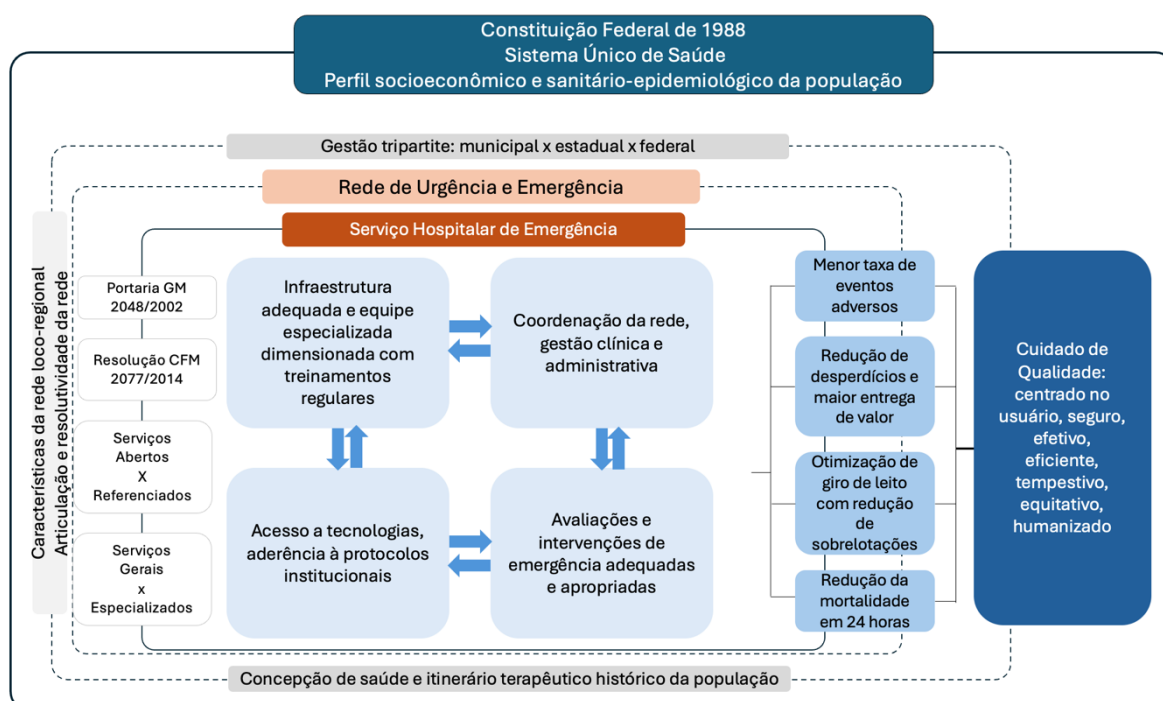
A segurança expressa a capacidade dos serviços mitigarem eventos adversos relacionados à assistência. A garantia de condições para atingir os objetivos pretendidos é proxy da efetividade. A eficiência é observada na organização e uso racional de recursos, com disponibilização de ferramentas para minimizar desperdícios. A equidade se reflete na medida em que não discrimina e, ao mesmo tempo, prioriza demandas de maior necessidade. A capacidade de ser centrado no usuário está presente quando leva em consideração desejos e necessidades dos indivíduos. A característica de ser tempo-oportuno se expressa na tempestividade em que medidas essenciais são realizadas (Hansen et al. 2020).

Compreende-se que os SHE estão imersos em um cenário político, epidemiológico e cultural, assim como em aspectos institucionais e normativos, o que influencia a maneira como estão estruturados e organizados os serviços, e consequentemente a qualidade destes serviços. Assim como, também, possuem características próprias como vocação (hospital geral ou hospital especializado em determinada linha de cuidado), status do hospital na rede (porta aberta ou referenciado), e do perfil da rede assistencial primária e de serviços de urgência e emergência loco-regionais.

Um SHE que atue com o mais alto grau de qualidade possui como resultados esperados a redução da morbimortalidade em condições tempo-sensíveis, a

mitigação de eventos adversos associados à assistência (como infecções relacionadas à assistência), redução de readmissões precoces, maior satisfação dos usuários e familiares e a redução de desperdícios assistenciais e administrativos, entregando maior valor em saúde e confiança na rede de urgências e emergências (Lecky et al., 2013).

Figura 1. Representação Esquemática do Modelo Teórico Lógico



Fonte: Elaboração do autor, 2025.

NOTA

O referencial teórico adotado define os conceitos empregados nesta matriz da seguinte forma:

Objeto: O elemento que será avaliado. No contexto das políticas públicas, pode abranger ações, programas, políticas, procedimentos ou serviços;

Dimensão: As partes constitutivas do objeto da avaliação, indicando sua estrutura e os componentes essenciais para sua análise;

Indicador: Variável, característica ou atributo que sintetiza o objeto a ser avaliado;

Medida: Requisitos para mensurar cada indicador do modelo;

Rationale: Fundamentação lógica ou justificativa para a seleção dos elementos que compõem a matriz de análise e julgamento (MAJ).

BLOCO 2: Síntese da Matriz Avaliativa proposta

Quadro 1. Síntese da Matriz Avaliativa. Dados da Pesquisa, 2025.

DIMENSÕES	INDICADORES
Segurança	Disponibilidade de leitos
	Padronização de processo com dupla checagem
	Organização da equipe e comunicação intersetorial
	Tempestividade da avaliação de risco
	Existência e treinamento de Plano de Incidentes
	Existência e treinamento de Plano de Capacidade Plena
	Prontidão para atendimentos pediátricos
Tempo-oportuno	Adoção de pacote de cuidados à sepse
	Atenção precoce à dor torácica
	Agilidade na tomada de decisão no SHE
	Capacidade de gerenciamento de leito no SHE
	Confirmação precoce da suspeita de AVC
Centrado no usuário	Diversidade de locais de cuidado
	Experiência do usuário
	Cumprimento do tempo previsto de atendimento conforme Classificação de Risco
Efetividade	Suporte especializado no SHE
	Uso de protocolos clínicos
	Gestão especializada
Eficiência	Disponibilidade de ferramentas point-of-care
	Uso racional de recursos
	Adequação da escala médica
	Organização do espaço físico segundo risco

Fonte: Elaboração do autor, 2025.

BLOCO 3 – Detalhamento dos elementos da matriz avaliativa

Para melhor orientação, apresentamos neste bloco cada um dos itens da matriz com seus respectivos elementos de análise.

DIMENSÃO 1 – SEGURANÇA

Contempla 6 indicadores com suas respectivas medidas e parâmetros.

1. DIMENSÃO - Segurança

Rationale: Expressa-se na medida em que são adotadas estratégias para redução de riscos ao paciente e eventos adversos, considerando que o serviço

de emergência possui uma natureza de grande variabilidade de demandas, qualitativamente e quantitativamente.

1.1 Indicador: Disponibilidade de leitos

Rationale: A sobrelotação agrega maior risco de eventos adversos e desfechos negativos. Leitos habilitados são estruturas com adequação de macas, dimensionamento de equipes e ambientação apropriados. A permanência no serviço hospitalar de emergência por pacientes em poltronas ou macas em corredores, fenômeno chamado de *boarding*, entre outras formas de permanência inadequada, agrega riscos e morbimortalidade.

Medidas	Fonte
Percentual de pacientes-dia com necessidade de leito sobre leitos-dia habilitados na emergência, no ano.	Sistema de Informação (SI) de prontuário eletrônico do serviço hospitalar de emergência
Parâmetro < 80% - 5 pontos 80-90% - 4 pontos 90-100% - 3 pontos 100-120% - 0 pontos > 120% - -1 pontos Dado não mensurável a partir do SI - -2 pontos	

1.2 Indicador: Padronização de processo com dupla checagem

Rationale: A padronização de checklists auxilia a padronização de processos, oportuniza a dupla checagem de ações críticas e minimiza erros em ações críticas como em procedimentos invasivos. Além disso, os checklists permite a revisão crítica dos resultados do setor – auditoria.

Medidas	Fonte
Existência de checklist para intubação orotraqueal ou cateterização venosa central, com relatório de análise crítica/auditoria dos resultados com frequência, ao mínimo, trimestral.	Relatório de aplicação de checklists com análise crítica/auditoria pela gestão
Parâmetro Existe checklist, há relatório de aplicações, e ele é auditado – +5 pontos Existe checklist, há relatório de aplicações, mas não é auditado – +2 ponto Existe checklist, no entanto não há registro/relatório – 0 pontos Não existe checklist - -2 pontos	

1.3 Indicador: Organização da equipe e comunicação intersetorial

Rationale: O *huddle* alinha necessidades e expectativas das equipes, permitindo maior organização e comunicação intersetorial, otimizando processos seguros.

Medidas	Fonte
---------	-------

Realização do <i>huddle</i> diariamente no início de cada plantão diurno e noturno.	Ata ou registro em sistema informatizado da realização do <i>huddle</i> .
Parâmetro Sim, diariamente – +5 pontos Sim, aos dias de semana – +3 pontos Sim, no entanto apenas em alguns dias - +1 ponto Não – 0 pontos	

1.4 Indicador: Tempestividade da avaliação de risco

Rationale: A classificação de risco deve ser o mais breve possível para que seja aferido seu grau de risco de deterioração clínica e tempo seguro de espera.

Medidas	Fonte
Tempo médio para início da realização da classificação de risco.	Estatística informada pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência
Parâmetro < 5 minutos - +5 pontos 5 a 10 minutos – +3 pontos 10 a 15 minutos - +1 ponto > 15 minutos - -1 ponto	

1.5 Indicador: Existência e treinamento de Plano de Incidentes

Rationale: Os serviços de emergência compõem parte da rede de segurança em incidentes infrequentes e altamente demandantes, devendo estar preparados para incidentes como múltiplas vítimas.

Medidas	Fonte
Existência de planos e treinamentos para incidentes internos/locais como incêndios e de eventos externos.	Apresentação do(s) plano(s) existente(s) e atas de treinamento realizados no último ano
Parâmetro Plano para eventos internos e externos, com treinamento anual – +5 pontos Plano para eventos internos ou externos, com treinamento anual – + 3 pontos Há ou não planos, no entanto não há registro de treinamento – 0 pontos	

1.6 Indicador: Existência e treinamento de Plano de Capacidade Plena.

Rationale: Os serviços de emergência possuem demanda variável em quantidade e complexidade, exigindo alta capacidade adaptativa para acomodar, com segurança, momentos de demanda elevada dos serviços, distribuindo melhores os recursos e necessidades em saúde.

Medidas	Fonte
Existência e treinamento de Plano de Capacidade Plena (PCP).	Apresentação do plano existente e atas de treinamento realizados no último ano
Parâmetro PCP presente com treinamento anual – +5 pontos	

Não há registro de treinamentos – 0 pontos

1.7 Indicador: Prontidão para atendimentos pediátricos

Rationale: Os serviços hospitalares de emergência devem estar preparados para o atendimento pediátrico mesmo não sendo unidades referenciadas em pediatria, por muitas vezes serem a unidade de emergência mais próxima para o suporte à vida pediátrico.

Medidas	Fonte
Disponibilidade de materiais e insumos necessários para o atendimento de suporte a vida pediátrico.	Apresentação in loco dos materiais existentes para suporte de vida pediátrico
Parâmetro Sim - +5 pontos Não - -5 pontos	

DIMENSÃO 2 – TEMPO-OPORTUNO

Contempla 5 indicadores com suas respectivas medidas e parâmetros.

2. DIMENSÃO – Tempo-oportuno

Rationale: Observado na medida em que o cuidado é realizado dentro do tempo necessário e exigido para as condições emergenciais que se apresentam, considerando a natureza tempo-dependente de diversos agravos e que o serviço de emergência é um local de elevada demanda e necessidade de garantia de fluxo adequado.

2.1 Indicador: Adoção de pacote de cuidados à sepse

Rationale: O manejo ágil da sepse melhora desfechos clínicos, devendo a unidade ser capaz de realizar múltiplos processos simultâneos em um pacote de primeira hora, com realização de ressuscitação volêmica, coleta de hemoculturas e realização de antibiótico na primeira hora quando indicado.

Medidas	Fonte
Disponibilidade imediata de kit ou materiais para ressuscitação volêmica, coleta de hemoculturas e antibiótico na 1ª hora na sepse, assim como a realização de pacote de medidas (<i>bundle</i>) é registrado em relatório auditável.	Apresentação in loco de kit de sepse ou dos materiais imediatamente disponíveis. Apresentação de relatório de auditoria dos <i>bundles</i> de sepse iniciados.
Parâmetro Possui e o bundle é aplicado pelo menos 80% dos casos na 1ª hora – +5 pontos Possui e o bundle é aplicado entre 60 e 80% dos casos na 1ª hora – +3 pontos Possui e o bundle é aplicado abaixo de 60% dos casos na 1ª hora - +1 pontos Não possui e/ou não gerencia protocolo de sepse e não há dados sobre cumprimento do bundle – -1 pontos	

2.2 Indicador: Atenção precoce à dor torácica

Rationale: A identificação precoce da oclusão coronariana aguda é primordial para o manejo das dores torácicas que se apresentam na emergência, para realização precoce de medidas de intervenção

Medidas	Fonte
Média de tempo entre a entrada do paciente no serviço de emergência (abertura de atendimento) e a realização de um eletrocardiograma quando existe a queixa de dor torácica, equivalente anginoso ou suspeição para síndrome coronariana aguda.	Sistema de Informação ou Prontuário Eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência OU apresentação de relatório de protocolo gerenciado de dor torácica
Parâmetro < 10 minutos – +5 pontos 10 a 15 minutos – +3 pontos 15 a 20 minutos – 0 pontos Acima de 20 minutos – -1 pontos	

2.3 Indicador: Agilidade na tomada de decisão no serviço hospitalar de emergência

Rationale: A tomada de decisão de alta em tempo oportuno, quando indicada, minimiza eventos adversos associados a permanências prolongadas no serviço, otimizando giro de leitos e promovendo um *output* adequado para um sistema de alta demanda.

Medidas	Fonte
Tempo Total de Permanência (TTP) médio no serviço de emergência, medido em horas a partir do momento da abertura da ficha, para pacientes com necessidade de pelo menos um recurso e que receberam alta após avaliação médica.	Estatística informada pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência
Parâmetro < 4 horas – +5 pontos 4 a 6 horas – +3 pontos 6 a 12 horas – +1 pontos > 12 horas – -1 pontos	

2.4 Indicador: Capacidade de gerenciamento de leito no serviço hospitalar de emergência

Rationale: O tempo de permanência total no serviço de emergência para pacientes com indicação de internação reflete a capacidade da instituição em girar leitos internamente, seja para pacientes com necessidade de enfermaria ou de UTI.

Medidas	Fonte
---------	-------

Tempo de Espera por Leito (TEL) médio no serviço de emergência, medido em horas a partir da abertura da ficha, para pacientes cujo desfecho seja internação no serviço.	Estatística informada pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência
Parâmetro < 4 horas – +5 pontos 4 a 6 horas – +3 pontos 6 a 12 horas – +1 pontos > 12 horas - -1 pontos	

2.5 Indicador: Confirmação precoce da suspeita de acidente vascular cerebral (AVC)

Rationale: A realização precoce da tomografia computadorizada (TC) de crânio nos casos de suspeita de AVC é essencial para a identificação precoce da natureza da lesão, instituição imediata de medidas de suporte e de intervenção quando indicadas, minimizando sequelas.

Medidas	Fonte
Tempo entre a classificação de risco e realização de tomografia (tempo porta-TC), aferido em minutos, para pacientes com suspeita de AVC.	Estatística informada pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência
Parâmetro < 5 minutos – +5 pontos Entre 5 e 15 minutos – +3 pontos Entre 15 a 30 minutos – +1 pontos Acima de 30 minutos – 0 pontos Não é aferido – -1 pontos	

DIMENSÃO 3 – CENTRADO NO USUÁRIO

Contempla 3 indicadores com suas respectivas medidas e parâmetros.

3. DIMENSÃO – Centrado no usuário

Rationale: A medida em que contempla as múltiplas necessidades dos diversos usuários, considerando perfis de atendimento diferentes, assim como entrega este cuidado dentro dos tempos previstos, garantindo satisfação.

3.1 Indicador: Diversidade de locais de cuidado

Rationale: Espaços diferenciados para populações com necessidades especiais traduzem a capacidade de organização do serviço em promover atitudes centradas no usuário.

Medidas	Fonte
Disponibilidade de espaços diferenciados para grupos vulneráveis como pacientes pediátricos, psiquiátricos e idosos em delirium.	Visita ao serviço hospitalar de emergência
Parâmetro	

Sim, os três – +5 pontos Sim, dois espaços - +3 pontos Sim, um espaço - +1 pontos Sem espaço definido, mas reajuste conforme demanda – 0 pontos Não há qualquer separação - -1 pontos
--

3.2 Indicador: Experiência do usuário

Rationale: A experiência dos usuários balanceia os valores e preocupações destes em relação às atitudes e percepções do serviço quanto suas necessidades em saúde.

Medidas	Fonte
Valor do escore <i>Net Promoter Score</i> (NPS) do serviço de emergência.	Relatório apresentado pelo Escritório de Qualidade (ou semelhante) do serviço hospitalar de emergência
Parâmetro Zona de Excelência (+75 a +100) - +5 pontos Zona de Qualidade (+50 a +74) - +3 pontos Zona de Aperfeiçoamento (0 a +49) - +1 pontos Não possui / não avaliável / possui outro escore de avaliação – 0 pontos Zona Crítica (-100 a -1) - -1 pontos	

3.3 Indicador: Cumprimento do tempo previsto de atendimento conforme a Classificação de Risco

Rationale: A prioridade estabelecida em cada classificação de risco, embora trate-se do tempo em que é seguro o mesmo paciente aguardar o atendimento, também se trata de uma questão centrada no usuário, em que o mesmo aguarda o tempo em que foi avaliado na classificação de risco.

Medidas	Fonte
Percentual de pacientes atendidos dentro do seu tempo de classificação de risco previsto.	Estatística informada pelo sistema de prontuário eletrônico utilizado pelo serviço hospitalar de emergência
Parâmetro 95-100% – +5 pontos 85-95% - +3 pontos 75-85% - +1 pontos 50-75% - 0 pontos < 50% - -1 pontos	

DIMENSÃO 4 – EFETIVIDADE

Contempla 3 indicadores com suas respectivas medidas e parâmetros.

4. DIMENSÃO – Efetividade

Rationale: A medida em que o SHE oferta cuidados efetivos – especializados, aderente a protocolos institucionais de relevância do ponto de vista epidemiológico e de morbimortalidade.

4.1 Indicador: Suporte especializado no serviço hospitalar de emergência

Rationale: Os SHE são serviços especializados e, para produzirem melhores desfechos, demandam disponibilidade de médicos especialistas na área (Medicina de Emergência) para produzirem resultados efetivos.	
Medidas	Fonte
Proporção de horários da escala com disponibilidade de médicos emergencistas sobre a quantidade de horas escaláveis totais do mês.	Escala de serviço
Parâmetro Em 100% do tempo – +5 pontos 70% a 100% do tempo – +3 pontos Menos de 50% do tempo – +1 pontos Não há médico emergencista – -1 pontos	

4.2 Indicador: Uso de protocolos clínicos	
Rationale: Por serem condições tempo-sensíveis, prevalentes, de maior morbimortalidade, o serviço deve disponibilizar protocolos clínicos gerenciáveis (auditáveis) para checagem da efetividade destes protocolos e do serviço nas condições relativas ao acidente vascular cerebral, ao infarto agudo do miocárdico, à sepse e ao trauma.	
Medidas	Fonte
Disponibilidade de protocolos clínicos gerenciados nas principais linhas de cuidado (AVC, IAM, sepse e trauma), assim como apresentação dos resultados (auditoria) dos protocolos.	Apresentação dos protocolos com data de implementação e assinatura das chefias envolvidas; apresentação dos resultados dos protocolos gerenciados (auditorias).
Parâmetro Todos – +5 pontos Três – +3 pontos Dois – +1 pontos Um – 0 pontos Nenhum ou sem auditoria dos protocolos apresentados – -1 pontos	

4.3 Indicador: Gestão especializada	
Rationale: Por ser um serviço especializado, deve possuir gestão especializada para produzir ações efetivas. Normativamente, o gestor médico do serviço deve ser especialista na área, segundo a Resolução 2077/2014 do CFM.	
Medidas	Fonte
Presença de gestor de serviço hospitalar de emergência especialista.	Escala de serviço com assinatura pelo responsável técnico
Parâmetro Gestor médico emergencista – +5 pontos Gestor médico especialista em outra área – +2 pontos Gestor médico sem especialidade – 0 pontos	

DIMENSÃO 5 – EFICIÊNCIA

Contempla 4 indicadores com suas respectivas medidas e parâmetros.

5. DIMENSÃO – Eficiência

Rationale: A medida em que o serviço provê condições para redução de desperdícios, como exames desnecessários, ou otimização de recursos, provendo disponibilidade de ferramentas *point-of-care* (beira leito) para diagnósticos, terapias e tomadas de decisão de maneira mais célere, com o menor custo possível. Assim como provê condições estruturais (ambientais e de recursos humanos) para que se realize um serviço eficiente.

5.1 Indicador: Disponibilidade de ferramentas point-of-care (beira leito)

Rationale: O uso do ultrassom beira-leito otimiza recursos e realiza diagnósticos com maior prontidão, sendo também útil para intervenções, aumentando a eficiência do serviço, ao reduzir o uso de outras ferramentas diagnósticas, assim como realizar diagnósticos e terapêuticas mais rapidamente.

Medidas	Fonte
Disponibilidade de equipamento de ultrassonografia beira-leito 24 horas na sala de emergência e para atendimento em outros ambientes como sala amarela e sala verde.	Visita em serviço
Parâmetro Sim, um na vermelha e outro para amarela/verde – +5 pontos Sim, apenas na vermelha – +3 pontos Não, o equipamento é compartilhado com outros setores – +1 pontos Não há disponibilidade - -1 pontos	

5.2 Indicador: Uso racional de recursos

Rationale: O uso de critérios clínicos bem estabelecidos na literatura enquanto seguros e eficientes auxiliam na redução da solicitação de exames sem indicação clara.

Medidas	Fonte
Taxa de uso apropriado de TC de crânio no TCE leve.	Auditoria de amostragem das tomografias de crânio realizadas no serviço nos últimos 30 dias, avaliado conforme a <i>Canadian CT Head Trauma Rule</i>
Parâmetro > 80% uso apropriado – +5 pontos 70 a 80% uso apropriado - +3 pontos 60 a 70% uso apropriado- +1 pontos < 60% uso apropriado - -1 pontos	

5.3 Indicador: Adequação da escala médica

Rationale: Pela característica variável dos atendimentos de emergência, tanto ao longo do ano quanto em relação aos dias da semana, a existência de uma escala padrão sem considerar este fator agrega desperdícios e gera escassez de recursos humanos em momentos de demanda elevada.

Medidas	Fonte
Aferição hora a hora da quantidade de atendimentos médios por dia da semana dos últimos 6 meses, das 07h às 00h, com mapa de calor hora-a-hora, e adequação da quantidade de médicos escalados considerando 3 atendimentos por hora.	Escala Médica e Sistema de Prontuário Eletrônico
Parâmetro Mais de 90% de adequação – +5 pontos Entre 70% e 90% de adequação – +2 pontos Menos de 70% de adequação – 0 pontos Não avaliável - -1 pontos	

5.4 Indicador: Organização do espaço físico segundo risco

Rationale: Áreas diferenciadas para necessidades diferenciadas otimizam processos e promovem eficiência operacional, fornecendo mais recursos àqueles que mais precisam em um mesmo local de permanência.

Medidas	Fonte
Disponibilidade de sala verde, sala amarela e sala vermelha para cuidado de pacientes com níveis de cuidado diferentes	Visita em serviço
Parâmetro Três ambientes ou mais – +5 pontos Dois ambientes – +2 pontos Um ambiente - -1 pontos	

BLOCO 4 – JUÍZO DE VALOR

Contempla os resultados das métricas dos indicadores, realizando a somatória por dimensão e a avaliação final do serviço.

Juízo de Valor	
Rationale: O serviço para se contemplar na faixa de maior qualidade, Classe 1, precisa ter pontuação máxima. Para Classe II, acima de 75% da pontuação máxima e, para Classe III, abaixo de 75% da pontuação máxima. Tais critérios serão aplicados da mesma forma para cada dimensão segundo pontuação alcançada no seu conjunto de indicadores.	
Dimensão – Segurança: Classe I: 35 pontos (100%) Classe II: Acima de 26,5 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 26,5 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Tempo-oportuno: Classe I: 25 pontos (100%) Classe II: Acima de 18,75 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 18,75 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Centrado no Usuário: Classe I: 15 pontos (100%) Classe II: Acima de 11,25 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 11,25 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Efetividade: Classe I: 15 pontos (100%) Classe II: Acima de 11,25 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 11,25 pontos ($<75\%$)	
Dimensão – Eficiência: Classe I: 20 pontos (100%) Classe II: Acima de 15 pontos ($\geq 75\%$) Classe III: Abaixo de 15 pontos ($<75\%$)	
Juízo de Valor Final	Fonte
Somatória das pontuações em cada dimensão. Pontuação máxima de 110 pontos.	Matriz de Análise e Julgamento

Parâmetro

100% da pontuação (110 pontos) – Classe I
Entre 75% e 100% da pontuação (82,50 pontos) – Classe II
Abaixo de 75% da pontuação (82,50 pontos) – Classe III

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Qualidade de departamentos de urgência e emergência hospitalares: um estudo de avaliabilidade”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Bruno Kroeff Bergesch, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Professora Dr^a Josimari Telino de Lacerda. Este estudo tem por objetivo construir e validar um modelo avaliativo da qualidade de departamentos de emergência hospitalares. Trata-se de um estudo que compõe o processo de construção de um modelo avaliativo e apreciação deste por especialistas da área, o qual se justifica pela escassez de estudos sobre o tema.

Você foi selecionado(a) por ser referência no conhecimento da medicina de emergência, dos aspectos assistenciais no departamento de emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde, da avaliação em saúde e/ou por possuir experiência com gestão hospitalar em departamentos de emergência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá inicialmente em uma entrevista em grupo com outros especialistas, via internet por chamada de vídeo, sobre o tema qualidade do departamento de emergência hospitalar. Posteriormente você participará da validação do modelo avaliativo da qualidade do departamento de emergência hospitalar, em que será enviado a você, por meio de formulário eletrônico (o qual não permite a identificação do respondente), onde caberá a você responder sobre a

discordância ou concordância plena/parcial quanto aos modelos e matriz de análise e julgamento. O modelo avaliativo discutido nessa primeira etapa será consolidado e devolvido aos participantes para nova validação, até que se alcance pelo menos 75% de concordância. Ressalta-se que sua participação em quaisquer etapas da pesquisa é facultativa.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado e algum constrangimento na emissão de opinião sobre o material analisado, principalmente aqueles com opiniões divergentes. Para minimizar tal exposição, as opiniões emitidas sobre o modelo avaliativo nas etapas realizadas individualmente serão mantidas em anonimato em todas as etapas da pesquisa. Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você, mas sua contribuição no estudo permitirá o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da qualidade de departamentos de emergência hospitalares, o que pode contribuir para melhoria da atenção às urgências e emergências no âmbito hospitalar.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e na divulgação dos resultados o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Entretanto, existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Também é compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de indenização por dano decorrente da pesquisa e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa, além de qualquer assistência que seja necessária.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir

de participar e retirar seu consentimento. Sua reusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Eu, Josimari Telino de Lacerda, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da regulamentação da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável, que deverá ser escaneada ou fotografada digitalmente e encaminhada por correio eletrônico. A sua via deve ser guardada cuidadosamente, uma vez que se trata de um documento que apresenta informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A sua assinatura poderá ser realizada digitalmente, caso possua assinatura digital e escolha esta opção. Caso contrário você poderá imprimir duas vias do Termo, assinar e escanear ou fotografar digitalmente uma via para encaminhamento por correio eletrônico à pesquisadora.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, mestrando e Comitê de Ética onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos:

Pesquisadora responsável

Josimari Telino de Lacerda

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (48) 99162-4321, e-mail: jtellino@gmail.com

Mestrando

Bruno Kroeff Bergesch

Rua Vale do Sol, 337, Bairro Rio Vermelho. Florianópolis, CEP 88060-254, telefone (48) 9 9623 9120, e-mail: brunokroeff@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC: órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos.

Contato CEPESH/UFSC: Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; email: cep.propesq@contato.ufsc.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) participante: _____

RG: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

RG: _____

Assinatura do mestrando: _____

RG: _____