

Artigo Original

Santos AA, Menezes TMO, Farias MTD, Nunes AMPT, Goés RP, Pires AVS, et al.
Desenvolvimento de uma matriz de indicadores para qualidade do atendimento à pessoa idosa em emergências.

Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250203.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250203.pt>

Desenvolvimento de uma matriz de indicadores para qualidade do atendimento à pessoa idosa em emergências

Development of an indicator matrix for the quality of care for older adults in emergencies

Desarrollo de una matriz de indicadores de calidad de la atención a las personas mayores en situaciones de emergencia

Alice de Andrade Santos^a <https://orcid.org/0000-0003-3722-1096>

Tânia Maria de Oliva Menezes^a <https://orcid.org/0000-0001-5819-0570>

Mariane Teixeira Dantas Farias^a <https://orcid.org/0000-0003-4208-4911>

Amélia Maria Pithon Borges Nunes^a <https://orcid.org/0000-0002-8344-7590>

Roberta Pereira Goés^a <https://orcid.org/0000-0001-7746-5592>

Adriana Valéria da Silva Pires^a <https://orcid.org/0000-0003-1831-4537>

Leandro Alves Da Luz^b <https://orcid.org/0000-0002-3566-3117>

Cláudia Geovana da Silva Pires^a <https://orcid.org/0000-0001-9309-2810>

^aUniversidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Salvador, Bahia, Brasil.

^bMinistério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos AA, Menezes TMO, Farias MTD, Nunes AMPT, Goés RP, Pires AVS, et al.
Desenvolvimento de uma matriz de indicadores para qualidade do atendimento à pessoa idosa em emergências. Rev Gaúcha Enferm. 2026;47:e20250203. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250203.pt>

RESUMO

Objetivo: Desenvolver uma matriz de indicadores para avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas Unidades de Pronto Atendimento.

Método: Estudo metodológico aplicado, conduzido em três etapas, entre setembro de 2023 e março de 2024: Levantamento bibliográfico e seleção dos fundamentos estruturantes; Desenvolvimento da matriz de análise e julgamento; Validação de conteúdo por um painel de juízes (16), por meio da técnica *Delphi*, calculando-se a Taxa de Concordância e o Índice de Validade de Conteúdo.

Resultados: Ao final das duas rodadas, a matriz apresentou uma concordância global de 0,94. Quanto ao Índice de Validade de Conteúdo, os valores médios foram de 0,95 na primeira e de 0,93 na segunda rodadas. Após ajustes recomendados pelos juízes e a realocação de dois indicadores entre as dimensões processo e resultado, a matriz contabilizou 16 itens, distribuídos em: estrutura (n=7), processo (n=3) e resultado (n=6).

Conclusão: A matriz foi validada conceitualmente para mensurar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas Unidades de Pronto Atendimento, bem como para captar aspectos específicos nas três dimensões abordadas. Observa-se que a matriz é capaz de subsidiar gestores e profissionais no processo de tomada de decisões, possibilitando a melhoria contínua e sustentável da qualidade da atenção à população idosa.

Descritores: Idoso. Serviços médicos de emergência. Qualidade dos serviços de saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Estudo de validação.

ABSTRACT

Objective: To develop an indicator matrix to assess the quality of care provided to older adults in Emergency Care Units.

Method: Applied methodological study, conducted in three stages, between September 2023 and March 2024: Bibliographic survey and selection of structuring foundations; Development of the analysis and judgment matrix; Content validation by a panel of experts (16), using the *Delphi* technique, calculating the Agreement Rate and the Content Validity Index.

Results: At the end of the two rounds, the matrix showed an overall agreement of 0.94. As for the Content Validity Index, the mean values were 0.95 in the first round and 0.93 in the second round. After adjustments recommended by the expert judges and the reallocation of 2 indicators between the process and outcome dimensions, the matrix comprised 16 items, distributed as follows: structure (n=7), process (n=3), and outcome (n=6).

Conclusion: The matrix was conceptually validated to measure the quality of care for older adults in Emergency Care Units and to capture specific aspects across the three dimensions addressed. It proved to be a technology capable of supporting managers and professionals in decision-making, enabling continuous, sustainable improvement in the quality of care for the older population.

Descriptors: Older adults; Emergency medical services; Quality of health care; Health care quality indicators; Validation study.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una matriz de indicadores para evaluar la calidad de la atención a la persona mayor en las Unidades de Atención de Urgencia.

Método: Estudio metodológico aplicado, realizado en tres etapas, entre septiembre de 2023 y marzo de 2024: Levantamiento bibliográfico y selección de fundamentos estructurantes; Elaboración de la matriz de análisis y juzgamiento; Validación de contenido por un panel de

jueces (16), utilizando la técnica *Delphi*, calculando la Tasa de Concordancia y el Índice de Validez de Contenido.

Resultados: Al final de las dos rondas, la matriz mostró una concordancia general de 0,94. En cuanto al Índice de Validez de Contenido, los valores promedio fueron de 0,95 en la primera ronda y de 0,93 en la segunda. Tras los ajustes recomendados por los jueces y la reasignación de dos indicadores entre las dimensiones de proceso y de resultado, la matriz contabilizó 16 ítems, distribuidos de la siguiente manera: estructura (n=7), proceso (n=3) y resultado (n=6).

Conclusión: La matriz se validó conceptualmente para medir la calidad de la atención a las personas mayores en unidades de urgencias, así como para captar aspectos específicos de las tres dimensiones abordadas. Se observa que la matriz puede apoyar a gestores y profesionales en el proceso de toma de decisiones, lo que posibilita la mejora continua y sostenible de la calidad de la atención a la población mayor.

Descriptores: Persona mayor; Servicios médicos de urgencia; Calidad de los servicios de salud; Indicadores de calidad de la atención en salud; Estudio de validación.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população vem sendo observado em escala global. Constata-se uma inversão demográfica pelo declínio contínuo da natalidade, ilustrada por pirâmide etária de base diminuída e topo alargado, com formato de barril⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2015 e 2050, a população mundial, com idade igual ou superior a 60 anos, deverá praticamente duplicar, passando de cerca de 12% para, aproximadamente, 22%⁽²⁾.

Embora o crescimento desse grupo populacional seja mais acentuado em países desenvolvidos, o Brasil apresenta fenômeno semelhante, com aumento exponencial de 29,9 milhões de pessoas⁽³⁾. As mudanças demográficas no cenário nacional projetam uma proporção de pessoas idosas (60 anos ou mais) em torno de 37,8% para o ano de 2070⁽³⁾.

Diante do exposto, observa-se aumento do fluxo da população idosa em serviços de urgência e emergência, cuja busca por atendimento ocorre pela agudização de seus antecedentes patológicos, agravada pela baixa resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle das condições crônicas⁽⁴⁾. Estudos revelam que o envelhecimento, associado à alta prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e outras enfermidades que geram declínios na senescência, acarreta na descompensação de condição pregressa, intensificando a procura por serviços de urgência⁽⁵⁾.

Nessa perspectiva, a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) surge como importante porta de entrada para a atenção às urgências, integrando a Rede de Atenção às Urgências (RUE). Essas unidades possuem uma estrutura física e tecnológica de

complexidade intermediária, além de equipe multiprofissional especializada, atuando como retaguarda para os casos agudos da APS e estabilizando os casos mais críticos para posterior encaminhamento à rede hospitalar, através da regulação médica⁽⁶⁾.

Embora a UPA 24h tenha sido concebida como estratégia para reduzir a superlotação das portas hospitalares e otimizar a integração com a rede assistencial, estudos recentes apontam que essas unidades estão superlotadas, com acesso desordenado da população, além de enfrentarem dificuldades de regulação, particularmente entre as pessoas idosas, para a rede hospitalar⁽⁷⁻⁸⁾. Depreende-se, portanto, que esse público se mostra mais suscetível às fragilidades da atenção, que são acentuadas pela complexidade de seu perfil clínico, cuja condução requer abordagem qualificada e especializada, sobretudo em contextos de urgência e emergência⁽⁷⁻⁹⁾.

Tais limitações reforçam a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado prestado nas UPA 24h, especialmente no que tange ao atendimento à pessoa idosa, por meio de indicadores assistenciais. A adoção da Tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado)⁽¹⁰⁾ permite uma avaliação sistemática e mensurável, traduzindo recursos, práticas e desfechos em indicadores concretos. Essa abordagem foi utilizada recentemente em estudo sobre a avaliação da qualidade na APS, urgência/emergência e serviços hospitalares no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁷⁾. Neste bojo, a regulação e o monitoramento dos serviços de saúde públicos recomendam a aplicação dos indicadores de qualidade para auditoria e controle da assistência⁽¹¹⁾, o que legitima a opção teórica e metodológica adotada.

Na mesma direção, a avaliação em saúde identifica as fragilidades e potencialidades dos serviços, norteando estratégias de melhoria contínua e sustentável⁽¹¹⁻¹²⁾. Embora o Ministério da Saúde (MS) monitore o desempenho da RUE por meio de ferramentas avaliativas, estudos recentes apontam um processo fragmentado, centrado na avaliação de serviços de forma isolada⁽¹²⁻¹³⁾. Outrossim, este estudo justifica-se pela necessidade e pela importância de propor uma avaliação integrada da qualidade da atenção à pessoa idosa na UPA 24h, considerando indicadores distribuídos nas três dimensões donabedianas.

Assim, a matriz desenvolvida configura-se como uma tecnologia avaliativa inovadora para o aprimoramento do cuidado em saúde, por meio do atributo da qualidade. No escopo deste pesquisa, emergem as seguintes inquietações: a matriz desenvolvida é capaz de avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h? Parte-se das hipóteses de que (i) o instrumento apresenta consistência na validação de conteúdo e (ii) seus indicadores mensuram aspectos imbricados nas dimensões de estrutura, processo e resultado⁽¹⁰⁾.

A relevância deste estudo reside na proposição de uma tecnologia avaliativa que permita mensurar a qualidade do cuidado à pessoa idosa nas UPA 24h, contribuindo para o aprimoramento da gestão e para o fortalecimento da RUE. Assim, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver uma matriz de indicadores para avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa em UPA 24h.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico aplicado, voltado ao desenvolvimento de uma matriz de indicadores para avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h. O estudo foi realizado no período de setembro de 2023 a março de 2024, sendo conduzido em três etapas: Levantamento bibliográfico e seleção dos fundamentos estruturantes; Desenvolvimento da matriz avaliativa de indicadores e julgamento; Validação de conteúdo (VC) da matriz por um painel de juízes, por meio da técnica *Delphi*⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, calculando-se a Taxa de Concordância (TC) e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Os estudos metodológicos aplicados caracterizam-se pela elaboração, adaptação, validação ou aprimoramento de instrumentos ou tecnologias destinadas à mensuração de construtos, à avaliação de processos e à qualificação de práticas em saúde, têm sido cada vez mais utilizados no âmbito da enfermagem e da avaliação em saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A VC, por sua vez, constitui-se em uma etapa do estudo metodológico, pois permite verificar o grau de representatividade, pertinência e clareza dos indicadores em relação ao construto que se pretende mensurar. Esse processo é conduzido por especialistas da área, que avaliam se os itens refletem, de forma adequada e suficiente, as dimensões teóricas propostas⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Neste estudo, a matriz avaliativa foi concebida como uma tecnologia avaliativa de natureza conceitual e normativa, estruturada com base na tríade de Donabedian⁽¹⁰⁾, articulando evidências científicas, diretrizes e julgamento especializado. Assim, o delineamento adotado segue o recomendado para estudos metodológicos em saúde, os quais visam confirmar a validade teórica e a consistência interna para uso em contextos reais de prática assistencial e de gestão pública.

Local de pesquisa

O estudo foi desenvolvido em três diferentes UPA 24h, localizadas em uma determinada capital da região do Nordeste brasileiro. A escolha desse cenário se deu pela expressiva população local, estimada em cerca de 2,4 milhões de habitantes. Considerou-se, ainda, a capacidade instalada da rede, que conta com 11 UPA 24h porte III, quantitativo aproximadamente três vezes superior à cobertura recomendada para esse nível de atenção⁽⁶⁾.

Os serviços incluídos são representativos no contexto da RUE, possibilitando a definição de parâmetros para avaliar a qualidade da atenção à pessoa idosa em cenário real. Para tanto, realizou-se uma avaliação normativa, na qual a situação observada nas UPA 24h, considerando dimensões de estrutura, processo e resultado, foi comparada a padrões explícitos definidos por diretrizes nacionais e normativas do SUS aplicáveis aos serviços de urgência e emergência.

A partir desta avaliação, foram extraídos juízos de conformidade entre as práticas vigentes e os referenciais regulatórios que orientam a organização da RUE. A avaliação normativa, nesse contexto, configurou-se em estratégia para verificar padrões de qualidade reconhecidos⁽²⁰⁾, baseados em indicadores estruturados segundo o modelo de Donabedian, especialmente em pesquisas recentes de análise da qualidade em serviços de saúde no Brasil⁽⁷⁾.

1ª Etapa: Levantamento bibliográfico e seleção das referências estruturantes

Para subsidiar o constructo da matriz avaliativa, realizou-se um levantamento bibliográfico que fundamentou os conceitos de atenção integral à saúde da pessoa idosa, avaliação em saúde, VC e a Tríade Donabediana. Foram consultados documentos técnicos do MS⁽⁶⁾, além de diálogos com gestores e visitas realizadas nas UPA 24h para relacionar a análise documental às dimensões Donabedianas⁽¹⁰⁾.

A etapa da avaliação normativa, orientada por um roteiro estruturado, examinou, de forma integrada, os domínios de estrutura, processo e resultado no âmbito da UPA 24h, o que permitiu identificar as necessidades prioritárias da pessoa idosa no escopo da RUE e, posteriormente, definir os elementos a serem mensurados. A verificação *in loco* permitiu aferir a conformidade de recursos, fluxos e práticas profissionais às diretrizes vigentes, e, de modo articulado, sustentou a seleção das perguntas avaliativas e dos indicadores por dimensão.

Em concomitância, foi elaborada uma revisão de escopo entre setembro e novembro de 2022. A busca sistemática ocorreu nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science*, *PubMed*, *Scopus*, *CINAHL* e *Cochrane*. Os critérios de

inclusão abrangeram artigos disponíveis na íntegra, publicados entre 2007 e 2022, em português, inglês e espanhol, que abordassem a temática da qualidade do atendimento ao idoso em serviços de urgência e emergência. A amostra se perfiz com 7 estudos, e seus resultados mais relevantes apontaram fragilidades no atendimento aos idosos nas UPA 24h, destacando-se a desarticulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a alta demanda de usuários e a ausência de gerenciamento de riscos⁽²¹⁾.

Além disso, foram apontadas questões relacionadas à integralidade da RAS, inadequações estruturais das UPA 24h, assim como o nível de satisfação dos usuários com o tempo-resposta do atendimento e a necessidade de sensibilização da equipe de enfermagem devido à alta demanda, exposição a riscos de queda e infecções oportunistas e a inexistência de protocolos e/ou instrumentos de avaliação dos serviços⁽²¹⁾. A qualidade do atendimento foi abordada de maneira incipiente nesses estudos, porém, todos os achados foram considerados relevantes para subsidiar a construção da matriz avaliativa, garantindo que o instrumento abordasse as áreas críticas identificadas na prática.

2ª Etapa: Elaboração da matriz avaliativa de indicadores

A partir do levantamento bibliográfico, foram estabelecidas as propriedades conceituais do constructo, bem como a estruturação das dimensões e dos itens da matriz avaliativa. A definição e organização dos itens/indicadores fundamentaram-se em diretrizes e princípios do componente UPA 24h, estabelecidos em normativa do MS (6).

A tríade de Donabedian definiu a construção e a distribuição dos indicadores da matriz⁽¹⁰⁾. Desse modo, a matriz foi construída com 16 indicadores, agrupados nas seguintes dimensões: Estrutura (7), Processo (3) e Resultado (6). Ainda, foram considerados três atributos para cada indicador e dimensão: (i) adequação: para aferir se o indicador era adequado ao objetivo e à dimensão da qual fazia parte; (ii) pertinência: que avaliou a pertinência do indicador para a avaliação da qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h; e (iii) clareza: para verificar se o conceito e as premissas eram compreendidas e expressavam claramente o que se esperava medir.

Para fins metodológicos, esta pesquisa utilizou as seguintes subetapas: (1) definição do foco; (2) seleção de especialistas; (3) estruturação dos questionários; (4) realização de rodadas de consulta; (5) consolidação dos resultados; e (6) apresentação da matriz desenvolvida⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

O estudo iniciou-se com a definição do constructo e dos objetivos psicométricos do instrumento. Em seguida, selecionaram-se especialistas com experiência e notório saber no

tema e em validação de instrumentos. Os questionários foram estruturados, revisados e adaptados ao público-alvo. As duas rodadas permitiram obter a VC, bem como a coleta de sugestões de refinamento, cujos resultados foram consolidados pelo cálculo do IVC e da TC. Por fim, foram apresentados o detalhamento do percurso metodológico, os índices obtidos e o potencial de aplicação do instrumento validado.

3ª Etapa: Validação de conteúdo da matriz por um painel de juízes

A seleção dos juízes teve início com a busca *online* na Plataforma Lattes, na aba “assunto”, utilizando os seguintes termos: Gestão de serviços públicos de saúde; Rede de Urgência e Emergência; Pessoa idosa e qualidade dos serviços de saúde. A busca identificou 10 profissionais com perfis compatíveis com os critérios de inclusão. Em seguida, aplicou-se a técnica de amostragem em cadeia (bola de neve)⁽²²⁾, que indicou outros 20 especialistas, ampliando, assim, o total de participantes elegíveis para 30. O convite formal foi encaminhado a todos os juízes selecionados, dentre os quais 16 aceitaram participar e compuseram o painel da primeira rodada da validação de conteúdo.

A inclusão dos juízes considerou os seguintes critérios: exercer atividade em gestão pública da saúde, docência e/ou pesquisa em universidades públicas nas temáticas da RUE, pessoa idosa e qualidade dos serviços de saúde, com experiência mínima de seis meses na função. Foram excluídos da seleção os juízes que: (i) não cumpriram todas as etapas da VC; (ii) apresentaram conflitos de interesses com a pesquisa; e (iii) não devolveram o instrumento de pesquisa no prazo estipulado.

Os juízes foram contatados por e-mail, sendo enviados, em anexo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a matriz avaliativa, disponibilizada na plataforma *Tyforms*®, com um prazo de 7 dias para devolução. Inicialmente, foram definidos 20 especialistas, dos quais 17 assinaram o TCLE, confirmando a participação. Por fim, o painel totalizou 16 juízes, que concluíram a fase de VC do instrumento. Esse quantitativo de juízes está em consonância com a literatura científica, que recomenda um total de 10 a 30 especialistas para a composição do painel⁽¹⁶⁾.

O instrumento foi apresentado aos juízes em formato semiestruturado, contendo o título, as orientações para o seu preenchimento e um espaço para sugestões, críticas e considerações. A VC do instrumento foi realizada em 2 fases⁽¹⁶⁻¹⁷⁾: a primeira contemplou a avaliação das dimensões da matriz e a segunda utilizou uma escala ordinal do tipo *Likert*, de 5 níveis⁽¹⁶⁻¹⁹⁾, com as respectivas variações: (5) concordo plenamente; (4) concordo; (3) nem concordo nem discordo; (2) discordo; e (1) discordo plenamente. Em concomitância, avaliou-

se os itens/indicadores quanto aos critérios de (i) aparência, (ii) aplicabilidade, (iii) clareza, (iv) leitura e (v) organização do instrumento.

A avaliação estatística foi realizada pelo IVC, cuja pontuação foi calculada pela soma das respostas "Concordo plenamente" e "Concordo" de cada juiz dividida pelo total de respostas. A validação do instrumento foi atingida pelas evidências extraídas pela técnica *Delphi*, que, após duas rodadas, obteve o consenso dos juízes, o que garantiu adequação metodológica⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A concordância entre os especialistas foi avaliada pela TC, estabelecendo-se como ponto de corte o valor igual ou acima de 0,80, recomendado em estudos recentes⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Cumpre-se informar que para este estudo, não foi adotado ponto de corte para o quantitativo de indicadores que os classificasse como ruim, regular, bom ou excelente para definição da qualidade global. Em vez disso, aplicou-se a escala Likert de 5 pontos, o que permitiu analisar as respostas conforme a avaliação dos juízes, onde as opções 1 e 2 foram agrupadas como +1, e as opções de 3 a 5 como -1. A partir dessa recodificação, foram calculadas médias de concordância que variaram entre -1 e +1, permitindo identificar o grau de alinhamento dos especialistas em relação a cada indicador. Assim, a avaliação global não dependeu da soma simples de categorias, mas da interpretação estatística das médias de concordância atribuídas ao instrumento.

Com a finalidade de analisar os aspectos qualitativos, os apontamentos dos juízes foram organizados em uma planilha do Excel® agrupados por dimensão e seus respectivos indicadores, bem como pelos aspectos de clareza, pertinência e adequação. Catalogaram-se os dados em comentários e contribuições, definidos como “aplicáveis” ou “não aplicáveis”, e as consideradas aplicáveis agregaram ao aprimoramento da matriz.

Os parâmetros de cada indicador foram definidos com base em metas e padrões estabelecidos em portarias ministeriais que regulamentam o componente UPA 24h na RUE, bem como em contratos de gestão municipal que estabelecem metas operacionais e assistenciais. Essa definição foi sustentada pelo levantamento bibliográfico e normativo realizado na primeira etapa do estudo, que reuniu evidências científicas e diretrizes oficiais que subsidiaram a construção e a parametrização da matriz avaliativa.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, aprovado sob parecer nº 6.271.357, em 30 de agosto de 2023.

Os procedimentos validados na pesquisa estão em conformidade com as orientações éticas vigentes⁽²³⁾.

RESULTADOS

A etapa de VC da pesquisa considerou o IVC da matriz, com a participação de 16 juízes na primeira rodada e nove na segunda, dentre os quais 4 eram docentes e 5 eram gestores. A partir disso, foi possível obter uma análise criteriosa dos indicadores por meio da validação conceitual e metodológica do instrumento.

Quanto à formação e qualificação da amostra, 50% eram mestres, 38% doutores e 12% especialistas. A composição da amostra foi majoritariamente de enfermeiras 81%, com uma paridade de 50% entre docentes e gestores públicos de diversos níveis de atenção, dos quais 44% pertenciam às Secretarias de Saúde. A experiência profissional dos juízes variou entre 5 e 25 anos. Dessa forma, a matriz foi submetida à apreciação dos juízes, e os seus resultados foram obtidos pelo cálculo dos escores estatísticos de TC e IVC.

Na primeira rodada da VC, o instrumento alcançou TC global de 0,97 e as suas dimensões foram: Estrutura 0,98, Processo 0,98 e Resultado 0,94. Quanto aos aspectos de adequação, pertinência e clareza, dispostos nas três dimensões do instrumento, identificou-se TC superior a 0,91 em todas as dimensões, o que indica consistência na concordância entre os especialistas.

Ressalta-se que a avaliação da TC foi calculada com base em (n=15) respostas para a maioria dos itens, pois um dos avaliadores preencheu apenas o critério de adequação, o que impossibilitou a aplicação da metodologia completa para este fim. Contudo, todos os aspectos avaliados na primeira rodada apresentaram TC acima de 0,80.

Quanto ao IVC global, a matriz atingiu o total de 0,95, reforçando uma convergência satisfatória entre as respostas dos juízes e o disposto no instrumento. As dimensões de Estrutura, Processo e Resultado mostraram IVC de 0,95, 0,98 e 0,93, respectivamente, o que sugere alinhamento com a proposta inicial da matriz.

Considerando a apreciação quantitativa, a matriz contava com todos os seus indicadores e dimensões validados ($IVC \geq 0,80$) na primeira rodada. Entretanto, as contribuições qualitativas dos especialistas motivaram uma segunda aplicação do instrumento, que incorporou os refinamentos sugeridos.

Após a análise estatística das respostas, os comentários dos juízes foram examinados qualitativamente, totalizando (n=145) registros, dos quais (n=78) referentes aos indicadores da dimensão Estrutura; (n=26) à dimensão Processo; e (n=41) à dimensão Resultado.

Entretanto, destaca-se que a maioria dos comentários (n=106) se limitou aos serviços de saúde, incluindo críticas e sugestões de aprimoramento. Dentre os comentários direcionados ao instrumento, houve (n=39) sugestões para sua otimização.

Após o primeiro refinamento, avaliou-se a aplicabilidade das críticas e sugestões pertinentes, considerando limitações de disponibilidade de dados ou restrições legais. Por fim, totalizaram-se 9 contribuições aplicáveis à melhoria do instrumento, decisivas para submeter os oito indicadores mais destacados pelos juízes a uma segunda rodada de VC.

Na segunda rodada, houve uma redução de (n=15) para (n=9) participantes, mesmo após a concessão de três prorrogações do prazo de resposta. A referida redução é prevista durante a realização de pesquisas que envolvem a validação de instrumentos, sem comprometer a qualidade do painel de especialistas nem a execução das etapas metodológicas.

Nesta rodada, o instrumento apresentou TC global de 0,94, distribuído nas dimensões Estrutura 0,99, Processo 0,96 e Resultado 0,88. Já o IVC global alcançou 0,93, sendo que a dimensão Estrutura alcançou 0,95; Processo 0,96; e Resultado 0,90. Após uma análise comparativa dos dados das duas rodadas, constatou-se que o instrumento manteve seus escores estatísticos acima do ponto de corte estabelecido, tanto nas três dimensões avaliativas quanto no caráter global. Portanto, os valores obtidos não apresentaram variações significativas, confirmando que a nova avaliação dos juízes validou a matriz.

Entretanto, ressalta-se um aumento dos valores da TC em três indicadores da matriz, o que ratifica a relevância e a importância de mantê-los no instrumento, conforme a opinião dos juízes. Assim, os indicadores com incremento na TC foram: (i) Recursos diagnósticos (ECG, RX e laboratório) - Estrutura, que avançou de 0,93 para 1,0; (ii) Percentual de retorno à emergência em até 72h pela mesma causa - Processo, que evoluiu de 0,93 para 1,0; e (iii) Percentual de permanência acima de 24h nas UPA 24h - Resultado, que reduziu de 0,98 para 0,96.

Em contrapartida, a dimensão Resultado apresentou queda discreta na TC, de 0,94 para 0,88, atribuída a menor concordância obtida por dois indicadores: (i) Percentual de pessoas idosas elegíveis para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em observação nas UPA 24h; e (ii) Percentual de satisfação dos usuários/pessoas idosas. Ambos regrediram de 1,0 para 0,78, considerando a TC da dimensão Resultado. Ainda assim, essa dimensão manteve TC de 0,88, permanecendo acima do ponto de corte de 0,80 estabelecido pelo estudo.

Quanto ao cálculo do IVC na segunda rodada, três indicadores mostraram evolução estatística: (i) Percentual de pessoas idosas atendidas nas UPA 24h - Estrutura, de 0,93 para 0,96; (ii) Percentual de retorno à emergência em até 72h pela mesma causa -Processo, de 0,93 para 1,0; e (iii) Percentual de permanência acima de 24h nas UPA 24h - Resultado, de 0,88 para 0,96.

Com a finalidade de avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h, os indicadores da matriz foram classificados em quatro categorias ruim, regular, bom e excelente conforme metas definidas por especialistas. Para a interpretação global, adotou-se um critério de síntese baseado na predominância dessas categorias: considera-se qualidade satisfatória quando a maioria dos indicadores se concentra em “bom” e “excelente”, regular quando prevalece “regular”, e insatisfatória quando há maior proporção de “ruim”.

Dado o panorama apresentado e considerando que a aprovação do instrumento ocorreu na primeira rodada e que a segunda se concentrou no refinamento de terminologias e parâmetros, bem como na caracterização dos indicadores e de suas premissas, optou-se pela versão final do instrumento, com o melhor IVC entre as duas rodadas (quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de indicadores para avaliar a qualidade do atendimento prestado à pessoa idosa na Unidade de Pronto Atendimento. Salvador, Bahia. Brasil, 2025.

DIMENSÃO	INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	META	PARÂMETROS AVALIATIVOS
ESTRUTURA	Percentual de cobertura populacional estimada na APS do município	Qual o percentual de cobertura de UBS/ESF no município?	Cobertura $\geq$ 80% de APS para a população adscrita à UPA 24h.	Ruim: 0 a 25%; Regular: 26 a 50%; Bom: 51 a 75% e Excelente: 75% a 100%
	Percentual de cobertura proporcional de UPA 24h no município	Qual é o percentual de cobertura da UPA 24h no município?	Cobertura $\geq$ 80% de UPA 24 h para municípios com mais de 50 mil habitantes.	Ruim: 0 a 25%; Regular: 26 a 50%; Bom: 51 a 75% e Excelente: 75% a 100%

Quantitativo de salas de ACCR por UPA 24 h	Qual o quantitativo de salas de ACCR por UPA 24 h?	UPA 24h porte III: 02 salas; UPA 24h porte II: entre 1 e 2 salas; UPA 24h porte I: deverá dispor de 1 sala de Acolhimento com classificação de risco.	Inferior ao exigido para o porte da unidade: Ruim Igual ao exigido para o porte da unidade: Bom Superior ao mínimo exigido para o porte da unidade: Excelente
Quantitativo de médicos (as) por UPA 24h	Qual o quantitativo mínimo de médicos necessários para o atendimento nas UPA 24h?	UPA 24h porte III: 9 médicos (5 diurnos e 4 noturnos); UPA 24h porte II: 6 médicos por plantão; UPA 24h porte I: 4 médicos por plantão.	Inferior ao exigido para o porte da unidade: Ruim. Igual ao exigido para o porte da unidade: Bom. Superior ao mínimo exigido para o porte da unidade: excelente.
Quantitativo de enfermeiras por UPA 24h.	Qual a quantidade mínima de enfermeiras necessária para o atendimento nas UPA 24h?	A quantidade mínima exigida no contrato de gestão é de cinco enfermeiras, independentemente do porte da UPA 24.	Inferior ao exigido para o porte da unidade: Ruim. Igual ao exigido para o porte da unidade: Bom. Superior ao mínimo exigido para o porte da unidade: Excelente.
Percentual de pessoas idosas atendidas nas UPA 24h	Qual o percentual de pessoas idosas atendidas nas UPA 24h?	Percentual esperado de 25% do atendimento total da UPA 24h.	Ruim: 0 a 15%; Regular: 16 a 40%; Bom: 41 a 75% e Excelente: 76% a 100%

	Recursos diagnósticos (ECG, RX e laboratório)	Qual é o quantitativo de recursos diagnósticos disponíveis nas UPA 24h?	Recurso diagnóstico (01 sala de ECG; 01 sala de imagem/01 equipamento de RX, 01 sala de coleta e 01 sala para processamento de exames laboratoriais).	Ruim: 0 ou 1 recurso disponível; Regular: 2 recursos disponíveis; Bom: 3 recursos disponíveis; Excelente: 4 recursos disponíveis.
PROCESSO	Percentual de UPA 24 h que utilizam protocolo de classificação de risco padronizado	Quantas UPA 24 h utilizam protocolo de classificação de risco padronizado?	Padronização em 100% das UPA 24 h.	Ruim: 0 a 25%; Regular: 26% a 50%; Bom: 51% a 75%; Excelente: 76% a 100%.
	Percentual de tomada de decisão em até 6 h	Qual o percentual de tomada de decisão em até 6 h?	Percentual $\geq 90\%$ dos atendimentos que contemplam a tomada de decisão em até 6 h.	Ruim: $< 60\%$; Regular: 61% a 79%; Bom: 80% a 90%; Excelente: 90% a 100%.
	Percentual de retorno a emergência em até 72 h pela mesma causa	Qual o percentual de retorno da pessoa idosa em até 72 h pela mesma causa?	Recomenda-se uma taxa $< 6\%$.	Ruim: $> 15\%$; Regular: 10% a 14%; Bom: 6% a 9%; Excelente: $< 5\%$.
RESULTADO	Percentual de pessoas idosas elegíveis para o SAD em observação nas UPA 24 h.	Qual o percentual de pessoas idosas elegíveis para o SAD?	Entre 10% e 15% das pessoas idosas em observação nas UPA 24 h devem ser identificadas como elegíveis ao SAD.	Ruim: $< 5\%$; Regular: 6% a 9%; Bom: 10% a 14%; Excelente: $> 15\%$.

Percentual de alta médica de pessoas idosas nas UPA 24h	Qual o percentual de altas médicas de pessoas idosas atendidas nas UPA 24h?	Entre 75% e 90% das pessoas idosas atendidas nas UPA 24h recebem alta médica.	Ruim: < 60%; Regular: 61% a 74%; Bom: 75% a 89%; Excelente: ≥ 90%
Percentual de pessoas idosas transferidas para unidades hospitalares	Qual o percentual de pessoas idosas transferidas para unidades hospitalares?	Entre 20% e 30% das pessoas idosas atendidas nas UPA 24h são transferidas para unidades hospitalares.	Ruim: > 40%; Regular: 31% a 40%; Bom: 21% a 30%; Excelente: ≤ 20%
Percentual de permanência acima de 24 h nas UPA 24 h.	Qual é o percentual de tempo de permanência das pessoas idosas nas UPA 24h?	Percentual de permanência acima de 24 h nas UPA 24 h menor que 10%.	Ruim: > 30%; Regular: 21% a 29%; Bom: 10% a 19%; Excelente: ≤ 9%.
Percentual de óbitos entre pessoas idosas nas UPA 24h.	Qual é o percentual de óbitos entre pessoas idosas atendidas nas UPA 24h?	Percentual de óbitos de pessoas idosas nas UPA 24h inferior a 3%.	Ruim: > 15%; Regular: 8% a 14%; Bom: 4% a 7%; Excelente: ≤ 3%.
Percentual de satisfação dos usuários/pessoas idosas.	Qual o percentual de satisfação dos usuários/pessoas idosas?	Percentual de satisfação ≥ 80% dos usuários/pessoas idosas.	Ruim: < 60%; Regular: 61% a 74%; Bom: 75% a 89%; Excelente: ≥ 90%

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2025.

A validação da matriz demonstrou consistência metodológica, evidenciada pelos escores de TC e IVC acima do ponto de corte de 0,80, nas duas rodadas, confirmando a coerência conceitual e a estabilidade do instrumento. A qualificação diversificada dos juízes, aliada à análise quantitativa e ao exame criterioso de 145 comentários qualitativos, permitiu incorporar ajustes pertinentes sem alterar a estrutura central da matriz. Além disso, a

evolução positiva de itens-chave e a predominância de classificações nas categorias “bom” e “excelente” consolidaram a avaliação global como satisfatória. Assim, a versão supramencionada apresenta-se metodologicamente adequada para avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h.

DISCUSSÃO

A VC da matriz evidenciou que os indicadores propostos refletem, de forma representativa, dimensões fundamentais da qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h. A diversidade de formação e experiência do painel de especialistas contribuiu para uma análise abrangente dos itens, aspecto destacado pela literatura como pilar no desenvolvimento de instrumentos avaliativos robustos e contextualizados⁽²⁴⁻²⁵⁾. A predominância de profissionais com atuação direta nos serviços reforça a aderência prática da matriz às rotinas assistenciais e aos desafios organizacionais da RUE.

A estrutura da matriz, organizada a partir da tríade de Donabedian, permitiu integrar elementos estruturais, práticas assistenciais e desfechos clínicos relacionados ao atendimento de urgência à população idosa. Essa lógica tem sido amplamente utilizada para orientar processos avaliativos em saúde, sobretudo em contextos de alta complexidade organizacional, por favorecer a compreensão sequencial entre condições do serviço, processos de cuidado e resultados alcançados⁽¹⁰⁾. A boa aceitação dos indicadores pelos juízes sugere aderência dessa matriz à tradição avaliativa consolidada no campo da qualidade em saúde.

A adequação da escrita e da linguagem mostrou-se como aspecto central para a validação dos indicadores, uma vez que clareza e objetividade são ensejadoras para evitar imprecisões, bem como assegurar coerência e pertinência ao instrumento proposto⁽²⁶⁾. Houve, ainda, a diversidade geográfica com profissionais atuantes no exterior (Espanha e Canadá) e em diferentes estados brasileiros (São Paulo e Bahia), o que conferiu maior representatividade e ampliou a variedade de experiências na VC⁽²⁴⁾. Portanto, a combinação da clareza linguística e da diversidade geográfica dos juízes fortaleceu a VC, ao mesmo tempo em que incorporou múltiplas perspectivas profissionais e contextuais ao instrumento.

Os indicadores de estrutura contemplam elementos fundamentais para a organização e a eficiência das UPA 24h, como a disponibilidade de recursos físicos, a cobertura da APS e o quantitativo profissional. Esses aspectos têm sido associados ao acesso oportuno, ao tempo de resposta e à resolutividade da atenção em contextos de urgência^(7,8). A incorporação desses elementos na matriz permite captar condições estruturais que influenciam diretamente a experiência da pessoa idosa na unidade e que demandam intervenções articuladas entre a

gestão municipal, a regulação e a APS. Estudos apontam que fragilidades na integração entre APS e UPA 24h acarretam superlotação, aumento do tempo de permanência e recorrência de atendimentos⁽⁷⁻⁹⁾, o que reforça a importância do monitoramento contínuo desses indicadores.

Na dimensão Processo, emergiu a necessidade de estratégias para evitar o agravamento clínico e o retorno às UPA 24h, como o monitoramento de protocolos, do tempo de resposta e da reincidência de atendimentos pela mesma causa. Estudo indica que a adoção de protocolos personalizados e a implementação de programas de capacitação em geriatria constituem pilares no aprimoramento da qualidade do atendimento de emergência voltado à pessoa idosa⁽²⁷⁾. Dessa forma, a soma dessas estratégias consegue minimizar as reincidências, evitar complicações clínicas e aprimorar o atendimento ao idoso.

A dimensão Processo reúne elementos relacionados à padronização do cuidado, ao uso de protocolos e à tempestividade na tomada de decisão. A literatura destaca que a adoção consistente de protocolos clínicos e a capacitação em emergência geriátrica podem reduzir complicações, melhorar a triagem de risco e diminuir retornos precoces aos serviços⁽²⁸⁻²⁹⁾. Assim, os indicadores de Processo, ainda que em menor número, captam aspectos que influenciam diretamente a segurança e a continuidade do cuidado, oferecendo parâmetros concretos para a revisão de fluxos assistenciais e para ações de educação permanente.

Os indicadores de Resultado contemplam desfechos clínicos e experienciais, como altas, transferências, óbitos, retorno em 72 horas e satisfação da pessoa idosa. Estudos recentes recomendam que avaliações da qualidade em emergência geriátrica incluam indicadores que expressem tanto os resultados do cuidado quanto a percepção do usuário, por ampliarem a compreensão da qualidade dos serviços⁽³⁰⁻³¹⁾. A presença de um indicador voltado à identificação de elegibilidade para o Serviço de Atenção Domiciliar destaca a necessidade de integração da UPA 24h com outros pontos de atenção, a fim de garantir a continuidade do cuidado, reduzir internações evitáveis e evitar reinternações precoces.

A avaliação global do instrumento foi obtida por meio da análise do IVC e do TC em duas rodadas. Na primeira rodada, o IVC foi de 0,94, com valores de 0,95 para a dimensão Estrutura, 0,96 para Processo e 0,94 para Resultado, indicando consistência na concordância e no processo de VC. Em estudo semelhante, uma tecnologia desenvolvida no campo da enfermagem apresentou IVC de 0,94⁽³²⁾, o que reforça a excelência dos índices alcançados neste estudo.

A segunda rodada de VC contou com número reduzido de participantes, o que salienta a utilização da técnica *Delphi* como aliada em ilustrar o potencial da composição do painel⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Em estudo análogo, houve redução progressiva na adesão entre as rodadas *Delphi*, com

(n=91) juízes na etapa inicial, (n=69) na segunda e (n=56) na terceira⁽³³⁾. Apesar da redução de participantes, preservou-se a representatividade necessária para sustentar a robustez intelectual do painel, bem como a consolidação do consenso.

Dos dezesseis aspectos avaliados, (n=9) apresentaram TC de 1,0, seis de 0,93 e um de 0,85; ou seja, todos os juízes consideraram os indicadores válidos para compor o instrumento. Estudo semelhante constatou que instrumentos foram validados com TC acima de 0,90⁽³⁴⁾. Em síntese, a VC confirmou a adequação da maioria dos indicadores, o que permite destacar o rigor no cumprimento das recomendações metodológicas e a consistência da matriz validada.

A VC do instrumento foi alcançada desde a primeira rodada. Entretanto, a realização de uma segunda rodada justificou-se pela incorporação dos aprimoramentos sugeridos pelos juízes. Em pesquisa recente, a primeira rodada apresentou concordância parcial ou total superior a 0,70 para todos os itens, dispensando a necessidade de uma segunda rodada⁽³⁵⁾. Assim, a concordância inicial, associada aos ajustes indicados pelos juízes, reflete a criticidade da análise e ratifica que valores de TC acima de 0,70 indicam consistência metodológica da matriz avaliativa.

Quanto à análise qualitativa, dos (n=145) comentários emitidos pelos avaliadores, 26% referiam-se ao aprimoramento do instrumento na dimensão Processo. A síntese dessas informações foi considerada desafiadora, pois requereu discernimento e experiência dos pesquisadores para selecionar contribuições pertinentes sem ampliar desnecessariamente o tamanho do instrumento⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Diante dessa complexidade, aplicaram-se técnicas de análise, fundamentadas teoricamente, para qualificar as informações e aprimorar o estudo.

Destaca-se que a atuação dos juízes foi estruturante para garantir a alocação adequada dos indicadores entre Estrutura, Processo e Resultado. As contribuições permitiram ajustes textuais e a realocação do indicador “Percentual de retorno à emergência em até 72h pela mesma causa” para Processo e do indicador “Percentual de permanência acima de 24h nas UPA 24h” para Resultado. Essa reorganização preservou a lógica teórica de Donabedian⁽¹⁰⁾ e evitou interpretações equivocadas, conforme estudo que aponta os indicadores de desfecho como resultados⁽³⁶⁾.

A predominância de indicadores de Estrutura e Resultado na matriz evidencia a centralidade de recursos organizacionais adequados e de desfechos mensuráveis para qualificar o cuidado à pessoa idosa nas UPAs 24h. A literatura mostra que a qualificação da atenção à pessoa idosa na emergência geriátrica requer um ambiente físico adaptado, protocolos assistenciais estruturados e a necessidade de educação permanente da equipe⁽³¹⁾.

Outro estudo destaca que a definição de indicadores com mensuração e respaldo em propriedades psicométricas permite identificar fragilidades críticas à atenção, o que norteia os âmbitos do planejamento e da gestão implementar estratégias alinhadas às necessidades reais da pessoa idosa⁽³⁷⁾.

As implicações práticas dos achados são significativas. A matriz pode ser incorporada ao monitoramento rotineiro de desempenho das UPA 24h, subsidiando os gestores na identificação de gargalos, no planejamento de melhorias e na pactuação de metas assistenciais. Sua estrutura facilita o uso em processos de supervisão, auditoria, educação permanente e na avaliação comparativa entre unidades. Para as equipes, funciona como instrumento de apoio à reflexão sobre fluxos assistenciais, organização do trabalho e qualificação do cuidado direcionado à pessoa idosa.

Entre as limitações, destaca-se que esta pesquisa avaliou apenas a validade de conteúdo dos indicadores, não incluindo testagens empíricas, análises de confiabilidade ou a validade construtiva. Estudos futuros devem aplicar a matriz em diferentes contextos da RUE, testar sua sensibilidade e avaliar a estabilidade dos indicadores ao longo do tempo.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui ao propor uma tecnologia avaliativa ancorada teoricamente, construída com base em evidências científicas e validada por especialistas. Desse modo, a matriz tem potencial para apoiar gestores e profissionais na definição de estratégias mais precisas e orientadas às necessidades da população idosa, fortalecendo a qualidade e a integralidade do cuidado no componente UPA 24h da RUE.

CONCLUSÃO

O estudo desenvolveu uma matriz de indicadores para avaliar a qualidade do atendimento à pessoa idosa nas UPA 24h. O instrumento apresentou validação de conteúdo satisfatória, com escores estatísticos acima do ponto de corte estabelecido, o que demonstra a consistência metodológica e o alinhamento teórico com a Tríade de Donabedian.

A matriz construída e validada reuniu 16 indicadores distribuídos nas dimensões de Estrutura (7), Processo (3) e Resultado (6), abrangendo de forma objetiva a capacidade instalada, a organização do cuidado e os efeitos produzidos na atenção à pessoa idosa nas UPA 24h. Os indicadores de Estrutura envolveram cobertura assistencial, disponibilidade de profissionais, salas de ACCR e recursos diagnósticos; os de Processo refletiram o uso de protocolo padronizado, a tomada de decisão em até 6 horas e o retorno em 72 horas; e os de Resultado incluíram elegibilidade ao SAD, altas, transferências, permanências prolongadas, óbitos e satisfação dos usuários. A consolidação desses componentes fortalece a capacidade

de aplicação da matriz, ao oferecer parâmetros objetivos para o monitoramento contínuo do atendimento à pessoa idosa.

A matriz abrangeu, de forma integrada, as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado, o que possibilita identificar aspectos críticos da atenção e, por conseguinte, orientar intervenções voltadas ao aprimoramento do cuidado. O instrumento desenvolvido também representa um avanço no âmbito da gestão da qualidade em serviços de urgência e emergência, especialmente no componente UPA 24h, ao oferecer parâmetros mensuráveis para análise e tomada de decisão.

Por fim, recomenda-se a aplicação da matriz em diferentes contextos da RUE e em outros níveis de atenção, a fim de testar sua aplicabilidade e ampliar a validade externa dos achados. Estudos futuros podem explorar o desempenho dos indicadores em séries temporais e integrar essa tecnologia avaliativa a sistemas de informação em saúde, fortalecendo o monitoramento da qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento JS, Santos DPS. Separação obrigatória dos nubentes maiores de 70 anos e sua (in)compatibilidade com as mudanças sociodemográficas. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ*. 2023;9(11):638. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i11.12281>
2. World Health Organization (WHO). Decade of Healthy Ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2021[cited 2024 Oct 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População: Brasil e Unidades da Federação — Revisão 2024[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [cited 2024 Oct 12]. Available from: <https://nada.ibge.gov.br/en/agencia-news/2184-news-agency/news/41065-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2042>
4. Gómez-Galán R, López-Gil JF, Mendoza-Muñoz M, Carlos-Vivas J, Carvajal-Gil J, Muñoz-Bermejo L. Profile of users and adequacy of hospital emergency services in response to healthcare demand among population aged 65 years and over. *Diseases*. 2025;13(7):190. <https://doi.org/10.3390/diseases13070190>
5. Lamonato LCXL, Sarti TD, Almeida APSC. Effect of primary health care on the association between multimorbidity and emergency service utilization: National Health Survey, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27:e240062. <https://doi.org/10.1590/1980-549720240062>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para regular habilitação, homologação e financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Oct 12]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1997_27_11_2023.html

7. Doll SCQ, Macieira C, Matta-Machado ATG, Borde EMS, Santos AF. Qualidade dos componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Urgência e Emergência no Brasil: um estudo a partir de dados do PMAQ-AB e PNASS. *Cad Saude Publica*. 2022;38(8):e00009922. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009922>
8. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Bigal AL, Feliciano DGCF, Silva GRD, et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saude Soc*. 2023;32(1):e220122pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>
9. Gunaga S, Carpenter C, Kennedy M, Hogan T, Shah MN, Carpenter CR, et al. A model for developing subspecialty clinical practice guidelines: the Geriatric Emergency Department Guidelines 2.0. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2025;6(6):100247. <https://doi.org/10.1016/j.acepjo.2025.100247>
10. Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
11. Correa JPC, Telles RCS, Guimarães MHD, Gomes DM, Fonseca ICM, Ferreira WLS, et al. Indicadores de Qualidade no Sistema Único de Saúde: abordagens para Avaliação da Eficiência e Eficácia dos serviços prestados. *Interf J [Internet]*. 2025 [cited 2025 Dec 12];11(2):2130-4. Available from: <https://interferencejournal.emnuvens.com.br/revista/article/view/202>
12. Oliveira CCM, Silva PB, Andrade LM, Souza FL, Pereira RM, Santos JF, et al. Evaluation of mobile emergency service with mixed methods in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(5):e00096221. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN096221>
13. Caldas ACSG, Araújo RS, Medeiros PJ, Freitas MR, Aledo VS, Gama ZAS. Validação de indicadores de qualidade do cuidado cirúrgico no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2023[cited 2025 Dec 12];57(1):27. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zfZ8nDHvRrqV9z3K668TGFL/?lang=pt>
14. Shang Z. Use of *Delphi* in health sciences research: a narrative review. *Medicine*. 2023;102(7):e32829. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032829>
15. Golz C, Hahn S, Zwakhalen SMG. Content validation of a questionnaire to measure digital competence of nurses in clinical practice. *Comput Inform Nurs*. 2023;41(12):949–56. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000001037>
16. Silva BA, Silber PR, Brito WRS, Coimbra MA, Batista JF Calazans, et al. Processos de validação de instrumentos para área da saúde. *Rev Eletron Acervo Saude*. 2024;24(2):e14695. <https://doi.org/10.25248/REAS.e14695.2024>
17. Matos EP, Almeida DB, Freitas KS, Silva SSB. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200442. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
18. Almeida DB, Lima JMM, Silva GTR, Santos JLG, Erdmann AL, Almeida IFB. Validação de matriz avaliativa para avaliação dos planos de contingência de hospitais universitários brasileiros. *Cienc Cuid Saude [Internet]*. 2024[cited 2024 Oct 12];23:e7152. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/71527>
19. Matos FR, Rossini JC, Lopes RFF, Amaral JDHH. Tradução, adaptação e evidências de validade de conteúdo do Schema Mode Inventory. *Psicol Teor Prát [Internet]*.

2020;22(2):18-38 [cited 2024 Oct 12]. Available from:
https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v22n2/pt_v22n2a02.pdf

20. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 12];42(esp 2):111-26. Available from: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/835>
21. Santos AA, Menezes TMO, Oliveira ES, Pessoa LSC, Moura HCGB, Pacheco FC. Atendimento pré-hospitalar oferecido ao idoso nos serviços médicos de emergência do Brasil: revisão de escopo. *Rev Pró-UniverSUS*. 2024;15(3):156-65.
<https://doi.org/10.21727/rpu.v15i3.4419>
22. Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Receu*. 2021;22(1):105-117.
<https://doi.org/10.25110/receu.v22i1.8346>
23. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 738, de 1º de fevereiro de 2024. Dispõe sobre o uso de bancos de dados com finalidade de pesquisa científica envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: CNS; 2024 [cited 2024 Oct 12]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2025/res_0738_22_01_2025.html
24. Amaral JM, Almeida DB, Freitas GF, Tavares JPA. Validation of an evaluation matrix for the nursing process in the hospital context. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45:e20230254.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230254.en>
25. Gaia MA, Botelho EP, Ferreira GROB, Aben-Athar CYU, Parente AT, Sousa FJD, et al. LEARNHIV: development and validation of a mobile application for primary health care nurses focused on HIV care/prevention. *BMC Nurs*. 2023;22(1):419.
<https://doi.org/10.1186/s12912-023-01579-0>
26. Duarte FH, Araújo NM, Silva SO, Leal NT, Costa TM, Alencar IG, et al. Validação do conteúdo de um recurso audiovisual para pessoas vivendo com HIV. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE01361. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0001361>
27. Pinardi E, Ornago AM, Bianchetti A, Morandi A, Mantovani S, Marengoni A, et al. Optimizing older patient care in emergency departments: a comprehensive survey of current practices and challenges in Northern Italy. *BMC Emerg Med*. 2024;24(1):86.
<https://doi.org/10.1186/s12873-024-01004-y>
28. Panitz LM, Freitas L, Andrade CLT, Gomes R, Pereira A, Silva J, et al. PROADESS: projeto avaliação do desempenho do sistema saúde. *Cad Saude Publica*. 2024;40(9):e00156023. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT156023>
29. Brondani AC, Farias BG, Palombini AL. Indicadores qualitativos de processo e resultado no acompanhamento terapêutico. *Rev Polis Psique*. 2023;13(1):121-42.
<https://doi.org/10.22456/2238-152X.111288>
30. Testa L, Richardson L, Cheek C, Morgan J, Patel R, Hughes T, et al. Estratégias para melhorar o atendimento a idosos que comparecem ao pronto-socorro: uma revisão sistemática. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:178. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10576-1>
31. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Nigatu F, Zewdie A, Wolka E, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):893. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>

32. Pizzolato AC, Sarquis LMM, Danski MTR, Cubas MR, et al. Validação de instrumento para Registro do Processo de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência. *Rev Enferm UFSM*. 2023;13:e11. <https://doi.org/10.5902/2179769271997>
33. Niederberger M, Schifano J, Deckert S, Hirt J, Homberg A, Köberich S, et al. *Delphi* studies in social and health sciences: recommendations for an interdisciplinary standardized reporting (*DELPHISTAR*) – results of a *Delphi* study. *PLoS One*. 2024;19(8):e0304651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304651>
34. Galli ACA, Silva MPC, Ued FV, Rezende LV, Ruiz MT, Contim D. Bundle para regulação da temperatura corporal de recém-nascidos maiores de 34 semanas: construção e validação. *Rev Eletrôn Enferm*. 2024;23. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.76948>
35. Madeiro JR, Silva JLD, Sales ACVD, Souza EDS. Validação de conteúdo para um instrumento para avaliação de estudantes de Medicina em sessões tutoriais. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(03):e130. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200017>
36. De Rosis S. Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: opening the black box adapting the framework of Donabedian. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39(4):1172-1182. <https://doi.org/10.1002/hpm.3732>
37. Karimi-Dehkordi M, Eslami S, Mahdizadeh M, Heydari H, Kazemi S, Nouri Z, et al. Mapping quality indicators to assess older adult health and care in community, continuing, and acute-care settings: a systematic review of reviews and guidelines. *Healthcare*. 2024;12(14):1397. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141397>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição de autoria

Conceituação: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Curadoria de dados: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Análise formal - Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Investigação: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Metodologia: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Administração de projeto: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Recursos: Alice de Andrade Santos

Software: Alice de Andrade Santos

Supervisão: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Validação: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes

Visualização: Alice de Andrade Santos

Escrita - rascunho original: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes,

Mariane Teixeira Dantas Farias, Amélia Maria Pithon Borges Nunes, Roberta Pereira Goés,

Adriana Valéria da Silva Freitas, Leandro Alves da Luz, Cláudia Geovana da Silva Pires

Escrita - revisão e edição: Alice de Andrade Santos, Tânia Maria de Oliva Menezes, Mariane

Teixeira Dantas Farias, Amélia Maria Pithon Borges Nunes, Roberta Pereira Goés, Adriana

Valéria da Silva Freitas, Leandro Alves da Luz, Cláudia Geovana da Silva Pires

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente

Alice de Andrade Santos

lice.andrade36@gmail.com

Recebido: 28.07.2025

Aprovado: 10.12.2025

Editor associado:

Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira