



ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE  
DE LISBOA



POLITÉCNICO  
DE LISBOA

POLYTECHNIC  
UNIVERSITY  
OF LISBON



UAlg **ESS**  
UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE NO  
CONTEXTO DE UM HOSPITAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO**

JULIANA ZIOLKOWSKI DIECKMANN

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA  
SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2025

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**IDENTIFICAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES DA QUALIDADE NO  
CONTEXTO DE UM HOSPITAL EM REGIME DE AMBULATÓRIO**

JULIANA ZIOLKOWSKI DIECKMANN

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS, ESCOLA  
SUPERIOR DE SAÚDE DE LISBOA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PRESIDENTE: DOUTOR LUÍS PEDRO VIEIRA RIBEIRO - ESCOLA SUPERIOR DE  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE - ESSUAlg

ARGUENTE: DOUTORA LEILA MIRIAM SALES - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - ESSCVP

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2025

A Escola Superior de Saúde de Lisboa e a Escola Superior de Saúde do Algarve têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este projeto através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com os objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

"Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo"

Paulo Freire



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Margarida Eiras, minha orientadora, pela orientação científica rigorosa, partilha do seu valioso conhecimento e pela confiança ao longo de todo o percurso.

Aos peritos que integraram o painel Delphi pela disponibilidade, pela generosidade em compartilhar sua expertise e pela qualidade das contribuições que tornaram possível a validação dos indicadores.

Ao meu irmão Augusto, que sempre foi o meu maior incentivador e nunca permitiu que eu desistisse deste sonho. Seu amor, suporte e apoio incondicional me mantiveram forte.

Ao meu pai Jefferson que sempre incentivou os meus estudos e sempre me deu condições para chegar onde cheguei. Obrigada por nunca ter soltado a minha mão!

À minha mãe Cláudia pelo amor, carinho, preocupação, motivação e força.

Às minhas amigas Beatriz, Daniela, Mariana e Sofia pelo amor, apoio e incentivo, por compreenderem a minha ausência quando foi necessária e por serem a minha definição de “casa” em Portugal.

Às minhas amigas Catarina e Sara por terem sido luz, alegria e fortaleza nos momentos em que tudo parecia difícil e por terem tornado esse percurso mais leve.

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho pela compreensão, motivação e por terem torcido pelo êxito deste mestrado!

## Resumo

**Introdução:** A qualidade em saúde refere-se a oferta de cuidados por profissionais capacitados, com uso adequado de recursos e foco na satisfação dos utentes. A gestão da qualidade contribui para melhorar práticas, otimizar processos e reduzir custos, sendo os indicadores ferramentas-chave para monitorizar eficiência, segurança e resultados. **Objetivos:** validar um conjunto de indicadores da qualidade que possam ser implementados num hospital em regime de ambulatório. Mais especificamente, objetiva-se: (i) identificar e mapear os principais indicadores da qualidade utilizados em hospitais e serviços de saúde, com foco em hospitais em regime de ambulatório; (ii) construir e validar uma proposta de indicadores da qualidade ajustados às especificidades de um hospital em regime de ambulatório. **Metodologia:** estudo com abordagem qualitativa, dividido em duas etapas. Uma *scoping review* segundo o JBI, com buscas em PubMed, Web of Science, Scopus, EBSCOhost, LILACS e B-on, complementada por pesquisa documental e observação de campo, que resultaram numa matriz preliminar de indicadores. E o uso do método Delphi para validar os indicadores quanto à relevância, clareza, aplicabilidade e exequibilidade no contexto hospitalar ambulatorial. **Conclusão:** Identificaram-se indicadores, sobretudo de estrutura e resultado. A matriz inicial de 13 indicadores evoluiu para 15 validados (11 na 1ª ronda e 4 na 2ª), enquanto 3 não alcançaram consenso. Apesar do número reduzido de especialistas (8 na 1ª ronda e 5 na 2ª), o rigor metodológico assegurou consistência. A proposta final configura um instrumento útil para a gestão da qualidade, com potencial de aplicação prática e adaptação a diferentes contextos.

**Palavras-chave:** Gestão da qualidade; indicadores da qualidade; hospital dia; qualidade em saúde.

## **Abstract**

**Introduction:** Healthcare quality refers to the delivery of care by competent professionals, with appropriate use of resources and a focus on patient satisfaction. Quality management helps improve practices, optimize processes, and reduce costs, with indicators as key tools to monitor efficiency, safety, and outcomes. **Objectives:** To validate a set of quality indicators that can be implemented in a hospital operating under an ambulatory (day-hospital) regimen. Specifically: (i) to identify and map the main quality indicators used in hospitals and health services, with emphasis on day hospitals; and (ii) to design and validate a proposal of quality indicators tailored to the specificities of a day hospital. **Methods:** Qualitative, two-stage study. A scoping review following the JBI guidance—searches in PubMed, Web of Science, Scopus, EBSCOhost, LILACS, and B-on—was complemented by documentary research and field observation, resulting in a preliminary indicator matrix. The Delphi method was then used to validate the indicators regarding relevance, clarity, applicability, and feasibility in ambulatory hospital settings. **Conclusion:** Indicators were identified mainly in the structure and outcome domains. The initial matrix of 13 indicators evolved to 15 validated (11 in the first round and 4 in the second), while 3 did not reach consensus. Despite the small expert panel (8 in round 1 and 5 in round 2), methodological rigor ensured consistency. The final proposal constitutes a useful instrument for quality management, with potential for practical application and adaptation to different contexts.

**Keywords:** Quality management; quality indicators; day hospital; healthcare quality.

## **Nota Introdutória**

Esta dissertação, que contém 49 páginas de elementos textuais (desde a introdução até a conclusão), segue as normas da APA (*American Psychological Association*) para a elaboração de trabalhos académicos e construção das referências bibliográficas. Em razão disso, a numeração deste trabalho académico se inicia a partir da folha de rosto, sendo os elementos pré textuais enumerados em algarismos romanos e os elementos textuais, inaugurados pela introdução, iniciam-se na página 1, em algarismos árabes.

Quando os regulamentos do Instituto Politécnico de Lisboa, da Escola Superior de Saúde de Lisboa e da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve forem conflitantes com normas da APA eleitas para a elaboração deste trabalho, prevalecerão tais regulamentos àquelas normas de referência.

## Índice

<b>Resumo</b> .....	<b>vi</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vii</b>
<b>Nota Introdutória</b> .....	<b>viii</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>xi</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Referencial teórico</b> .....	<b>5</b>
1.1 A atenção ambulatorial no sistema de saúde .....	5
1.1.1 Organização dos serviços ambulatoriais .....	5
1.1.2 Papel estratégico dos hospitais em regime de ambulatório .....	6
1.2 Qualidade em saúde .....	7
1.2.1 Conceitos e dimensões da qualidade em saúde.....	7
1.2.2 Abordagens integradas para a avaliação da qualidade em saúde .....	9
1.2.3 Perspetivas da qualidade: utentes, profissionais e gestores.....	10
1.3 Indicadores da qualidade em serviços de saúde .....	12
1.3.1 Definição, tipologia e aplicações dos indicadores .....	12
1.3.2 Indicadores de estrutura, processo e resultado .....	13
1.3.3 Critérios de seleção e análise de indicadores válidos .....	15
1.3.4 Indicadores voltados ao contexto ambulatorial .....	18
<b>2 Objetivos</b> .....	<b>21</b>
2.1 Objetivo geral .....	21
2.2 Objetivos específicos .....	21
<b>3 Procedimentos metodológicos (primeira etapa) – <i>scoping review</i>, pesquisa documental e de campo</b> .....	<b>23</b>
3.1 <i>Scoping review</i> .....	23
3.1.1 Critérios de seleção .....	24
3.1.2 Estratégia de busca .....	24
3.1.3 Seleção de estudos .....	26
3.1.4 Extração de dados.....	26
3.2 Pesquisa documental e de campo.....	27
3.2.1 Procedimento técnico documental .....	28
3.2.2 Procedimento técnico de campo.....	29
<b>4 Procedimentos metodológicos (segunda etapa) – Método Delphi</b> .....	<b>31</b>
4.1 Amostra.....	31
4.2 Método de recolha dos dados .....	32

4.3 Análise dos dados obtidos .....	32
<b>5 Resultados da pesquisa .....</b>	<b>35</b>
5.1 Resultados da primeira etapa.....	35
5.2 Discussão dos resultados da primeira etapa .....	37
5.3 Resultados da segunda etapa.....	39
5.3.1 Resultados após a primeira ronda .....	40
5.3.2 Resultados após a segunda ronda .....	42
5.4 Discussão dos resultados da segunda etapa .....	44
<b>Conclusão .....</b>	<b>47</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE I – RESUMO DOS PRINCIPAIS DADOS COLETADOS NA SCOPING REVIEW .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE II – INDICADORES DA QUALIDADE SELECIONADOS .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE III – INDICADORES DA QUALIDADE VALIDADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE IV – INDICADORES E PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE V - FICHA TÉCNICA DE INDICADOR .....</b>	<b>81</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 3.1.</b> Estratégias de busca por fonte (bases e portais) .....	25
<b>Tabela 5.1.</b> Resultados da primeira ronda .....	41
<b>Tabela 5.2.</b> Resultados da segunda ronda .....	43



## Índice de Figuras

<b>Figura 5.1.</b> Resultados das buscas nas fontes de dados .....	36
--	----



## Introdução

A qualidade em saúde pode ser entendida como a prestação de cuidados por profissionais qualificados, realizada de forma segura, eficiente e centrada no utente, tendo como base os recursos disponíveis e o compromisso com a adesão e satisfação dos utilizadores dos serviços (Pavin & Trindade, 2013; Vituri & Matsuda, 2009). Num cenário globalizado, no qual o conhecimento científico, os avanços tecnológicos e o acesso à informação ocorrem em ritmo acelerado, os serviços de saúde enfrentam o desafio contínuo de rever e aperfeiçoar os seus processos assistenciais, com vista à garantia de cuidados com elevados padrões de qualidade (Pavin & Trindade, 2013).

A gestão da qualidade nas instituições de saúde tem-se consolidado como um instrumento estratégico que promove a melhoria das práticas assistenciais e a estruturação de mecanismos de avaliação baseados em evidências. Nesse contexto, destaca-se a relevância dos indicadores da qualidade, os quais permitem monitorizar os cuidados prestados aos utentes, bem como os processos internos que sustentam o funcionamento das organizações (Almeida & Góis, 2020; Santos, 2016).

Tais indicadores constituem ferramentas essenciais não apenas para elevar a eficácia e a segurança dos serviços prestados, mas também para a otimização de recursos e redução de custos operacionais, contribuindo para a sustentabilidade institucional. A análise contínua dos dados gerados por esses indicadores permite identificar tendências, padrões e eventuais desvios, o que subsidia a tomada de decisão fundamentada e fortalece a governança clínica e administrativa (Almeida & Góis, 2020; Caselles, 2015; Santos, 2016).

Diversas instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2024), a União Europeia (UE, 2024) e a Agência para a Investigação e Qualidade em Saúde dos Estados Unidos (AHRQ, 2024), têm demonstrado um envolvimento crescente na produção, validação e aplicação de indicadores que visam assegurar a qualidade e os resultados dos serviços de saúde. Esse esforço global contribui para a padronização de parâmetros de qualidade, ampliando as possibilidades de comparação entre diferentes sistemas de saúde e promovendo melhorias contínuas no cuidado prestado (Busse *et al.*, 2019).

Considera-se, ainda, que a crescente procura por serviços de saúde com maior resolutividade e menor tempo de resposta tem evidenciado a importância estratégica dos hospitais em regime de ambulatório, que se configuram como espaços de atendimento especializado sem necessidade de internamento (Caselles, 2015). Nesse modelo assistencial, a utilização de indicadores da qualidade revela-se especialmente relevante, uma vez que contribui para assegurar a continuidade do cuidado, a satisfação do utente e a eficiência organizacional. A comparação entre serviços que adotam tais instrumentos e aqueles que

operam sem um sistema estruturado de avaliação evidencia ganhos em produtividade, segurança e qualidade percebida pelos utentes (Caselles, 2015; Santos, 2016).

Nesse sentido, considera-se que a crescente necessidade de qualificar os serviços ambulatoriais nos sistemas de saúde, tanto pela busca por resolutividade clínica quanto pela racionalização de recursos, exige ferramentas adequadas de avaliação. De facto, a inexistência de um conjunto consolidado de indicadores validados pode vir a dificultar a monitorização sistemática da qualidade. Assim, esta pesquisa justifica-se por propor uma base técnica que contribua para a mensuração da performance, segurança e efetividade dos serviços ambulatoriais, fornecendo subsídios para gestores e profissionais na tomada de decisões orientadas por dados.

À vista disso, este estudo concentra-se na identificação, na análise e na validação de indicadores da qualidade aplicáveis especificamente a hospitais que operam em regime de ambulatório, com foco na eficiência assistencial e gestão baseada em evidências, ou seja, questiona-se: quais os principais indicadores da qualidade descritos na literatura para a avaliação do desempenho de hospitais em regime de ambulatório?

Com base nesse cenário, o objetivo geral deste estudo é validar um conjunto de indicadores da qualidade que possam ser implementados num hospital em regime de ambulatório, a partir da identificação, análise e avaliação da aplicabilidade desses instrumentos em contextos assistenciais reais.

Para alcançar esse propósito, a dissertação está estruturada em cinco capítulos principais, além desta introdução e da conclusão. O Capítulo 1 apresenta o referencial teórico que sustenta a pesquisa, organizado em três grandes eixos: o primeiro aborda a atenção ambulatorial no sistema de saúde, discutindo a organização dos serviços e o papel estratégico dos hospitais em regime de ambulatório; o segundo eixo concentra-se nos conceitos e dimensões da qualidade em saúde, explorando as abordagens integradas para a avaliação deste tema — Donabedian, *Institute of Medicine* (IOM) e Organização Mundial da Saúde (WHO, em inglês) — e incorporando perspectivas contemporâneas sobre a qualidade sob os pontos de vista do utente, do profissional e da gestão; o terceiro eixo examina os indicadores da qualidade em serviços de saúde, incluindo sua definição, tipologia, critérios de seleção e aplicação prática, com ênfase nos indicadores voltados ao contexto ambulatorial.

O Capítulo 2 explicita o objetivo geral e os objetivos específicos da investigação, que norteiam as decisões metodológicas e a construção dos instrumentos de colheita de dados. O Capítulo 3 descreve os procedimentos metodológicos da primeira etapa do estudo, que consistiu numa *scoping review*, conduzida segundo as diretrizes do JBI, complementada por uma pesquisa documental com base em manuais institucionais e uma análise de campo ancorada na experiência profissional da pesquisadora. Essa etapa permitiu o mapeamento e

a sistematização de indicadores da qualidade relevantes para o ambiente ambulatorial hospitalar.

O Capítulo 4 apresenta a segunda etapa metodológica, centrada na aplicação do método Delphi, com o intuito de validar, com base no julgamento de especialistas, os indicadores previamente identificados. São detalhados os critérios de seleção da amostra, a elaboração do questionário, as etapas de recolhimento dos dados e o processo de análise. Já o Capítulo 5 reúne os resultados obtidos em ambas as fases da investigação, apresentando-os de forma articulada e acompanhados de uma discussão crítica à luz da literatura científica. Por fim, a conclusão sintetiza as principais contribuições do estudo, destaca suas implicações para a gestão da qualidade em serviços ambulatoriais e sugere caminhos para investigações futuras no campo da avaliação em saúde.



## **1 Referencial teórico**

### **1.1 A atenção ambulatorial no sistema de saúde**

#### **1.1.1 Organização dos serviços ambulatoriais**

Os serviços ambulatoriais de saúde constituem uma das principais portas de entrada dos utentes nos sistemas de atenção à saúde, oferecendo atendimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos sem necessidade de internação. Compreendem ações que variam desde consultas médicas, exames laboratoriais e de imagem até pequenos procedimentos cirúrgicos e terapias especializadas. Conforme Oppermann, Caregnato e Azambuja (2019), essas unidades se organizam em diversas configurações, tais como clínicas, centros de especialidades e hospitais em regime de ambulatório, tanto na rede pública quanto na privada. Vê-se que sua atuação é essencial para a resolutividade de demandas de baixa e média complexidade, além de exercerem papel intermédio entre a atenção primária e a hospitalar. Nesse prisma, evidencia-se a necessidade de modelos organizacionais que integrem fluxos assistenciais de modo eficaz, garantindo continuidade do cuidado, segurança e qualidade da assistência prestada.

Nesse cenário, a articulação dos serviços ambulatoriais com os demais níveis de atenção à saúde revela-se estratégica. A diversidade dos atendimentos realizados em serviços ambulatoriais reflete a amplitude da sua atuação, que abrange desde ações de promoção da saúde até procedimentos técnicos especializados. Conforme salienta Brum *et al.* (2025), na enfermagem ambulatorial, por exemplo, destacam-se práticas voltadas à educação em saúde, prevenção de agravos, manejo clínico e coordenação do cuidado. A análise dessas práticas permite constatar que a resolubilidade do atendimento depende diretamente da competência profissional, do suporte tecnológico e da gestão dos processos assistenciais. A oferta de exames diagnósticos, de procedimentos e administração de medicamentos corrobora o carácter estratégico desses serviços na absorção da demanda da população. À vista disso, a organização dos serviços ambulatoriais deve ser orientada por princípios de efetividade clínica, acolhimento e monitorização constante da qualidade, considerando a crescente complexidade das necessidades de saúde.

### 1.1.2 Papel estratégico dos hospitais em regime de ambulatório

No contexto atual da organização dos sistemas de saúde, os hospitais em regime de ambulatório desempenham um papel estratégico na ampliação da resolutividade dos cuidados em saúde, especialmente frente às demandas crescentes por serviços especializados, atuando como retaguarda qualificada para a atenção primária. Observa-se que sua atuação contribui para reduzir a sobrecarga dos hospitais gerais, ao absorver uma parcela significativa das condições que requerem monitorização especializada, mas não necessariamente leitos hospitalares (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2021). Diante disso, evidencia-se que sua implementação está associada a ganhos em agilidade, acessibilidade e foco na continuidade do cuidado, fortalecendo os atributos essenciais de um sistema de saúde centrado na integralidade e na resolubilidade das ações assistenciais.

É oportuno destacar que os hospitais em regime de ambulatório assumem um papel relevante na sustentação técnica da atenção básica. A sua função não se restringe à oferta de atendimentos especializados, mas também inclui a realização de diagnósticos complementares e o acompanhamento de casos que exigem maior densidade tecnológica (CONASS, 2021). Percebe-se, portanto, que tais unidades ampliam a capacidade de resposta da rede assistencial, ao mesmo tempo em que promovem o uso racional dos recursos disponíveis.

Outro aspecto relevante refere-se à contribuição na racionalização do uso da internação hospitalar. Ao possibilitarem atendimentos em tempo oportuno e com equipe multiprofissional capacitada, essas unidades oferecem alternativas eficazes para o manejo de condições crônicas e agudas de baixa complexidade, que historicamente geravam internações evitáveis. Conforme o CONASS (2021), esse modelo favorece a desospitalização planejada, reduz o tempo médio de internação hospitalar e minimiza os riscos associados à hospitalização. À vista disso, os hospitais em regime ambulatório ganham relevância enquanto dispositivos estratégicos para qualificar o cuidado em saúde, especialmente no enfrentamento das demandas crescentes por eficiência e sustentabilidade do sistema.

Nesse panorama, a análise econômica da atenção ambulatorial hospitalar evidencia sua viabilidade financeira e seu potencial para otimizar custos no setor saúde. Consta-se que os procedimentos realizados em regime ambulatório apresentam menor custo unitário, menor tempo de resposta e maior rotatividade, quando comparados aos realizados em regime de internação. Segundo o CONASS (2021), investimentos em unidades ambulatoriais de base hospitalar são compatíveis com os princípios da economicidade e da eficiência, pois permitem atender maior número de utentes com menor consumo de recursos críticos. Além disso, a estruturação dessas unidades contribui para a redução de filas, melhora os indicadores de acesso e promove maior equidade territorial na distribuição dos serviços especializados.

Nessa lógica, a racionalidade económica aliada à efetividade clínica representa um caminho promissor para os sistemas de saúde que buscam sustentabilidade sem prejuízo da qualidade do cuidado ofertado.

## 1.2 Qualidade em saúde

### 1.2.1 Conceitos e dimensões da qualidade em saúde

A qualidade em saúde é um conceito multidimensional que abrange não apenas a efetividade clínica, mas também a experiência do utente e a organização dos serviços. Segundo Donabedian (1980), qualidade em saúde pode ser entendida como a aplicação das melhores práticas assistenciais para alcançar os melhores resultados possíveis, respeitando os valores dos utentes. Para o autor, avaliar qualidade exige a observação de elementos estruturais, dos processos assistenciais e dos resultados. Posteriormente, Donabedian (1990) considerou que a avaliação da qualidade do cuidado em saúde repousa sobre sete pilares interdependentes que articulam dimensões técnicas, económicas, éticas e socioculturais, nomeadamente: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

A eficácia expressa a capacidade potencial de uma intervenção produzir benefício em condições ideais; a efetividade traduz esse impacto para a prática cotidiana, mensurando o ganho real de saúde obtido; a eficiência introduz a ótica económica ao relacionar resultados alcançados e custos incorridos; a otimização busca o melhor balanço custo-benefício, prevenindo incrementos de resultado desproporcionais às despesas adicionais; a aceitabilidade garante consonância do cuidado com expectativas, valores e necessidades dos utentes; a legitimidade assegura adesão a princípios éticos, normas sociais e marcos regulatórios; por fim, a equidade exige distribuição justa e não discriminatória dos benefícios assistenciais (Donabedian, 1990).

Já o *Institute of Medicine* (2001) amplia esse entendimento ao definir qualidade como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Essa definição integra aspetos técnicos e humanos do cuidado, reforçando a importância de um olhar sistémico sobre os serviços de saúde. A noção de qualidade, portanto, ultrapassa a simples ausência de erro técnico e inclui atributos como acolhimento, respeito, acessibilidade e continuidade.

O *Institute of Medicine* (2001) propôs seis dimensões fundamentais da qualidade em saúde: efetividade, segurança, oportunidade, eficiência, equidade e centralidade no utente. A efetividade refere-se à aplicação do conhecimento científico no cuidado, promovendo intervenções baseadas em evidências. A segurança busca minimizar riscos e danos

desnecessários aos utentes. A oportunidade (ou tempestividade) enfatiza o acesso oportuno ao cuidado necessário, enquanto a eficiência diz respeito ao uso racional dos recursos disponíveis. A equidade garante que o acesso e a qualidade do cuidado não variem em função de características pessoais como gênero, etnia ou condição socioeconómica. Por fim, a centralidade no utente destaca a importância de respeitar preferências, necessidades e valores individuais. Juntas, essas dimensões estruturam uma abordagem integral que orienta políticas públicas, avaliação institucional e práticas clínicas mais sensíveis às necessidades dos utentes.

Entretanto, autores recentes têm argumentado que essas seis dimensões, embora fundamentais, não esgotam o conceito de qualidade percebida pelos utentes. Beattie, Shepherd e Howieson (2013) identificaram duas dimensões adicionais emergentes: o cuidado compassivo e a capacidade de navegação no sistema. O cuidado compassivo envolve atitudes empáticas, cortesia e escuta ativa, aspetos frequentemente negligenciados em avaliações tradicionais, mas fortemente valorizados pelos utentes. Já a navegação no sistema refere-se à facilidade de acesso e coordenação dos serviços, fundamental para garantir continuidade e integralidade do cuidado. Tais dimensões, embora de difícil mensuração objetiva, revelam aspetos subjetivos essenciais para a qualidade percebida. Incorporá-las amplia o olhar avaliativo, alinhando a definição de qualidade às expectativas sociais contemporâneas.

A articulação entre os conceitos teóricos e a prática assistencial exige ferramentas adequadas para avaliação. O modelo de Donabedian (1980) é amplamente utilizado para essa finalidade, dividindo a qualidade em três domínios: estrutura, processo e resultado. A estrutura avalia os recursos físicos e humanos; o processo examina como o cuidado é prestado; e os resultados consideram os efeitos sobre a saúde e a satisfação dos utentes. Esse modelo permite que gestores e profissionais identifiquem falhas específicas, promovam melhorias direcionadas e fortaleçam a cultura da qualidade. Por exemplo, uma unidade com boa estrutura, mas com processos desorganizados, pode comprometer a efetividade e segurança do atendimento, mesmo com recursos disponíveis. Assim, o modelo de Donabedian serve como ponte entre os princípios normativos e a realidade operacional dos serviços.

Na prática cotidiana, implementar ações que atendam às múltiplas dimensões da qualidade é um desafio contínuo. A avaliação da qualidade deve ser intersetorial, envolvendo gestores, profissionais de saúde e os próprios utentes. É preciso alinhar protocolos clínicos com estratégias de humanização, promover acesso equitativo e garantir resolutividade. Estratégias como auditorias clínicas, ouvidorias, pesquisas de satisfação e uso de indicadores de desempenho têm sido utilizadas para monitorizar e melhorar a qualidade dos serviços. Além disso, a educação permanente em saúde e o fortalecimento da atenção primária são

caminhos para consolidar práticas centradas no utente e sustentáveis a longo prazo. Assim, o conceito de qualidade em saúde se afirma não como algo estático ou puramente técnico, mas como um compromisso ético e organizacional com o cuidado integral e digno.

### 1.2.2 Abordagens integradas para a avaliação da qualidade em saúde

O modelo proposto por Avedis Donabedian é um dos mais influentes marcos teóricos na avaliação da qualidade em saúde. Essa estrutura conceitual organiza a análise em três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende os recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis; o processo diz respeito à interação entre profissionais e utentes durante o cuidado; e os resultados refletem os efeitos do cuidado na saúde do indivíduo e da população (Donabedian, 1988). Ao considerar esses três componentes de forma integrada, o modelo possibilita uma avaliação abrangente e orientada à qualidade do cuidado.

A partir dessa base conceitual, outras instituições contribuíram significativamente para o avanço do pensamento sobre qualidade em saúde, com destaque para o *Institute of Medicine* (IOM). No relatório *Crossing the Quality Chasm*, o IOM reforça que o sistema de saúde deve ser reformulado para alcançar seis objetivos fundamentais: segurança, efetividade, centralidade no utente, oportunidade, eficiência e equidade (Institute of Medicine [IOM], 2001). Essa perspectiva amplia e aprofunda a lógica de Donabedian ao incorporar dimensões organizacionais e culturais na discussão sobre qualidade.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, em inglês e OMS, em português) também contribui de forma decisiva para a consolidação da qualidade e da segurança como eixos estratégicos na saúde global. A OMS define qualidade como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados desejados e estão alinhados com o conhecimento científico atual (WHO, 2024). É reconhecido pela OMS que, para que os serviços de saúde tenham qualidade, esses devem ser eficazes, seguros e centrados nas pessoas. Para efetivar o cuidado de qualidade, os serviços devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes.

Já a segurança do utente é compreendida como a ausência de danos evitáveis e a redução do risco de danos desnecessários durante a prestação do cuidado, o que exige sistemas resilientes, profissionais bem treinados e uma cultura institucional comprometida com a prevenção (WHO, 2021). A partir dessas diretrizes, a OMS tem promovido ações como o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2030, a reforçar que segurança e qualidade são dimensões indissociáveis e centrais para alcançar a cobertura universal da saúde.

A OMS destaca a necessidade de medir e monitorizar continuamente a qualidade para alavancar a melhoria contínua e acompanhar o progresso em direção às metas estabelecidas.

Esse processo requer indicadores específicos para cada contexto e dados precisos, oportunos e acionáveis (WHO, 2024).

A tipologia de Donabedian (1988), amplamente utilizada na avaliação da qualidade em saúde serve de base para a formulação e uso de indicadores na avaliação da qualidade em saúde. Os indicadores de estrutura referem-se aos recursos físicos, humanos e organizacionais disponíveis para o cuidado; os de processo abrangem a interação entre profissionais e utentes, avaliando como as ações são executadas; e os de resultados correspondem aos efeitos da assistência na saúde e satisfação dos utentes. Essa abordagem permite analisar a funcionalidade e o desempenho do cuidado com foco na melhoria contínua (Ruggiero & Lolato, 2021).

Portanto, ao integrar os referenciais de Donabedian, do IOM e da OMS, é possível construir uma abordagem robusta para a avaliação da qualidade em saúde, centrada em indicadores sensíveis ao cuidado prestado e nos efeitos que esta gera para os utentes. Essa integração contribui para transformar dados em ações concretas de aprimoramento, reconhecendo que a qualidade não é um atributo fixo, mas um processo dinâmico, construído coletivamente. Nesse contexto, a mensuração torna-se um instrumento estratégico para alcançar um cuidado mais seguro, eficaz e centrado no utente, consolidando uma prática profissional comprometida com resultados sustentáveis e éticos.

### 1.2.3 Perspetivas da qualidade: utentes, profissionais e gestores

A avaliação da qualidade nos serviços de saúde envolve múltiplas perspetivas, sendo a dos utentes uma das mais relevantes por refletir diretamente a experiência vivenciada no cuidado. Para os utentes, qualidade está associada ao acolhimento, à comunicação clara, ao respeito e à confiança na equipa (Sofaer & Firminger, 2005). Elementos como o tempo de espera, o ambiente físico e a continuidade do cuidado também influenciam a satisfação (Volpato & Martins, 2017). Avaliar a qualidade sob essa ótica exige a consideração de indicadores subjetivos, muitas vezes ausentes nos instrumentos formais de medição. Por isso, métodos como entrevistas, questionários de satisfação e escuta qualificada se tornam essenciais para captar a percepção dos utentes e ajustar os serviços às suas reais necessidades.

Sob a perspetiva dos profissionais de saúde, a qualidade está intrinsecamente ligada às condições de trabalho, à autonomia técnica e à valorização profissional. Profissionais que atuam em ambientes com sobrecarga, baixa participação nas decisões e estrutura insuficiente tendem a associar a qualidade à resistência cotidiana (Swinglehurst *et al.*, 2015). A motivação ética e relacional está no centro dessa visão, em que o cuidado é moldado pelas interações humanas e não apenas pelos protocolos. Além disso, como destacam Jeyarajasekar e

Sivakumar (2019), decisões gerenciais podem gerar efeitos colaterais negativos para os trabalhadores, como aumento da rotatividade e desgaste emocional. Indicadores da qualidade, nesse contexto, precisam incluir variáveis como clima organizacional, rotatividade e percepção de autonomia clínica.

Do ponto de vista da gestão, a qualidade é frequentemente relacionada a resultados mensuráveis, como produtividade, eficiência e padronização dos processos. Gestores exercem influência direta na formulação de estratégias, no estabelecimento de metas e na promoção de uma cultura organizacional voltada à melhoria contínua. Quando comprometidos com a qualidade, ações como o uso sistemático de indicadores, a análise de dados e a retroalimentação das equipas são associadas a melhores desfechos clínicos e operacionais (Parand *et al.*, 2014). A gestão compreende a qualidade como algo que pode ser monitorado e controlado com base em dados quantitativos e sistematizados, o que, embora relevante, pode não capturar nuances do cuidado real. Assim, a perspectiva gerencial demanda ferramentas robustas de monitorização, mas também integração com as realidades práticas dos serviços.

A relação entre essas três perspectivas exige uma abordagem complementar e dialógica. Utentes julgam a qualidade pela experiência e atendimento recebido; profissionais pela viabilidade e dignidade de suas práticas; gestores pelos resultados e metas alcançadas. Quando desconectadas, essas visões podem gerar conflitos e distorções – por exemplo, metas institucionais que fragilizam o vínculo profissional-utente ou rotinas que aumentam a produtividade mas reduzem a escuta (Jeyarajasekar & Sivakumar, 2019; Swinglehurst *et al.*, 2015). A mensuração da qualidade deve, portanto, considerar indicadores mistos: objetivos e subjetivos, quantitativos e qualitativos, processuais e relacionais, com participação ativa dos diferentes atores envolvidos.

Consolidar uma política de qualidade em saúde implica reconhecer essas perspectivas como complementares, e não hierárquicas. A qualidade não pode ser plenamente compreendida por uma única lógica – seja ela técnica, económica ou afetiva. Ela emerge da interação entre práticas profissionais, estruturas organizacionais e vivências dos utentes (Volpato & Martins, 2017). Ferramentas como avaliação participativa, indicadores sensíveis ao contexto e abordagens centradas no utente ajudam a integrar essas dimensões. Mais do que medir a qualidade, é necessário construí-la coletivamente, a partir do diálogo entre gestores, profissionais e utentes.

### 1.3 Indicadores da qualidade em serviços de saúde

#### 1.3.1 Definição, tipologia e aplicações dos indicadores

Indicadores da qualidade são instrumentos fundamentais na gestão em saúde, configurando-se como medidas quantitativas ou qualitativas capazes de representar, com fidelidade, aspetos relevantes dos serviços prestados. De acordo com Bittar (2001), tais indicadores não constituem medidas diretas de qualidade, mas funcionam como alertas para questões específicas que requerem atenção. Observa-se que, na gestão contemporânea dos serviços ambulatoriais, os indicadores assumem um papel estratégico, possibilitando o acompanhamento dos processos assistenciais, a avaliação do desempenho organizacional e a identificação de oportunidades de melhoria contínua. Conforme Leão (2008), a ficha técnica do indicador torna-se o alicerce dessa prática, ao estruturar informações essenciais como nome, nível, tipo, fórmula de cálculo e fonte de dados. Nessa lógica, indicadores bem definidos e aplicados orientam ações gerenciais mais precisas, sustentadas por dados confiáveis e alinhadas às metas institucionais de qualidade e segurança do utente.

Diante do exposto, evidencia-se que os indicadores da qualidade transcendem a simples mensuração de resultados, assumindo o papel de ferramentas dinâmicas para a monitorização e a governança clínica. Segundo o *Institute for Healthcare Improvement* (2021), integrar planeamento, controlo e melhoria da qualidade em todos os níveis organizacionais é crucial para desenvolver sistemas responsivos e resilientes. Sob tal enfoque, os indicadores orientam a avaliação contínua da performance institucional e contribuem para o desenho de estratégias baseadas em evidências. Nota-se que, à medida que os dados se transformam em informações organizadas e acionáveis, a tomada de decisão torna-se mais ágil e eficaz. Acerca disso, Leão (2008) destaca a importância da representação gráfica dos indicadores e da confiabilidade das fontes utilizadas, aspetos essenciais para sustentar intervenções oportunas nos serviços de saúde. Assim, a utilização sistemática de indicadores fortalece a cultura organizacional orientada à aprendizagem e à excelência.

Os indicadores da qualidade podem ser organizados em diferentes categorias. Conforme Bittar (2001), destacam-se os indicadores de estrutura, processo, resultado e meio ambiente, com ênfase especial para os aplicados à ambiência hospitalar. Contudo, é oportuno destacar uma classificação funcional que os agrupa em indicadores clínicos, organizacionais e de experiência do utente. Os indicadores clínicos mensuram diretamente a efetividade e a segurança da atenção à saúde, incluindo, por exemplo, a taxa de infeção hospitalar ou o índice de readmissões. Já os indicadores organizacionais concentram-se na gestão dos recursos, refletindo a eficiência operacional e a sustentabilidade dos serviços. Por fim, os indicadores de experiência do utente revelam a perceção dos utentes quanto à qualidade do cuidado

recebido, sendo essenciais para promover uma assistência centrada na pessoa e sensível às suas necessidades.

Sob tal perspectiva, é importante reconhecer que a escolha e aplicação dos indicadores devem considerar critérios de validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade e viabilidade, como exposto por Bittar (2001). Verifica-se que a simplicidade no cálculo e a clareza na interpretação favorecem sua adoção pelas equipas assistenciais, promovendo engajamento e senso de corresponsabilidade nos processos de melhoria. Além disso, o alinhamento dos indicadores com os objetivos estratégicos da organização, conforme ressaltado por Leão (2008), potencializa sua efetividade como instrumentos de governança clínica. Nesse aspeto, o uso de indicadores não apenas favorece a mensuração de desempenho, mas também fortalece a cultura de segurança, contribuindo para a prevenção de eventos adversos e a melhoria dos desfechos clínicos. A prática demonstra que uma gestão orientada por indicadores promove maior transparência, responsabilidade e alinhamento com os princípios da qualidade total.

Nesse cenário, é determinante destacar que os indicadores operam como mecanismos integradores entre os diferentes níveis da organização. Conforme o IHI (2021), a abordagem de qualidade de todo o sistema propõe uma visão holística que articula planeamento, controlo e melhoria da qualidade em uma estratégia contínua de aprendizagem organizacional. Revela-se, assim, a importância de sistemas capazes de coletar, analisar e comunicar dados de forma estruturada, a fim de permitir intervenções tempestivas e eficazes. A partir dessa concepção, percebe-se que os indicadores não apenas refletem o desempenho institucional, mas também moldam a forma como as equipas organizam-se, colaboram e inovam na busca por excelência. Portanto, ao construir um conjunto de indicadores bem fundamentado e validado, inaugura-se um ciclo virtuoso de aprendizado e evolução nos serviços, preparando o terreno para abordagens mais específicas de avaliação e adequação dos instrumentos utilizados.

### 1.3.2 Indicadores de estrutura, processo e resultado

A abordagem proposta por Avedis Donabedian composto pelas dimensões estrutura, processo e resultado, é amplamente utilizada como referencial na avaliação da qualidade da assistência à saúde. Seus conceitos são aplicáveis de forma ampla para avaliar a qualidade da assistência em geral e o seu modelo sugere que unidades de saúde bem estruturadas aumentam a probabilidade de desenvolverem bons processos o que, por sua vez, tendem a refletir em melhores resultados (Busse *et al.*, 2019).

A estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo condições físicas, humanas e organizacionais; o processo diz respeito à forma como esse

cuidado é ofertado e denota a interação entre prestador e utente durante toda a prestação da assistência; e o resultado refere-se ao produto final e abrange os efeitos da assistência sobre a saúde dos utentes. Os três tipos de indicadores (estrutura, processo e resultado) são complementares pois contribuem para a melhoria do desempenho e permitem avaliar a eficácia do processo. A simplicidade e aplicabilidade prática do modelo justificam sua popularidade em diversos ambientes de saúde. (Ruggiero & Lolato, 2021; Yang *et al.*, 2025).

Estudos apontam que, em ambientes ambulatoriais, os indicadores de estrutura incluem sistema e normas de gestão, ambiente organizacional, recursos humanos e alocação de recursos materiais (Yang *et al.*, 2025). Quando avaliada a qualidade da assistência ambulatorial em outro estudo, os indicadores destacados foram: dimensionamento de pessoal, infraestrutura e organização do serviço (Brum *et al.*, 2025). Os indicadores de estrutura devem refletir condições para que os profissionais possam desempenhar suas funções com segurança e eficiência, favorecendo melhores processos assistenciais.

Os indicadores de processo encontrados na assistência ambulatorial envolvem principalmente indicadores relacionados a prática e competência de enfermagem especializada ambulatorial, gestão médica, segurança do utente, educação em saúde, identificação do utente, registos em prontuário, comunicação, controlo de infeção e cuidado humanizado (Brum *et al.*, 2025; Yang *et al.*, 2025). Idealmente, os indicadores de processo são fundamentados em evidências científicas robustas que demonstram a associação entre sua conformidade e a obtenção de melhores desfechos assistenciais. Em muitos casos, esses indicadores são elaborados com base em diretrizes clínicas ou em padrões considerados referência. As medidas de processo representam a maior parte das estruturas utilizadas para avaliar a qualidade dos cuidados em saúde (Busse *et al.*, 2019).

Os indicadores de resultado buscam mensurar os efeitos do cuidado prestado, tanto sob a perspetiva clínica quanto subjetiva. A satisfação do utente e do profissional, a ocorrência de eventos adversos, taxas de hospitalização por condições evitáveis, a qualidade do atendimento prestado e os desfechos clínicos obtidos foram exemplos de categorias de indicadores de resultado a nível ambulatorial encontrados na literatura (Busse *et al.*, 2019; Brum *et al.*, 2025; Yang *et al.*, 2025).

Em síntese, a aplicação do modelo de Donabedian em ambientes de saúde a nível ambulatorial mostra-se uma estratégia eficaz para estruturar sistemas de avaliação e melhoria da qualidade assistencial. As evidências apontam para a importância de uma abordagem integrada que contemple os três domínios do modelo — estrutura, processo e resultado — para promover cuidados seguros, eficientes e centrados no utente (Yang *et al.*, 2025). A gestão baseada em indicadores permite não apenas identificar fragilidades, mas também direcionar ações corretivas e avaliar o impacto de intervenções. Assim, o modelo segue sendo

uma referência fundamental para instituições de saúde que buscam excelência na prestação do cuidado.

### 1.3.3 Critérios de seleção e análise de indicadores válidos

A compreensão e o uso adequado de indicadores requerem o domínio de uma hierarquia conceitual estruturada. O ponto de partida está no dado que é considerado a unidade mais elementar que, quando gerenciado transforma-se num indicador. Este, por sua vez, ao ser analisado, gera informação. A informação, interpretada em seu contexto, dá origem ao conhecimento. Esse conhecimento, para ser útil, precisa ser disseminado por meio de processos comunicativos eficazes, capazes de influenciar a tomada de decisão em saúde e promover ações concretas. Assim, um indicador de saúde é compreendido como uma ferramenta que permite mensurar o desempenho dos sistemas de saúde (Pan American Health Organization [PAHO], 2018).

Para definição dos indicadores, primeiramente é necessário que os objetivos estratégicos estejam muito claros, pois desta forma orientarão os líderes para a tomada de decisão. O alinhamento estratégico tem início nos níveis mais altos da organização e se dissemina por toda a estrutura, convertendo as prioridades e metas de qualidade em planos viáveis e concretos. Dessa forma, a estratégia de qualidade, que inclui a definição do conceito de qualidade, a fixação de metas e a escolha de indicadores correspondentes, constitui a base orientadora das ações que necessitam ser desenvolvidas. Indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas sinalizam problemas potenciais ou práticas positivas do cuidado. Para uma avaliação global, muitas vezes é preciso um conjunto de indicadores, que fornecerão as informações essenciais para uma análise mais abrangente da situação (Ruggiero & Lolato, 2021; Sampath *et al.*, 2021).

Antes de fazer a escolha de indicadores, é imperativo entender os diferentes propósitos da medição da qualidade, bem como, a classificação dos indicadores a serem propostos.

Busse *et al.* (2019) citam dois propósitos principais na medição da qualidade: o primeiro é seu uso em sistemas de garantia da qualidade, atuando de forma somativa para promover a responsabilização e permitir a verificação externa. O segundo é seu uso com fins formativos, voltado para a melhoria contínua da qualidade. Conforme o objetivo escolhido, os sistemas de medição da qualidade enfrentam diferentes desafios em relação aos indicadores utilizados, às fontes de dados e ao grau de precisão necessário. A medição voltada para a garantia da qualidade e responsabilização busca identificar e corrigir falhas no atendimento, assegurando que os prestadores mantenham um padrão mínimo de qualidade. Por outro lado, a medição voltada para a melhoria da qualidade tem como foco promover mudanças. As

informações obtidas sobre a qualidade são utilizadas localmente para incentivar os prestadores a buscar continuamente o aprimoramento de seu desempenho. Os resultados dessas medições servem principalmente para estimular discussões sobre variações na qualidade e motivar mudanças nas práticas dos profissionais (Busse *et al.*, 2019).

PAHO (2018) classifica os indicadores de saúde como positivos ou negativos, o que demonstra se estão associados diretamente ou inversamente à saúde. Os indicadores são classificados como positivos quando apresentam uma relação direta com a saúde, ou seja, quanto maior o seu valor, melhor é o estado de saúde da população estudada. Por outro lado, são considerados negativos quando possuem uma relação inversa com a saúde: quanto maior o valor do indicador, pior é o estado de saúde da população (PAHO, 2018).

A definição e a seleção de indicadores de qualidade em saúde devem seguir critérios rigorosos que garantam sua utilidade prática, validade científica e viabilidade de aplicação. Diversas organizações internacionais estabeleceram princípios fundamentais que orientam essa escolha, permitindo que os indicadores realmente contribuam para a melhoria da assistência e da gestão dos serviços de saúde.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, 2018), os indicadores devem atender a critérios como mensurabilidade e viabilidade, ou seja, devem ser passíveis de medição com dados disponíveis e acessíveis. A validade também é essencial, exigindo que o indicador meça com precisão o fenômeno que se propõe a avaliar, utilizando métodos e dados confiáveis. Além disso, é necessário considerar a pontualidade, garantindo que os dados estejam atualizados e disponíveis no tempo adequado para apoiar decisões oportunas. A replicabilidade é outro critério relevante, assegurando que os mesmos resultados sejam obtidos quando diferentes profissionais utilizam o mesmo método. A sustentabilidade refere-se à capacidade de manter o uso do indicador ao longo do tempo, com recursos e infraestrutura adequados. A relevância e importância dizem respeito à utilidade da informação gerada para subsidiar decisões, políticas e programas. Por fim, a compreensibilidade assegura que o indicador seja claro e inteligível para as partes interessadas, especialmente tomadores de decisão.

Complementando esses critérios, o *National Quality Forum* (NQF, 2019) enfatiza a importância de medir e relatar indicadores baseados em evidências científicas, destacando que devem apontar lacunas de desempenho ou áreas com baixa qualidade. A aceitabilidade científica envolve aspectos como confiabilidade (consistência dos dados), validade, justificativas claras para exclusões, consideração de disparidades e aplicação de ajustes de risco, quando apropriado. A viabilidade é novamente destacada, com ênfase na disponibilidade dos dados, preferencialmente oriundos de sistemas existentes como prontuários eletrônicos e na contenção de custos. Em relação à usabilidade, o indicador deve ter aplicabilidade prática e ser útil para gestores, formuladores de políticas e provedores,

contribuindo efetivamente para a melhoria da qualidade e para mecanismos de responsabilização, como relatórios públicos ou decisões de financiamento. A harmonização com outras medidas também é relevante, sendo necessário justificar a escolha de um indicador em relação a medidas concorrentes, demonstrando superioridade ou complementaridade.

A Organização Mundial da Saúde (WHO) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) reforçam ainda mais esses critérios, agrupando-os em quatro dimensões: relevância, solidez científica, viabilidade e significância. A relevância inclui a capacidade do indicador de abordar problemas significativos, com apoio das partes interessadas e potencial de melhoria identificado. A solidez científica abrange a validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, fundamentação em evidências e critérios claros para distinguir bons e maus prestadores. A viabilidade inclui o uso prévio ou teste do indicador, dados disponíveis em larga escala, custos viáveis e possibilidade de análise por subgrupos. Já a significância refere-se à capacidade do indicador de permitir comparações úteis entre regiões ou prestadores, ser de fácil compreensão e distinguir claramente diferentes níveis de desempenho (Busse *et al.*, 2019).

Esses critérios, tomados em conjunto, fornecem uma base robusta para a seleção e avaliação de indicadores da qualidade em saúde, assegurando que sejam relevantes, cientificamente sólidos, viáveis na prática e úteis para promover melhorias reais na qualidade da assistência.

Por fim, é fundamental que os indicadores utilizados sejam diferenciados por meio de fichas de qualificação. A ficha técnica de um indicador da qualidade é um instrumento essencial para garantir sua correta compreensão, aplicação e análise pelos profissionais de saúde. Considerada a identidade do indicador, ela deve ser padronizada e estruturada de forma lógica, reunindo informações cruciais que orientem desde a colheita até a interpretação dos dados (Ruggiero & Lolato, 2021). Entre os elementos mínimos que devem compor a ficha técnica estão: o nome do indicador, claro e objetivo; o nível (estratégico, tático ou operacional); o tipo, com base na tipologia de Donabedian (estrutura, processo ou resultado); a fórmula de cálculo, com numerador e denominador bem definidos; a representação gráfica e sua periodicidade; a fonte de informação, que deve ser segura e confiável; a amostragem, especificando a população considerada; o responsável pelo indicador; a frequência de medição; e, por fim, o objetivo ou meta, refletindo o propósito da medição e seu alinhamento com as metas institucionais. Uma ficha técnica bem elaborada contribui significativamente para a qualidade da gestão em saúde, promovendo análises consistentes e decisões baseadas em evidências (Ruggiero & Lolato, 2021).

#### 1.3.4 Indicadores voltados ao contexto ambulatorial

A avaliação do desempenho em hospitais em contexto de ambulatório tem ganhado destaque nas agendas internacionais de saúde, impulsionando o desenvolvimento e a adaptação de indicadores específicos para esse contexto. Embora muitos indicadores tenham sido originalmente desenvolvidos para ambientes de internação, uma parte significativa deles é aplicável — ou adaptável — à realidade ambulatorial, especialmente em unidades hospitalares de atenção especializada e de curta permanência. A literatura recente evidencia a importância de mapear e selecionar medidas que reflitam adequadamente os principais domínios da qualidade, como acesso, resolutividade, pontualidade, segurança, satisfação do utente e acompanhamento de condições crônicas (Busse *et al.*, 2019; Hadian *et al.*, 2024).

No domínio do acesso e da pontualidade, os indicadores mais frequentemente utilizados incluem o tempo de espera para consultas ou procedimentos e o tempo de resposta para exames laboratoriais e de imagem. Hadian *et al.* (2024) mostram que medidas como o tempo médio de espera nas urgências e os intervalos nos processos diagnósticos são amplamente empregadas para avaliar a agilidade e a responsividade do serviço ambulatorial. Segundo Busse *et al.* (2019), esses indicadores podem ser classificados como indicadores de estrutura e são essenciais para identificar gargalos que afetam a experiência do utente e a eficiência do sistema.

A eficácia e a resolutividade do cuidado ambulatorial são comumente avaliadas por indicadores como taxa de internações evitáveis e adesão a protocolos clínicos baseados em evidência (Busse *et al.*, 2019). Além disso, Hadian *et al.* (2024) destacam a frequência com que são utilizadas medidas de desfecho como readmissões hospitalares e atividades da vida diária, bem como PROMs — *Patient-Reported Outcome Measures* — que avaliam os resultados percebidos diretamente pelos utentes. No entanto, Teleki *et al.* (2007) chamam a atenção para lacunas importantes nesse domínio, como a ausência de indicadores que capturem o atendimento durante todo o episódio de cuidado, especialmente em casos de atenção especializada, coordenação de seguimento e transições entre serviços.

A segurança do utente, um dos pilares fundamentais da qualidade, é avaliada por uma série de indicadores estruturais, de processo e de resultado. Entre os estruturais, destacam-se a disponibilidade de medicamentos; nos indicadores de processo, o uso da lista de verificação cirúrgica e a conformidade com a higiene das mãos são medidas amplamente validadas; nos de resultado, destacam-se complicações pós-tratamento, incidência de infecções associadas à assistência e eventos adversos como corpo estranho deixado em procedimentos (Busse *et al.*, 2019). Ainda assim, Teleki *et al.* (2007) observam que muitos desses indicadores foram desenvolvidos para ambientes hospitalares de internação e podem

exigir adaptações metodológicas para serem aplicáveis ao ambiente ambulatorial, onde os riscos e os fluxos assistenciais são distintos.

A experiência do utente tem se consolidado como dimensão estratégica para os sistemas de saúde, refletindo a centralidade no utente e sua participação ativa no cuidado. A OECD (2017) recomenda a colheita sistemática de dados sobre a experiência dos utentes com qualquer médico em serviços ambulatoriais, por meio de pesquisas populacionais ou inquéritos. Países como Japão, Portugal e os Países Baixos já adotam metodologias padronizadas de mensuração, com taxas ajustadas por idade e sexo (OECD, 2017). Além dos PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*), instrumentos como PROMs têm sido utilizados para mensurar aspetos como mobilidade, dor, ansiedade e percepção de melhora clínica antes e depois de intervenções específicas (OECD, 2017).

Por fim, no domínio do acompanhamento de condições crônicas, que demanda coordenação longitudinal do cuidado, os estudos indicam carência de indicadores validados e adaptados ao regime ambulatorial. Embora existam medidas para doenças específicas e acompanhamento clínico, há lacunas importantes na mensuração da continuidade do cuidado, da alfabetização em saúde, da equidade no acesso e do uso apropriado de exames e procedimentos (Teleki *et al.*, 2007). Ademais, Busse *et al.* (2019) também ressaltam a importância de indicadores baseados no utente, capazes de captar o percurso assistencial entre diferentes níveis e episódios, como forma de superar as limitações de indicadores baseados apenas em eventos isolados.

Em síntese, há um conjunto robusto de indicadores aplicáveis à realidade dos hospitais ambulatoriais, especialmente nos domínios de eficácia, segurança, pontualidade e experiência do utente. No entanto, persistem lacunas importantes — como indicadores de equidade, coordenação e desfechos clínicos específicos — que precisam ser supridas para garantir uma avaliação abrangente e contextualizada da qualidade assistencial nesse nível de atenção (Busse *et al.*, 2019; Hadian *et al.*, 2024; OECD, 2017; Teleki *et al.*, 2007).



## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Validar um conjunto de indicadores da qualidade que possam ser implementados num hospital em regime de ambulatório.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Identificar e mapear os principais indicadores da qualidade utilizados em hospitais e serviços de saúde, com foco em hospitais em regime de ambulatório.
- b) Construir e validar uma proposta de indicadores da qualidade ajustados às especificidades de um hospital em regime de ambulatório.



### **3 Procedimentos metodológicos (primeira etapa) – *scoping review*, pesquisa documental e de campo**

#### **3.1 *Scoping review***

Esta etapa da investigação, desenvolvida sob o formato de *scoping review*, caracteriza-se como uma pesquisa de natureza básica, com abordagem qualitativa, objetivo descritivo, método indutivo e procedimento técnico bibliográfico. O objetivo central consiste em mapear e sintetizar as evidências científicas referentes aos indicadores da qualidade utilizados em hospitais que operam em regime de ambulatório, permitindo uma compreensão ampla e estruturada sobre as práticas de avaliação adotadas nesse modelo assistencial.

A pesquisa adota como referencial metodológico conforme os pressupostos metodológicos do JBI (n.d.), Peters *et al.* (2020) e Wright e Foster (2021), contemplando as etapas de: formulação da pergunta de pesquisa, identificação dos estudos relevantes, seleção dos estudos com base em critérios definidos, extração e organização dos dados e, por fim, síntese dos achados.

A pesquisa utilizou (i) portais/agregadores: EBSCOhost e B-on (Biblioteca do Conhecimento Online), e (ii) bases de dados: PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS. As palavras-chave foram estruturadas com base nos descritores controlados DeCS/MeSH, com destaque para os seguintes termos em inglês: *quality indicators, health care quality, ambulatory care, day hospital e quality management*.

A busca foi deliberadamente restringida a artigos científicos publicados entre os anos de 2015 e 2025, em português e inglês, com o objetivo de concentrar a análise em evidências contemporâneas e alinhadas ao contexto atual. Foram excluídas da amostra dissertações, teses, monografias, livros, capítulos, resumos e outros tipos de publicações não indexadas como artigos científicos completos.

A triagem dos estudos foi realizada em duas etapas: inicialmente por meio da análise dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos selecionados, respeitando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Essa abordagem metodológica permitiu identificar os principais indicadores da qualidade adotados no ambiente ambulatorial, oferecendo subsídios fundamentais para a terceira etapa da pesquisa, que foi dedicada à validação dos indicadores por meio do método Delphi com a participação de especialistas.

### 3.1.1 Critérios de seleção

Foram incluídos na *scoping review* artigos científicos publicados entre os anos de 2015 e 2025, redigidos em português ou inglês, que estivessem integralmente disponíveis online e que apresentassem dados relevantes sobre indicadores da qualidade aplicáveis a hospitais em regime de ambulatório. Foram aceites estudos com diferentes delineamentos metodológicos, incluindo pesquisas qualitativas, estudos descritivos, estudos observacionais, revisões sistemáticas com ou sem meta-análise e estudos metodológicos voltados à construção ou aplicação de indicadores da qualidade no contexto da saúde. Os estudos selecionados deveriam abordar indicadores relacionados à gestão, avaliação, desempenho ou monitorização da qualidade, em serviços hospitalares com foco ambulatorial ou em hospitais-dia.

Por outro lado, foram excluídas todas as publicações que não se enquadravam no âmbito da investigação ou que não apresentavam evidências diretamente relacionadas à temática central deste trabalho. Entre os critérios de exclusão, destacam-se: dissertações, teses, monografias, capítulos de livros, livros completos, editoriais, resumos publicados em anais de eventos, cartas ao editor, manuais técnicos e revisões narrativas, uma vez que tais documentos, em sua maioria, não atendem aos critérios de qualidade científica exigidos nem apresentam dados suficientemente robustos para análise. Também foram excluídos artigos duplicados e estudos com informações incompletas ou mal descritas, bem como aqueles cuja ênfase não estivesse centrada no contexto ambulatorial.

Esses critérios visaram garantir a consistência metodológica da revisão e a relevância dos achados para a construção de um conjunto de indicadores da qualidade devidamente validados, alinhados às necessidades específicas de instituições hospitalares que atuam em regime de ambulatório.

### 3.1.2 Estratégia de busca

A estratégia de busca foi elaborada ao longo do primeiro semestre de 2025, especificamente em maio, com o objetivo de identificar evidências científicas relevantes sobre indicadores da qualidade aplicáveis ao contexto hospitalar em regime de ambulatório. Para garantir a abrangência e a consistência metodológica da *scoping review*, foram selecionadas fontes de dados reconhecidas internacionalmente por sua robustez e diversidade de conteúdo, abrangendo tanto publicações da área da saúde quanto da gestão hospitalar.

As fontes consultadas foram PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS (bases de dados); EBSCOhost e B-on (portais/agregadores que dão acesso a múltiplas bases e coleções de texto completo).

Para cada uma dessas fontes, foram construídas equações de busca específicas utilizando operadores booleanos, conforme apresentado na tabela 3.1. O operador AND foi utilizado para combinar termos essenciais, assegurando que os resultados abordassem simultaneamente os conceitos centrais da pesquisa: indicadores da qualidade, serviços ambulatoriais e gestão da qualidade. O operador OR foi empregado para incluir variações terminológicas relacionadas aos mesmos conceitos, ampliando o alcance dos resultados ao considerar diferentes formas de nomeação utilizadas na literatura científica.

**Tabela 3.1.** Estratégias de busca por fonte (bases e portais)

<b>FONTE</b>	<b>EQUATIONS</b>
<b>PubMed</b>	("Quality Indicators", "Health Care" OR "Health Care Quality") AND ("Ambulatory Care Facilities" OR "Outpatient Care") AND ("Quality Management" OR "Health Services Evaluation")
<b>Web of Science</b>	("Quality Indicators", "Health Care" OR "Health Care Quality") AND ("Ambulatory Care Facilities" OR "Outpatient Care") AND ("Quality Management" OR "Health Services Evaluation")
<b>Scopus</b>	("Quality Indicators" OR "Healthcare Quality") AND ("Ambulatory Care" OR "Outpatient Clinics") AND ("Quality Management" OR "Health Service Evaluation")
<b>Bases via EBSCOhost</b>	("Quality Indicators", "Health Care" OR "Health Care Quality") AND ("Ambulatory Care Facilities" OR "Outpatient Care") AND ("Quality Management" OR "Health Services Evaluation")
<b>LILACS</b>	("Quality Indicators", "Health Care" OR "Health Care Quality")
<b>B-on</b>	Não aplicável – plataforma sem mecanismo de filtragem estruturada por operadores booleanos.

Fonte: Autoral (2025).

A PubMed foi escolhida por sua ampla cobertura em ciências da saúde, especialmente no que tange à gestão da qualidade, prestação de cuidados e avaliação de serviços ambulatoriais. A base Web of Science foi incorporada por seu alto rigor na indexação de artigos científicos revisados por pares e pela possibilidade de rastreamento de publicações inovadoras sobre práticas de qualidade em saúde. A base Scopus contribuiu com sua natureza multidisciplinar e com a possibilidade de filtragem por subáreas, como enfermagem e saúde coletiva, sendo particularmente útil na identificação de estudos relacionados a serviços ambulatoriais e seus mecanismos de avaliação.

Já a EBSCOhost foi selecionada por permitir acesso a um conjunto diversificado de periódicos científicos na área da saúde, com ferramentas avançadas de filtragem e refinamento dos resultados. A LILACS, por sua vez, garantiu a inclusão de estudos

desenvolvidos na América Latina e Caribe, ampliando a representatividade regional da amostra. Por fim, a B-on, foi explorada como fonte complementar, permitindo o acesso a produções acadêmicas relevantes vinculadas ao contexto europeu, apesar de suas limitações quanto à filtragem avançada de resultados.

### 3.1.3 Seleção de estudos

A seleção dos estudos foi realizada de forma manual e independente pela autora, utilizando cada uma das fontes de dados selecionadas para esta *scoping review*. Inicialmente, foram identificados e armazenados todos os estudos potencialmente relevantes de forma direta, sem o uso de ferramentas automatizadas de triagem ou extração, o que assegurou maior controle e rastreabilidade do processo de busca. Os documentos recuperados foram organizados em pastas específicas por base de dados, facilitando o rastreamento e a verificação posterior quanto à elegibilidade.

A triagem (títulos/resumos e texto completo) foi realizada pela autora. Para mitigar viés, empregaram-se: (i) piloto de triagem em amostra de estudos com refinamento prévio dos critérios; (ii) dupla leitura não simultânea pela mesma revisora, com intervalo de tempo (“*cooling-off*”) entre decisões limítrofes; (iii) rastreamento detalhado de motivos de exclusão; e (iv) protocolo de arbitragem com a orientadora, caso surgisse desacordo interpretativo, situação que não ocorreu nesta revisão.

Para o acesso ao conteúdo integral dos artigos privados disponíveis nas fontes como PubMed, Web of Science, Scopus, EBSCOhost, LILACS e B-on a autora utilizou o seu login institucional na plataforma Periódicos CAPES, por meio da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), recurso que viabiliza o acesso gratuito e completo a uma ampla gama de periódicos científicos nacionais e internacionais.

Após a etapa de identificação e organização dos estudos, foi realizada a avaliação da elegibilidade com base nos critérios previamente definidos, considerando o alinhamento temático, a disponibilidade do texto completo e o enquadramento nas categorias aceitas para esta revisão.

### 3.1.4 Extração de dados

Para a extração de dados dos estudos selecionados, foi elaborada uma tabela estruturada, com o intuito de organizar e sistematizar as informações de maneira padronizada e compatível com os objetivos da *scoping review*. A tabela contemplou campos específicos para o registo da referência completa no estilo APA, o país de realização do estudo, o tipo de trabalho (artigo original, revisão sistemática, estudo metodológico, entre outros), o

procedimento metodológico adotado, o objetivo ou problema investigado e as principais conclusões apresentadas pelos autores.

Além dos dados gerais, foi dada ênfase à identificação dos conteúdos diretamente relacionados à proposta da pesquisa, tais como a descrição e aplicação de indicadores da qualidade em serviços ambulatoriais, modelos de avaliação da qualidade em saúde, dimensões mensuradas pelos indicadores (como segurança, efetividade, eficiência, equidade e satisfação do utente), e os critérios de validação e aplicabilidade dos indicadores.

A colheita dessas informações permitiu a criação de uma base comparativa entre os diferentes estudos incluídos, facilitando a identificação de padrões, lacunas e abordagens recorrentes sobre os indicadores utilizados em contextos hospitalares de natureza ambulatorial. Todos os dados foram organizados em tabelas, assegurando clareza e coerência na análise subsequente e contribuindo para a construção de uma síntese narrativa robusta sobre as evidências disponíveis na literatura científica. No apêndice I é possível consultar um resumo dos principais dados coletados na *scoping review*.

### **3.2 Pesquisa documental e de campo**

Esta segunda etapa da pesquisa foi concebida com o propósito de articular os resultados obtidos na *scoping review* com outras fontes complementares, de modo a consolidar uma matriz inicial de indicadores da qualidade aplicáveis ao contexto de hospitais em regime de ambulatório. Para isso, optou-se por integrar duas estratégias metodológicas: a análise de documentos institucionais e a incorporação de observações oriundas da prática profissional da pesquisadora. Ambas foram consideradas fundamentais para garantir que os indicadores selecionados refletissem não apenas a produção científica acumulada, mas também a realidade operacional e os instrumentos efetivamente utilizados nos serviços de saúde.

A integração entre diferentes fontes de evidência favorece a construção de um conjunto de indicadores mais sólido, sensível, contextualizado e com maior potencial de aplicação prática. Assim, esta etapa caracteriza-se como uma fase de refinamento técnico, que antecede o processo de validação com especialistas, buscando alinhar teoria, prática e normativas. Para isso, o procedimento foi dividido em dois eixos complementares: o documental (3.2.1) e o de campo (3.2.2), descritos em detalhes a seguir.

### 3.2.1 Procedimento técnico documental

A análise documental consistiu na extração sistemática de indicadores da qualidade a partir de fontes institucionais que norteiam a gestão em serviços de saúde. Esses documentos não possuem caráter acadêmico, mas são amplamente utilizados no âmbito das operadoras de seguros de saúde, prestadores de serviços e consultorias técnicas, sendo, portanto, relevantes para a prática de gestão da qualidade em serviços ambulatoriais.

Foram selecionados dois documentos principais para esta etapa:

- **Manual Técnico da UNIPLUS (2021)** – documento institucional robusto que sistematiza indicadores de desempenho assistencial utilizados em processos de avaliação e acreditação hospitalar. O manual contempla indicadores voltados a diversas áreas da assistência e foi utilizado como fonte primária nesta etapa.
- **Documento Técnico SINHA (2015)** – material complementar que também estrutura um conjunto de indicadores voltados à análise de desempenho institucional, com ênfase em aspetos administrativos e assistenciais, incluindo o ambiente ambulatorial.

O processo de análise seguiu as seguintes etapas:

1. **Seleção dos documentos** com base em sua pertinência temática, aplicabilidade ao contexto ambulatorial e grau de detalhamento técnico dos indicadores apresentados.
2. **Leitura exploratória** de ambos os materiais para identificação das secções dedicadas a indicadores de saúde, com destaque para aqueles voltados as seguintes dimensões: acesso, efetividade, centralidade no utente e segurança.
3. **Extração dos indicadores** potencialmente relevantes, com registo em tabela estruturada contendo: (i) nome do indicador; (ii) descrição operacional; (iii) tipo de indicador (estrutura, processo ou resultado); (iv) dimensão da qualidade associada; (v) unidade de mensuração e (vi) fonte original.
4. **Análise de aplicabilidade** de cada indicador ao contexto da pesquisa, considerando: clareza conceitual, viabilidade de mensuração em hospitais ambulatoriais, pertinência em relação ao objetivo do estudo e compatibilidade com a realidade dos serviços de saúde.
5. **Cruzamento com os dados da *scoping review***, com o intuito de verificar convergência entre o que já havia sido identificado na literatura científica e os indicadores utilizados por instituições. Esse cruzamento serviu para validar parte do conteúdo identificado previamente e, ao mesmo tempo, ampliar a base inicial com elementos da prática institucional.

6. **Seleção final** dos indicadores extraídos dos documentos institucionais, com exclusão daqueles repetitivos, pouco específicos ao contexto ambulatorial ou excessivamente técnicos a ponto de comprometer sua aplicabilidade prática.

Como resultado, foram incorporados indicadores relacionados a aspetos críticos da qualidade assistencial em hospitais em regime de ambulatório, tais como: taxa de ocupação institucional do serviço ambulatório; taxa de repetição de exames e taxa de absentismo em serviço ambulatório. Estes indicadores foram considerados fundamentais para avaliar a fluidez, segurança, capacidade de resposta e resolutividade dos serviços ambulatoriais.

### 3.2.2 Procedimento técnico de campo

A segunda vertente desta etapa metodológica consistiu na integração da experiência profissional da pesquisadora. A vivência cotidiana permitiu uma observação sensível e aprofundada das rotinas operacionais, dos principais entraves à prestação de um cuidado eficiente e das lacunas ainda não contempladas pela literatura ou pelos documentos institucionais analisados.

Essa observação de campo, de carácter empírico, baseou-se em um processo reflexivo e sistemático, que envolveu:

1. **Registo de situações recorrentes e críticas observadas no ambiente profissional**, como atrasos frequentes na entrega de resultados de exames, alto número de desmarcações e faltas nas consultas agendadas e dificuldade de monitorização de reclamações dos utentes.
2. **Identificação de fragilidades operacionais** não refletidas nos documentos consultados ou na literatura revisada, especialmente no que se refere ao controlo das desmarcações por parte do serviço ou do utente, no acompanhamento da percepção do utente e no fluxo da entrega dos resultados dos exames.
3. **Proposição de indicadores com base na prática**, utilizando como critérios: pertinência observada na rotina do serviço, capacidade de mensuração por meio de dados simples (ex: agendas, prontuários, registos eletrónicos) e relevância para a melhoria da qualidade do atendimento.
4. **Registo técnico dos indicadores propostos**, com redação preliminar, fundamentação empírica e descrição do modo de mensuração ideal, com vistas à futura validação.

Dessa análise emergiram indicadores como: taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente ou do serviço; taxa de reclamações formais; taxa de atraso na entrega de resultados de exames; e taxa de absentismo nas consultas agendadas. Esses indicadores representam dimensões operacionais diretamente vivenciadas pela pesquisadora e que, embora ainda pouco exploradas na literatura científica, possuem alto potencial de impacto sobre a qualidade do cuidado ambulatorial.

A inclusão desses elementos amplia a abrangência da pesquisa, tornando a matriz inicial mais coerente com a realidade dos serviços e preparando o terreno para o processo de validação formal com especialistas.

## **4 Procedimentos metodológicos (segunda etapa) – Método Delphi**

Nesta segunda etapa, foi aplicado o método Delphi, instrumento metodológico amplamente reconhecido na literatura para a obtenção de consenso entre especialistas por meio de rondas sucessivas de avaliação estruturada (Keeney *et al.*, 2011). Pereira (2021), apresenta o Delphi como uma ferramenta robusta no processo de validação de instrumentos na área da saúde, destacando a sua utilidade na construção coletiva do conhecimento. Essa fase teve carácter validativo, orientada à análise de relevância, clareza e aplicabilidade dos indicadores previamente identificados. O método adotado nesta etapa é classificado como estudo descritivo de abordagem qualitativa, voltado à construção de conhecimento a partir da expertise técnica dos participantes.

O delineamento proposto permite, portanto, integrar análise documental sistemática e validação consensual por painel de especialistas, conforme as boas práticas na elaboração e validação de indicadores da qualidade no contexto da saúde.

### **4.1 Amostra**

A amostra do estudo, correspondente à segunda fase da investigação (método Delphi), foi composta por um grupo intencional de especialistas com reconhecida experiência na área da gestão e avaliação da qualidade em serviços hospitalares e segurança do utente, diretores de serviço, mestres e doutores em enfermagem e professores universitários. A seleção dos participantes foi realizada por amostragem não probabilística do tipo intencional, considerando critérios de expertise previamente definidos, como: atuação comprovada em instituições de saúde ou ensino superior, e experiência em projetos ou publicações relacionadas com a qualidade em saúde, indicadores de desempenho ou avaliação de tecnologias em saúde.

Os especialistas foram identificados a partir de publicações científicas, eventos académicos e redes profissionais como o LinkedIn, com base em sua experiência comprovada em gestão da qualidade hospitalar. Após essa identificação, foram convidados individualmente via mensagem nas redes sociais profissionais ou e-mail pessoal, quando disponível publicamente. Não houve envolvimento direto de qualquer que seja a instituição na execução do estudo, sendo o recrutamento feito de forma independente pela investigadora. O número de especialistas foi definido segundo as boas práticas metodológicas do método Delphi, na quantidade de 10 participantes, conforme recomendação da literatura especializada para assegurar diversidade de opiniões e alcançar o consenso (Okoli & Pawlowski, 2004). Entretanto, apesar da relevância da quantidade de participantes fixada, é importante mencionar que apenas 8 responderam na primeira ronda e 5 responderam na segunda ronda.

## 4.2 Método de recolha dos dados

Para esta segunda etapa do estudo, correspondente à aplicação do método Delphi, foi elaborado um questionário estruturado com base nos indicadores previamente identificados na *scoping review* e na pesquisa documental, bem como na de campo. O instrumento foi submetido a um painel de especialistas, em formato digital, por meio da plataforma Google Forms, respeitando os princípios de acessibilidade e confidencialidade.

O questionário foi constituído por uma lista de indicadores, os quais foram avaliados individualmente pelos especialistas, com base numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (nada relevante) a 5 (totalmente relevante). Houve espaço para comentários livres, nos quais os peritos puderam sugerir reformulações, exclusões ou inclusões de novos indicadores.

O processo foi conduzido em rondas sucessivas. Após cada ronda, foi realizada uma análise descritiva das respostas, sendo os resultados devolvidos ao grupo para nova apreciação (*feedback* controlado), conforme os pressupostos do método Delphi. O número total de rondas foi determinado com base na estabilidade das respostas, tendo sido efetuadas duas rondas (ver apêndice IV).

## 4.3 Análise dos dados obtidos

Os dados obtidos por meio do método Delphi foram analisados quantitativamente e qualitativamente. O grau de consenso entre os especialistas foi aferido com base no percentual de concordância. Foi considerado alcançado o consenso quando, no mínimo, 75% dos participantes atribuíram pontuações iguais ou superiores a 4 (muito relevante) em cada item avaliado (Diamond *et al.*, 2014).

A análise qualitativa foi realizada a partir dos comentários abertos fornecidos pelos especialistas em cada ronda, mediante análise de conteúdo temática, permitindo refinar a redação dos indicadores ou propor novos, com base nas contribuições espontâneas.

A análise dos dados obtidos na segunda fase da investigação, correspondente à aplicação do método Delphi, foi realizada por meio de abordagem quantitativa e qualitativa, com o apoio do software Microsoft Excel.

Do ponto de vista quantitativo, os dados das escalas de tipo *Likert* (variando de 1 a 5 pontos) foram organizados em uma matriz, na qual cada linha correspondeu a um especialista e cada coluna representou um indicador avaliado.

Além disso, foi calculado o percentual de consenso entre os especialistas para cada indicador, considerando-se como critério de consenso mínimo o valor de 75% de respostas iguais ou superiores a 4 na escala (4 = muito relevante; 5 = totalmente relevante). Este cálculo

foi realizado utilizando a função de contagem condicional do Excel (=CONT.SE), dividida pelo total de respostas válidas.

Já a análise qualitativa foi aplicada às respostas abertas disponibilizadas pelos especialistas ao final de cada ronda Delphi. Esses comentários foram organizados em uma folha específica, classificando-se cada observação conforme o número do especialista, o indicador relacionado e o conteúdo textual da sugestão. As contribuições foram agrupadas manualmente em categorias temáticas (como sugestões de reformulação, pedidos de exclusão, críticas à clareza ou à duplicidade), permitindo a identificação de padrões e ajustes necessários nos indicadores entre as rondas.

Esse tratamento misto dos dados visa não apenas quantificar o grau de concordância entre os participantes, mas também captar nuances e sugestões que promovam o aperfeiçoamento dos indicadores, respeitando os fundamentos metodológicos do método Delphi e assegurando a validade do instrumento a ser proposto.

É válido ressaltar que para assegurar a coerência entre os objetivos definidos e as estratégias metodológicas adotadas, cada objetivo específico foi diretamente relacionado aos procedimentos desenvolvidos ao longo da investigação. O primeiro objetivo específico, que consistiu em identificar e mapear os principais indicadores da qualidade utilizados em hospitais e serviços de saúde, com foco em hospitais em regime de ambulatório, foi operacionalizado na primeira etapa metodológica, por meio de uma *scoping review* fundamentada na metodologia proposta pelo JBI, complementada pela análise documental de manuais institucionais e pela incorporação da experiência profissional da pesquisadora em contexto assistencial. Essa combinação de estratégias possibilitou mapear, sistematizar e refinar os indicadores descritos tanto na literatura científica quanto na prática institucional. Já o segundo objetivo específico, que visou construir e validar uma proposta de indicadores da qualidade ajustados às especificidades de um hospital em regime de ambulatório, foi desenvolvido na segunda etapa metodológica, a partir da aplicação do método Delphi junto a especialistas na área de gestão da qualidade em saúde. Esse processo permitiu avaliar a relevância, clareza, aplicabilidade e exequibilidade dos indicadores, culminando na validação do conjunto final apresentado nos resultados do estudo.



## 5 Resultados da pesquisa

### 5.1 Resultados da primeira etapa

Os resultados obtidos a partir das buscas realizadas nas fontes de dados revelaram uma grande variação na pertinência temática e na disponibilidade de acesso aos textos completos. O processo de triagem seguiu rigorosamente os critérios de elegibilidade definidos previamente, sendo eles: (1) idioma (português ou inglês); (2) tipo de documento (apenas artigos científicos); e (3) relevância direta da temática em relação à identificação e validação de indicadores da qualidade em hospitais em regime de ambulatório.

Na PubMed, foram recuperados 6 estudos com base na equação de busca aplicada. Destes, apenas 3 estavam disponíveis para leitura completa. No entanto, após análise do conteúdo, nenhum dos artigos acessados apresentou relação direta ou indireta com a temática central da pesquisa, o que levou à exclusão integral dos trabalhos dessa base.

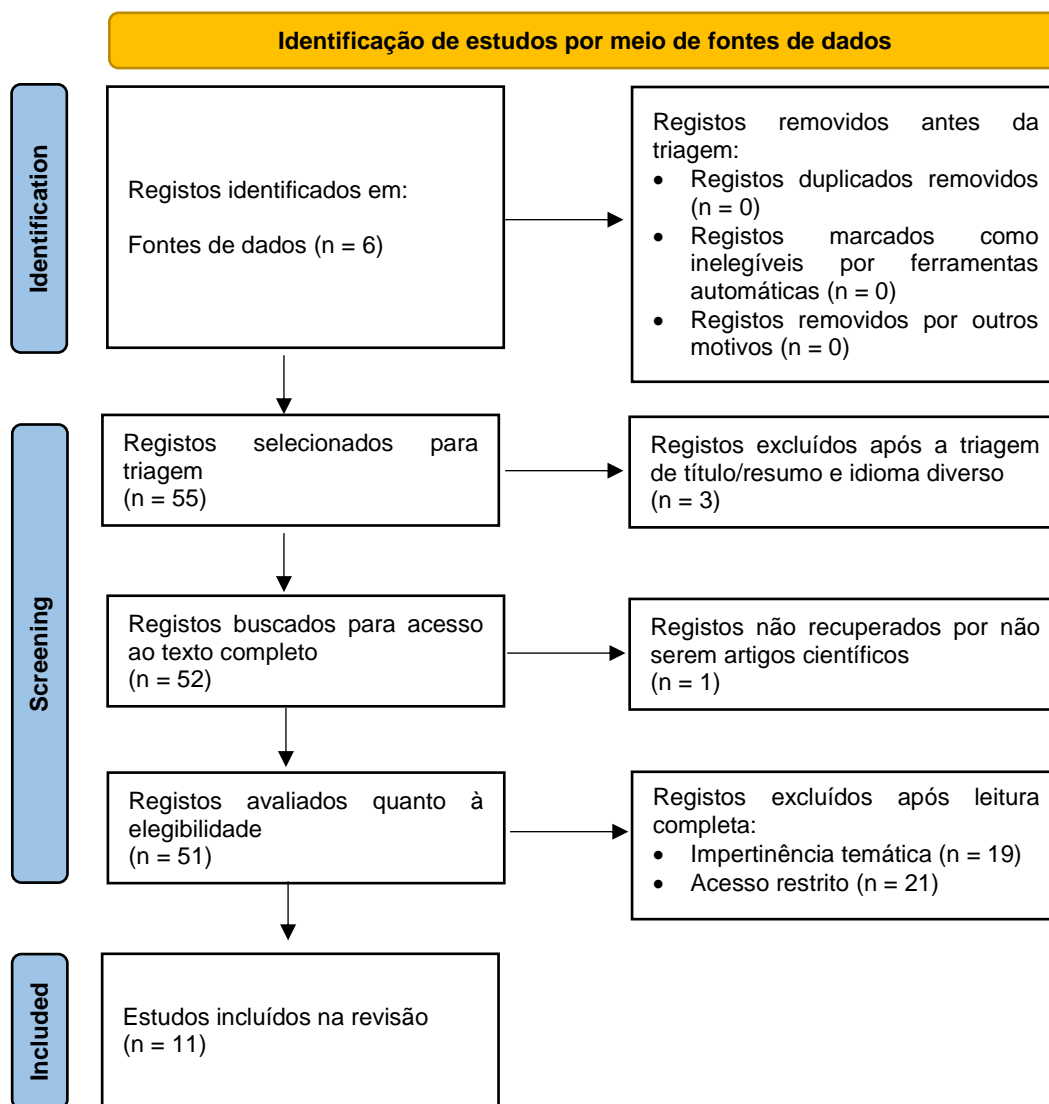
Na Web of Science, foram identificados 3 artigos. Dois deles estavam disponíveis para leitura completa, mas 1 encontrava-se em alemão, idioma não incluído no âmbito desta revisão, mas nenhum artigo foi considerado elegível, pois, embora esteja em inglês, não apresenta relação direta com a questão de pesquisa.

A base Scopus retornou 22 estudos, dos quais 11 foram acessados com sucesso. Apesar disso, nenhum dos trabalhos analisados apresentou alinhamento temático com os objetivos desta revisão, resultando, portanto, na exclusão total dos estudos provenientes desta fonte.

Na EBSCOhost, foram recuperados 20 artigos. Desses, 16 foram acessados integralmente, mas 2 estavam em línguas não compatíveis com os critérios de inclusão (alemão e ucraniano). Após análise do conteúdo, 10 artigos foram incluídos, por atenderem aos critérios de idioma, tipo de documento e relevância temática.

No caso da LILACS, a equação completa de busca apresentou restrições técnicas, e apenas 4 estudos foram recuperados. Dentre os 2 acessados, um tratava-se de dissertação e foi excluído. O outro, por estar em português e apresentar relação direta com o tema da revisão, foi incluído.

Por fim, a plataforma B-on não permitiu a utilização de operadores booleanos ou filtros refinados, o que impossibilitou a execução da busca de forma estruturada e replicável. Por essa razão, os dados recuperados nesta fonte não foram incluídos na análise final.



**Figura 5.1.** Resultados das buscas nas fontes de dados

Fonte: Page *et al.* (2021).

A Figura 5.1 descreve o processo de seleção dos estudos incluídos na *scoping review*, de acordo com o PRISMA-ScR. As buscas abrangeram quatro bases de dados, PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS, e dois portais/agregadores, EBSCOhost (com acesso a múltiplas bases assinadas pela instituição) e B-on (ponto de acesso a coleções de texto completo). No total, 55 registros foram identificados como potencialmente relevantes e submetidos a triagem com base em critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Não houve exclusões por duplicação ( $n = 0$ ). Na sequência, 21 registros foram excluídos por acesso restrito ao texto integral. Entre os registros com acesso, 3 foram excluídos por idioma diferente do português ou inglês. Dos restantes, 1 registro foi excluído por se tratar de dissertação (não artigo científico) e 19 por impertinência temática.

Ao final do processo, 11 artigos científicos cumpriram os critérios de elegibilidade (idioma, tipo documental e pertinência) e foram incluídos na revisão. A Figura 5.1 evidencia a relevância da aplicação criteriosa dos filtros de elegibilidade para assegurar consistência metodológica e relevância científica dos estudos analisados.

Esses estudos, que serão detalhadamente analisados na próxima seção, constituem a base empírica para a construção e validação dos indicadores propostos neste trabalho. Em resumo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi possível identificar um conjunto de artigos científicos relevantes que contribuem para o mapeamento e compreensão dos indicadores da qualidade utilizados em contextos hospitalares ambulatoriais.

## 5.2 Discussão dos resultados da primeira etapa

A *scoping review* permitiu mapear, de modo sistemático, um conjunto de indicadores de qualidade aplicáveis ao contexto de hospitais em regime de ambulatório, evidenciando quatro eixos analíticos recorrentes: acesso/oportunidade, eficiência/ gestão, segurança do utente e centralidade no utente. Para além da descrição dos achados, a leitura comparada dos estudos mostra que o predomínio de indicadores de estrutura e de resultado converge com a tradição avaliativa inaugurada por Donabedian (estrutura–processo–resultado), na qual a estrutura (por exemplo, tempos de espera) e os resultados observáveis (como satisfação ou eventos adversos) são dimensões particularmente sensíveis à melhoria contínua (Donabedian, 1988). Em paralelo, as seis dimensões da qualidade propostas pelo *Institute of Medicine*, segurança, efetividade, centralidade no utente, oportunidade, eficiência e equidade, oferecem um quadro normativo que ajuda a interpretar a utilidade dos indicadores encontrados e a identificar áreas ainda sub-representadas (IOM, 2001).

No domínio acesso/oportunidade, os estudos reforçam a centralidade dos tempos de espera para agendamento de consultas e exames de diagnóstico, bem como o intervalo de tempo até o atendimento eletivo efetivado — indicadores que se mostraram consistentes em diferentes cenários e fontes de dados e que mantêm aderência explícita às metas de acesso oportuno (McHugh *et al.*, 2016; Mukai *et al.*, 2016; Schüttig *et al.*, 2022). Em efetividade/gestão, ganham relevo a taxa de ocupação de agendas/recursos, a taxa de repetição de exames e a taxa de absentismo em serviço ambulatório todos sensíveis à racionalização de fluxos e ao uso adequado de capacidade instalada (Gumpert & Reese, 2019; Maun *et al.*, 2015; Moretto *et al.*, 2020). Em segurança, destacam-se medições de eventos adversos (por exemplo, reações ao contraste) e de cultura de segurança, com ênfase para domínios como resposta não punitiva ao erro, trabalho em equipa e comunicação aberta (Mallouli *et al.*, 2017). Por fim, em centralidade no utente, sobressai a satisfação, reconhecida como útil para captar a percepção e o engajamento, ainda que suscetível a vieses de

mensuração e necessitando de indicadores complementares de resolução e tempo de resposta (McHugh *et al.*, 2016; Moretto *et al.*, 2020).

Observam-se padrões recorrentes nos contextos empíricos: estudos em sistemas europeus e asiáticos mostram forte aposta em sistemas de informação e em painéis de indicadores multiusuários, facilitando comparações e círculos de qualidade (Gumpert & Reese, 2019; Mukai *et al.*, 2016; Schüttig *et al.*, 2022; Wang *et al.*, 2024). Em países da OECD, a maior participação de médicos na governança aparece positivamente associada à maturidade dos sistemas de gestão da qualidade (Rotar *et al.*, 2016). Em contextos norte-americanos, indicadores de condições sensíveis à atenção ambulatorial são empregados como *proxy* de acesso e efetividade do cuidado primário, com impacto em hospitalizações evitáveis (Mortensen & Hu, 2018). Já experiências australianas ilustram o esforço de uniformização de conjuntos mínimos de dados para serviços de contacto primário, combinando métricas de processo e desfecho, além de medidas relatadas pelos utentes (Moretto *et al.*, 2020).

A revisão também evidencia lacunas importantes. Em primeiro lugar, nota-se heterogeneidade na definição operacional de vários indicadores (por exemplo, distintas formas de mensurar ocupação/absentismo), o que dificulta comparabilidade e *benchmarking* entre serviços. Em segundo, há escassez de validações formais de conteúdo e de construto para indicadores ambulatoriais, facto que justifica a etapa de validação por especialistas. Em terceiro, dimensões como equidade e coordenação do cuidado (p. ex., integração entre níveis e continuidade pós-exame) aparecem menos desenvolvidas na literatura do que segurança e efetividade, apesar de serem centrais no quadro do IOM (2001). Por fim, alguns estudos apontam viés de mensuração em satisfação e reclamações, recomendando o acoplamento de métricas de tempo de resposta e taxa de resolução para mitigar limitações (Mallouli *et al.*, 2017; McHugh *et al.*, 2016).

Quando confrontados com os referenciais teóricos, os achados mostram boa aderência ao modelo de Donabedian (1988, 2005), com concentração de variáveis em estrutura (tempos de espera e desmarcações), resultado (repetição de exames, satisfação, eventos adversos) e processo (taxa de prescrição de medicamentos, registos em prontuário). Do ponto de vista normativo, a distribuição dos indicadores alinha-se de forma desigual às seis dimensões do IOM: há forte presença de efetividade, acesso e segurança, crescimento de centralidade no utente, e menor cobertura de equidade. Esse panorama dialoga com a prática institucional observada em manuais e *toolkits* de indicadores (UNIPLUS; SINHA), que também priorizam processos críticos de acesso, efetividade e segurança, além de métricas de experiência do utente, evidência de que a literatura científica e os documentos institucionais caminham em direção convergente.

Em termos de pertinência para o estudo, os indicadores identificados revelaram elevada aplicabilidade ao contexto ambulatorial hospitalar, funcionando como base concreta para a construção do instrumento de validação com especialistas. A seleção priorizou itens com clareza conceitual, viabilidade de mensuração (dados existentes em prontuários, agendas e sistemas) e potencial de melhoria gerencial, assegurando coerência com os objetivos da pesquisa, a lista consolidada dos indicadores selecionados consta no Apêndice II. Essa matriz inicial, consolidada pela *scoping review* e refinada por documentação institucional e experiência de campo, sustentou a etapa Delphi, na qual relevância, aplicabilidade e exequibilidade foram testadas em painéis especializados.

Em síntese, a *scoping review* aprofundou o conhecimento sobre indicadores de qualidade no contexto ambulatorial, delimitou um núcleo robusto de métricas prioritárias e expôs lacunas que orientam investigações futuras, como padronização por fichas técnicas (definição, fórmula, fonte, periodicidade e meta), maior ênfase em equidade/coordenação e estudos de validação e acurácia em diferentes contextos institucionais (ver apêndice V). Esses resultados fundamentam a fase subsequente do estudo, dedicada à validação por especialistas, e contribuem para a evolução de práticas avaliativas mais consistentes, comparáveis e centradas no utente.

### **5.3 Resultados da segunda etapa**

A segunda etapa que consistiu no método Delphi teve como objetivo avaliar a relevância, clareza, aplicabilidade e exequibilidade dos indicadores da qualidade selecionados para o contexto de hospitais em regime de ambulatório. Para isso, foi elaborado um questionário com 13 indicadores, previamente mapeados por meio da *scoping review*, pesquisa documental e experiência profissional da pesquisadora.

O questionário foi encaminhado a um grupo de especialistas previamente selecionados com base em critérios de experiência na área da saúde, especialmente em gestão e assistência ambulatorial. A participação foi voluntária, garantindo-se o sigilo e anonimato das respostas.

Os participantes avaliaram cada indicador utilizando uma escala de Likert de 1 a 5, onde:

- (1) Nada relevante
- (2) Pouco relevante
- (3) Razoavelmente relevante
- (4) Muito relevante
- (5) Totalmente relevante

Além da avaliação quantitativa, também foi solicitado aos especialistas que incluíssem comentários qualitativos, com sugestões de ajustes ou nova redação, caso julgassem necessário.

A análise dos dados envolveu as contribuições qualitativas, que permitiram identificar sugestões relevantes para aprimoramento dos indicadores. Os resultados obtidos na primeira ronda serviram como base para a construção do questionário da segunda ronda, cuja finalidade foi refinar os indicadores e buscar maior consenso entre os participantes, conforme previsto na metodologia Delphi.

### 5.3.1 Resultados após a primeira ronda

A primeira ronda do método Delphi teve como objetivo avaliar a relevância, clareza, aplicabilidade e exequibilidade de treze indicadores de qualidade voltados à monitorização da atenção ambulatorial em hospitais. O questionário foi encaminhado por e-mail a um grupo previamente selecionado de especialistas, sendo obtidas respostas de oito participantes, o que representa 80% da amostra inicialmente pretendida. Apesar de dois convidados não terem retornado no prazo estipulado, a literatura que fundamenta o método Delphi indica que a participação de sete a quinze especialistas é suficiente para garantir a validade e robustez das análises, especialmente quando há consenso estabelecido de forma clara.

Para esta primeira ronda, adotou-se como critério de validação o alcance de, no mínimo, 75% de avaliações com notas “4” (muito relevante) ou “5” (totalmente relevante), em uma escala de *Likert* de cinco pontos. Os indicadores que atingiram esse patamar foram considerados validados.

#### **Síntese quantitativa (n = 8)**

- **Validados (11/13):** atingiram  $\geq 75\%$  de notas 4–5.
- **Sem consenso (2/13):** não atingiram o limiar de 75%.

- **Novos indicadores sugeridos pelos especialistas:** 3 propostas de novos indicadores foram levadas à 2ª ronda.

Aqueles que ficaram abaixo desse limiar foram classificados como “sem consenso” e foram reapresentados na segunda ronda, com eventuais ajustes e baseados nas contribuições qualitativas dos especialistas.

**Tabela 5.1.** Resultados da Primeira Ronda

<b>INDICADOR</b>	<b>% NOTAS ≥4</b>	<b>STATUS NA 1º RONDA</b>
Tempo de espera para agendamento de exames de diagnóstico	<b>100%</b>	<b>Validado</b>
Tempo de espera para agendamento de consulta médica de especialidades	<b>100%</b>	<b>Validado</b>
Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatório	<b>100%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de repetição de exames	<b>100%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do serviço	<b>87,5%</b>	<b>Validado</b>
Satisfação geral do utente	<b>87,5%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de atraso na entrega de resultados de exames de diagnóstico	<b>87,5%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de absentismo nas consultas agendadas	<b>87,5%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatório	<b>87,5%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem	<b>75%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de reclamações	<b>75%</b>	<b>Validado</b>
Taxa de absentismo em serviço ambulatório	<b>62,5%</b>	<b>Sem consenso</b>
Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente	<b>62,5%</b>	<b>Sem consenso</b>

Fonte: Autoral (2025).

Ao final da análise, observou-se que onze dos treze indicadores atingiram o nível de concordância exigido e, portanto, foram validados. Entre eles, destacam-se os tempos de espera para agendamento de exames e consultas, o tempo de espera no atendimento eletivo ambulatório e a taxa de repetição de exames. Esses indicadores apresentaram percentuais de concordância (notas 4 ou 5) de 100%, o que demonstra forte alinhamento entre os especialistas quanto à sua relevância no contexto ambulatorial.

Por outro lado, dois indicadores não atingiram o critério de validação. A taxa de desmarcações por iniciativa do utente e o indicador nomeado como “taxa de absentismo em serviço ambulatório” ficaram abaixo do consenso. Este último, inclusive, gerou interpretações ambíguas por parte dos especialistas, que questionaram se o indicador se referia ao utente ou à equipa de saúde. Por isso, foi sugerido desmembrar e renomear o indicador,

considerando a criação de uma nova formulação voltada especificamente ao absentismo laboral.

As respostas abertas reforçaram a necessidade de ajustes em alguns itens. Um dos especialistas sugeriu, por exemplo, a inclusão de um indicador específico para medir a taxa de confirmação de consultas, considerando sua utilidade para reduzir o absentismo. Outro comentário propôs a criação de um indicador que avalie o percentual de respostas emitidas dentro dos chamados Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), o que reforça a dimensão da oportunidade e a responsabilidade institucional. E por fim, foi também sugerido um novo indicador com enfoque financeiro denominado “Taxa de conversão de consultas em procedimentos”.

Com base nesses apontamentos, foram selecionados cinco indicadores a serem inseridos na segunda ronda: (1) taxa de confirmação de consultas; (2) taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio; (3) taxa de respostas dentro dos TMRG; (4) taxa de conversão de consultas em procedimentos; e (5) taxa de rotatividade de recursos humanos. Esses novos itens foram acompanhados por definições operacionais claras e foram submetidos à mesma escala de avaliação para verificação de consenso.

Dessa forma, a segunda ronda incluiu dois indicadores que não alcançaram o consenso na primeira aplicação e foram reformulados para a segunda ronda e três novos itens sugeridos pelos especialistas, perfazendo um total de cinco indicadores a serem reavaliados. Nesse sentido, com as reformulações realizadas e a apresentação dos comentários consolidados da primeira fase, é possível alcançar maior convergência entre os participantes do painel e validar um conjunto final de indicadores robustos, aplicáveis e representativos da qualidade na atenção ambulatorial.

### 5.3.2 Resultados após a segunda ronda

A segunda ronda do método Delphi teve como objetivo avaliar os cinco indicadores propostos a partir das sugestões dos especialistas ao final da primeira ronda. Responderam a essa etapa cinco profissionais da área da saúde, número inferior ao ideal inicialmente previsto, mas ainda assim suficiente para assegurar a continuidade do estudo, tendo em vista a qualificação dos participantes e a consistência das análises, conforme recomendações metodológicas do próprio modelo Delphi.

Os indicadores foram avaliados quanto à sua relevância, utilizando a mesma escala da etapa anterior, variando de 1 (nada relevante) a 5 (totalmente relevante). Para fins de validação, estabeleceu-se o critério de consenso mínimo de 75% das respostas concentradas nas opções 4 ou 5.

Dos cinco indicadores apresentados, quatro atingiram o consenso mínimo exigido, sendo, portanto, considerados validados para compor a proposta final do estudo. São eles:

- **Indicador 1 – Taxa de confirmação de consultas:** obteve 80% de concordância nas notas mais altas. Os especialistas reforçaram sua importância para reduzir o absentismo e facilitar o replaneamento da agenda.
- **Indicador 2 – Taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio:** validado com 80% de concordância, foi destacado como relevante para garantir a continuidade e previsibilidade do atendimento ao utente.
- **Indicador 3 – Taxa de respostas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG):** atingiu o percentual de 80% de concordância. Comentários destacaram sua utilidade para monitorizar o acesso em tempo oportuno, com sugestões para melhorar a clareza da nomenclatura.
- **Indicador 5 – Taxa de rotatividade (*turnover*) de recursos humanos:** obteve 80% de notas 4 ou 5, sendo validado como reflexo da estabilidade das equipas e da qualidade do ambiente organizacional.

O único indicador que não atingiu consenso foi o Indicador 4 – Taxa de conversão de consultas em procedimentos, que obteve apenas 40% de avaliações nas categorias superiores. Os especialistas indicaram que o conceito é ambíguo, varia conforme o tipo de ambulatorio e carece de definição operacional mais clara. Algumas respostas sugeriram que o indicador seja reformulado ou substituído por medidas que avaliem diretamente a realização de procedimentos em contextos ambulatorios.

**Tabela 5.2.** Resultados da Segunda Ronda

INDICADOR	% NOTAS ≥4	STATUS
Taxa de confirmação de consultas	80%	Validado
Taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio	80%	Validado
Taxa de respostas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)	80%	Validado
Taxa de rotatividade ( <i>turnover</i> ) de recursos humanos	80%	Validado
Taxa de conversão de consultas em procedimentos	40%	Sem consenso

Fonte: Autoral (2025).

Além dos dados quantitativos, os comentários qualitativos fornecidos pelos especialistas foram ricos em sugestões terminológicas, ajustes conceituais e recomendações práticas sobre a aplicabilidade dos indicadores nas realidades ambulatoriais. Destacaram-se

apontamentos sobre a necessidade de uniformizar expressões como “absentismo” e “*turnover*”, além de esclarecer a definição operacional de indicadores mais complexos, como os relacionados aos tempos máximos de resposta ou à conversão de consultas em procedimentos. Os especialistas demonstraram atenção à viabilidade de mensuração e à capacidade dos indicadores de capturar nuances do cuidado ambulatorio com precisão e relevância. Essas contribuições reforçam o caráter dialógico e participativo do método Delphi, enriquecendo o processo de validação com perspectivas práticas e refinamento técnico.

Com base nesses resultados, os quatro indicadores validados foram incorporados ao conjunto final da proposta, enquanto o quinto foi excluído e poderá ser reformulado em estudos futuros.

#### **5.4 Discussão dos resultados da segunda etapa**

Os resultados da segunda etapa mostram alta convergência entre o julgamento dos especialistas e os achados da *scoping review*: foram validados indicadores diretamente associados a acesso/oportunidade e efetividade — tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorio, tempos de espera para agendamento de consultas e exames, taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio e taxa de rotatividade de recursos humanos. Esse padrão de validação é coerente com a literatura que prioriza tempos de acesso, estabilidade de equipas e fluxos assistenciais como vetores de qualidade mensurável em ambiente ambulatorial (Maun *et al.*, 2015; McHugh *et al.*, 2016; Moretto *et al.*, 2020; Schüttig *et al.*, 2022). Em termos de referencial, a ênfase em estrutura (p. ex., confirmação de consultas, taxa de atraso na entrega de resultados de exame, TMRG) e resultado organizacional (p. ex., satisfação do utente e taxa de reclamações) está alinhada ao modelo estrutura–processo–resultado de Donabedian e às dimensões de qualidade do IOM, especialmente acesso, efetividade e centralidade no utente (Donabedian, 1988, 2005; IOM, 2001).

No diálogo com a revisão, observam-se pontos de concordância marcantes. Indicadores de acesso (confirmação de consultas; taxa de desmarcações, TMRG) reforçam o lugar central dos tempos de espera e da responsividade na literatura, temas recorrentes em conjuntos de métricas e painéis de indicadores. (Moretto *et al.*, 2020; Schüttig *et al.*, 2022). Em efetividade, a validação de absentismo laboral e *turnover* confirma a percepção de que disponibilidade e estabilidade da força de trabalho condicionam a previsibilidade do cuidado, a continuidade e a experiência do utente; esse nexos entre organização do trabalho e maturidade da gestão da qualidade dialoga com evidências sobre governança clínica e envolvimento profissional (Rotar *et al.*, 2016). Em contraste, a “conversão de consultas em procedimentos” é um exemplo de indicador que não alcançou consenso, sobretudo por ambiguidade conceitual e variabilidade contextual entre serviços. A literatura privilegia

indicadores com definição operacional padronizada e dados rotineiros rastreáveis (Donabedian, 2005; Moretto *et al.*, 2020), enquanto a conversão depende do perfil do ambulatório, do *mix* de oferta e de critérios clínico-assistenciais heterogêneos, fatores que explicam a dificuldade de consenso.

Quanto à aplicabilidade prática, todos os indicadores validados apresentam viabilidade imediata com registros de rotina (agenda, sistemas de marcação, RH) e potencial direto de melhoria contínua. Como exemplo: a confirmação de consultas atua sobre faltas e ociosidade de agenda; o TMRG operacionaliza metas temporais e contratualização; absentismo laboral e *turnover* apoiam dimensionamento, retenção e continuidade do cuidado (IOM, 2001; Maun *et al.*, 2015; McHugh *et al.*, 2016). Adicionalmente, a articulação com segurança e experiência é indireta, mas relevante: equipas estáveis e respostas no prazo tendem a reduzir retrabalho e aumentar satisfação (Mallouli *et al.*, 2017; McHugh *et al.*, 2016). Para os indicadores não consensuais, a literatura e o próprio referencial indicam a necessidade de ficha técnica (denominador, janela temporal, aplicabilidade por especialidade) antes de nova tentativa de uso (Donabedian, 2005; Moretto *et al.*, 2020).

A utilização do método Delphi mostrou-se adequada ao propósito de validação coletiva, permitindo a iteração entre os participantes e a incorporação progressiva de sugestões. Embora a literatura aponte 80% como índice de concordância ideal, optou-se por adotar 75% em razão do número reduzido de participantes (n=8, em vez dos 10 recomendados), de modo que o limiar de seis respondentes assegurasse viabilidade analítica sem comprometer a robustez do consenso. Ainda assim, o processo manteve o rigor metodológico ao consolidar os julgamentos, aprimorar as definições e testar a estabilidade das avaliações. Entre as limitações, destacam-se o tamanho do painel e a possibilidade de interpretação ambígua de itens menos consolidados, como a taxa de conversão. Contudo, essas limitações foram mitigadas por ajustes redacionais, uso de critérios claros de validação e inclusão de comentários explicativos entre as etapas.

Como desdobramentos, recomendam-se: (i) a adoção das fichas técnicas com definição, fórmula, fonte, periodicidade e meta (ver Apêndice 5); (ii) a incorporação dos indicadores validados em *dashboards* e contratos-programa institucionais; (iii) a avaliação da sensibilidade dos indicadores após ciclos PDSA de melhoria contínua; (iv) a reformulação ou substituição do indicador de conversão de consultas; e (v) a inclusão progressiva de métricas voltadas à equidade e coordenação do cuidado, ainda pouco representadas no conjunto atual, mas essenciais para a completude da avaliação da qualidade em serviços ambulatoriais (IOM, 2001).



## Conclusão

A qualidade dos serviços prestados em hospitais em regime de ambulatório configura-se como uma dimensão estratégica para os sistemas de saúde, sobretudo em um contexto de transição epidemiológica, envelhecimento populacional e racionalização de recursos. Apesar disso, constata-se uma lacuna significativa na produção científica e nas práticas de gestão quanto à existência de conjuntos validados de indicadores da qualidade adaptados à realidade ambulatorial hospitalar, a qual apresenta fluxos assistenciais, tempos de resposta e necessidades organizacionais distintas dos contextos de internação. Diante dessa problemática, esta dissertação teve como objetivo geral validar um conjunto de indicadores da qualidade que possam ser implementados num hospital em regime de ambulatório, atendendo às especificidades desse nível de atenção.

Esse objetivo foi integralmente alcançado por meio de um percurso metodológico rigoroso e estruturado em duas etapas principais. A primeira, voltada ao mapeamento e identificação dos principais indicadores da qualidade utilizados em hospitais e serviços de saúde com foco em ambulatórios, corresponde ao primeiro objetivo específico. A metodologia empregada – *scoping review* orientada pelo JBI – permitiu a análise de 11 estudos selecionados a partir de fontes nacionais e internacionais (*PubMed*, *Scopus*, *Web of Science*, EBSCOhost, LILACS e B-on), no período de 2015 a 2025. Essa etapa revelou uma diversidade de indicadores, com destaque para os voltados à avaliação do tempo de espera, satisfação dos utentes e ocorrência de eventos adversos. No entanto, observou-se que a maioria dos estudos não realiza processos formais de validação e apresenta fragilidades na definição operacional dos indicadores, comprometendo sua reprodutibilidade e aplicabilidade.

A segunda etapa da pesquisa corresponde ao segundo objetivo específico, voltado à construção e validação de uma proposta de indicadores ajustada à realidade ambulatorial hospitalar. A partir da triangulação entre os achados da revisão, documentos institucionais relevantes (Manual Técnico da UNIPLUS e Documento Técnico SINHA), e a experiência prática da pesquisadora, foi elaborada uma matriz inicial com 13 indicadores, classificados conforme a tipologia de estrutura, processo e resultado, e alinhados às dimensões da qualidade propostas pelo *Institute of Medicine* (IOM) e pela Organização Mundial da Saúde (WHO), como acesso, efetividade, segurança e centralidade no utente.

Para a validação dessa proposta, aplicou-se o método Delphi, em duas rondas. Na primeira ronda, participaram 8 especialistas com experiência em gestão, qualidade e assistência ambulatorial. Cada indicador foi avaliado quanto à sua pertinência e clareza, com base em uma escala de 1 a 5. Consideraram-se validados os indicadores que obtiveram pelo menos 75% de concordância entre os especialistas (notas 4 ou 5). Nessa fase, 11 indicadores foram validados, enquanto 2 não atingiram o consenso necessário: a "taxa de desmarcações

de consultas por iniciativa do utente" e a "taxa de absentismo em serviço ambulatorio". Paralelamente, os especialistas sugeriram a inclusão de novos indicadores, considerando aspetos ainda não contemplados pela matriz inicial.

Na segunda ronda, com a participação de 5 especialistas, foram rerepresentados de forma reformulada os dois indicadores não validados e três novos propostos pelos especialistas. Desses cinco indicadores, quatro foram validados: a "taxa de confirmação de consultas", a "taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio", a "taxa de respostas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)" e a "taxa de rotatividade de recursos humanos". O indicador que não atingiu consenso na segunda ronda foi a "taxa de conversão de consultas em procedimentos" que, embora considerado pertinente, apresentou baixa clareza e divergência quanto à sua viabilidade de mensuração.

Como resultado final, esta dissertação valida um conjunto robusto de 15 indicadores da qualidade, organizados conforme a tipologia estrutura-processo-resultado: I) tempo de espera para agendamento de exames de diagnóstico (estrutura); II) tempo de espera para agendamento de consulta médica de especialidades (estrutura); III) tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorio (estrutura); IV) taxa de repetição de exames (estrutura); V) taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do serviço (estrutura); VI) satisfação geral do utente (resultado); VII) taxa de atraso na entrega de resultados de exames de diagnóstico (estrutura); VIII) taxa de absentismo nas consultas agendadas (estrutura); IX) taxa de reações adversas por contraste em exames de imagem (resultado); X) taxa de reclamações (resultado); XI) taxa de confirmação de consultas (estrutura); XII) taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio (estrutura); XIII) taxa de respostas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) (estrutura); XIV) taxa de rotatividade de recursos humanos (*turnover*) (estrutura); XV) taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorio (resultado).

Mesmo com a limitação do número de especialistas, inferior ao ideal para o método Delphi, assegura-se a consistência metodológica por meio de critérios rigorosos de consenso, análise estatística simples e validação cruzada dos dados. A qualificação técnica dos especialistas convidados também confere robustez aos resultados obtidos. O estudo se destaca por ser uma das primeiras propostas de validação formal de indicadores voltados exclusivamente ao ambiente ambulatorial hospitalar, preenchendo uma lacuna metodológica ainda pouco explorada.

Do ponto de vista prático, os indicadores validados oferecem uma ferramenta concreta para monitorização contínua da qualidade, podendo ser incorporados a painéis de gestão hospitalar, contratos-programa, protocolos institucionais, acreditação de serviços e sistemas de informação gerencial. A padronização das definições operacionais – em fase de desenvolvimento por meio de fichas técnicas, conforme Apêndice V – contribuirá para a reprodutibilidade e aplicabilidade dos indicadores em diferentes instituições de saúde.

Entre as limitações do estudo, além da dimensão reduzida do painel Delphi, destaca-se o potencial viés de interpretação de alguns conceitos, o que não compromete a validade dos resultados, mas sinaliza a necessidade de testagem prática dos indicadores em ambientes reais de gestão.

Como perspectivas futuras, recomenda-se a aplicação dos indicadores em hospitais com diferentes perfis assistenciais e níveis de complexidade, de modo a verificar sua sensibilidade, viabilidade operacional e impacto nos processos decisórios. Sugere-se, ainda, o aperfeiçoamento das fichas técnicas, a integração com sistemas de informação em saúde, e a incorporação progressiva de dimensões como equidade, coordenação do cuidado e integralidade, ainda pouco exploradas nos modelos de avaliação da qualidade em saúde ambulatorial.

Conclui-se, portanto, que esta dissertação atinge plenamente seu objetivo ao validar um conjunto de 15 indicadores da qualidade aplicáveis ao contexto de hospitais em regime de ambulatório, oferecendo uma contribuição teórica, metodológica e prática de elevada relevância para pesquisadores, gestores e profissionais de saúde comprometidos com a melhoria contínua da qualidade assistencial.

## Referências Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). *AHRQ Quality Indicators*. AHRQ. <https://qualityindicators.ahrq.gov/>.
- Almeida, H. O. C. & Góis, R. M. O. (2020). Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade. *Rev. Adm. Saúde*, 20(81). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.81.244>.
- Beattie, M., Shepherd, A., & Howieson, B. (2013). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? An integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 288–304. <https://doi.org/10.1177/1744987112440568>.
- Bittar, O. J. N. V. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3(12), 21–28. <https://www.researchgate.net/publication/268447084>.
- Brum, B. N. D., Nora, C. R. D., Ramos, A. R., Foppa, L., & Riquinho, D. L. (2025). Quality of outpatient nursing care: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33, e4524. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7028.4524>.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.). (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. (Health Policy Series, No. 53). European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
- Caselles, M. S. (2015). *Mejora del funcionamiento de un hospital de día médico polivalente de un hospital comarcal en base al análisis de indicadores específicos y de los costes de las actividades que en él se realizan* [Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona]. Dipòsit Digital de Documents de la UAB. <https://ddd.uab.cat/record/164362>.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2021). A construção social da Atenção Primária à Saúde: caminhos para a regionalização e cuidado integral. Brasília: CONASS. Disponível em <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*: Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Admin Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.

- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the quality of medical care* [Reprinted from *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3 Pt. 2), 166–203]. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
- Felisberto, E., Brito, R. L., Barca, D. A. A. V., Martins, M. A. F., Oliveira, A. K. N. B. M., Souza, N. C., Pinho, A. P. N. M., Silva Júnior, J.B., & Samico, I. (2018). Evaluation model for developing effective indicators for health surveillance actions in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(3), 653–664. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300011>.
- Gumpert, M., & Reese, J. P. (2019). Quality management systems in the ambulant sector: An analytical comparison of different quality management systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 444. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030444>.
- Hadian, S. A., Rezayatmand, R., Shaarbafchizadeh, N., Ketabi, S., & Pourghaderi, A. R. (2024). Hospital performance evaluation indicators: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 561. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10940-1>
- Institute for Healthcare Improvement. (2023). *Qualidade de todo o sistema: uma abordagem unificada para construir sistemas de saúde responsivos e resilientes (Relatório branco)*. IHI. <https://www.ihl.org>.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Jeyarajasekar, T., & Sivakumar, A. I. (2019). A systems perspective of healthcare quality management. *International Journal of Healthcare Management*, 12(4), 262–270. <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1453966>
- Joanna Briggs Institute. (n.d.). *Scoping reviews – Resources*. Recuperado de <https://jbi.global/scoping-review-network/resources>.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Leão, E. R. (Org.). (2008). *Ficha técnica dos indicadores (Série 20 anos, e-Book 4)*. Yendis Editora.
- Mallouli, M., Tlili, M. A., Aouícha, W., Rejeb, M. B., Zedini, C., Salwa, A., Mtiraoui, A., Dhiab, M. B., & Ajmi, T. (2017). Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 176–182. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw157>.
- Maun, A., Wessman, C., Sundvall, P-D., Thorn, J., & Björkelund, C. (2015). Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. *BMC Health Services Research*, 15, 417. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1082-y>
- McHugh, M., Harvey, J. B., Kang, R., Shi, Y., & Scanlon, D. P. (2016). Community-Level Quality Improvement and the Patient Experience for Chronic Illness Care. *Health Services Research*, 51(1), 76–97. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12315>.

- Moretto, N., Stute, M., Sam, S., Bhaqwat, M., Raymer, M., Buttrum, P., Banks, M., & Comans, T. A. (2020). A uniform data set for determining outcomes in allied health primary contact services in Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 26(1), 58–69. <https://doi.org/10.1071/PY18104>
- Mortensen, K., & Hu, T. (2018). Mandatory Statewide Medicaid Managed Care in Florida and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Health Services Research*, 53(1), 292–308. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12613>.
- Mukai, H., Higashi, T., Sasaki, M., & Sobue, T. (2016). Quality evaluation of medical care for breast cancer in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 110–113. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv109>.
- National Quality Forum. (2019). *Measure evaluation criteria*. National Quality Forum. Retrieved March 19, 2019, from <http://www.qualityforum.org/>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Health care quality indicators*. [https://www.oecd.org/en/publications/health-care-quality-indicators-project\\_481685177056.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-care-quality-indicators-project_481685177056.html).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. OECD Publishing. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
- Okoli, C., & Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15–29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>.
- Oppermann, C. M., Caregnato, R. C. A., & Azambuja, M. S. (2019). Serviços ambulatoriais privados de saúde: conhecendo as ações de prevenção de infecções para a segurança do paciente. *Vigilância Sanitária em Debate*, 7(3), 37–45. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01282>.
- Pan American Health Organization. (2018). *Health indicators: Conceptual and operational considerations*. PAHO. <https://www.paho.org/en/documents/health-indicators-conceptual-and-operational-considerations>
- Parand, A., Dopson, S., Renz, A., & Vincent, C. (2014). The role of hospital managers in quality and patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 4(9), e005055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005055>
- Pavin, A. E., & Trindade, C. E. R. (2013). Indicadores clínicos durante processo de certificação do programa ambulatorial de Diabetes Mellitus. *Revista Acreditação: ACRED*, 3(5), 11–16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5626569>.
- Page, M. T., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lau, M. M., Li, T., Loder, E. W., Wilson, E. M., McDonald, S., ... Moher, D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.
- Pereira, M. G. (2021). Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Atitudes em Relação à Segurança do Paciente. *Saúde e Sociedade*, 30(2), e190866. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qHycQhxWyPnNhdC5LLYjKpk/?lang=pt>.

- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., & Godfrey, C. M. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>.
- Rotar, A. M., Botje, D., Klazinga, N. S., Lombarts, K. M., Groene, O., Sunol, R., & Plochg, T. (2016). The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. *BMC Health Services Research*, 16(Suppl 2), 160. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1396-4>.
- Ruggiero, A. M., & Lolato, G. (Coords.). (2021). *A jornada da acreditação: série 20 anos*. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação.
- Sampath, B., Rakover, J., Baldoza, K., Mate, K., Lenoci-Edwards, J., & Barker, P. (2021). *Whole system quality: A unified approach to building responsive, resilient health care systems* [White paper]. Institute for Healthcare Improvement. <https://www.ihl.org>.
- Santos, H. B. (2016). Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e de satisfação do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 40(0), 98-108. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2669>.
- Schüttig, W., Flemming, R., Mosler, C. H., Leve, V., Reddemann, O., Schultz, A., Brua, E., Brittner, M., Meyer, F., Pollmanns, J., Martin, J., Czihal, T., Stillfries, D., Wilm, S., & Sundmacher, L. (2022). Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. *BMC Health Services Research*, 22, 1015. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08327-1>.
- Sistema Nacional de Indicadores Hospitalares Ambulatoriais. (2015). *Manual de Indicadores Assistenciais para Hospitais Ambulatoriais*. São Paulo: SINHA.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513–559. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>
- Swinglehurst, D., Emmerich, N., Maybin, J., Park, S., & Quilligan, S. (2015). Confronting the quality paradox: Towards new characterisations of 'quality' in contemporary healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 240. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0881-0>.
- Teleki, S. S., Sorbero, M. E. S., Hilborne, L., Lovejoy, S., Bradley, L., Mehrotra, A., & Damberg, C. L. (2007). Performance measurement in the hospital outpatient setting (*RAND Working Paper WR-488-ASPE*). RAND Corporation. [https://www.rand.org/pubs/working\\_papers/WR488.html](https://www.rand.org/pubs/working_papers/WR488.html).
- União Europeia. (2024). *European Core Health Indicators (ECHI)*. [https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi\\_en](https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en).
- UNIPLUS. (2021). *Manual Técnico de Indicadores de Qualidade Assistencial*. Belo Horizonte: UNIPLUS.

- Vituri, D. W., & Matsuda, L. M. (2009). Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, 43(2), 429-437. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200024>.
- Volpato, L. O., & Martins, J. T. (2017). Qualidade nos serviços de saúde: percepção dos usuários e profissionais. *Saúde e Pesquisa*, 10(1), 149–158. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n1p149-158>
- Wang, W., Li, m., Loban, K., Zhang, J., Wei, X., & Mitchel, R. (2024). Electronic health record and primary care physician self-reported quality of care: a multilevel study in China. *Global Health Action*, 17(1), 2301195. <https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2301195>.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). *Indicator metadata registry list*. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicators-index>
- World Health Organization. (2024). *Quality of care*. [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care/#tab=tab_1)
- Wright, J., & Foster, A. (2021). Scoping reviews: reinforcing and advancing the methodology and application. *Systematic Reviews*, 10(1), 263. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01821-3>.
- Yang, C., Wang, M., Liu, H., Wang, C., & Wang, Y. (2025). Application of Donabedian three-dimensional model in outpatient care quality evaluation: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 33(3), 715–725. <https://doi.org/10.1111/jonm.13933>.

APÊNDICE I – RESUMO DOS PRINCIPAIS DADOS COLETADOS NA SCOPING REVIEW

REFERÊNCIA COMPLETA (APA)	PAÍS	TIPO DE TRABALHO	PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	INDICADORES	OBJETIVO	RESULTADOS
(1) Felisberto, E., Brito, R. L., Barca, D. A. A. V., Martins, M. A. F., Oliveira, A. K. N. B. M., Souza, N. C., Pinho, A. P. N. M., Silva Júnior, J.B., & Samico, I. (2018). Evaluation model for developing effective indicators for health surveillance actions in Brazil. <i>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</i> , 18(3), 653–664. <a href="https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300011">https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300011</a> .	Brasil	Artigo original	Estudo exploratório e avaliativo, com triangulação de métodos: formulário eletrônico com informantes-chave, visitas de benchmarking e análise documental.	% de municípios com estratégias pactuadas de VISA; % de empresas de medicamentos inspecionadas; Redução de eventos adversos e infecções hospitalares; Qualidade da água; Resistência antimicrobiana; Segurança do utente; Qualidade de produtos e serviços; Participação social; Reconhecimento social da VISA.	Apresentar um modelo de avaliação para o desenvolvimento de indicadores eficazes para ações de Vigilância Sanitária no Brasil.	Foi proposto um modelo teórico e lógico para avaliar ações de vigilância sanitária no SNVS. O modelo identifica componentes estruturais e efeitos esperados, e sugere a institucionalização da avaliação como ferramenta de melhoria organizacional e de gestão.

<p><b>(2)</b> Gumpert, M., &amp; Reese, J.-P. (2019). Quality management systems in the ambulant sector: An analytical comparison of different quality management systems. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 16(3), 444. <a href="https://doi.org/10.3390/ijerph16030444">https://doi.org/10.3390/ijerph16030444</a>.</p>	<p>Alemanha</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo transversal com aplicação de questionários a médicos, funcionários e utentes de 24 consultórios médicos, utilizando análise estatística com o teste de Kruskal–Wallis.</p>	<p>Planeamento de pessoal; estrutura organizacional; segurança do utente; educação do utente; prescrições; prevenção e promoção da saúde; higiene e limpeza; armazenamento; registo de prontuários; cooperação externa; atribuição de consultas.</p>	<p>Comparar sistemas de gestão da qualidade em serviços ambulatoriais na Saxônia (Alemanha), identificando quais categorias de qualidade são mais bem avaliadas por médicos especialistas e médicos de família.</p>	<p>O sistema QEP apresentou maior média geral (3,52), sendo mais adequado para especialistas. O QisA teve maior média entre médicos de família (3,44). Foram observadas diferenças nas categorias de qualidade segundo o tipo de profissional.</p>
<p><b>(3)</b> Mallouli, M., Tlili, M. A., Aouícha, W., Rejeb, M. B., Zedini, C., Salwa, A., Mtiraoui, A., Dhiab, M. B., &amp; Ajmi, T. (2017). Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 29(2), 176–182. <a href="https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw157">https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw157</a>.</p>	<p>Tunísia</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo transversal, descritivo e multicêntrico, com aplicação do questionário HSOPSC traduzido para o francês, em 15 centros cirúrgicos de hospitais públicos e privados. A análise utilizou estatística descritiva e teste qui-quadrado.</p>	<p>Perceção geral de segurança do utente; frequência de eventos adversos reportados; resposta não punitiva ao erro; trabalho em equipa; comunicação aberta; apoio da gestão à segurança do utente; aprendizado organizacional; cultura de reporte; dimensionamento de pessoal.</p>	<p>Avaliar a cultura de segurança do utente (PSC) em salas cirúrgicas tunisianas e identificar os factores que influenciam essa cultura.</p>	<p>Todos os dez domínios da PSC apresentaram pontuação inferior a 50%, indicando necessidade de melhorias. Os escores mais baixos foram para 'resposta não punitiva ao erro' (20,5%) e os mais altos para 'trabalho em equipa dentro das unidades' (41,7%). Diferenças significativas foram observadas entre instituições públicas e privadas, e entre profissionais médicos e paramédicos.</p>

<p>(4) Maun, A., Wessman, C., Sundvall, P-D., Thorn, J., &amp; Björkelund, C. (2015). Is the quality of primary healthcare services influenced by the healthcare centre's type of ownership? An observational study of patient perceived quality, prescription rates and follow-up routines in privately and publicly owned primary care centres. <i>BMC Health Services Research</i>, 15, 417. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-015-1082-y">https://doi.org/10.1186/s12913-015-1082-y</a></p>	<p>Suécia</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo observacional retrospectivo com análise descritiva de centros de atenção primária na Região de Västra Götaland, entre abril de 2011 e janeiro de 2014. Foram comparados centros públicos e privados quanto à qualidade percebida, taxas de prescrição de antibióticos e benzodiazepínicos, e acompanhamento de doenças crônicas.</p>	<p>Qualidade percebida pelo utente; Taxa de prescrição de antibióticos; Taxa de prescrição de benzodiazepínicos (20–74 anos); Taxa de prescrição de benzodiazepínicos (&gt;74 anos); Taxas de acompanhamento de diabetes mellitus; Taxas de acompanhamento de hipertensão arterial; Taxas de acompanhamento de doença cardíaca isquêmica.</p>	<p>Investigar se a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde é influenciada pelo tipo de propriedade do centro de saúde (público ou privado), considerando aspetos como qualidade percebida pelo utente, prescrição de medicamentos e rotinas de acompanhamento de doenças crônicas.</p>	<p>Centros privados apresentaram maior qualidade percebida pelos utentes e menor uso de benzodiazepínicos, porém maior prescrição de antibióticos e menor taxa de seguimento de doenças crônicas (diabetes, hipertensão e doença cardíaca isquêmica). A qualidade dos serviços apresentou melhorias e fragilidades simultaneamente, sem evidência definitiva de superioridade relacionada ao tipo de gestão.</p>
---	---------------	--------------------------	--	---	---	--

<p>(5) McHugh, M., Harvey, J. B., Kang, R., Shi, Y., &amp; Scanlon, D. P. (2016). Community-Level Quality Improvement and the Patient Experience for Chronic Illness Care. <i>Health Services Research, 51</i>(1), 76–97. <a href="https://doi.org/10.1111/1475-6773.12315">https://doi.org/10.1111/1475-6773.12315</a>.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo quase-experimental com abordagem pré e pós (2008-2012), utilizando análise de diferença-em-diferenças. Foram comparadas 14 comunidades participantes da iniciativa AF4Q (Aligning Forces for Quality) com uma amostra nacional de controlo. A colheita de dados foi feita por meio de duas rondas de inquéritos telefônicos com adultos com doenças crônicas.</p>	<p>Satisfação do utente; coordenação do cuidado; interação com o profissional de saúde; recebimento de cuidados recomendados para diabetes (avaliação de colesterol; exame de hemoglobina A1c; exame de vista; exame de circulação nos pés); explicação clara; tempo suficiente com o utente; respeito e dignidade; metas de dieta e exercício; materiais informativos; telefonemas de acompanhamento; cartas de lembrete; encaminhamentos a serviços de suporte.</p>	<p>Investigar se adultos com doenças crônicas em comunidades que participavam de iniciativas de melhoria da qualidade em nível comunitário relataram melhorias na experiência do utente, considerando quatro domínios: coordenação do cuidado, satisfação do utente, interação e suporte do profissional de saúde, e recebimento dos cuidados recomendados para diabetes.</p>	<p>As comunidades AF4Q apresentaram modestas melhorias na satisfação do utente e no recebimento dos cuidados recomendados para diabetes, especialmente em exames de colesterol, olhos e circulação nos pés. No entanto, não houve melhora significativa na percepção dos utentes sobre a coordenação do cuidado ou na interação com os profissionais de saúde. Algumas comunidades mostraram melhores desempenhos que outras, mas a variabilidade das abordagens dificultou a atribuição direta dos resultados às estratégias utilizadas. O impacto global das intervenções comunitárias foi considerado limitado em magnitude.</p>
--	-----------------------	--------------------------	---	---	---	---

<p>(6) Moretto, N., Stute, M., Sam, S., Bhaqwat, M., Raymer, M., Buttrum, P., Banks, M., &amp; Comans, T. A. (2020). A uniform data set for determining outcomes in allied health primary contact services in Australia. <i>Australian Journal of Primary Health</i>, 26(1), 58–69. <a href="https://doi.org/10.1071/PY18104">https://doi.org/10.1071/PY18104</a></p>	<p>Austrália</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo de abordagem qualitativa-descritiva com aplicação de pesquisa-ação, desenvolvido com participação de grupo de referência e grupo de trabalho, com reuniões semiestruturadas e aplicação de métodos de consenso.</p>	<p>Escala de avaliação global da mudança; satisfação do utente; tempo de espera; fonte de encaminhamento; categoria de triagem; diagnóstico; ocasiões de serviço; investigações solicitadas; encaminhamentos realizados; discussões com especialistas médicos; duração do cuidado; status de alta; motivo de reinserção em lista de espera; motivo de não conclusão do tratamento; encaminhamento acelerado; eventos adversos; dados demográficos do utente; relatórios de exceção.</p>	<p>Desenvolver e implementar um conjunto uniforme de métricas para avaliar e relatar os resultados dos serviços de primeiro contacto da saúde aliada em unidades de atenção ambulatorial pública em Queensland, Austrália.</p>	<p>O estudo resultou na definição de 18 métricas centrais organizadas em cinco domínios: resultados relatados pelos utentes, entrega de serviços, segurança, dados demográficos dos utentes e melhorias no serviço. As métricas possibilitam a análise do desempenho dos serviços e contribuem para advocacy, melhorias, continuidade do serviço e pesquisa.</p>
---	------------------	--------------------------	---	---	--	--

<p>(7) Mortensen, K., &amp; Hu, T. (2018). Mandatory Statewide Medicaid Managed Care in Florida and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. <i>Health Services Research</i>, 53(1), 292–308.  <a href="https://doi.org/10.1111/1475-6773.12613">https://doi.org/10.1111/1475-6773.12613</a>.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo quantitativo com delineamento de diferença em diferenças (difference-in-differences). Foram utilizados dados de internações hospitalares em 285 hospitais da Flórida, no período de 2010 a 2015, comparando utentes com Medicaid e utentes com seguro privado, antes e depois da implementação do programa estatal de cuidado gerenciado.</p>	<p>PQI 90 (composite); PQI 91 (acute composite); PQI 92 (chronic composite); PQI 1; PQI 3; PQI 5; PQI 7; PQI 8; PQI 10; PQI 11; PQI 12; PQI 13; PQI 14; PQI 15; PQI 16.</p>	<p>Investigar o impacto da implementação do programa estadual de cuidado gerenciado obrigatório (SMMC) no estado da Flórida sobre o acesso e a qualidade do cuidado primário para beneficiários do Medicaid, utilizando como indicador as hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ACSCs).</p>	<p>A implementação do SMMC resultou em uma desaceleração no crescimento das hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial entre os beneficiários do Medicaid: redução de 0,35 ponto percentual para todas as ACSCs e 0,21 ponto percentual para ACSCs crônicas. Os efeitos foram estatisticamente significativos em condados com maior penetração de planos de cuidado gerenciado. O estudo sugere que o cuidado gerenciado pode melhorar o acesso ao cuidado primário e, consequentemente, reduzir hospitalizações evitáveis.</p>
---	-----------------------	--------------------------	---	---	---	---

<p><b>(8)</b> Mukai, H., Higashi, T., Sasaki, M., &amp; Sobue, T. (2016). Quality evaluation of medical care for breast cancer in Japan. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 28(1), 110–113. <a href="https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv109">https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv109</a>.</p>	<p>Japão</p>	<p>Artigo científico</p>	<p>Estudo retrospectivo com análise secundária de dados do Registro Japonês de Cancro de Mama. Foram utilizados 7 indicadores adaptados de um total de 43 QIs desenvolvidos por painel de especialistas via método Delphi modificado.</p>	<p>Teste de receptores hormonais; teste HER-2; adesão às recomendações do consenso St. Gallen; terapia hormonal apropriada (tamoxifeno, toremifeno, anastrozol, exemestano, letrozol); quimioterapia adjuvante apropriada (antraciclinas, taxanos, CMF); radioterapia após cirurgia conservadora; dissecação de linfonodo nível 1 para utentes N+.</p>	<p>Avaliar a qualidade da atenção médica prestada a utentes com cancro de mama no Japão, com base na adesão a indicadores da qualidade desenvolvidos a partir de diretrizes clínicas nacionais.</p>	<p>Houve alta adesão para o teste de receptores hormonais (97,8%) e baixa adesão à terapia conforme consenso de St. Gallen (52,8%). Indicadores como testagem HER-2 e radioterapia após cirurgia conservadora apresentaram grande variação entre hospitais. O estudo evidencia a necessidade de ampliar a implementação padronizada de cuidados de qualidade.</p>
<p><b>(9)</b> Rotar, A. M., Botje, D., Klazinga, N. S., Lombarts, K. M., Groene, O., Sunol, R., &amp; Plochg, T. (2016). The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries. <i>BMC Health Services Research</i>, 16(Suppl 2), 160.</p>	<p>19 países da OECD (com foco mais aprofundado em: República Tcheca, França, Alemanha, Polónia, Portugal, Espanha e Turquia)</p>	<p>Artigo de pesquisa empírica com estudo transversal</p>	<p>Quick scan com especialistas nacionais da OECD via questionário estruturado e estudo transversal com dados do projeto DUQuE em 188 hospitais; análise estatística com modelo de regressão linear multivariada.</p>	<p>Índice de Sistema de Gestão da Qualidade (QMSI); qualidade dos documentos de política; monitorização da qualidade pelo conselho; formação dos profissionais; protocolos formais (infecção, medicação, manuseio de utentes); análise de desempenho de processos e profissionais; feedback de experiências dos</p>	<p>Investigar a relação entre a participação de médicos na gestão hospitalar e a implementação de sistemas de gestão da qualidade em hospitais de países da OECD.</p>	<p>A maioria dos países analisados apresenta médicos em cargos de gestão hospitalar, especialmente em nível departamental. A participação formal dos médicos em decisões estratégicas está positivamente associada à implementação mais avançada de sistemas de gestão da qualidade. No entanto, muitos médicos ainda ocupam esses</p>

<a href="https://doi.org/10.1186/s12913-016-1396-4">https://doi.org/10.1186/s12913-016-1396-4</a> .				utentes; avaliação de resultados.		cargos sem autoridade decisória plena.
<p><b>(10)</b> Schüttig, W., Flemming, R., Mosler, C. H., Leve, V., Reddemann, O., Schultz, A., Brua, E., Brittner, M., Meyer, F., Pollmanns, J., Martin, J., Czihal, T., Stillfries, D., Wilm, S., &amp; Sundmacher, L. (2022). Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. <i>BMC Health Services Research</i>, 22, 1015. <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-022-08327-1">https://doi.org/10.1186/s12913-022-08327-1</a>.</p>	Alemanha	Artigo científico	Processo consensual pragmático em seis etapas com grupos de especialistas (CEG e EEG), com base em dados de rotina de seguradoras e validação por estudo piloto.	Idade do utente; gênero; multimorbidade; mortalidade; adesão a programas de manejo de doenças; visitas a clínicos gerais e especialistas; número de especialistas consultados por área; número de trimestres com consultas; realização de exames (ex.: fundoscopia, raio-x); prescrição de opioides; hospitalizações evitáveis; re-hospitalizações; visitas múltiplas ao mesmo especialista; adesão a diretrizes clínicas.	Desenvolver um conjunto de indicadores para avaliar a qualidade e o percurso dos utentes em cuidados ambulatoriais interdisciplinares, voltado para condições sensíveis ao cuidado ambulatorial.	Foi criado um conjunto final de 248 indicadores abrangendo 14 grupos de doenças, incluindo características dos utentes, processos de cuidado, visitas médicas, prescrições e desfechos. O conjunto permite avaliar a coordenação e cooperação entre médicos e apoiar discussões em círculos de qualidade interdisciplinar. Os indicadores são baseados em dados de rotina e visam apoiar melhorias nos cuidados focados no utente.

<p>(11) Wang, W., Li, m., Loban, K., Zhang, J., Wei, X., &amp; Mitchel, R. (2024). Electronic health record and primary care physician self-reported quality of care: a multilevel study in China. <i>Global Health Action</i>, 17(1), 2301195. <a href="https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2301195">https://doi.org/10.1080/16549716.2023.2301195</a>.</p>	<p>China</p>	<p>Artigo científico original</p>	<p>Estudo transversal com análise multinível (hierarchical linear modelling) baseado em questionário aplicado a 224 médicos de cuidados primários e 38 diretores de centros comunitários de saúde (CHCs).</p>	<p>Compartilhamento de registos com outros profissionais; acesso do utente ao prontuário; alerta de problemas de prescrição; envio de lembretes aos utentes; listagem de utentes por diagnóstico ou risco de saúde; escore total de funcionalidades do prontuário eletrónico.</p>	<p>Investigar a associação entre a funcionalidade de registos eletrónicos de saúde (EHR) e a qualidade do cuidado relatada por médicos de atenção primária em centros comunitários de grandes cidades chinesas.</p>	<p>Cinco funcionalidades específicas dos EHR apresentaram associação positiva significativa com a qualidade clínica autorrelatada: compartilhamento de registos com outros prestadores, acesso do utente ao prontuário, alertas para problemas com prescrições, envio de lembretes aos utentes e listagem de utentes por diagnóstico ou risco de saúde. Já em relação à qualidade preventiva, nenhuma funcionalidade individual apresentou associação significativa. O escore total de funcionalidades EHR foi positivamente associado apenas à qualidade clínica, não à preventiva.</p>
--	--------------	-----------------------------------	---	---	---	--

Fonte: autoral (2025).

## APÊNDICE II – INDICADORES DA QUALIDADE SELECIONADOS

INDICADOR	DESCRIÇÃO OPERACIONAL	TIPO	DIMENSÃO DA QUALIDADE	UNIDADE DE MENSURAÇÃO	FONTE
Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorio	Percentual entre a utilização de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais realizados e a capacidade institucional disponível	Resultado	Efetividade	(%)	UNIPLUS (2021, p. 198)
Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorio	Tempo médio, em minutos, entre a chegada do utente com atendimento agendado e o atendimento médico ou realização o exame	Estrutura	Acesso	Minutos	UNIPLUS (2021, p. 218); <i>scoping review</i>
Tempo de espera para agendamento de consulta médica de especialidades	Tempo médio, em dias úteis, entre a solicitação do utente para consulta especializada e a data do agendamento da consulta	Estrutura	Acesso	Dias úteis	UNIPLUS (2021, p. 222); <i>scoping review</i>
Tempo de espera para agendamento de exames de diagnóstico	Tempo médio, em dias úteis, entre a solicitação do utente para exames diagnósticos e a data do agendamento do exame.	Estrutura	Acesso	Dias úteis	UNIPLUS (2021, p. 226); <i>scoping review</i>
Taxa de absentismo nas consultas agendadas	Percentual de utentes que não compareceram à consulta agendada, sem aviso prévio	Estrutura	Acesso	(%)	Experiência profissional
Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente	Percentual de consultas desmarcadas pelos utentes antes do atendimento	Estrutura	Acesso	(%)	Experiência profissional
Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do serviço	Percentual de consultas desmarcadas pelo serviço ambulatorial por motivos internos	Estrutura	Acesso	(%)	Experiência profissional

Satisfação geral do utente	Grau de satisfação do utente com o atendimento recebido no serviço ambulatorial	Resultado	Centralidade no utente	Escala (ex: 1 a 5) ou (%)	<i>Scoping review</i>
Taxa de reclamações	Percentual de utentes do serviço que registaram manifestações formais de insatisfação	Resultado	Centralidade no utente	(%)	Experiência profissional
Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem	Percentual de utentes que apresentaram eventos adversos relacionados ao uso de contraste	Resultado	Segurança	(%)	UNIPLUS (2021, p. 208); <i>scoping review</i>
Taxa de repetição de exames	Percentual de exames repetidos por falhas técnicas ou operacionais	Estrutura	Efetividade	(%)	UNIPLUS (2021, p. 210)
Taxa de atraso na entrega de resultados de exames de diagnóstico	Percentual de exames entregues fora do prazo estabelecido	Estrutura	Efetividade	(%)	Experiência profissional
Taxa de absentismo em serviço ambulatorio	Percentual de ausências de força de trabalho devido a faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos e licenças médicas	Estrutura	Efetividade	(%)	UNIPLUS (2021, p. 174); SINHA (2015, p. 231)
Taxa de confirmação de consultas	Percentual de consultas previamente agendadas que foram efetivamente confirmadas dentro de um prazo determinado antes da data do atendimento.	Estrutura	Acesso	(%)	Sugestão dos peritos no painel Delphi
Taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio	Percentual de ausências de força de trabalho devido a faltas (justificadas ou injustificadas), atrasos e licenças médicas.	Estrutura	Efetividade	(%)	Indicador com título modificado por sugestão dos peritos no painel Delphi
Taxa de respostas dentro dos tempos	Percentual de atos médicos (consultas de especialidades, cirurgias de ambulatorio)	Estrutura	Acesso	(%)	Sugestão dos peritos no painel Delphi

máximos de respostas garantidos	programadas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica) realizadas dentro do prazo estabelecido.				
Taxa de conversão de consultas em procedimentos	Percentual de atos médicos (consultas de especialidades, cirurgias de ambulatório programadas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica) solicitados em consultas que foram efetivamente concretizados na instituição.	Estrutura	Eficiência	(%)	Sugestão dos peritos no painel Delphi
Taxa de rotatividade de recursos humanos	Percentual do efetivo total que foram admitidos e/ou desligados (média de admissões e desligamentos) em relação ao efetivo total.	Estrutura	Efetividade	(%)	Sugestão dos peritos no painel Delphi; UNIPLUS (2021, p. 214); SINHA (2015, p. 227)

Fonte: autoral (2025).

### APÊNDICE III – INDICADORES DA QUALIDADE VALIDADOS

Indicador		Ronda de validação
1	Tempo de espera para agendamento de exames de diagnóstico	1 <sup>a</sup>
2	Tempo de espera para agendamento de consulta médica de especialidades	1 <sup>a</sup>
3	Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorio	1 <sup>a</sup>
4	Taxa de repetição de exames	1 <sup>a</sup>
5	Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do serviço	1 <sup>a</sup>
6	Satisfação geral do utente	1 <sup>a</sup>
7	Taxa de atraso na entrega de resultados de exames de diagnóstico	1 <sup>a</sup>
8	Taxa de absentismo nas consultas agendadas	1 <sup>a</sup>
9	Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorio	1 <sup>a</sup>
10	Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem	1 <sup>a</sup>
11	Taxa de reclamações	1 <sup>a</sup>
12	Taxa de confirmação de consultas	2 <sup>a</sup>
13	Taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio	2 <sup>a</sup>
14	Taxa de respostas dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)	2 <sup>a</sup>
15	Taxa de rotatividade ( <i>turnover</i> ) de recursos humanos	2 <sup>a</sup>

Fonte: autoral (2025).

## APÊNDICE IV – INDICADORES E PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

### QUESTIONÁRIO – 1ª RONDA (Método Delphi)

MESTRADO EM GESTÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM  
SAÚDE (EST@SL)

#### INDICADORES DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS EM REGIME DE AMBULATÓRIO

LEVANTAMENTO PARA PESQUISA



## Avaliação de Indicadores da Qualidade no Contexto de Hospitais em Regime de Ambulatório

Caro(a) participante,

O meu nome é Juliana Ziolkowski Dieckmann, sou mestranda em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, e estou a desenvolver uma pesquisa científica para a minha dissertação de mestrado.

O objetivo deste estudo é avaliar a **relevância, clareza, aplicabilidade e exequibilidade de indicadores da qualidade** no contexto de **hospitais que operam em regime de ambulatório**, com base no **Método Delphi**.

A Sua experiência e percepção são essenciais para validar esses indicadores e contribuir para a construção de parâmetros mais efetivos para os serviços de saúde.

Está a ser convidado(a) a participar da **1ª Ronda desta consulta de especialistas**. Para cada item apresentado, pedimos que avalie o grau de relevância numa escala de 1 a 5, nos quais 1) Nada relevante | (2) Pouco relevante | (3) Razoavelmente relevante | (4) Muito relevante | (5) Totalmente relevante e, se desejar, insira comentários ou sugestões.

Os indicadores foram selecionados com base na articulação dos resultados da revisão de escopo realizada na primeira etapa deste trabalho em conjunto com a análise de documentos institucionais e a incorporação de observações oriundas da prática profissional da pesquisadora, visando refletir não apenas a produção científica acumulada, mas também a realidade operacional e os instrumentos efetivamente utilizados nos serviços de saúde.

A participação é voluntária, e todas as respostas serão mantidas sob **total sigilo**. Os dados serão utilizados **exclusivamente para fins científicos**. Não existem respostas certas ou erradas — apenas a sua **opinião qualificada** importa.

O preenchimento leva cerca de 5 minutos.

Taxa de ocupação institucional do serviço ambulatorio

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Tempo de espera no atendimento eletivo ambulatorio

- 1            2            3            4            5
- 

Comentário

Sua resposta \_\_\_\_\_

Tempo de espera para agendamento de consulta médica de especialidades

- 1            2            3            4            5
- 

Comentário

Sua resposta \_\_\_\_\_

Tempo de espera para agendamento de exames de diagnóstico

- 1            2            3            4            5
- 

Comentário

Sua resposta \_\_\_\_\_

Taxa de absentismo nas consultas agendadas

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do serviço

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Satisfação geral do utente

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de reclamações

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de reações adversas por uso de contraste em exames de imagem

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de repetição de exames

1

2

3

4

5

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de atraso na entrega de resultados de exames de diagnóstico

- 1                      2                      3                      4                      5
- 

Comentário

Sua resposta

---

Taxa de absentismo em serviço ambulatorio

- 1                      2                      3                      4                      5
- 

Comentário

Sua resposta

---

Gostaria de sugerir outro indicador da qualidade relevante para avaliação de hospitais que operam em regime de ambulatorio?

Sua resposta

---

MESTRADO EM GESTÃO E AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM  
SAÚDE (EST#5L1)

## INDICADORES DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS EM REGIME DE AMBULATÓRIO

LEVANTAMENTO PARA PESQUISA



### Avaliação de Indicadores da Qualidade no Contexto de Hospitais em Regime de Ambulatório (2º Ronda)

Caro(a) participante, o meu nome é **Juliana Ziolkowski Dieckmann**, mestranda em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, e é com satisfação que lhe apresento a 2ª Ronda do painel Delphi que integra a minha dissertação de mestrado.

Nesta etapa avaliaremos novamente os indicadores que não alcançaram consenso na **1ª Ronda** e examinaremos as novas sugestões trazidas pelos especialistas, com o objetivo de consolidar um conjunto final de métricas pertinentes, claras, aplicáveis e exequíveis para hospitais que funcionam em regime de ambulatório.

Nesse sentido, utilizou-se um percentual de 75% da amostra, para constatar um consenso ou não em relação ao indicador. Posto isso, identificou-se que os respetivos indicadores não alcançaram unanimidade: **taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente** e **taxa de absentismo em serviço ambulatório**.

Além disso, foram sugeridos novos indicadores para avaliação, mencionados pelos participantes na **1ª Ronda**, denominados como: **taxa de respostas dentro dos tempos máximos de respostas garantidos, taxa de conversão de consultas em procedimentos e taxa de rotatividade de recursos humanos.**

Para cada indicador, encontrará um breve resumo dos resultados obtidos anteriormente, seguido de uma escala de relevância de 1 a 5 – sendo 1 “Nada relevante”, 2 “Pouco relevante”, 3 “Razoavelmente relevante”, 4 “Muito relevante” e 5 “Totalmente relevante” – bem como um espaço opcional para comentários, onde poderá propor ajustes de redação, esclarecer dúvidas ou sugerir inclusões ou exclusões.

A sua experiência profissional é fundamental para aperfeiçoar esses indicadores e, assim, contribuir para parâmetros mais eficazes na avaliação da qualidade nos serviços de saúde ambulatoriais. A participação é totalmente voluntária e as respostas serão tratadas com rigoroso sigilo, utilizadas exclusivamente para fins científicos; não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião qualificada.

O preenchimento deste questionário leva, em média, cerca de **5 minutos**. Peça, se possível, que o formulário seja devolvido preenchido no **prazo máximo de 15 dias**.

### Indicador 1 – Taxa de confirmação de consultas

Resumo da 1ª ronda: na avaliação do indicador "Taxa de desmarcações de consultas por iniciativa do utente", menos de 75% dos especialistas atribuíram nota 4 ou 5; as contribuições recebidas apontam limitações na utilização do indicador, salientando dificuldades operacionais na correcta categorização do motivo da desmarcação – sobretudo quando esta ocorre por iniciativa do utente – e a falta de uniformidade no registo desta causa entre os diferentes serviços ambulatoriais. Para além disso, foi referido que este indicador reflete mais o comportamento dos utentes do que propriamente a qualidade dos cuidados prestados. Como alternativa, sugeriu-se a substituição por um indicador mais abrangente, como a "taxa de confirmação de consultas", que permite análises comparativas (benchmarking), considera tanto o papel do utente como o da instituição, e facilita a identificação dos factores que contribuem para as desmarcações, proporcionando uma visão mais positiva e estratégica do processo de marcação de consultas.

1

2

3

4

5

### Comentário

Sua resposta

---

### **Indicador 2 – Taxa de absentismo laboral em serviço ambulatorio**

Resumo da 1ª ronda: na avaliação do indicador "Taxa de absentismo em serviço ambulatorio", menos de 75% dos especialistas atribuíram nota 4 ou 5; as respostas indicam que o indicador necessita de maior clareza e definição, pois é considerado ambíguo, não sendo claro se se refere a consultas, exames ou outro tipo de atividade. Foi mencionado que, caso o indicador se refira ao absentismo dos profissionais de saúde, este assume uma importância significativa, sendo necessário clarificar essa dimensão. Neste caso, foi sugerido uma reformulação do nome do indicador, já que o absentismo laboral está frequentemente relacionado com o clima organizacional e a segurança psicológica, temas essenciais para a qualidade do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, para a prestação de cuidados.

- |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### **Comentário**

Sua resposta

---

**Indicador 3 – Taxa de respostas dentro dos tempos máximos de respostas garantidos**

Indicador sugerido pelos peritos na 1ª ronda como relevante na avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais. Trata-se de um indicador que pode ser utilizado para monitorizar os tempos máximos de respostas garantidos para consultas de especialidades, cirurgias de ambulatório programadas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Comentário**

Sua resposta

---

**Indicador 4 – Taxa de conversão de consultas em procedimentos**

Indicador sugerido pelos peritos na 1ª ronda como relevante na avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais. O indicador foi sugerido para avaliar o desempenho financeiro da instituição, no contexto dos procedimentos ambulatoriais, uma vez que a conversão financeira é um aspeto relevante a ser discutido e deve estar sob domínio e acompanhamento do gestor local. Este indicador pode ser utilizado para avaliar não apenas a conversão de consultas que resultaram em pedidos de procedimentos efectivamente realizados na instituição, mas também a conversão de solicitações de meios complementares de diagnóstico e terapêutica em exames concretamente executados.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Comentário**

Sua resposta

---

#### **Indicador 5 – Taxa de rotatividade de recursos humanos**

Indicador sugerido pelos peritos na 1ª ronda como relevante na avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais. A inclusão deste indicador poderá contribuir para a análise de aspetos relacionados com a segurança psicológica no ambiente de trabalho, permitindo identificar possíveis fragilidades na retenção de profissionais e no clima organizacional, o que reflete diretamente na qualidade do cuidado prestado ao utente.

- 1            2            3            4            5
- 

#### **Comentário**

Sua resposta \_\_\_\_\_

## APÊNDICE V - FICHA TÉCNICA DE INDICADOR

<b>Nome abreviado</b>
Taxa de absentismo nas consultas agendadas

<b>Designação</b>	Percentual de utentes que não compareceram à consulta agendada, sem aviso prévio.		
<b>Objetivo</b>	Monitorizar o percentual de utentes que não comparecem às consultas previamente agendadas, a fim de identificar causas e implementar ações de melhoria que reduzam o absentismo e aumentem a eficiência do uso da agenda.		
<b>Descrição do indicador</b>	Mede o percentual de consultas agendadas que não foram realizadas devido à ausência do utente sem cancelamento prévio no período de análise.		
<b>Variáveis</b>	<b>Definição</b>	<b>Fonte de informação/SI</b>	<b>Unidade de medida</b>
A- Numerador	Número de consultas agendadas não realizadas por ausência do utente	Sistema de agendamento	Nº absoluto
B- Denominador	Número total de consultas agendadas no período	Sistema de agendamento	Nº absoluto
<b>Observações</b>	Para constituir o denominador, são consideradas as consultas que, ao serem desmarcadas, tiveram o motivo “falta do utente” selecionado pelo profissional que desmarcou.		
<b>Frequência de monitorização</b>	<b>Responsável pela monitorização</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Unidade de medida</b>
Mensal	Gestor da unidade	Numerador/ Denominador x100	%
<b>Output</b>	<b>Prazo de entrega de reporting</b>	<b>Valor de referência</b>	<b>Órgão Fiscalizador</b>
% de consultas não realizadas por falta do utente	Até o quinto dia útil do mês a seguir		Administração do grupo
<b>Área</b>	<b>Subárea</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Intervalo Esperado</b>
Desempenho	Acesso		
<b>Tipo de indicador</b>		<b>Período Aplicável</b>	
Estrutura			

Fonte: autoral (2025).