REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SUS: ORGANIZAÇÃO DA REDE, REGULAÇÃO DO ACESSO E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

PUBLIC POLICIES FOR URGENT AND EMERGENCY CARE IN BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM: NETWORK ORGANIZATION, ACCESS REGULATION AND CHALLENGES FOR COMPREHENSIVE CARE

Ciências da Saúde • 12/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794454326

João Manoel Lopes de Lima[1]

Geisa Guedes Virtuoso de Lima Ericsson[2]

Jose Clovis de Souza Lira[3]

Bruno Araujo dos Ramos[4]

Gleice Ferraz Valadares Teles[5]

Júlio Sergio Brito dos Santos[6]

Lucimar Ferraz de Andrade Macedo[7]

Flávia Christina Entringer e Souza[8]

Elizabeth Pereira da Silva Rosa de Oliveira[9]

Alexandre Fonseca Batista[10]

Fernanda Borges Silva Garay[11]

Gianer Rocha Garay[12]

Ludmila Neves Indalecio Badega[13]

Nielsen Carlos Estevão Machado[14]

Edgar de Oliveira Lima[15]

Lohany de Jesus Santos de Souza[16]

Fabiane Noemi Souza dos Santos[17]

RESUMO

A atenção às urgências e emergências constitui componente estratégico do Sistema Único de Saúde por exigir resposta oportuna e articulação entre diferentes pontos assistenciais. Este estudo analisa as políticas públicas brasileiras para esse campo, com ênfase na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, na regulação, no SAMU 192, nas UPA 24h e na superlotação hospitalar. Realizou-se revisão narrativa e documental com documentos do Ministério da Saúde e literatura científica publicada prioritariamente entre 2023 e 2026. Os achados evidenciam expansão do atendimento pré-hospitalar e atualização do financiamento, mas persistem fragmentação regional, dificuldades de transferência e efeitos adversos relacionados ao boarding. Conclui-se que a política requer governança regional, regulação dinâmica, gestão ativa de leitos e monitoramento contínuo do fluxo assistencial.

Palavras-chave: Políticas públicas; Urgência e emergência; Sistema Único de Saúde; Regulação em saúde; Redes de atenção à saúde.

ABSTRACT

Urgent and emergency care is a strategic component of Brazil's Unified Health System because it requires timely responses and coordination across different points of care. This study analyzes Brazilian public policies in this field, emphasizing the Emergency Care Network, access regulation, the Mobile Emergency Care Service, Emergency Care Units, and hospital overcrowding. A narrative and documentary review was conducted using Ministry of Health documents and scientific literature published primarily between 2023 and 2026. Findings indicate expansion of prehospital care and updated financing, while regional fragmentation, transfer barriers, and adverse effects related to emergency department boarding persist. The study concludes that the policy requires

regional governance, dynamic regulation, active bed management, and continuous monitoring of patient flow.
Keywords: Public policy; Urgent and emergency care; Unified Health System; Health regulation; Health care networks.

1. INTRODUÇÃO

A atenção às urgências e emergências ocupa uma posição singular nos sistemas universais de saúde porque coloca à prova, em intervalos muito curtos, a capacidade de acesso, coordenação e resposta clínica de toda a rede. Uma crise hipertensiva, uma síndrome coronariana, um acidente vascular cerebral, um trauma grave ou uma descompensação respiratória exigem decisões que não podem ser adiadas sem aumento do risco.

No Sistema Único de Saúde, essa responsabilidade não pertence exclusivamente ao pronto-socorro, pois a trajetória do usuário pode começar no território, passar pela Atenção Primária, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, pela Unidade de Pronto Atendimento e chegar ao hospital, com eventual continuidade na atenção domiciliar. A própria organização oficial da Rede de Atenção às Urgências e Emergências reafirma essa lógica de integração e define que os componentes precisam funcionar de maneira coordenada para produzir assistência efetivamente oportuna (Brasil, 2026a; Tofani et al., 2023a).

A formulação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, consolidada a partir da Portaria nº 1.600 de 2011, representou uma tentativa de superar um modelo historicamente marcado pela centralidade hospitalar e pela procura espontânea das portas de urgência. A norma definiu como diretriz a necessidade de ‘ampliar e

qualificar o acesso humanizado e integral' aos usuários em situação aguda, integrando promoção da saúde, Atenção Básica, atendimento pré-hospitalar móvel, estabilização, UPA 24h, atenção hospitalar e atenção domiciliar (Brasil, 2011, art. 2º; Tofani et al., 2024).

Embora o desenho normativo seja abrangente, a sua materialização depende de condições concretas de infraestrutura, financiamento, força de trabalho e pactuação interfederativa, que variam intensamente entre regiões brasileiras e produzem capacidades desiguais de resposta (Tofani et al., 2023b; Brasil, 2023c).

A literatura recente tem mostrado que compreender a RUE apenas como somatório de serviços pode ocultar o principal desafio da política, que reside na construção de relações funcionais entre unidades com diferentes densidades tecnológicas e responsabilidades. A revisão integrativa de Tofani et al. (2023a) identificou fragilidades de articulação, manutenção da centralidade hospitalar e presença ainda limitada da Atenção Primária na organização concreta das urgências.

No mesmo sentido, a análise da política realizada por Tofani et al. (2024) descreve uma formulação plural, influenciada por princípios de cidadania, acesso, qualidade e integralidade, porém sujeita a disputas e ressignificações no contexto da gestão descentralizada. Esses achados ajudam a explicar por que redes formalmente instituídas podem operar como circuitos pouco conectados, sobretudo quando referência, contrarreferência e regulação não acompanham a complexidade dos territórios.

O período recente adicionou novos elementos a esse debate. A Portaria GM/MS nº 1.997 de 2023 alterou normas de habilitação,

homologação e financiamento de serviços da RUE e deslocou parte do processo de análise para as Secretarias Estaduais de Saúde, buscando aproximar decisões das estruturas regionais de gestão (Brasil, 2023c; Brasil, 2026b).

No componente móvel, o Ministério da Saúde retomou a expansão do SAMU 192 e informa que, entre 2023 e 2025, foram entregues 2.462 ambulâncias, às quais se somaram mais 2.420 veículos no primeiro semestre de 2026. O balanço oficial registra ainda 355 novos municípios cobertos desde 2023 e alcance de 189 milhões de brasileiros, embora os dados também demonstrem que a universalização territorial permanece incompleta (Brasil, 2026c; Brasil, 2025a).

A ampliação de frota e de cobertura, contudo, não elimina gargalos que surgem depois da chegada do usuário ao serviço. Nos hospitais, a superlotação não decorre somente de excesso de demanda na porta de entrada. Ela também se relaciona ao tempo gasto para avaliação, exames, decisão clínica e, de maneira decisiva, à dificuldade de transferir pacientes já admitidos para leitos de internação.

Esse fenômeno, denominado boarding, tornou-se especialmente relevante no debate brasileiro após estudos que demonstraram associação entre permanência prolongada na emergência e maior mortalidade hospitalar (Nicolaidis et al., 2025; Nicolaidis et al., 2026). A distinção entre ocupação e boarding desloca a discussão de uma leitura centrada no comportamento do usuário para a capacidade do hospital e da rede de concluir o percurso assistencial.

Em estudo multicêntrico com 160 hospitais brasileiros, Nicolaidis et al. (2026) observaram crowding persistente e demonstraram que a proporção de pacientes em boarding apresentou associação com mortalidade hospitalar precoce, enquanto a taxa agregada de ocupação não mostrou a mesma relação. O achado é importante porque indica que aumentar espaço físico na emergência ou restringir acessos de menor gravidade pode produzir efeito limitado quando o principal bloqueio ocorre na saída.

Revisões internacionais recentes chegam a conclusão semelhante ao organizar as causas da superlotação em fatores de entrada, processamento e saída, destacando que intervenções de maior impacto exigem coordenação sistêmica e gestão ativa da capacidade hospitalar (Oskvarek et al., 2026; Santos et al., 2026).

A regulação do acesso torna-se, nesse contexto, um eixo político e assistencial. Em uma rede regionalizada, regular não significa apenas autorizar vagas, mas compatibilizar necessidade clínica, tempo, distância, recursos disponíveis e responsabilidade do serviço receptor. Tofani et al. (2023b), ao analisarem regimes de regulação em duas regiões de saúde, demonstraram que os fluxos são produzidos por múltiplos atores e podem ser atravessados por interesses institucionais, arranjos informais e relações entre setor público e privado.

A existência de centrais e protocolos, portanto, não garante por si mesma equidade, pois a regulação depende de informação atualizada, legitimidade decisória, transparência e capacidade de fazer com que o usuário chegue ao ponto adequado no tempo clinicamente necessário.

A relevância social do tema também se relaciona à experiência vivida por pacientes, familiares e trabalhadores. Para quem busca cuidado em situação aguda, a fragmentação da rede aparece como espera, repetição de informações, deslocamentos desnecessários e incerteza sobre o destino. Para as equipes, manifesta-se como pressão contínua, improvisação de espaços, dificuldade de transferência e conflitos entre necessidade clínica e disponibilidade real.

A política pública ganha sentido quando consegue transformar esses percursos, e não apenas quando amplia o número de unidades ou publica novas normas. Por essa razão, a análise contemporânea precisa aproximar o desenho institucional dos indicadores de acesso, fluxo, segurança e continuidade, articulando literatura brasileira recente com evidências internacionais sobre superlotação e desempenho de serviços de emergência (Youssef et al., 2024; Alamri et al., 2026).

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar criticamente a configuração contemporânea das políticas públicas brasileiras para urgências e emergências, considerando a organização da RUE, a regionalização, a regulação do acesso, a expansão do SAMU 192, o papel das UPA 24h e os desafios relacionados à superlotação e ao boarding.

A questão orientadora investiga em que medida as atualizações normativas e os investimentos recentes têm fortalecido a capacidade de resposta da rede e quais obstáculos permanecem para que acesso, transferência e continuidade do cuidado sejam produzidos de forma integrada. A análise busca contribuir para uma compreensão que reconheça avanços institucionais sem

transformar expansão física em sinônimo automático de integralidade, incorporando a gestão do fluxo e a governança regional como componentes centrais da política (Brasil, 2026a; Tofani et al., 2024).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A RUE Entre Formulação Política e Materialidade Regional

A constituição da RUE deve ser compreendida no movimento mais amplo de organização do SUS em redes regionalizadas. A Constituição Federal estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto a Lei nº 8.080 de 1990 definiu princípios de universalidade, integralidade e descentralização que passaram a exigir arranjos capazes de articular serviços distribuídos em territórios heterogêneos.

Na atenção às urgências, essa necessidade tornou-se especialmente evidente porque muitos municípios não possuem todos os recursos necessários para responder a eventos de maior gravidade. A Portaria nº 2.048 de 2002 já reconhecia a importância de sistemas estaduais organizados, e a Portaria nº 1.600 de 2011 consolidou a lógica de rede ao integrar diferentes pontos assistenciais em um mesmo desenho político (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

A atual página institucional do Ministério da Saúde mantém oito componentes estruturantes da RUE: promoção, prevenção e vigilância em saúde, Atenção Básica, SAMU 192, Sala de Estabilização, Força Nacional do SUS, UPA 24h, unidades hospitalares e atenção domiciliar. Essa arquitetura evidencia que a resposta ao evento agudo começa antes da chegada à emergência e continua depois da estabilização, exigindo prevenção,

reconhecimento precoce, transporte adequado, cuidado definitivo e transição segura.

O próprio Ministério afirma que os componentes devem ‘atuar de forma integrada, articulada e sinérgica’, formulação que reforça a natureza relacional da política e desloca a avaliação para além da existência física dos serviços (Brasil, 2026a, s.p.; Tofani et al., 2023a).

A revisão integrativa de Tofani et al. (2023a), ao reunir 34 estudos sobre a RUE, mostrou que o conhecimento produzido no país se concentrou em diferentes pontos da rede, mas registrou fragilidades persistentes na articulação entre eles. A centralidade do componente hospitalar permaneceu forte, enquanto a Atenção Básica apareceu muitas vezes de forma mais discursiva do que operacional.

Esse resultado dialoga com a própria experiência dos usuários, pois a unidade básica pode funcionar como coordenadora longitudinal do cuidado, mas enfrenta limites de horário, escopo assistencial e comunicação com serviços de urgência. O problema não se resolve deslocando casos de menor complexidade para a APS de maneira automática, e sim construindo capacidades locais para reconhecer gravidade, manejar eventos compatíveis com seu nível de atenção e garantir retorno após a alta hospitalar (Tofani et al., 2023a; Brasil, 2026a).

A análise de política publicada em 2024 aprofundou essa discussão ao demonstrar que a RUE foi constituída por influências diversas, incluindo a crise das portas hospitalares, o modelo de Redes de Atenção à Saúde, a busca por redução do tempo-resposta, a humanização e instrumentos de gestão orientados por resultados.

Tofani et al. (2024) mostram que os textos normativos expressam valores de acesso, cidadania, qualidade e integralidade, ao mesmo tempo em que carregam tensões relacionadas ao financiamento e à gestão descentralizada.

Essa leitura ajuda a compreender por que a política não possui uma trajetória linear. Em cada região, recursos disponíveis, contratos, densidade populacional, distribuição de hospitais e capacidade de pactuação podem alterar a forma como a mesma norma é implementada.

A regionalização é, portanto, uma condição de viabilidade para a atenção às urgências, especialmente em linhas de cuidado que dependem de tecnologia concentrada. Um município pequeno não precisa dispor de neurocirurgia, hemodinâmica, centro de trauma e terapia intensiva de alta complexidade para garantir integralidade, mas precisa estar inserido em uma região que defina referências, tempos de deslocamento, meios de transporte e critérios de acesso.

Quando esses fluxos não estão pactuados ou são desconhecidos pelas equipes, o usuário passa a depender de contatos pessoais, disponibilidade ocasional ou peregrinação entre serviços. A regulação deve transformar recursos regionais em uma rede efetivamente acessível, reduzindo o peso de relações informais e da capacidade individual de negociação (Tofani et al., 2023b; Brasil, 2017).

As atualizações de 2023 procuraram reordenar parte dessa governança. A Portaria GM/MS nº 1.997 passou a tratar de habilitação, homologação e financiamento dos serviços da RUE, com maior participação das Secretarias Estaduais de Saúde na análise dos

requerimentos e posterior homologação federal. No caso das UPA 24h, o Ministério da Saúde informa que a habilitação passou a ser analisada no âmbito estadual e que a qualificação precisa ser renovada periodicamente, associando manutenção de financiamento a requisitos de funcionamento (Brasil, 2023c; Brasil, 2026d).

A mudança pode fortalecer a leitura regional das necessidades, desde que os estados disponham de capacidade técnica, critérios transparentes e mecanismos de acompanhamento que evitem decisões fragmentadas entre municípios.

No componente móvel, a política federal combina custeio, expansão territorial e renovação de frota. As Portarias GM/MS nº 958 e nº 1.631 de 2023 atualizaram valores relacionados às unidades móveis e às Centrais de Regulação das Urgências, enquanto o Novo PAC retomou investimentos destinados a ambulâncias e centrais.

A seleção de 2025 previu 1.533 novas ambulâncias, investimento de R$ 718 milhões e impacto estimado de 10,3 milhões de pessoas, com projeção de expansão da cobertura populacional após a implementação das propostas selecionadas (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b; Brasil, 2025a). Esses números precisam ser lidos como parte de uma política de capacidade, não como evidência isolada de qualidade assistencial.

O balanço divulgado pelo Ministério da Saúde em 2026 oferece uma visão mais recente da expansão realizada. Segundo a página oficial, 2.462 ambulâncias foram entregues entre 2023 e 2025 e outras 2.420 no primeiro semestre de 2026, com incremento de cobertura em 355 municípios desde 2023 e alcance de 189 milhões de brasileiros. A

ampliação é relevante porque o atendimento pré-hospitalar móvel reduz o intervalo entre o evento e a chegada ao serviço adequado, especialmente em traumas, emergências cardiovasculares, obstétricas e respiratórias.

Entretanto, a efetividade do investimento depende de equipes completas, centrais operantes, manutenção da frota, comunicação e disponibilidade de portas de referência, fatores que não são assegurados apenas pela entrega de veículos (Brasil, 2026c; Brasil, 2024).

A Central de Regulação das Urgências exerce papel decisivo nesse processo porque define orientações e mobiliza recursos a partir de informações recebidas em tempo real. Nota informativa do Ministério da Saúde publicada em 2024 reforçou as atribuições da regulação médica e da composição das unidades de suporte básico, evidenciando que o SAMU não deve ser reduzido à lógica de transporte.

O serviço precisa decidir quando enviar recurso, qual nível de suporte é necessário e para onde encaminhar a vítima, articulando-se às referências regionais disponíveis. Uma rede que amplia ambulâncias sem fortalecer regulação e comunicação corre o risco de aumentar deslocamentos sem reduzir tempo até o tratamento definitivo (Brasil, 2024; Tofani et al., 2023b).

Quadro 1. Atualizações recentes da política federal de urgência e emergência e suas implicações para a rede

Ano e instrumento	Conteúdo central	Implicação para gestão da RUE

2023. Portaria GM/MS nº 958	Atualiza valores de custeio para unidades móveis e Centrais de Regulação do SAMU 192.	Reforça a sustentabilidade financeira do componente móvel e a necessidade de vincular expansão a custeio regular.
2023. Portaria GM/MS nº 1.631	Reajusta valores de habilitação e qualificação do SAMU 192 no bloco de Média e Alta Complexidade.	Amplia a indução federal e cria condições para manutenção de equipes, centrais e frota.
2023. Portaria GM/MS nº 1.997	Reorganiza habilitação, homologação e financiamento de serviços da RUE.	Aumenta a participação das Secretarias Estaduais na análise de habilitações e reforça a lógica regional.
2024. Nota Informativa nº 9	Esclarece o papel da Central de Regulação e do médico regulador no atendimento pré-hospitalar móvel.	Reforça que o SAMU é dispositivo de regulação clínica e não apenas transporte sanitário.
2025. Novo PAC Saúde	Prevê expansão e renovação do SAMU com 1.533 ambulâncias e investimento federal de R$ 718 milhões.	Amplia capacidade potencial e cobertura, exigindo planejamento de equipes, bases, manutenção e portas de referência.
2026. Balanço federal do SAMU	Registra 2.462 ambulâncias entregues entre 2023 e 2025 e 2.420 no primeiro semestre de 2026.	Evidencia aceleração da expansão recente, mas mantém a necessidade de monitorar tempo-resposta, disponibilidade e resultados.

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2023a, 2023b, 2023c, 2024, 2025a, 2026c).

2.2. Regulação, Superlotação e Continuidade do Cuidado

A regulação constitui uma das dimensões mais complexas da RUE porque se situa na interface entre necessidade clínica, disponibilidade de recursos e pactos de gestão. Tofani et al. (2023b) identificaram, em duas regiões de saúde, múltiplos regimes regulatórios, incluindo processos governamentais, profissionais, leigos e relações influenciadas por interesses de prestadores. Os autores demonstram que o fluxo real pode se afastar do desenho formal quando faltam vagas, protocolos compartilhados ou legitimidade das decisões.

Nesses contextos, equipes recorrem a telefonemas, mensagens e negociações informais para viabilizar transferências. Embora essas estratégias possam resolver situações individuais, sua naturalização produz iniquidades porque transforma o acesso em resultado da capacidade de interlocução e não de critérios clínicos transparentes.

A regulação precisa atuar de forma dinâmica, atualizando prioridade conforme evolução do paciente e reconhecendo que a mesma vaga pode ter valor clínico diferente para pessoas em situações distintas. Isso exige dados confiáveis sobre leitos, suporte diagnóstico, especialidades e capacidade de receber novos casos. Filas estáticas, construídas apenas pela ordem de solicitação, podem ser inadequadas quando a gravidade muda durante a espera.

Da mesma maneira, a regulação central não pode funcionar desconectada das equipes assistenciais, pois decisões tomadas com informações desatualizadas aumentam recusas, retrabalho e transferência inadequada. A governança regional deve combinar protocolos, comunicação e auditoria dos tempos de espera, permitindo que o processo seja tecnicamente justificável e socialmente legítimo (Brasil, 2017; Tofani et al., 2023b).

Nas portas hospitalares, a discussão sobre superlotação ganhou maior precisão conceitual nos últimos anos. O crowding pode resultar da combinação de fatores de entrada, processamento e saída. O volume de pacientes que procura a emergência é importante, mas não explica sozinho a ocupação persistente. A revisão de Oskvarek et al. (2026), que incluiu 226 estudos, identificou como causas frequentes o aumento da demanda, dificuldades de acesso a outros níveis de atenção, insuficiência de pessoal, atrasos em exames e, principalmente, bloqueios de saída relacionados ao boarding e à alta hospitalar tardia.

Essa estrutura é útil para o SUS porque evita soluções simplistas baseadas apenas em redirecionar pacientes de menor gravidade.

O boarding ocorre quando a decisão de internação já foi tomada, mas o paciente permanece no setor de emergência aguardando leito. Nessa situação, a porta de entrada assume funções de unidade de internação sem dispor necessariamente de espaço, privacidade, dimensionamento ou rotinas desenhadas para permanências prolongadas. Nicolaidis et al. (2025) avaliaram o boarding por múltiplos dias em hospital terciário brasileiro e observaram associação com maior mortalidade hospitalar.

O achado não implica que toda permanência prolongada seja diretamente causal, mas reforça que atrasos depois da decisão de internar não são apenas inconvenientes operacionais, pois podem expressar exposição a um ambiente inadequado para continuidade do cuidado (Nicolaidis et al., 2025; Oskvarek et al., 2026).

A evidência multicêntrica de 2026 aprofundou esse entendimento. Em análise de dados operacionais de 160 hospitais brasileiros entre

2019 e 2025, Nicolaidis et al. (2026) encontraram ocupação elevada e boarding persistente, mas somente a proporção de pacientes em boarding mostrou associação consistente com mortalidade precoce. Cada aumento de 0,10 nessa proporção esteve associado a maior taxa de mortalidade nas primeiras 24 horas, enquanto a ocupação agregada não apresentou relação semelhante.

Para a gestão, essa diferença sugere que o indicador mais útil não é apenas quantas pessoas estão no setor, mas quantas já deveriam ter saído dele para outro nível assistencial.

Revisões internacionais publicadas em 2024 e 2026 reforçam que intervenções internas podem melhorar tempos, porém têm alcance limitado quando o principal gargalo está no hospital. Youssef et al. (2024) identificaram benefício de estratégias como médico na triagem e testes point-of-care para reduzir tempos de disposição em determinados contextos. Santos et al. (2026), em umbrella review, destacaram triagem conjunta, fast track, unidades de avaliação rápida e maior participação da enfermagem como medidas efetivas para acelerar fluxos.

Essas intervenções são importantes, mas precisam coexistir com gestão de leitos, altas oportunas e integração com enfermarias, porque velocidade na entrada não resolve o bloqueio de saída (Youssef et al., 2024; Santos et al., 2026).

A meta-análise de Alamri et al. (2026) também encontrou redução do tempo de permanência com fast track e resultados mais heterogêneos para team triage e point-of-care testing. A heterogeneidade entre estudos é um alerta para políticas públicas, pois uma intervenção que funciona em serviço com alta proporção

de casos de menor gravidade pode não produzir o mesmo efeito em hospital de referência com elevada carga de pacientes críticos.

A escolha de ferramentas deve partir do diagnóstico local do fluxo, identificando se o principal problema está no tempo até triagem, até avaliação médica, até exames, até decisão ou entre decisão e transferência. Sem essa decomposição, programas de melhoria podem produzir ganhos marginais enquanto o maior gargalo permanece intocado.

A superlotação também possui dimensão de equidade. Serviços localizados em áreas de maior vulnerabilidade frequentemente absorvem demanda elevada e dependem de redes de retaguarda com capacidade limitada. Quando o tempo de transferência aumenta, o risco não é distribuído igualmente entre usuários e territórios. Regiões com poucos leitos especializados, grandes distâncias ou baixa oferta de transporte regulado tendem a acumular atrasos que não aparecem em médias estaduais.

A política precisa analisar tempo-resposta e tempo até cuidado definitivo por região, perfil de gravidade e linha de cuidado, reconhecendo que universalidade somente se torna concreta quando barreiras geográficas e organizacionais são reduzidas de forma proporcional às necessidades (Tofani et al., 2024; Brasil, 2026a).

A continuidade do cuidado completa essa análise porque a urgência não termina na alta. Usuários com doenças crônicas agudizadas, idosos frágeis e pessoas que sofreram eventos cardiovasculares ou traumáticos frequentemente necessitam seguimento na Atenção Primária, reabilitação, atenção domiciliar ou serviços especializados. Quando a alta hospitalar não produz comunicação efetiva com o

território, aumenta-se o risco de retorno precoce, perda de tratamento e nova procura da emergência.

A RUE inclui formalmente a atenção domiciliar e se articula às demais redes, mas a literatura nacional ainda descreve conexões frágeis entre pontos de atenção, o que transforma a contrarreferência em uma etapa crítica para integralidade (Tofani et al., 2023a; Brasil, 2026a).

Quadro 2. Síntese de evidências científicas recentes sobre organização da RUE e superlotação

Estudo	Desenho e contexto	Contribuição para a análise
Tofani et al. (2023a)	Revisão integrativa de 34 estudos sobre a RUE no Brasil.	Identifica fragilidade de articulação em rede, centralidade hospitalar e participação ainda insuficiente da Atenção Primária.
Tofani et al. (2023b)	Estudo qualitativo de casos múltiplos sobre regulação em duas regiões de saúde.	Mostra que fluxos regulatórios são atravessados por diferentes atores, arranjos informais e disputas entre interesses públicos e privados.
Tofani et al. (2024)	Análise documental da formulação da política da RUE.	Evidencia caráter plural da política e influência de valores de acesso, qualidade, cidadania, integralidade e gestão por resultados.
Youssef et al. (2024)	Revisão sistemática e meta-análise de ensaios sobre throughput em emergência.	Aponta ganhos com médico de triagem e point-of-care em determinados indicadores de fluxo, com necessidade de adaptação ao contexto.

Nicolaidis et al. (2025)	Coorte brasileira sobre boarding por múltiplos dias.	Associa permanência prolongada após decisão de internação a maior mortalidade hospitalar.
Nicolaidis et al. (2026)	Coorte multicêntrica com 160 hospitais brasileiros.	Demonstra associação entre proporção de boarding e mortalidade precoce, distinguindo boarding de ocupação agregada.
Oskvarek et al. (2026)	Revisão sistemática internacional com 226 estudos.	Organiza crowding em fatores de entrada, processamento e saída e reforça a necessidade de soluções sistêmicas.
Santos et al. (2026)	Umbrella review de 20 revisões sistemáticas.	Destaca triagem conjunta, fast track e unidades de avaliação rápida como estratégias úteis, sem substituir gestão de capacidade hospitalar.
Alamri et al. (2026)	Revisão sistemática e meta-análise sobre intervenções contra superlotação.	Mostra benefício consistente do fast track e efeitos mais dependentes do contexto para outras intervenções.

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos citados no quadro.

2.3. Direito à Saúde e Responsabilidade Pela Trajetória

A urgência transforma um direito geral em exigência temporal concreta. A pessoa não necessita apenas de uma porta aberta, mas de avaliação, estabilização e acesso ao recurso compatível com sua condição. A responsabilidade pública deve ser examinada ao longo dessa trajetória. Um atendimento inicial tecnicamente adequado pode produzir resultado insuficiente quando a transferência depende de negociações incertas ou quando a alta ocorre sem

possibilidade de seguimento. A Constituição de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 oferecem o fundamento jurídico dessa responsabilidade; sua tradução organizacional exige definir como a rede responderá às necessidades que ultrapassam cada unidade.

O problema analítico é distinguir universalidade formal e acessibilidade efetiva. Distância, transporte, horário, comunicação e discriminação podem impedir o uso de serviços formalmente disponíveis. A ampliação de cobertura territorial precisa ser acompanhada por avaliação do tempo até cuidado definitivo. O número de atendimentos realizados não informa quantas pessoas desistiram, procuraram outra porta ou permaneceram sem assistência.

2.3.1. Situação para Análise

Em um exemplo hipotético, um município possui pronto atendimento permanente, mas depende de outro município para exames e internação. A gestão afirma que garantiu acesso porque nenhuma pessoa foi recusada na recepção. Pacientes, entretanto, permanecem por longos períodos aguardando encaminhamento. O conflito não se resolve escolhendo entre considerar a porta aberta um avanço ou reconhecer a insuficiência da rede. As duas constatações são compatíveis e precisam orientar responsabilidades diferentes.

Quadro 3. Direito à saúde e responsabilidade pela trajetória

Dimensão	Pergunta de avaliação	Consequência para a gestão

Entrada	A pessoa consegue chegar e ser avaliada?	Identificar barreiras geográficas e institucionais antes do atendimento.
Continuidade	A necessidade identificada recebe resposta adequada?	Pactuar referência e acompanhar pendências até sua resolução.
Resultado	O percurso reduz risco sem produzir abandono?	Examinar desfechos e experiência do usuário além do volume de consultas.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A decisão prioritária é tornar visível o percurso incompleto. Isso exige registrar necessidades de referência, tempo de espera e destino, sem confundir permanência física no serviço com continuidade garantida. A análise permite responsabilizar a rede de forma distribuída e evita que o serviço de origem seja tratado como único responsável por uma oferta que depende de outros níveis de gestão.

2.3.2. Da Intenção Institucional Ao Mecanismo de Mudança

A explicação de uma intervenção precisa identificar o que se modifica entre sua adoção e o resultado esperado. A publicação de uma regra pode alterar responsabilidades, mas não necessariamente a capacidade de executá-las. Um recurso novo pode ampliar oferta, porém depender de contratação, manutenção, integração de informações e pactuação de acesso. Examinar essas etapas intermediárias permite localizar a ruptura sem atribuir todo resultado insatisfatório a uma suposta resistência dos profissionais.

Uma hipótese operacional deve informar quem realiza a ação, em qual circunstância, com que recurso e por qual mecanismo se espera produzir acesso oportuno e continuidade. A hipótese permanece revisável. Se a atividade foi executada e o resultado não mudou, cabe investigar inadequação do mecanismo, intensidade insuficiente, tempo de observação curto ou condições externas. Se a atividade não ocorreu, o problema é de implementação e não constitui, por si, refutação de sua efetividade potencial.

O encadeamento também revela efeitos não previstos. Uma exigência documental pode melhorar rastreabilidade e simultaneamente consumir tempo assistencial. Um novo fluxo pode reduzir uma fila e transferir a espera para outra etapa. A avaliação ganha consistência quando acompanha o percurso inteiro e registra essas compensações. O compromisso institucional não se encerra no cumprimento da atividade planejada; inclui examinar o que a atividade produziu para pacientes que procuram atendimento de urgência.

2.4. Regionalização e Desenho Territorial da Rede

A regionalização procura organizar recursos que não podem estar presentes em todos os municípios com a mesma intensidade. Seu desenho envolve escala, distância, perfil epidemiológico e capacidade de transporte. Concentrar determinados recursos pode favorecer experiência e disponibilidade tecnológica, mas aumenta a dependência de deslocamentos. Descentralizar indiscriminadamente pode produzir estruturas pequenas, caras e pouco utilizadas. O planejamento precisa comparar esses efeitos segundo a natureza da urgência e o tempo clinicamente relevante para sua resposta.

Uma região administrativa não coincide necessariamente com a trajetória real dos usuários. Rodovias, rios, áreas de risco e vínculos históricos podem direcionar fluxos para fora dos limites formais. Ignorar essa circulação cria pactuações que funcionam no mapa e falham no cotidiano. O diagnóstico territorial deve incluir origem dos chamados, destinos efetivos e situações em que a referência prevista não consegue receber o paciente.

2.4.1. Situação para Análise

Considere duas cidades separadas por curta distância, mas conectadas por via frequentemente interrompida. Uma terceira unidade, mais distante em quilômetros, oferece percurso mais estável. O planejamento baseado apenas na distância linear atribuiria a referência à primeira alternativa. A análise de acessibilidade precisa incorporar tempo real, variabilidade e contingência, inclusive para transporte noturno e condições climáticas adversas.

Quadro 4. Regionalização e desenho territorial da rede

Elemento territorial	Informação necessária	Uso no planejamento
Deslocamento	Tempo observado por rota e horário	Definir referências e alternativas praticáveis.
Oferta	Capacidade operacional e perfil assistencial	Evitar encaminhamento para serviço sem recurso necessário.
Contingência	Bloqueios de acesso e recursos substitutos	Manter continuidade quando a rota habitual falha.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O produto esperado é uma rede de referências com condições de funcionamento conhecidas. A pactuação deve prever revisão periódica e mecanismos de compensação entre territórios. Sem isso, municípios de referência podem concentrar custos e superlotação, enquanto os demais mantêm uma cobertura apenas nominal. Regionalizar significa organizar interdependências, e não apenas distribuir equipamentos em unidades geográficas.

2.4.2. O Contexto Como Parte da Explicação

O contexto não deve aparecer apenas como uma lista de dificuldades ao final do relatório. Ele participa do funcionamento da intervenção. A mesma rotina pode ter efeitos distintos conforme disponibilidade de profissionais, estabilidade das equipes, capacidade laboratorial, distância entre serviços e autoridade de quem coordena o processo. Comparar experiências exige identificar quais dessas condições sustentam o mecanismo proposto e quais podem ser substituídas por outras soluções.

Para regulação regional, é útil separar condições relativamente estáveis, como geografia e perfil institucional, de condições modificáveis, como horários de reunião, regras de acesso e desenho de formulários. Essa distinção não naturaliza desigualdades: permite distribuir responsabilidades e reconhecer horizontes de mudança. Uma barreira estrutural pode exigir investimento regional, enquanto uma incompatibilidade de rotina pode ser corrigida pela própria equipe.

O registro contextual deve acompanhar a análise temporal. Mudanças de chefia, surtos, contratos e sistemas eletrônicos podem explicar oscilações que seriam atribuídas indevidamente à intervenção. Uma descrição contextual consistente não precisa ser extensa; precisa ser específica e associada a decisões. Quando uma estratégia é transferida para outro serviço, a adaptação deve preservar sua função essencial e reconsiderar os meios utilizados para realizá-la.

2.5. Financiamento e Indução de Comportamentos

O financiamento influencia o que os serviços conseguem oferecer e também o que passam a priorizar. Incentivos associados à habilitação podem estimular expansão de estrutura, enquanto mecanismos vinculados a produção podem favorecer atividades mais facilmente registradas. Nenhum formato é neutro. A avaliação precisa examinar se o modelo remunera capacidade necessária, trabalho realizado, qualidade ou alguma combinação dessas dimensões, reconhecendo as limitações de cada medida.

Na urgência, manter capacidade disponível tem custo mesmo quando a demanda é baixa. Equipes, ambulâncias e retaguarda precisam permanecer prontas para eventos imprevisíveis. Uma análise baseada apenas em custo por atendimento pode classificar como ineficiente uma base estrategicamente necessária em território remoto. Por outro lado, a justificativa de prontidão não dispensa demonstrar necessidade, disponibilidade e integração.

2.5.1. Situação para Análise

Um serviço hipotético recebe incentivo para ampliar atendimento, mas não dispõe de recurso suficiente para manutenção de

equipamentos e cobertura de afastamentos. O volume aumenta, enquanto a indisponibilidade operacional se torna mais frequente. O problema não está necessariamente na expansão em si, mas na incompatibilidade entre a despesa assumida e o financiamento recorrente necessário para sustentá-la.

Quadro 5. Financiamento e indução de comportamentos

Componente financeiro	**Risco de leitura restrita**	**Critério de análise**
Investimento inicial	Confundir aquisição com capacidade permanente	Estimar manutenção, reposição e operação.
Custeio	Desconsiderar variação de demanda e custos regionais	Relacionar recursos ao perfil assistencial e territorial.
Incentivos	Premiar volume sem acompanhar segurança	Combinar produção, acesso, continuidade e qualidade.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A gestão deve explicitar compromissos futuros antes de incorporar recursos. A análise de sustentabilidade inclui pessoal, combustível, manutenção, comunicação e serviços de referência. Também deve distinguir insuficiência de financiamento, execução inadequada e ineficiência de processo, pois cada situação exige resposta diferente. A redução dessas questões a um único indicador financeiro dificulta a responsabilização e enfraquece o planejamento.

2.5.2. Capacidade Efetiva e Recursos Complementares

Capacidade não é uma soma indiferenciada de recursos. Uma equipe, um equipamento e um fluxo de referência podem ser complementares: a falta de um deles compromete o uso dos demais. A organização que registra apenas o recurso mais visível corre o risco de superestimar sua capacidade. Para interpretar rede de atenção às urgências, convém distinguir recursos existentes, recursos disponíveis no momento da necessidade e recursos utilizáveis com segurança.

A análise pode começar pela identificação do elo limitante. Se a restrição está em uma etapa específica, ampliar outra etapa pode aumentar espera, estoque de trabalho ou sobrecarga. Isso não significa que toda melhoria deva aguardar uma solução integral. Significa que a sequência de investimentos precisa ser fundamentada na relação entre etapas. Uma medida temporária só é defensável quando seus limites e suas condições de interrupção estão reconhecidos.

A reserva operacional também tem valor. Recursos utilizados permanentemente no limite não oferecem resposta a absenteísmo, manutenção e oscilações da demanda. A disponibilidade excedente não deve ser automaticamente interpretada como desperdício. Sua necessidade depende da variabilidade, da criticidade do serviço e do custo clínico da demora. O planejamento deve explicitar esse compromisso entre utilização, resiliência e segurança.

2.6. Regulação Clínica e Gestão da Informação

A regulação clínica organiza prioridades e destinos a partir da necessidade do paciente e da capacidade da rede. Ela não deve ser reduzida à busca administrativa de uma vaga. Uma informação

incompleta sobre gravidade, recursos já utilizados e evolução pode produzir decisão inadequada mesmo quando existe oferta. A qualidade do processo depende de comunicação suficiente e de atualização proporcional ao risco.

Pedidos antigos não podem permanecer tratados como fotografias permanentes. A condição clínica pode melhorar, piorar ou mudar de natureza. A central precisa conhecer o que exige reavaliação e quem deve fornecer essa informação. A atualização indiscriminada de todos os campos em intervalos curtos pode sobrecarregar equipes; a ausência de critérios deixa deteriorações relevantes invisíveis.

2.6.1. Situação para Análise

Em uma situação hipotética, dois pedidos recebem a mesma classificação inicial. Um paciente apresenta piora enquanto aguarda; o outro responde ao tratamento e passa a necessitar de recurso menos intensivo. Se a fila permanece estática, a ordem administrativa pode divergir da prioridade clínica. O caso demonstra por que tempo de solicitação e gravidade não são critérios equivalentes.

Quadro 6. Regulação clínica e gestão da informação

Informação	**Finalidade**	**Falha que precisa ser evitada**
Necessidade atual	Definir recurso e urgência	Solicitar leito sem caracterizar o cuidado necessário.
Evolução	Reavaliar prioridade	Manter classificação desatualizada durante deterioração.

Capacidade de destino	Verificar adequação do encaminhamento	Transferir apenas porque existe espaço físico.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O registro deve permitir reconstruir decisão e justificativa. A existência de sistemas digitais não elimina a necessidade de contato direto em situações críticas. Critérios de escalonamento ajudam a resolver divergências sem depender exclusivamente de relações pessoais entre profissionais. Uma regulação transparente reduz arbitrariedade, mas precisa preservar flexibilidade clínica diante de mudanças relevantes.

2.6.2. Coordenação Entre Unidades e Responsabilidades

Problemas que atravessam setores tendem a permanecer sem solução quando cada unidade é avaliada apenas pelo desempenho interno. Uma equipe pode concluir sua tarefa e ainda deixar uma pendência essencial para quem recebe o caso. A responsabilidade compartilhada exige definição de entregas verificáveis e de um responsável pela continuidade, sem tornar todas as pessoas indistintamente responsáveis por tudo.

O acordo operacional deve esclarecer qual informação acompanha a transferência, quem confirma o recebimento e como se resolve uma divergência. A ausência de confirmação produz uma zona de incerteza na qual cada setor presume que outro assumiu o cuidado. Essa lacuna pode persistir mesmo em sistemas eletrônicos integrados, porque disponibilidade de informação e apropriação da responsabilidade são fenômenos distintos.

Uma forma de avaliar a coordenação é selecionar trajetórias completas e reconstruir seus pontos de passagem. O exame de casos permite distinguir atraso técnico, informação incompleta, conflito de critérios e inexistência de oferta. A solução decorrente dessa reconstrução pode ser um ajuste de governança, e não a criação de outro formulário. A coordenação deve reduzir a necessidade de negociações improvisadas e tornar previsível a resposta em situações usuais e excepcionais.

2.7. SAMU e Capacidade de Resposta Operacional

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) conecta o local do evento a uma rede de cuidado. Sua capacidade envolve regulação, despacho, equipe, veículo, equipamento, comunicação e destino. A entrega de ambulâncias é um componente desse sistema e deve ser interpretada junto da disponibilidade operacional. A Portaria nº 2.048/2002 constitui marco histórico da organização pré-hospitalar, cuja aplicação precisa considerar normas posteriores e a organização regional atual.

O tempo-resposta deve ser decomposto para orientar melhoria. Há intervalo até atendimento da ligação, avaliação regulatória, despacho, mobilização, deslocamento e acesso ao paciente. Um atraso total semelhante pode ter causas diferentes. A localização de uma base não corrige demora de despacho; a rapidez do despacho não supera bloqueio viário ou ausência de destino adequado.

2.7.1. Situação para Análise

Uma base hipotética dispõe de duas ambulâncias, mas uma permanece frequentemente indisponível por manutenção e a outra cobre uma área extensa. O cadastro sugere capacidade duplicada; a

rotina opera com um único recurso. A decisão de adquirir outro veículo deve ser comparada à possibilidade de melhorar manutenção, reposição e escala, sem presumir equivalência entre essas alternativas.

Quadro 7. SAMU e capacidade de resposta operacional

Etapa	Medida possível	Interpretação necessária
Disponibilidade	Horas de recurso operacional	Distinguir veículo existente de recurso pronto para atender.
Deslocamento	Tempo por território e horário	Considerar geografia e distribuição dos chamados.
Entrega do paciente	Tempo até liberação da equipe	Examinar impacto da retenção na porta hospitalar.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A retenção de ambulâncias reduz capacidade para novos chamados e transfere problemas hospitalares ao componente móvel. O monitoramento deve acompanhar essa interface, com pactuação de responsabilidades e medidas de contingência. A resposta adequada não é apenas acelerar o transporte, mas garantir que o recurso móvel encontre continuidade assistencial ao chegar ao destino.

2.7.2. Prioridades Sob Restrição de Recursos

Toda prioridade combina evidência e julgamento de valor. A evidência informa gravidade, probabilidade, benefício esperado e consequências; o julgamento define como esses elementos serão ponderados. Tornar a decisão transparente exige separar as duas

dimensões. Uma classificação numérica pode organizar a discussão, mas não elimina escolhas éticas nem resolve automaticamente a comparação entre necessidades diferentes.

Na gestão de rede de atenção às urgências, critérios devem ser compreensíveis, aplicáveis de forma consistente e sujeitos a revisão. Uma decisão proporcional considera urgência, possibilidade de benefício, alternativas disponíveis e danos da postergação. Critérios sociais não devem funcionar como exclusões discriminatórias. Ao contrário, barreiras de acesso podem demandar proteção adicional para evitar que desigualdades anteriores sejam reproduzidas pela organização do serviço.

A documentação da prioridade precisa registrar justificativa suficiente para revisão, sem burocracia incompatível com o tempo da decisão. Casos difíceis devem alimentar aprendizagem institucional, especialmente quando expõem conflito entre regras gerais e circunstâncias individuais. A existência de um mecanismo de revisão não implica suspensão de toda ação até consenso; permite agir com responsabilidade e reexaminar decisões à medida que informações relevantes se tornam disponíveis.

2.8. UPA e Limites da Permanência Prolongada

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ocupa posição intermediária entre território e hospital, com funções de avaliação, estabilização e observação dentro de seu perfil. Quando pacientes permanecem aguardando internação por períodos prolongados, a unidade passa a sustentar necessidades para as quais pode não possuir estrutura suficiente. O problema deve ser discutido como

inadequação entre necessidade e capacidade, e não apenas como excesso de permanência em um indicador.

O acompanhamento precisa distinguir observação clinicamente indicada de espera após decisão de transferir. Na primeira situação, a permanência integra o plano assistencial. Na segunda, ela expressa bloqueio da continuidade. Misturar os grupos dificulta compreender a demanda e pode induzir intervenções inadequadas, como reduzir indiscriminadamente tempo de observação para melhorar a estatística.

2.8.1. Situação para Análise

Uma UPA hipotética aumenta o número de macas para acomodar pacientes que aguardam hospital. A medida reduz improvisações imediatas, mas pode normalizar a permanência e ampliar a carga de cuidado sem equipe correspondente. A expansão física precisa ser acompanhada por avaliação de riscos, critérios de transferência e medidas regionais para resolver o bloqueio.

Quadro 8. UPA e limites da permanência prolongada

Tipo de permanência	Pergunta central	Resposta gerencial
Observação indicada	Há objetivo e prazo de reavaliação?	Organizar seguimento clínico e critérios de decisão.
Espera por internação	Qual recurso impede a transferência?	Acionar regulação e acompanhar tempo até destino.
Permanência social	Que suporte falta para uma saída segura?	Articular rede assistencial e proteção social.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A unidade precisa de planos para deterioração durante a espera e de canais de comunicação com a regulação. A responsabilidade pelo cuidado permanece ativa até transferência efetiva. Registrar que o paciente aguarda vaga não substitui reavaliação e proteção. Ao mesmo tempo, a análise institucional deve reconhecer que a solução depende da rede e não pode ser exigida apenas da equipe local.

2.8.2. Qualidade do Dado e Qualidade da Decisão

Um indicador pode ser matematicamente correto e ainda representar mal o fenômeno. Isso ocorre quando a definição de elegibilidade muda, quando registros faltantes se concentram nos casos mais graves ou quando o momento de registro não corresponde ao evento. A primeira pergunta diante de uma variação não deve ser apenas se o número melhorou, mas se ele continua medindo a mesma coisa.

Para acesso oportuno e continuidade, o dicionário de dados deve explicitar unidade de análise, início e fim do período, critérios de inclusão e situações de exceção. Eventos, pessoas e atendimentos não são unidades intercambiáveis. Uma pessoa pode gerar diversos registros, e uma única ocorrência pode mobilizar mais de um setor. Sem essa distinção, contagens duplicadas e denominadores inconsistentes comprometem comparações.

A validação pode combinar amostra de prontuários, confronto entre sistemas e revisão de registros extremos. Valores muito altos ou baixos podem ser erros, mas também podem revelar situações

importantes. Eliminá-los apenas porque destoam reduz a capacidade de reconhecer problemas. A decisão de corrigir, excluir ou manter deve ser rastreável, e o relatório deve indicar quanto a qualidade dos dados limita a interpretação.

2.9. Classificação de Risco e Reavaliação

A classificação de risco organiza prioridade de atendimento segundo necessidade e possibilidade de agravamento. Ela não equivale a diagnóstico definitivo nem determina, isoladamente, que alguém pode deixar o serviço. Seu valor depende de aplicação competente, acesso a avaliação subsequente e reavaliação quando a espera se prolonga ou surgem novos sinais.

A segurança exige distinguir o desempenho do instrumento do funcionamento do processo. Um protocolo pode ser adequado e ainda falhar quando a recepção não identifica deterioração, quando a equipe não consegue reavaliar ou quando categorias são utilizadas para justificar exclusão. A cor ou o nível atribuído não deve substituir o julgamento clínico diante de mudança da condição.

2.9.1. Situação para Análise

Uma pessoa inicialmente classificada com menor prioridade apresenta piora na sala de espera. O sistema eletrônico mantém a categoria anterior e a equipe da recepção não possui fluxo claro para solicitar nova avaliação. O evento revela uma falha de vigilância e comunicação, mesmo que a classificação inicial tenha sido compatível com as informações disponíveis.

Quadro 9. Classificação de risco e reavaliação

Momento	Necessidade de segurança	Evidência de funcionamento
Chegada	Reconhecer sinais de necessidade imediata	Fluxo acessível para avaliação sem barreira administrativa.
Espera	Detectar mudança e sofrimento crescente	Reavaliação conforme risco e novos sintomas.
Encaminhamento	Assegurar continuidade compatível	Orientação compreendida e destino realizável.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A auditoria pode examinar casos de piora, retornos e divergência entre classificação e evolução. O objetivo não é exigir previsão perfeita, mas identificar oportunidades de melhorar sensibilidade do processo. O tempo até atendimento deve ser interpretado por categoria e contexto, sem transformar metas em justificativa para reduzir a qualidade da avaliação.

2.9.2. Trabalho Real e Variabilidade Assistencial

O trabalho prescrito descreve como a organização espera que a tarefa aconteça. O trabalho real inclui interrupções, prioridades simultâneas, recursos ausentes e decisões que não cabem integralmente em um procedimento. A distância entre ambos pode revelar desvio perigoso, mas também adaptação necessária para manter o cuidado. A investigação precisa compreender a situação antes de classificar sua legitimidade.

Observar uma atividade no local em que ocorre permite identificar custos invisíveis: busca de materiais, repetição de informações,

deslocamentos e espera por autorização. Esses custos consomem capacidade sem aparecer como produção. Um processo aparentemente simples no papel pode exigir múltiplas negociações. Para regulação regional, reduzir esse esforço pode ser mais efetivo do que exigir maior atenção individual.

A padronização deve proteger pontos críticos e permitir adaptação justificada quando o contexto muda. Rotinas inflexíveis podem incentivar registros fictícios ou improvisações ocultas. Rotinas excessivamente abertas produzem variabilidade evitável. O desafio é tornar explícito o núcleo obrigatório, as condições de exceção e a forma de comunicar adaptações, preservando tanto a segurança quanto a capacidade de responder ao caso concreto.

2.10. Superlotação e Mecanismos de Entrada Processamento e Saída

A superlotação resulta da relação entre demanda, capacidade de processamento e possibilidade de saída. Esses componentes se influenciam mutuamente. Uma porta com avaliação rápida pode acumular pacientes quando a internação não se concretiza; um hospital com leitos disponíveis pode manter espera se exames e pareceres atrasam decisões. A classificação em entrada, processamento e saída ajuda a formular hipóteses, mas não deve ser tratada como separação rígida.

O diagnóstico exige observar o percurso temporal. Contar pessoas presentes em um momento informa ocupação, mas não explica por que permanecem. É necessário distinguir quem aguarda avaliação, exame, decisão, transporte ou leito. A combinação desses grupos

muda ao longo do dia e pode revelar gargalos que uma média mensal oculta.

2.10.1. Situação para Análise

Em um serviço hipotético, a gestão atribui a lotação à procura por casos de menor gravidade. A revisão do censo mostra que grande parte das posições está ocupada por pacientes já internados administrativamente. Criar um fluxo rápido para casos simples pode melhorar parte do atendimento, mas não resolverá a principal restrição identificada.

Quadro 10. Superlotação e mecanismos de entrada processamento e saída

Componente	Sinal observável	Hipótese a examinar
Entrada	Picos de chegada e dificuldade de alternativas	Distribuição da demanda e acesso territorial.
Processamento	Espera por avaliação ou resultado	Capacidade diagnóstica e organização do trabalho.
Saída	Permanência após decisão de internação	Retaguarda, alta hospitalar e gestão de leitos.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A intervenção deve atuar sobre o mecanismo predominante sem ignorar efeitos sobre os demais. Reduzir tempo de exames pode aumentar rapidamente a demanda por leitos e tornar o bloqueio mais visível. Esse resultado não significa necessariamente que a

mudança falhou; pode mostrar que a restrição se deslocou e exige nova resposta coordenada.

2.10.2. Tecnologia Como Componente de um Sistema

Uma tecnologia não atua isoladamente sobre o cuidado. Seu efeito depende da qualidade dos dados de entrada, da interface, da integração com rotinas e da resposta das pessoas aos resultados. Sistemas que oferecem recomendações podem gerar confiança excessiva; sistemas com alertas numerosos podem ser ignorados. Avaliar a tecnologia exige observar seu uso e suas consequências, além de verificar seu funcionamento técnico.

A introdução de uma ferramenta deve ser acompanhada por teste em situações representativas, incluindo dados incompletos, indisponibilidade de conexão e divergência entre profissionais. O plano de contingência é parte do projeto, e não um complemento posterior. A organização precisa saber quem assume a tarefa quando o sistema falha e como registros produzidos fora dele serão reconciliados depois.

No caso de rede de atenção às urgências, a seleção deve considerar o problema que se pretende resolver e a possibilidade de criar novos obstáculos. Mais campos não significam necessariamente melhor informação. Automação de uma etapa inadequada pode apenas acelerar o problema. Critérios de avaliação devem incluir tempo de trabalho, compreensão dos usuários, frequência de correções, segurança e distribuição dos benefícios entre diferentes serviços e grupos.

2.11. Boarding e Responsabilidade Hospitalar

O termo *boarding* descreve, no contexto discutido, a permanência de pacientes na emergência após decisão de internação enquanto aguardam leito apropriado. Ele difere da ocupação total e exige medida própria. A literatura citada no estudo de base associa essa permanência a desfechos desfavoráveis, mas a interpretação deve respeitar diferenças de desenho, população e ajuste. Associação não autoriza atribuir automaticamente cada óbito ao atraso.

A responsabilidade hospitalar decorre do fato de que a saída depende de enfermarias, unidades críticas, diagnóstico, alta e serviços externos. Cobrar apenas a emergência por reduzir *boarding* cria uma meta sem governabilidade suficiente. A direção precisa organizar resposta que inclua setores que controlam os recursos de continuidade.

2.11.1. Situação para Análise

Um hospital hipotético amplia a sala de emergência, mas mantém a mesma capacidade de internação e os mesmos horários de alta. O ambiente fica inicialmente mais organizado; depois, o espaço adicional também se ocupa. A medida pode ter reduzido desconforto imediato, porém não modificou o mecanismo de retenção. Sua avaliação deve separar benefício ambiental e resolução do fluxo.

Quadro 11. Boarding e responsabilidade hospitalar

Indicador	Definição analítica	Cuidado interpretativo
Tempo após decisão de internar	Intervalo até ocupação do leito de destino	Definir horários de início e fim de modo consistente.

Proporção em boarding	Pacientes nessa condição sobre o censo correspondente	A medida depende do momento da observação.
Deterioração durante espera	Eventos clínicos relevantes nesse intervalo	Considerar gravidade e qualidade do registro.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O plano de redução deve acompanhar segurança, retorno e reinternação, evitando alta precipitada em outros setores para liberar capacidade. A meta só é eticamente defensável quando melhora o percurso global. Transferir risco da emergência para uma enfermaria despreparada constitui deslocamento do problema, ainda que o indicador local melhore.

2.11.2. Equidade Como Critério de Interpretação

Uma média favorável pode coexistir com piora para grupos específicos. A avaliação de acesso oportuno e continuidade precisa examinar quem conseguiu acessar a intervenção, quem permaneceu excluído e quais barreiras explicam a diferença. Estratificação por território, turno, perfil de necessidade ou características sociais pode tornar visíveis desigualdades ocultas no resultado agregado.

Nem toda diferença observada representa iniquidade, e nem toda igualdade numérica representa justiça. Necessidades distintas podem exigir intensidade diferente de apoio. A análise deve explicitar o critério normativo utilizado: reduzir barreiras evitáveis, oferecer resposta proporcional à necessidade ou impedir tratamento

discriminatório. A comparação descontextualizada pode penalizar serviços que atendem populações mais vulneráveis.

Também é preciso avaliar a qualidade da informação sobre grupos sociais. Dados incompletos e categorias impostas podem produzir interpretações equivocadas. Sempre que pertinente, a definição de categorias deve respeitar autodeclaração e finalidade legítima. A leitura quantitativa ganha consistência quando dialoga com relatos de usuários e trabalhadores sobre o percurso assistencial. Equidade é uma propriedade das decisões e de seus efeitos, não apenas uma coluna adicional no painel.

2.12. Gestão de Leitos e Alta Planejada

A gestão de leitos articula previsão de necessidade, disponibilidade real e adequação do destino. Um leito vazio pode estar indisponível por manutenção, isolamento ou ausência de equipe. Um leito ocupado pode ter previsão de liberação dependente de exame, transporte ou suporte domiciliar. A informação precisa distinguir essas situações para que a central não trabalhe com disponibilidade fictícia.

A alta planejada começa antes do último dia de internação. Identificar necessidades de medicação, acompanhamento, equipamentos e suporte familiar permite antecipar pendências. Isso não significa fixar uma data independentemente da evolução, mas construir uma previsão revisável e informar o que impede sua realização segura.

2.12.1. Situação para Análise

Em um hospital hipotético, pacientes clinicamente aptos permanecem aguardando documentação e transporte, enquanto pessoas na emergência aguardam internação. A análise encontra concentração de tarefas de alta no fim do dia. Alterar a sequência de preparação pode melhorar o fluxo, desde que não transforme a previsão em pressão para saída prematura.

Quadro 12. Gestão de leitos e alta planejada

Pendência	**Possibilidade de antecipação**	**Proteção necessária**
Medicamentos	Revisão e organização antes da alta	Confirmar acesso e compreensão do esquema.
Transporte	Articulação conforme necessidade prevista	Reavaliar condição clínica antes da saída.
Seguimento	Definição de serviço e prazo de retorno	Evitar orientação sem acesso realizável.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A gestão deve avaliar duração de permanência junto de perfil de casos e resultados posteriores. Um tempo menor pode representar eficiência ou cuidado incompleto. A leitura exige medidas de equilíbrio e comunicação com a rede. O objetivo é liberar capacidade por resolução de pendências e adequação do cuidado, não por redução indiscriminada da internação.

2.12.2. Comunicação e Produção de Entendimento

Comunicar não se resume a transmitir uma mensagem. O emissor precisa considerar o que o destinatário compreendeu, o que pode

executar e quais dúvidas permanecem. Documentos tecnicamente completos podem falhar quando utilizam linguagem inacessível, misturam prioridades ou pressupõem conhecimentos que o interlocutor não possui. A comunicação eficaz transforma informação em capacidade de decisão.

Entre profissionais, a organização deve destacar situação atual, risco principal, ações já realizadas e pendências que exigem resposta. Para usuários e famílias, é necessário explicar objetivos, limites e próximos passos em linguagem compatível com suas necessidades. Confirmar entendimento por meio de uma reformulação feita pelo interlocutor é diferente de perguntar apenas se ele entendeu.

A comunicação de incerteza merece cuidado. O desconhecimento deve ser apresentado de forma específica, acompanhado do que será feito para reduzir a dúvida ou proteger a pessoa enquanto ela permanece. Promessas absolutas comprometem confiança quando o curso do caso muda. Para regulação regional, registrar decisões, razões e responsáveis ajuda a evitar versões contraditórias e permite continuidade entre profissionais que não acompanharam a conversa inicial.

2.13. Linhas de Cuidado para Condições Tempo Dependentes

Condições tempo dependentes exigem coordenação entre reconhecimento, estabilização, transporte e tratamento definitivo. O tempo total é composto por intervalos sob responsabilidade de diferentes atores. Medir apenas o período dentro do hospital pode ocultar atrasos importantes anteriores à chegada. A linha de cuidado precisa definir o que cada ponto deve reconhecer e quando acionar o próximo recurso.

A organização não deve pressupor que todos os serviços executarão a mesma intervenção. Algumas unidades precisam identificar risco e transferir com segurança; outras concentram diagnóstico e tratamento especializado. O planejamento deve reduzir passagens sem benefício e manter condições para estabilização quando o acesso direto não é possível.

2.13.1. Situação para Análise

Em um cenário hipotético de suspeita de condição neurológica aguda, o paciente passa por duas unidades sem capacidade de realizar a avaliação necessária antes de chegar à referência. A análise institucional deve reconstruir os motivos: desconhecimento do fluxo, indisponibilidade do destino, barreira de transporte ou informação clínica insuficiente. Cada hipótese aponta uma intervenção diferente.

Quadro 13. Linhas de cuidado para condições tempo dependentes

Intervalo	Responsabilidade organizacional	Pergunta crítica
Reconhecimento	Comunidade e primeira equipe	Os sinais relevantes geram acionamento oportuno?
Encaminhamento	Regulação e transporte	O destino dispõe do recurso necessário?
Tratamento definitivo	Serviço de referência	A equipe está preparada para receber o caso?

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A subseção discute organização, sem substituir protocolos clínicos específicos. Critérios terapêuticos precisam seguir diretrizes atualizadas e avaliação individual. O papel da política é criar condições para que essas decisões ocorram em tempo oportuno, com comunicação prévia, disponibilidade diagnóstica e responsabilidades claras entre os componentes da rede.

2.13.2. Sustentabilidade e Custos de Oportunidade

O custo de uma intervenção inclui mais do que sua aquisição. Há tempo de trabalho, manutenção, atualização, treinamento, reposição e capacidade gerencial necessária para mantê-la. A análise deve distinguir despesas iniciais de despesas recorrentes. Um financiamento temporário pode viabilizar o começo e ainda deixar o serviço sem condições de continuidade.

O custo de oportunidade corresponde ao benefício potencial de outra utilização dos mesmos recursos. Isso não transforma a decisão em escolha pelo menor preço: exige comparar alternativas relevantes e suas consequências. Uma estratégia mais cara pode ser justificável quando produz benefício adicional importante ou reduz desigualdades. Uma estratégia barata pode ser ineficiente quando ocupa capacidade e gera pouco valor.

Em rede de atenção às urgências, a avaliação econômica deve explicitar perspectiva, horizonte temporal e componentes considerados. Economia para um setor pode representar transferência de custos a outro ou às famílias. Redução de gasto hospitalar acompanhada de dificuldade de acesso posterior não é ganho inequívoco. A sustentabilidade depende de reconhecer esses

deslocamentos e de manter coerência entre financiamento, responsabilidade assistencial e resultados esperados.

2.14. Urgências Obstétricas Pediátricas e Necessidades Específicas

Redes de urgência precisam reconhecer que populações distintas apresentam necessidades próprias de avaliação, transporte e destino. A disponibilidade de uma porta geral não assegura acesso a cuidado obstétrico ou pediátrico adequado. Equipamentos, competências e fluxos devem corresponder ao perfil dos pacientes atendidos, especialmente quando a referência especializada está distante.

O planejamento deve evitar dois extremos: encaminhar automaticamente todos os casos para centros distantes ou presumir que qualquer unidade geral pode resolver todas as situações. A decisão depende da necessidade identificada, da estabilidade, do recurso local e do benefício do deslocamento. A pactuação prévia reduz improvisações em situações nas quais o tempo é decisivo.

2.14.1. Situação para Análise

Uma região hipotética possui hospital de referência para adultos, mas depende de outro território para cuidados pediátricos especializados. A central utiliza uma lista única de leitos e não distingue competências disponíveis por turno. A solução exige qualificar o cadastro operacional e a comunicação, além de avaliar se a oferta regional atende à demanda real.

Quadro 14. Urgências obstétricas pediátricas e necessidades específicas

Necessidade	Requisito de organização	Risco de omissão
Obstétrica	Referência compatível com risco e continuidade materna	Transferências sucessivas e fragmentação do cuidado.
Pediátrica	Equipe e recursos adequados à faixa etária	Adaptações inseguras de estruturas destinadas a adultos.
Familiar	Informação e suporte ao acompanhante	Deslocamento sem compreensão do percurso.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A avaliação da equidade deve considerar distribuição territorial dessas capacidades e impacto dos deslocamentos nas famílias. O acesso pode ser formalmente garantido e ainda impor barreiras importantes de hospedagem, transporte e comunicação. A resposta regional precisa integrar assistência e suporte social, sem transformar dificuldades familiares em justificativa para negar cuidado necessário.

2.14.2. Riscos Introduzidos Pela Própria Melhoria

Intervenções de melhoria podem produzir efeitos adversos organizacionais. Uma meta de velocidade pode induzir decisões precipitadas; uma meta de cobertura pode estimular participação apenas formal; uma meta de redução de consumo pode comprometer acesso necessário. Por isso, a avaliação deve acompanhar medidas de equilíbrio que indiquem se o ganho em uma dimensão deteriora outra.

Essas medidas devem ser escolhidas antes da implementação. Não precisam abranger todos os danos imagináveis, mas os efeitos plausíveis do mecanismo proposto. A equipe pode perguntar qual comportamento seria incentivado caso o indicador passasse a orientar recompensa ou punição. Essa reflexão ajuda a antecipar manipulação de registros, exclusão de casos difíceis e transferência de problemas para outras unidades.

A resposta a um efeito indesejado deve ser proporcional. Pode ser necessário corrigir o processo, restringir a aplicação, intensificar supervisão ou interromper a intervenção. A interrupção não representa necessariamente fracasso; pode demonstrar capacidade de aprender e proteger pessoas. Na discussão sobre regulação regional, a qualidade do programa inclui reconhecer quando a mudança deixou de produzir o benefício que justificou sua adoção.

2.15. Crises em Saúde Mental e Cuidado em Rede

O atendimento a crises em saúde mental exige avaliação de risco, acolhimento, proteção e articulação com a rede psicossocial. A presença de agitação ou sofrimento intenso não permite presumir causa exclusivamente psiquiátrica. Condições clínicas, uso de substâncias, dor e vulnerabilidades sociais podem coexistir e precisam ser consideradas pela equipe habilitada.

A organização do cuidado deve preservar dignidade e utilizar medidas proporcionais ao risco, com registro e reavaliação. A contenção, quando excepcionalmente indicada segundo avaliação e normas aplicáveis, não pode substituir escuta, ambiente adequado e disponibilidade de equipe. O planejamento deve incluir

comunicação entre urgência, serviços territoriais e suporte familiar quando apropriado.

2.15.1. Situação para Análise

Uma pessoa hipotética procura a emergência repetidamente após crises, recebe atendimento agudo e retorna ao território sem articulação de seguimento. Cada episódio é tratado como evento isolado. A revisão da trajetória revela falha de continuidade, e não apenas procura frequente. A intervenção deve examinar acesso territorial, compreensão do plano e condições sociais que dificultam acompanhamento.

Quadro 15. Crises em saúde mental e cuidado em rede

Etapa	Objetivo	Questão de segurança
Avaliação inicial	Reconhecer necessidades clínicas e psicossociais	Evitar redução do caso a um rótulo diagnóstico.
Manejo da crise	Proteger pessoa e equipe com proporcionalidade	Reavaliar medidas e preservar direitos.
Continuidade	Conectar cuidado agudo e territorial	Definir responsabilidade e acesso após a saída.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A política deve acompanhar experiência do usuário, recorrência, barreiras de acesso e uso de medidas restritivas, interpretando os dados com contexto. A redução de retornos não pode ser obtida pela criação de obstáculos à procura. O resultado desejável é ampliar

continuidade e capacidade de cuidado, reconhecendo necessidades que persistem além da resolução imediata da crise.

2.15.2. Participação e Legitimidade Institucional

Uma intervenção tecnicamente plausível pode perder legitimidade quando é construída sem ouvir quem executa e quem recebe o cuidado. Participação não significa transferir toda decisão técnica para votação. Significa incorporar conhecimento situado sobre barreiras, consequências e prioridades, além de tornar explícitos os motivos pelos quais determinadas propostas foram aceitas ou recusadas.

Os mecanismos participativos precisam evitar representação apenas simbólica. Horários, linguagem, acesso digital e assimetria de autoridade influenciam quem consegue falar. A participação de trabalhadores em posições hierárquicas diferentes pode exigir espaços protegidos. A participação de usuários demanda condições para que experiências negativas sejam relatadas sem receio de prejuízo ao atendimento.

Para rede de atenção às urgências, a devolutiva é parte essencial do processo. Ouvir sem informar o destino das contribuições favorece descrença. Um registro de demandas, decisões e justificativas permite acompanhar mudanças e limites. A legitimidade cresce quando a organização consegue demonstrar como as perspectivas recebidas modificaram o projeto e quais conflitos permanecem em discussão, sem prometer consenso onde existem interesses efetivamente divergentes.

2.16. Violências Vulnerabilidade e Acolhimento

Violências podem chegar à urgência como lesão, sofrimento psíquico, intoxicação ou queixa inespecífica. O cuidado precisa reconhecer a possibilidade de exposição sem presumir fatos não informados. Privacidade, escuta e documentação adequada são condições para que a pessoa possa relatar o ocorrido. A resposta deve respeitar protocolos e obrigações aplicáveis, com articulação entre assistência, vigilância e proteção.

A vulnerabilidade não é atributo fixo da pessoa. Ela resulta da relação entre exposição, recursos disponíveis e barreiras institucionais. Uma orientação aparentemente simples pode ser inviável quando o usuário depende economicamente de quem produz a violência ou não dispõe de local seguro. Planejar a saída exige considerar essas condições sem substituir a autonomia por decisões paternalistas.

2.16.1. Situação para Análise

Uma pessoa hipotética recebe alta após atendimento de lesões, mas informa receio de retornar ao domicílio. O serviço considera encerrada sua responsabilidade porque o problema físico foi tratado. A análise de integralidade exige avaliar necessidades de proteção e articular recursos disponíveis, preservando sigilo e os deveres legais pertinentes.

Quadro 16. Violências vulnerabilidade e acolhimento

Dimensão	Ação organizacional	Cuidado ético
Privacidade	Garantir conversa em ambiente apropriado	Evitar exposição diante de acompanhantes potencialmente envolvidos.

Registro	Documentar informações e achados pertinentes	Distinguir relato, observação e interpretação.
Saída	Articular proteção e continuidade	Não presumir que o retorno ao domicílio seja seguro.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A equipe precisa de formação sobre comunicação, fluxos e limites de atribuição. A ausência de resposta social não deve ser ocultada como falha individual do usuário. O registro de barreiras pode subsidiar pactuações regionais e revelar necessidades que indicadores tradicionais de urgência não captam, especialmente quando o atendimento se repete sem modificação da exposição.

2.16.2. Interpretação de Associações e Causalidade

Uma associação entre intervenção e resultado pode decorrer de causalidade, mas também de diferenças prévias, mudanças simultâneas ou seleção de casos. A interpretação deve considerar a ordem temporal e as explicações alternativas. Serviços que adotam uma inovação podem já possuir melhor estrutura e liderança; atribuir todo seu desempenho à inovação superestima o efeito da medida.

O ajuste estatístico pode reduzir algumas distorções, desde que as variáveis relevantes tenham sido medidas adequadamente. Ele não corrige automaticamente fatores desconhecidos, registros imprecisos ou definições inconsistentes. Também pode introduzir erro quando se ajusta uma variável que faz parte do mecanismo

pelo qual a intervenção atua. O modelo precisa decorrer de uma hipótese causal explícita.

No estudo de acesso oportuno e continuidade, conclusões devem acompanhar a força do desenho. Dados descritivos mostram distribuição e tendência; estudos comparativos podem fortalecer explicações; experimentos e avaliações quase experimentais acrescentam condições específicas de inferência. Nenhuma classificação substitui leitura crítica. A prudência não consiste em negar todo aprendizado, mas em formular recomendações cuja intensidade seja compatível com o grau de certeza disponível.

2.17. Desastres e Aumento Súbito da Demanda

Desastres alteram simultaneamente demanda e capacidade. Podem aumentar o número de pessoas que necessitam de cuidado e comprometer transporte, energia, água, comunicação e disponibilidade de trabalhadores. Um plano baseado apenas em ampliar atendimento ignora a possibilidade de que os próprios recursos de resposta sejam afetados. A preparação deve examinar dependências críticas e alternativas.

A organização precisa definir comando, comunicação, prioridades e critérios de ativação. Esses elementos devem ser conhecidos antes do evento e testados em exercícios. Um documento extenso, desconhecido pelas equipes, não constitui capacidade de resposta. A preparação também deve prever desmobilização e recuperação, porque a sobrecarga pode persistir após a fase mais visível da emergência.

2.17.1. Situação para Análise

Uma inundação hipotética interrompe o acesso a um hospital e aumenta a procura por outras unidades. Ambulâncias passam a percorrer rotas mais longas e parte da equipe não consegue chegar ao trabalho. A contingência exige redistribuir referências, proteger trabalhadores e comunicar mudanças à população. A simples abertura de novas posições de atendimento não resolve essas dependências.

Quadro 17. Desastres e aumento súbito da demanda

Função crítica	**Dependência**	**Alternativa a planejar**
Comunicação	Telefonia e conectividade	Canais redundantes e pontos de contato definidos.
Transporte	Rotas e combustível	Referências alternativas e coordenação territorial.
Assistência	Equipe e insumos	Escalas de contingência e reposição prioritária.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A análise posterior deve registrar decisões, dificuldades e adaptações úteis. O objetivo não é apenas julgar se o plano foi seguido, mas compreender se ele ofereceu suporte adequado à realidade. A recuperação pode exigir cuidado prolongado, apoio psicossocial e reconstrução de serviços, integrando a urgência às políticas territoriais e ambientais.

2.17.2. Tempo e Maturação dos Efeitos

Nem todos os resultados aparecem no mesmo intervalo. A publicação de uma rotina pode ser imediata; a aprendizagem exige prática; a reorganização do trabalho depende de negociação; mudanças em desfechos podem necessitar observação prolongada. Avaliar cedo demais pode ocultar benefício, enquanto avaliar apenas depois de muito tempo pode perder informação sobre falhas iniciais e adaptações.

É útil definir resultados proximais e distais. Os proximais verificam se o mecanismo começou a funcionar; os distais examinam consequências relevantes para pessoas e serviços. O encadeamento entre ambos deve ser plausível. Uma melhora proximal não garante resultado final, mas sua ausência pode indicar que a intervenção ainda não alcançou intensidade suficiente para produzir o efeito esperado.

Na discussão sobre regulação regional, o calendário de avaliação deve considerar sazonalidade, rotatividade e mudanças de demanda. Comparar períodos não equivalentes pode produzir conclusões enganosas. A análise longitudinal ganha qualidade quando registra a data efetiva de implementação e suas modificações, em vez de utilizar apenas a data formal de lançamento. A história da intervenção precisa acompanhar os números que procuram descrevê-la.

2.18. Força de Trabalho e Competências Coletivas

A capacidade de resposta depende de competências individuais e da coordenação entre profissionais. Conhecer um procedimento não garante que a equipe consiga executá-lo sob pressão, com papéis claros e comunicação adequada. A formação precisa contemplar

reconhecimento de deterioração, tomada de decisão, uso de recursos e transferência de responsabilidade.

O dimensionamento deve considerar perfil de demanda e variabilidade, não apenas número médio de atendimentos. Picos, casos complexos, deslocamentos e permanências prolongadas alteram a carga de trabalho. A ausência de profissionais experientes pode aumentar necessidade de supervisão, mesmo quando a quantidade nominal da equipe permanece igual.

2.18.1. Situação para Análise

Uma emergência hipotética mantém o mesmo número de trabalhadores após ampliar posições de observação. O volume de tarefas e a necessidade de vigilância aumentam, mas o indicador de pessoal por atendimento pouco muda porque os registros contam entradas e não a complexidade da permanência. O caso demonstra a limitação de denominadores simplificados.

Quadro 18. Força de trabalho e competências coletivas

Dimensão de competência	**Forma de desenvolvimento**	**Evidência de aplicação**
Técnica	Prática supervisionada e atualização	Execução segura em situações representativas.
Coletiva	Simulação e discussão de casos	Coordenação e comunicação durante resposta crítica.
Organizacional	Conhecimento de fluxos e recursos	Acionamento adequado da rede e de contingências.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A educação permanente deve partir de problemas identificados e dialogar com condições de trabalho. Treinamento não corrige ausência de equipamento, escala insuficiente ou conflito de fluxo. A liderança precisa separar lacunas de competência de barreiras estruturais e combinar intervenções. Essa distinção protege trabalhadores de responsabilização simplista e torna a formação mais relevante para a segurança.

2.18.2. Desenho de Implementação e Adaptação

Uma intervenção complexa combina componentes essenciais e componentes adaptáveis. Os essenciais sustentam seu mecanismo; os adaptáveis permitem adequação ao contexto. A ausência dessa distinção produz dois problemas: reprodução rígida de um modelo inadequado ou alterações que eliminam a função original enquanto preservam apenas seu nome.

O plano de implementação deve especificar etapas, responsáveis, recursos e critérios de progressão. Um teste inicial em pequena escala pode revelar problemas de integração e compreensão, mas seus resultados não devem ser automaticamente generalizados. A expansão altera carga de trabalho, diversidade de casos e necessidade de coordenação. O que funcionou com apoio intensivo pode exigir outra estrutura para manter-se na rotina.

Para rede de atenção às urgências, adaptações devem ser registradas com motivo, momento e consequências esperadas. Essa documentação permite distinguir aperfeiçoamento deliberado de perda silenciosa de componentes. A fidelidade deve ser avaliada em

relação à função e à segurança, sem transformar o roteiro em fim em si mesmo. O aprendizado institucional depende de compreender quais mudanças foram necessárias e por que produziram resultados diferentes.

2.19. Segurança do Paciente Durante a Espera

A espera é um período assistencial ativo. Pacientes podem deteriorar, sentir dor, perder acesso a medicação habitual ou apresentar necessidades básicas não atendidas. A organização deve definir como essas necessidades serão reconhecidas e a quem compete responder. A ausência de leito definitivo não suspende a responsabilidade pelo cuidado.

Ambientes improvisados ampliam riscos de identificação, privacidade, queda, lesão por pressão e falhas de comunicação. A análise não deve normalizar essas condições como inevitáveis, mas pode estabelecer medidas de redução de dano enquanto a causa estrutural é enfrentada. Essas medidas precisam ser acompanhadas por ação para reduzir a permanência inadequada.

2.19.1. Situação para Análise

Um paciente hipotético permanece em área de observação aguardando transferência. A passagem de plantão destaca apenas a pendência de vaga e omite alterações recentes e necessidades de vigilância. O evento mostra como a classificação administrativa pode substituir indevidamente o plano clínico. A comunicação precisa preservar o que deve ser feito durante a espera.

Quadro 19. Segurança do paciente durante a espera

Risco	Barreira organizacional	Verificação
Deterioração	Reavaliação conforme condição e mudanças	Registro de reconhecimento e resposta.
Erro de identificação	Conferência em intervenções críticas	Observação da prática e revisão de incidentes.
Descontinuidade	Passagem estruturada de responsabilidades	Confirmação das pendências e do plano vigente.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O monitoramento pode combinar incidentes, observação e relatos de usuários. Uma baixa taxa de notificação não demonstra necessariamente segurança; pode indicar dificuldade de reconhecer ou comunicar problemas. O programa deve favorecer aprendizado e resposta, com proteção contra culpabilização automática e clareza sobre comportamentos que exigem responsabilização específica.

2.19.2. Conflitos de Interesse e Independência

Decisões em saúde podem ser influenciadas por incentivos financeiros, prestígio profissional, metas administrativas e relações com fornecedores. A existência de um interesse não prova conduta inadequada, mas exige transparência e mecanismos de gestão. O problema surge quando fatores relevantes permanecem ocultos e passam a orientar escolhas apresentadas como exclusivamente técnicas.

Na avaliação de rede de atenção às urgências, deve-se identificar quem define a pergunta, financia a atividade, seleciona os

indicadores e controla a divulgação. Indicadores escolhidos apenas por quem executa o programa podem destacar sucessos e omitir consequências desfavoráveis. Uma revisão por pessoas com perspectivas diferentes fortalece a credibilidade, desde que não se limite a uma validação formal.

Processos de decisão devem registrar alternativas consideradas e razões para sua escolha. Quando houver conflito relevante, pode ser necessário restringir a participação em determinadas etapas, obter parecer independente ou ampliar a publicidade dos critérios. A finalidade é preservar o interesse público e a confiança, sem presumir que toda colaboração seja ilegítima. A independência precisa ser organizada por procedimentos verificáveis, e não apenas declarada.

2.20. Informação Interoperabilidade e Continuidade

A interoperabilidade deve permitir que informações relevantes acompanhem o paciente e sejam compreendidas por quem assume o cuidado. A mera possibilidade de visualizar documentos não garante integração. Campos inconsistentes, versões desatualizadas e ausência de confirmação podem manter a fragmentação mesmo em uma rede digitalizada.

O conjunto mínimo de informação precisa ser definido pela finalidade. Para a transferência, importam condição atual, intervenções realizadas, riscos e pendências. Para a gestão regional, podem ser suficientes dados agregados sobre demanda, tempo e destinos. A separação dessas finalidades reduz coleta excessiva e protege informações pessoais.

2.20.1. Situação para Análise

Uma rede hipotética utiliza diferentes sistemas. O serviço de destino recebe um documento digital extenso, mas não consegue identificar rapidamente o motivo da transferência e a última avaliação. A solução pode envolver padronização de conteúdo e organização visual, além de integração técnica. Digitalizar um documento inadequado preserva sua dificuldade de uso.

Quadro 20. Informação interoperabilidade e continuidade

Informação compartilhada	**Destinatário**	**Finalidade**
Resumo clínico e pendências	Equipe que recebe o paciente	Continuidade imediata e prevenção de omissões.
Capacidade operacional	Regulação e gestão	Definição de destinos compatíveis.
Dados agregados de fluxo	Planejamento regional	Identificação de gargalos e desigualdades.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A avaliação deve verificar completude, atualidade e utilização da informação, não apenas número de mensagens enviadas. Também precisa prever indisponibilidade do sistema e reconciliação posterior. A governança de dados envolve responsabilidades técnicas e assistenciais, porque um erro de informação pode alterar prioridade, destino e oportunidade do cuidado.

2.20.2. Aprendizagem a Partir de Incidentes

Um incidente deve ser investigado como trajetória de decisões e condições contribuintes. A busca imediata por um culpado tende a

encerrar a investigação no último profissional envolvido, deixando intactas as vulnerabilidades anteriores. Ao mesmo tempo, uma abordagem sistêmica não elimina responsabilidade individual: exige diferenciá-la da falha de desenho, da ausência de recursos e da adaptação induzida pelo contexto.

A reconstrução deve reunir documentos, relatos e sequência temporal, reconhecendo que o conhecimento do desfecho influencia retrospectivamente o julgamento. Uma ação que hoje parece obviamente equivocada pode ter sido plausível diante das informações disponíveis naquele momento. Compreender essa plausibilidade é necessário para construir barreiras úteis e evitar recomendações genéricas de atenção ou treinamento.

Para regulação regional, o plano de ação deve priorizar mudanças que alterem condições de trabalho e não dependam apenas da memória. Cada medida precisa de responsável, prazo e verificação de funcionamento. Encerrar uma investigação após emitir um relatório confunde produção documental com prevenção. O aprendizado só se completa quando a organização examina se a mudança reduziu a possibilidade de recorrência e se introduziu novos riscos.

2.21. Indicadores e Interpretação do Desempenho

Um painel de urgência precisa combinar acesso, tempo, segurança, continuidade e experiência. Indicadores isolados podem induzir soluções parciais. Reduzir tempo até avaliação é relevante, mas insuficiente quando a espera por internação aumenta. Ampliar atendimentos pode representar maior acesso ou repetição por baixa resolutividade. A interpretação depende da relação entre medidas.

Medianas e percentis podem descrever tempos assimétricos melhor do que uma média isolada. Ainda assim, precisam ser acompanhados de definição de início, fim e elegibilidade. Excluir casos longos sem justificativa melhora artificialmente o indicador. A análise deve preservar os extremos relevantes e investigar suas causas.

2.21.1. Situação para Análise

Um serviço hipotético apresenta redução do tempo médio de permanência após mudança de fluxo. A revisão identifica aumento de saídas sem conclusão e retornos precoces. A melhora do indicador principal não basta para afirmar benefício. É necessário examinar se a intervenção acelerou resolução ou apenas deslocou a necessidade para outro momento.

Quadro 21. Indicadores e interpretação do desempenho

Dimensão	Exemplo de medida	Complemento necessário
Acesso	Tempo até primeira avaliação	Estratificação por risco e território.
Fluxo	Tempo até destino após decisão	Identificação de pendências e capacidade.
Segurança	Deterioração e retorno relevante	Interpretação clínica e ajuste ao perfil de casos.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A seleção do painel deve ser parcimoniosa e vinculada a decisões. Medidas sem responsável e sem consequência operacional tendem

a se tornar atividade documental. O valor do indicador está em orientar investigação e resposta, com transparência sobre limitações e possibilidade de revisão quando deixa de representar o problema.

2.21.2. Incerteza e Decisões Proporcionais

A incerteza pode resultar de ausência de dados, qualidade limitada da evidência ou variabilidade inerente ao fenômeno. Cada situação pede uma resposta diferente. Buscar mais informação pode resolver parte do problema, mas também atrasar decisões necessárias. O julgamento proporcional considera o dano potencial da espera, a reversibilidade da ação e a possibilidade de reavaliação.

Em rede de atenção às urgências, medidas temporárias podem ser justificáveis quando existe risco relevante e informação incompleta, desde que seu fundamento e seu prazo de revisão sejam explícitos. Uma decisão provisória não deve adquirir permanência apenas por inércia. A organização precisa definir quais informações permitiriam ampliar, corrigir ou suspender a medida.

A comunicação da incerteza deve preservar capacidade de ação. Informar que algo não está definitivamente comprovado não significa que todas as alternativas sejam equivalentes. Evidências parciais, plausibilidade e experiência podem orientar escolhas, com limites reconhecidos. O compromisso científico exige evitar certeza artificial e também evitar que a busca por certeza impossível se transforme em justificativa para omissão diante de necessidades concretas.

2.22. Avaliação Econômica da Organização da Urgência

A análise econômica deve comparar alternativas para responder a uma necessidade definida. A pergunta não é simplesmente quanto custa uma UPA, uma base móvel ou um leito, mas qual combinação produz acesso e continuidade adequados em determinado território. Custos fixos, volume, distância e perfil assistencial influenciam o resultado.

Economia local pode representar custo transferido. Reduzir permanência hospitalar sem suporte posterior pode aumentar deslocamentos, gastos familiares e procura repetida. Concentrar serviços pode reduzir custo unitário e ampliar barreiras geográficas. A perspectiva adotada precisa ser explícita para que o leitor compreenda quais consequências foram incluídas.

2.22.1. Situação para Análise

Uma região hipotética compara manter duas estruturas pequenas ou concentrar atendimento em uma unidade maior. A segunda alternativa parece mais barata por atendimento, mas exige transporte adicional e aumenta o tempo de acesso de parte da população. A decisão deve incorporar esses efeitos, sem pressupor que eficiência e descentralização sejam sempre incompatíveis.

Quadro 22. Avaliação econômica da organização da urgência

Componente	Questão econômica	Consequência assistencial
Prontidão	Qual o custo de manter capacidade disponível?	Proteção diante de eventos imprevisíveis.
Deslocamento	Quem assume tempo e despesas de transporte?	Possível atraso ou dificuldade de acesso.

Continuidade	Há custo de retornos e transferências evitáveis?	Avaliação da resolutividade da rede.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A análise deve apresentar cenários e incertezas, especialmente quando dados são incompletos. Estimativas não devem adquirir aparência de precisão superior à informação disponível. A comparação econômica apoia a decisão, mas precisa dialogar com direitos, equidade e segurança, que não podem ser reduzidos a um único custo médio.

2.22.2. Escalas de Análise e Limites de Generalização

Resultados observados em indivíduos, equipes, serviços e territórios respondem a perguntas diferentes. Uma associação territorial não demonstra que cada pessoa exposta apresenta o mesmo risco. Um resultado favorável em uma unidade altamente especializada não estabelece desempenho equivalente em toda a rede. A generalização exige examinar mecanismos, populações e condições de operação.

A transferência de uma experiência deve começar pela comparação entre o contexto de origem e o de destino. Importam recursos, perfil de casos, relações institucionais e alternativas disponíveis. A pergunta útil não é apenas se a intervenção funcionou, mas para quem, em quais condições e mediante qual intensidade de apoio. Essa leitura evita transformar exemplos bem-sucedidos em receitas universais.

No caso de acesso oportuno e continuidade, a replicação pode assumir formas diferentes. É possível preservar a finalidade de uma estratégia e modificar sua organização local. O registro das diferenças permite avaliar se o mesmo mecanismo continuou operante. Generalizar com responsabilidade significa indicar tanto o campo provável de aplicação quanto as situações em que a evidência ainda é insuficiente para sustentar a decisão.

2.23. Transparência Participação e Controle Social

A população vivencia a rede como percurso e pode identificar barreiras que os registros administrativos não captam. Espera sem informação, encaminhamento inexequível e dificuldade de retorno produzem experiência de abandono mesmo quando etapas formais foram cumpridas. A participação social amplia o diagnóstico e permite discutir prioridades com base nas necessidades do território.

A transparência deve apresentar informações compreensíveis e contextualizadas. Publicar números sem explicar definições e limitações pode produzir comparações injustas entre unidades. Dados sobre espera e acesso precisam preservar privacidade e evitar exposição de pacientes. O objetivo é permitir acompanhamento e responsabilização, não criar competição simplificada.

2.23.1. Situação para Análise

Um conselho local recebe relatório com aumento de atendimentos, mas moradores relatam dificuldade crescente de conseguir internação. As informações não são necessariamente contraditórias: uma descreve produção da porta e a outra continuidade. A reunião

pode ser organizada para reconstruir trajetórias e identificar quais indicadores faltam ao relatório.

Quadro 23. Transparência participação e controle social

Canal	Contribuição possível	Condição de utilidade
Ouvidoria	Identificar barreiras e experiência do usuário	Retorno e ligação com planos de melhoria.
Conselhos	Discutir prioridades e distribuição de recursos	Informação acessível e possibilidade de acompanhamento.
Devolutivas públicas	Explicar decisões e limites	Critérios claros e proteção de dados pessoais.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A participação precisa produzir consequência observável. Demandas devem ser registradas, encaminhadas e respondidas com justificativa. A ausência de solução imediata não impede transparência sobre dependências e prazos. O controle social fortalece a política quando permite examinar tanto resultados quanto escolhas que determinaram sua distribuição.

2.23.2. Segurança da Informação e Finalidade do Uso

Informação em saúde precisa circular para garantir cuidado e vigilância, mas sua circulação deve estar vinculada a finalidade legítima, necessidade e proteção adequada. Acumular dados sem definir uso aumenta exposição e custo de gestão. Compartilhar indiscriminadamente não é sinônimo de integração; restringir de

forma excessiva também pode comprometer continuidade e segurança.

O desenho de acesso deve considerar quem precisa saber o quê, em qual momento e para qual ação. Relatórios gerenciais frequentemente podem utilizar informações agregadas, enquanto a assistência demanda identificação individual. A separação entre essas finalidades reduz divulgação desnecessária. Pequenos grupos e combinações de variáveis podem permitir reidentificação mesmo quando nomes foram removidos.

Na discussão sobre regulação regional, a governança deve prever revisão de permissões, rastreabilidade de acessos, retenção e resposta a incidentes. O uso de dados para avaliação ou pesquisa exige verificar requisitos éticos e legais aplicáveis ao caso. A classificação de uma atividade como melhoria não dispensa automaticamente análise de suas implicações. A proteção da informação deve sustentar o cuidado e a confiança, com critérios transparentes e responsabilidades definidas.

2.24. Agenda de Implementação Regional

A implementação regional precisa transformar objetivos amplos em compromissos verificáveis. O diagnóstico inicial deve identificar poucos problemas prioritários, seus mecanismos e os atores com capacidade de agir. Uma agenda extensa sem sequência e recursos tende a dispersar responsabilidade. A seleção deve considerar gravidade, frequência, desigualdade e possibilidade de modificação.

O plano pode combinar ações imediatas sobre informação e comunicação com investimentos de médio prazo em capacidade. As primeiras não substituem os segundos, mas ajudam a utilizar

melhor recursos existentes e a produzir evidências para decisões maiores. A pactuação deve incluir responsáveis, dependências e critérios de revisão.

2.24.1. Situação para Análise

Uma região hipotética identifica retenção de ambulâncias, baixa atualização de pedidos e demora de alta hospitalar. Os problemas são relacionados, mas exigem responsáveis distintos. Um plano integrado pode estabelecer comunicação entre centrais e hospitais, revisão do fluxo de transferência e preparação antecipada da alta, acompanhando efeitos sobre segurança e tempo total.

Quadro 24. Agenda de implementação regional

Horizonte	Foco de ação	Evidência de avanço
Inicial	Definições e informações confiáveis	Conhecimento do problema e das responsabilidades.
Intermediário	Teste de mudanças nas interfaces	Redução de falhas sem piora de segurança.
Sustentação	Recursos e rotinas permanentes	Manutenção do resultado após o período de apoio intensivo.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A revisão do plano deve ser parte da governança e não apenas resposta a crises. Resultados precisam ser discutidos com serviços de origem e destino, além de representantes dos usuários quando pertinente. A efetividade da política aparece quando o percurso se

torna mais oportuno, previsível e seguro, inclusive para territórios que historicamente recebem menor oferta.

2.24.2. Continuidade e Manutenção Institucional

Uma melhoria pode desaparecer quando termina o projeto, muda a liderança ou se encerra o financiamento inicial. A sustentação depende de incorporar a atividade às responsabilidades, ao orçamento, à formação e aos sistemas de acompanhamento. Rotinas que dependem exclusivamente de uma pessoa motivada permanecem vulneráveis, mesmo quando produzem resultados expressivos no curto prazo.

O planejamento deve identificar funções essenciais e prever substituição de responsáveis, atualização de documentos e manutenção dos recursos. A revisão periódica precisa verificar se a intervenção continua necessária e se o contexto mudou. Sustentar não significa repetir indefinidamente: significa conservar a capacidade de produzir benefício e adaptar os meios quando deixam de ser adequados.

Para rede de atenção às urgências, sinais de deterioração podem surgir antes da piora do desfecho principal. Atrasos em revisão, queda na completude de registros e dependência crescente de improvisações merecem atenção. Uma rotina de monitoramento simples, associada a espaços de decisão, tende a ser mais útil do que um painel extenso sem responsáveis. A memória institucional deve registrar também limites e tentativas malsucedidas, preservando aprendizado para novas equipes.

2.25. Pesquisa e Avaliação Crítica da Rede de Atenção às Urgências

A investigação da rede pode combinar análise documental, dados de serviços e estudo de trajetórias. Cada abordagem revela dimensões distintas. Documentos mostram desenho e compromissos; bases administrativas descrevem produção e fluxo; entrevistas e observação ajudam a compreender decisões e barreiras. A combinação deve responder a uma pergunta definida, sem transformar multiplicidade de métodos em garantia automática de qualidade.

Uma agenda relevante inclui desigualdades territoriais de acesso, efeitos de mudanças regulatórias, permanência após decisão de internação e continuidade após alta. Estudos precisam distinguir resultados individuais de medidas agregadas e evitar inferências causais que o desenho não sustenta. A comparação entre regiões exige considerar perfil de necessidade e capacidade anterior.

2.25.1. Situação para Análise

Um grupo hipotético pretende avaliar se a abertura de uma nova unidade reduziu mortalidade regional. Uma comparação simples entre o ano anterior e o posterior pode ser afetada por mudanças populacionais, outras políticas e oscilações de demanda. Um desenho mais consistente examina séries temporais, territórios comparáveis e mecanismos intermediários, reconhecendo limites de informação.

Quadro 25. Pesquisa e avaliação crítica da Rede de Atenção às Urgências

Pergunta	Fonte ou estratégia	Limite a reconhecer

O acesso mudou?	Tempos e trajetórias territoriais	Registros podem excluir pessoas que não chegaram ao serviço.
A continuidade melhorou?	Transferências e seguimento	Integração entre bases pode ser incompleta.
A política produziu benefício?	Comparação longitudinal contextualizada	Mudanças simultâneas dificultam atribuição causal.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A produção científica deve retornar à gestão e às comunidades em linguagem utilizável. O valor do estudo não depende apenas de publicação, mas de esclarecer decisões e limites. Uma conclusão bem delimitada pode ser mais útil do que uma afirmação ampla de sucesso ou fracasso que desconsidere a heterogeneidade da rede.

2.25.2. Avaliação Crítica de Recomendações

Uma recomendação precisa informar a situação à qual se aplica, a ação proposta, o benefício esperado e as condições necessárias. Frases amplas sobre integração, capacitação ou melhoria são insuficientes quando não permitem decidir o que mudar. A especificidade não exige transformar o texto em prescrição universal; permite tornar seus pressupostos examináveis.

O leitor deve distinguir recomendação normativa, conclusão de estudo e proposta analítica. Uma norma estabelece obrigação dentro de seu campo de aplicação. Um estudo produz evidência sob determinadas condições. Uma proposta organiza uma alternativa que ainda precisa ser testada. Misturar essas categorias pode atribuir

força legal a uma preferência ou apresentar uma hipótese como resultado comprovado.

Na discussão sobre regulação regional, recomendações devem ser priorizadas conforme relevância, viabilidade e possibilidade de verificação. A sequência de implementação pode começar por riscos graves e mudanças com dependências menores, sem abandonar investimentos estruturais. A qualidade do planejamento aparece na relação entre problema e ação, e não no volume da lista. Uma recomendação útil permite compreender por que foi escolhida e como será reconhecido seu eventual fracasso.

3. METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como revisão narrativa da literatura associada à análise documental de políticas públicas, com orientação descritivo-analítica. A opção por esse desenho decorre do objetivo de compreender simultaneamente a arquitetura normativa da RUE e os problemas contemporâneos observados na implementação e no fluxo assistencial. A revisão narrativa permite integrar documentos oficiais, estudos qualitativos sobre organização da rede e pesquisas quantitativas sobre crowding e boarding, preservando diferenças metodológicas entre as fontes.

Não se pretendeu realizar meta-análise própria nem estimar efeito agregado de intervenções, pois os estudos selecionados apresentam contextos, indicadores e unidades de análise distintas (Tofani et al., 2023a; Oskvarek et al., 2026).

A seleção privilegiou artigos revisados por pares que discutissem organização da RUE no Brasil, regulação, integração entre pontos de

atenção, superlotação ou intervenções relacionadas ao fluxo em serviços de emergência.

Na etapa documental foram examinados textos oficiais do Ministério da Saúde e normas disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo a Portaria nº 2.048 de 2002, a Portaria nº 1.600 de 2011, a Portaria de Consolidação nº 3 de 2017, as Portarias GM/MS nº 958, nº 1.631 e nº 1.997 de 2023, a Nota Informativa nº 9 de 2024 e páginas institucionais atualizadas sobre RUE, SAMU 192 e UPA 24h.

Também foram incorporados dados divulgados pelo Ministério da Saúde sobre expansão recente do SAMU e investimentos do Novo PAC, sempre reproduzidos conforme a fonte oficial e sem projeções próprias (Brasil, 2023a; Brasil, 2026c).

A análise foi realizada em quatro movimentos. Primeiro, reconstruíram-se a organização normativa e as atualizações recentes de financiamento e habilitação. Em seguida, os estudos brasileiros foram examinados para identificar convergências e tensões relacionadas à regionalização, regulação e articulação em rede. No terceiro movimento, as evidências sobre crowding e boarding foram comparadas a partir dos conceitos de entrada, processamento e saída, buscando diferenciar problemas internos da emergência de bloqueios sistêmicos. Por fim, os achados foram organizados em implicações para governança, equidade e monitoramento, evitando atribuir causalidade a documentos normativos ou extrapolar resultados de estudos observacionais para contextos não avaliados.

Por utilizar exclusivamente documentos públicos e literatura científica publicada, sem coleta de dados primários, identificação de

participantes ou acesso a prontuários, o estudo não envolveu pesquisa direta com seres humanos. A interpretação respeitou o escopo de cada fonte, distinguindo valores projetados pelo Novo PAC de resultados já implementados e evitando tratar dados de cobertura como equivalentes a qualidade assistencial. As citações e referências foram organizadas no sistema autor-data e segundo o padrão bibliográfico indicado pela Revista Tópicos, com prioridade para informações verificáveis em fontes oficiais e periódicos indexados.

A elaboração dos quadros analíticos e das situações de aplicação complementa a síntese das fontes. Os casos, os cálculos e as alternativas de decisão identificados como hipotéticos constituem exercícios argumentativos; não correspondem a participantes, instituições observadas ou resultados de intervenção. Sua análise explora mecanismos, pressupostos, riscos de interpretação e condições de implementação. Não foi aplicado instrumento de coleta a pessoas ou serviços, e não se produziu estimativa agregada de efeito.

A discussão metodológica desenvolvida na seção de resultados examina possibilidades de avaliação institucional. Os desenhos e instrumentos ali apresentados são propostas analíticas e não procedimentos de pesquisa de campo executados neste estudo. A distinção entre evidência publicada, interpretação e exemplo hipotético orienta a leitura dos resultados e delimita o alcance das conclusões.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A síntese das fontes indica que a política brasileira de urgência e emergência atravessa uma fase de expansão material combinada a desafios antigos de integração. O investimento recente em ambulâncias, centrais e financiamento demonstra retomada da indução federal, enquanto a atualização das regras de habilitação fortalece a participação dos estados na organização regional.

Ao mesmo tempo, os estudos publicados entre 2023 e 2026 mostram que a principal fragilidade continua localizada nas interfaces entre serviços, especialmente quando o usuário necessita transitar da atenção pré-hospitalar para uma porta adequada ou da emergência para um leito de internação. A coexistência de expansão e fragmentação impede avaliações baseadas apenas em quantidade de equipamentos (Brasil, 2026c; Tofani et al., 2023a).

Os resultados também sugerem que superlotação deve ser tratada como problema de rede e de hospital, não como falha exclusiva da emergência. Intervenções de triagem e fluxo interno podem melhorar tempos específicos, porém evidências brasileiras recentes sobre boarding apontam para a necessidade de enfrentar o bloqueio de saída. Essa leitura desloca o foco de estratégias que buscam apenas reduzir demanda para políticas de capacidade efetiva, gestão de leitos, altas oportunas e continuidade pós-hospitalar.

A discussão a seguir organiza esses achados em três dimensões interdependentes: expansão e financiamento, regulação e fluxo, e governança regional orientada por indicadores (Nicolaidis et al., 2026; Oskvarek et al., 2026).

4.1. Expansão, Financiamento e Capacidade Efetiva da Rede

A expansão do SAMU 192 constitui o movimento mais visível da política recente. O balanço federal registra milhares de ambulâncias entregues desde 2023 e crescimento da cobertura para novos municípios, enquanto o Novo PAC prevê continuidade de investimentos em frota e centrais de regulação. Esses resultados respondem a vazios históricos do atendimento pré-hospitalar móvel e podem reduzir desigualdades de acesso quando novas bases são posicionadas em territórios antes descobertos.

Contudo, a capacidade efetiva do SAMU depende da relação entre número de veículos, equipes habilitadas, disponibilidade mecânica, localização das bases, comunicação com a central e tempo de deslocamento. Uma ambulância entregue, mas indisponível por falta de equipe ou manutenção, amplia capacidade nominal sem necessariamente modificar tempo-resposta (Brasil, 2026c; Brasil, 2025a).

A distinção entre capacidade nominal e capacidade funcional é igualmente importante nas UPA 24h e nos hospitais. A UPA é definida pelo Ministério da Saúde como componente pré-hospitalar fixo de complexidade intermediária, responsável por avaliação diagnóstica inicial, estabilização e encaminhamento quando necessário. Essa função depende de retaguarda e integração com SAMU, Atenção Primária e hospitais.

Quando não há vaga de internação ou transporte regulado, a UPA pode manter pacientes por períodos incompatíveis com sua finalidade, reproduzindo uma forma de boarding fora do hospital. A qualificação periódica prevista na política deve, portanto, avaliar não apenas estrutura interna, mas a capacidade de referência e continuidade produzida na região (Brasil, 2026d; Tofani et al., 2023a).

O financiamento federal tem papel indutor, mas não substitui responsabilidades estaduais e municipais. A Portaria GM/MS nº 1.997 organiza mecanismos de habilitação e homologação, enquanto as portarias de 2023 referentes ao SAMU atualizaram valores de custeio. Essa combinação reconhece que uma rede de urgência não se mantém apenas com investimento inicial. Veículos, equipamentos, profissionais, medicamentos, exames e sistemas de informação exigem financiamento contínuo.

Em regiões com baixa capacidade fiscal, a insuficiência de recursos locais pode reduzir o efeito de repasses federais se não houver planejamento compartilhado e cofinanciamento coerente com o perfil epidemiológico e a complexidade dos serviços (Brasil, 2023a; Brasil, 2023b; Tofani et al., 2024).

A descentralização da análise das habilitações para as Secretarias Estaduais pode favorecer decisões mais próximas das necessidades regionais, mas também cria exigências adicionais de governança. Estados precisam manter equipes técnicas capazes de verificar requisitos, comparar prioridades e acompanhar qualificação, evitando que a lógica de habilitação se torne mera resposta a demandas individuais de municípios. A unidade de planejamento deve ser a região de saúde, porque uma nova UPA, base do SAMU ou porta hospitalar altera fluxos que ultrapassam fronteiras municipais.

A pactuação em Comissões Intergestores Regionais e Bipartites pode transformar financiamento em estratégia regional quando utiliza dados de demanda, distância e vazios assistenciais como critérios de decisão (Brasil, 2017; Brasil, 2023c).

A política de expansão também precisa considerar o perfil epidemiológico. Eventos cardiovasculares, acidentes, violências, emergências obstétricas e descompensações de condições crônicas demandam recursos diferentes e apresentam padrões territoriais distintos. Regiões com longas distâncias rurais podem necessitar desenho de bases e transporte diferente de áreas metropolitanas, onde o desafio principal pode ser congestionamento urbano e saturação de portas hospitalares. A adoção de um padrão único de capacidade, sem leitura do território, tende a produzir ineficiências.

O planejamento precisa combinar população, distribuição espacial, séries históricas de acionamentos, tempo-resposta e disponibilidade de serviços definitivos para aproximar investimento da necessidade real (Brasil, 2026a; Tofani et al., 2024).

Outro aspecto é a força de trabalho. A expansão física pode elevar a demanda por médicos reguladores, enfermeiros, técnicos, condutores, profissionais de apoio diagnóstico e equipes hospitalares em mercados de trabalho já tensionados. Escalas incompletas reduzem a disponibilidade real e aumentam sobrecarga dos trabalhadores, afetando qualidade e retenção. Políticas públicas de urgência precisam dialogar com educação permanente, dimensionamento e provimento, sobretudo porque a segurança em situações agudas depende de competências técnicas e não técnicas praticadas de forma continuada.

Embora os documentos recentes enfatizem habilitação e custeio, a sustentabilidade da expansão requer planejamento de pessoas tão cuidadoso quanto o planejamento de equipamentos (Brasil, 2024; Tofani et al., 2023a).

A disponibilidade tecnológica também deve ser articulada à manutenção. No atendimento pré-hospitalar, monitores, desfibriladores, ventiladores e equipamentos de comunicação precisam estar operacionais. Nas UPA e hospitais, laboratório, imagem e suporte especializado influenciam o tempo até decisão. Oskvarek et al. (2026) mostram que atrasos diagnósticos compõem a dimensão de processamento do crowding, enquanto Youssef et al. (2024) identificam que estratégias como point-of-care testing podem reduzir tempo em cenários específicos. Para o SUS, incorporar tecnologia sem fluxo de manutenção ou sem integração a protocolos pode aumentar custos sem produzir ganhos proporcionais de acesso.

Em síntese, os investimentos recentes ampliam a capacidade potencial da RUE e devem ser reconhecidos como avanço, mas a avaliação da política precisa migrar do número de bens entregues para indicadores de uso e resultado. Quantas ambulâncias estão disponíveis em cada turno, qual o tempo-resposta por território, quanto tempo a UPA leva para transferir pacientes internados e qual proporção de solicitações encontra referência adequada são perguntas mais próximas da experiência real do usuário.

A expansão torna-se política de acesso quando reduz tempo e iniquidade, e não apenas quando aumenta o patrimônio físico do sistema (Brasil, 2026c; Nicolaidis et al., 2026).

4.2. Regulação, Boarding e Gestão do Fluxo Hospitalar

A regulação aparece como elo capaz de transformar recursos dispersos em rede, mas seu desempenho depende da qualidade da informação e da autoridade para coordenar fluxos. No componente

pré-hospitalar, a Central de Regulação das Urgências recebe o chamado, orienta e decide sobre o recurso a ser mobilizado. No acesso hospitalar, centrais e núcleos internos precisam compatibilizar prioridade clínica e disponibilidade.

Quando cada serviço protege seus próprios leitos sem visão regional, o regulador passa a atuar em ambiente de escassez informacional e negociação permanente. Tofani et al. (2023b) demonstram que, nessas condições, arranjos formais e informais coexistem e podem produzir trajetórias desiguais para usuários com necessidades semelhantes.

A qualidade da regulação começa pela atualização clínica. Pacientes em espera podem melhorar ou deteriorar, e a fila precisa refletir essa mudança. Sistemas que mantêm prioridades congeladas por longos períodos correm o risco de direcionar vaga a quem já não necessita do mesmo nível de cuidado enquanto outro paciente se agrava. A regulação dinâmica requer contato entre equipes, registro de horários e critérios objetivos de reclassificação. Também precisa documentar recusas, motivos de indisponibilidade e tempo até aceite, produzindo uma base de dados capaz de transformar casos isolados em informação para planejamento regional (Brasil, 2023c; Tofani et al., 2023b).

No hospital, o núcleo interno de regulação pode atuar como articulador entre emergência, enfermarias, terapia intensiva, centro cirúrgico e gestão de leitos. Sua efetividade depende de acesso a dados em tempo real e capacidade de intervir sobre altas, transferências e bloqueios. O boarding torna visível a ausência dessa coordenação porque pacientes já internados continuam ocupando espaços de emergência. Nicolaidis et al. (2025) evidenciaram que o

boarding por múltiplos dias em contexto brasileiro se associa a piores desfechos, reforçando a necessidade de limites operacionais e escalonamento gerencial quando a permanência ultrapassa parâmetros definidos.

Os achados multicêntricos de Nicolaidis et al. (2026) oferecem uma contribuição relevante para políticas públicas ao separar ocupação de boarding. Uma emergência pode estar cheia porque recebe grande volume de pacientes, mas também pode estar bloqueada porque pessoas já admitidas não conseguem subir para leitos internos. As estratégias são diferentes. No primeiro caso, gestão de demanda, fast track, triagem e ampliação de capacidade de avaliação podem ser úteis.

No segundo, a intervenção precisa envolver leitos hospitalares, previsão de altas, limpeza, transporte interno, exames pendentes e retaguarda pós-aguda. Misturar os dois mecanismos em um único indicador reduz a capacidade de decidir corretamente.

A literatura internacional recente mostra que intervenções de throughput têm valor quando usadas de forma direcionada. Youssef et al. (2024) encontraram redução do tempo até disposição com médico de triagem, enquanto Alamri et al. (2026) observaram benefício do fast track sobre tempo de permanência, embora com heterogeneidade importante. Santos et al. (2026) também destacam triagem conjunta, unidades de avaliação rápida e solicitação de exames por enfermeiros como estratégias promissoras. Esses achados não devem ser transplantados mecanicamente para todos os serviços brasileiros.

Antes de implantar uma intervenção, o hospital precisa mapear a etapa que mais contribui para atraso e verificar se possui pessoas, espaço e governança para sustentar a mudança.

A gestão de leitos, por sua vez, exige visão de hospital inteiro. Altas concentradas no final do dia mantêm leitos indisponíveis durante períodos de maior demanda. Exames ou avaliações especializadas que atrasam a alta prolongam permanências que repercutem na emergência. Protocolos de alta planejada, previsão de data, rounds multiprofissionais e priorização de pendências podem aumentar giro sem reduzir segurança, desde que articulados à continuidade fora do hospital. Oskvarek et al. (2026) reforçam que medidas de saída exigem coordenação sistêmica e não podem ser executadas apenas pela equipe da emergência.

A atenção domiciliar e a APS também participam do fluxo de saída quando oferecem alternativas seguras para continuidade do cuidado. Pacientes clinicamente estáveis podem permanecer internados por questões sociais, necessidade de curativos, antibioticoterapia ou suporte familiar insuficiente. Nesses casos, ampliar a capacidade de desospitalização requer comunicação com serviços territoriais e avaliação individual. O objetivo não deve ser liberar leitos a qualquer custo, mas evitar permanências hospitalares desnecessárias quando outro ponto da rede consegue oferecer cuidado adequado.

Essa perspectiva aproxima gestão de fluxo do princípio de integralidade e reduz o risco de transformar eficiência em simples pressão por alta (Brasil, 2026a; Tofani et al., 2023a).

A superlotação afeta ainda as condições de trabalho. Ambientes ocupados por pacientes em corredores ou áreas improvisadas dificultam privacidade, comunicação, administração segura de medicamentos e vigilância clínica. A pressão para receber novos casos aumenta carga cognitiva e pode favorecer atrasos ou falhas. Estudos internacionais associam crowding a atrasos em processos clínicos e pior experiência, enquanto os achados brasileiros sobre boarding reforçam que esse cenário possui repercussões concretas sobre desfechos (Eidstø et al., 2024; Nicolaidis et al., 2026). A política de urgência deve, portanto, tratar segurança do trabalhador e do paciente como parte da gestão de fluxo.

A resposta mais consistente é combinar intervenções. Uma unidade pode utilizar classificação de risco, fast track para casos adequados, point-of-care para exames específicos e gestão ativa de leitos, mas os resultados dependerão da articulação entre essas medidas. Programas de melhoria devem partir de dados, testar mudanças e acompanhar efeito ao longo do tempo. Quando uma intervenção reduz tempo de triagem, mas o tempo entre decisão e leito continua aumentando, a gestão precisa deslocar o esforço para a etapa seguinte.

Essa lógica de melhoria contínua permite que a política se adapte à realidade local sem abandonar os princípios gerais de acesso oportuno e segurança (Youssef et al., 2024; Alamri et al., 2026).

4.3. Governança Regional, Equidade e Indicadores

A governança regional constitui o ponto em que financiamento, regulação e assistência precisam convergir. A RUE atravessa municípios e instituições com diferentes capacidades, o que torna

insuficiente a gestão isolada de cada unidade. Comissões intergestores, centrais de regulação e planos regionais devem compartilhar uma leitura comum dos principais vazios e gargalos. A agenda não se limita à abertura de novos serviços, pois envolve revisar referências, analisar tempos de transferência, avaliar bloqueios recorrentes e definir contingências para períodos de maior demanda.

Tofani et al. (2024) destacam que a política é permanentemente reinterpretada no contexto descentralizado, tornando a qualidade da governança decisiva para preservar seus valores de acesso e integralidade.

Equidade regional exige reconhecer que a mesma distância possui efeitos diferentes conforme gravidade, disponibilidade de transporte e condições viárias. Um tempo de deslocamento aceitável para consulta eletiva pode ser incompatível com acidente vascular cerebral, infarto ou trauma grave. O planejamento precisa integrar mapas de tempo-resposta, localização das bases do SAMU e oferta de serviços especializados.

A expansão recente da cobertura móvel pode reduzir vazios, mas o benefício se completa somente quando a vítima é encaminhada à unidade capaz de realizar o tratamento definitivo, evitando transferências intermediárias que consomem tempo sem agregar resolutividade (Brasil, 2026c; Brasil, 2025a).

A equidade também depende de como a rede trata grupos que encontram barreiras adicionais, incluindo população rural, pessoas em situação de rua, idosos frágeis e usuários com sofrimento mental. O desenho da RUE inclui diferentes naturezas de urgência,

mas a resposta concreta varia conforme capacidade dos serviços. Situações psiquiátricas, por exemplo, podem permanecer por períodos prolongados em portas de emergência quando faltam referências específicas, enquanto pessoas socialmente vulneráveis podem ter dificuldades de alta segura.

A política precisa combinar critérios clínicos com redes sociais e territoriais de suporte, evitando que a emergência se transforme em local de permanência prolongada por ausência de alternativas (Brasil, 2026a; Oskvarek et al., 2026).

O monitoramento deve acompanhar essa complexidade por meio de indicadores capazes de localizar o gargalo. Taxa global de atendimentos ou número de ambulâncias são insuficientes. No componente móvel, tempo entre chamada e despacho, tempo-resposta, indisponibilidade de unidades e tempo de liberação após entrega do paciente são relevantes. Nas UPA e emergências, devem ser acompanhados tempo até classificação, primeira avaliação, exames, decisão clínica e saída.

Para pacientes internados, a proporção em boarding e o tempo entre decisão de internação e ocupação do leito precisam ganhar centralidade, considerando a evidência brasileira de associação com mortalidade (Nicolaidis et al., 2026; Brasil, 2026c).

Indicadores precisam ser estratificados para produzir equidade. Médias estaduais podem ocultar municípios com tempos muito elevados ou populações que permanecem fora da cobertura. A análise por região de saúde, horário, perfil de gravidade e linha de cuidado permite identificar onde o sistema perde tempo. O mesmo raciocínio vale para transferências recusadas, que devem ser

registradas com motivo e desfecho. A transparência desses dados favorece pactuação e responsabilização compartilhada, evitando que cada serviço atribua o atraso a outro ponto da rede sem evidência operacional (Tofani et al., 2023b; Brasil, 2023c).

A digitalização oferece possibilidades, mas não resolve conflitos de governança automaticamente. Sistemas como CNES e SAIPS apoiam cadastro, habilitação e gestão de políticas, enquanto centrais locais utilizam plataformas de regulação e painéis de leitos. A informação precisa estar atualizada, interoperável e vinculada a responsabilidades claras. Um painel que mostra vaga inexistente ou leito bloqueado sem justificativa pode aumentar retrabalho. Da mesma forma, comunicação por aplicativos pode acelerar contato, mas precisa de regras de segurança, registro institucional e proteção de dados.

A tecnologia deve servir ao fluxo e à transparência, não criar canais paralelos inacessíveis à auditoria (Brasil, 2026e; Tofani et al., 2023b).

A participação das equipes assistenciais na governança é igualmente necessária. Protocolos regionais construídos sem considerar condições reais tendem a ser ignorados, enquanto pactos que incorporam experiências de médicos, enfermeiros, reguladores e gestores possuem maior chance de implementação. Reuniões periódicas de análise de casos, discussão de transferências tardias e revisão de incidentes podem transformar dados em aprendizagem. A rede precisa de espaços em que dificuldades de um serviço sejam compreendidas como problema coletivo, substituindo relações baseadas em culpabilização por corresponsabilidade pelo percurso do usuário (Tofani et al., 2023a; Tofani et al., 2024).

A avaliação de política pública deve combinar estrutura, processo e resultado. Estrutura inclui unidades, ambulâncias, equipes e tecnologia. Processo inclui tempo, regulação, referência, classificação de risco e continuidade. Resultado envolve mortalidade ajustada, retorno precoce, eventos adversos, satisfação e redução de desigualdades. Nenhuma dessas dimensões isoladamente descreve a RUE. Um território pode ampliar estrutura sem melhorar processo, ou reduzir tempo de espera sem assegurar continuidade. A combinação de indicadores favorece análise mais justa e impede que metas numéricas se desconectem do valor produzido para o usuário (Oskvarek et al., 2026; Nicolaidis et al., 2026).

Quadro 26. Indicadores prioritários para monitoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Dimensão	Indicador sugerido	Problema que ajuda a identificar
Acesso pré-hospitalar	Tempo entre chamada, despacho e chegada do recurso por território e gravidade.	Vazios de cobertura, localização inadequada de bases e indisponibilidade de frota.
Regulação	Tempo entre solicitação, aceite e transferência, com registro de recusas e reclassificação de prioridade.	Filas estáticas, baixa transparência e dificuldade de localizar referência adequada.
Entrada na urgência	Tempo até classificação de risco e primeira avaliação.	Congestionamento na recepção e inadequação da capacidade inicial.
Processamento	Tempo até exames, pareceres e decisão clínica.	Gargalos diagnósticos, escassez de especialistas e processos internos lentos.

Saída hospitalar	Proporção de pacientes em boarding e tempo entre decisão de internação e leito.	Bloqueio de saída e insuficiência de gestão de leitos.
Continuidade	Retorno precoce e proporção de altas com referência organizada para APS ou outro serviço.	Fragmentação, falhas de contrarreferência e alta sem seguimento.
Equidade	Indicadores anteriores estratificados por região, perfil de gravidade e população.	Desigualdades ocultas por médias agregadas.

Fonte: elaboração própria com base em Brasil (2026a, 2026c), Nicolaidis et al. (2026), Oskvarek et al. (2026) e Tofani et al. (2023b).

A leitura conjunta dos achados permite compreender que a RUE possui um desenho normativo consistente, mas depende de mecanismos de execução que se distribuem entre diferentes entes e instituições. O fortalecimento recente do financiamento e da expansão do SAMU demonstra capacidade de indução federal, enquanto a descentralização de habilitações amplia a responsabilidade estadual. O desafio é fazer com que essas iniciativas formem uma estratégia coerente, evitando que cada componente seja planejado de forma isolada.

Uma nova base do SAMU deve considerar as portas de referência, uma nova UPA deve estar conectada a leitos de retaguarda e a expansão hospitalar precisa dialogar com desospitalização e APS (Brasil, 2023c; Brasil, 2026a).

Os estudos brasileiros recentes oferecem um alerta adicional ao demonstrar que a superlotação não pode ser tratada apenas como excesso de pacientes na emergência. A associação entre boarding e

mortalidade desloca a prioridade para a gestão do fluxo de saída e para a capacidade de toda a organização hospitalar responder ao congestionamento. Isso não diminui a importância da Atenção Primária, da triagem ou da qualificação do atendimento inicial, mas impede que o problema seja reduzido a casos de baixa gravidade.

A responsabilidade pelo crowding deve ser compartilhada entre rede, hospital e gestão regional (Nicolaidis et al., 2025; Nicolaidis et al., 2026).

A literatura internacional também recomenda cautela com soluções universais. Fast track, team triage, point-of-care e unidades de avaliação rápida podem melhorar determinados indicadores, mas sua efetividade varia conforme perfil da demanda e capacidade institucional. Em vez de copiar modelos, serviços brasileiros podem utilizar essas evidências como repertório de intervenções, escolhendo aquelas compatíveis com o gargalo identificado.

A política pública ganha maturidade quando combina diretrizes nacionais com capacidade local de diagnóstico, teste e avaliação, mantendo o foco em acesso oportuno, segurança e equidade (Youssef et al., 2024; Santos et al., 2026; Alamri et al., 2026).

4.4. Formulação de Problemas e Perguntas Avaliativas

Uma investigação começa por delimitar a diferença entre a situação observada e a situação considerada desejável. A formulação precisa indicar população, processo, contexto e consequência. Expressões como baixa qualidade ou pouca integração podem sinalizar preocupação legítima, mas ainda não constituem um problema suficientemente definido para orientar coleta de dados. É necessário

mostrar onde a dificuldade aparece, quem é afetado e qual decisão depende de compreendê-la.

No campo de rede de atenção às urgências, a pergunta deve ser proporcional à capacidade de investigação. Perguntar se toda a política funciona pode exigir informações que nenhuma equipe local consegue produzir. Uma pergunta mais delimitada pode examinar se uma etapa foi implementada, quais grupos não foram alcançados ou por que determinada ação não modifica o resultado esperado. A delimitação não reduz relevância; permite produzir uma resposta utilizável.

O problema também precisa ser separado da solução preferida. Quando a pergunta já pressupõe que falta treinamento, tecnologia ou financiamento, a investigação tende a confirmar a proposta inicial. Uma formulação mais aberta descreve a dificuldade e mantém alternativas explicativas. Depois do diagnóstico, pode-se concluir que a solução proposta era adequada, parcialmente adequada ou insuficiente. Essa possibilidade de revisão é uma condição de rigor.

4.4.1. Exercício de Delimitação

Considere a afirmação hipotética de que um serviço precisa melhorar a comunicação. A primeira tarefa é identificar entre quem a comunicação falha, em qual passagem do cuidado e com qual consequência. Se a dificuldade ocorre na transferência de responsabilidade, a pergunta pode examinar a proporção de transferências com informação crítica disponível e compreendida. Se ocorre na orientação ao usuário, o foco muda para entendimento e possibilidade de executar o plano.

Quadro 27. Formulação de problemas e perguntas avaliativas

Formulação inicial	Problema delimitado	Decisão que a investigação pode apoiar
O processo é lento	Há espera em uma etapa definida e para um grupo identificável	Reorganizar essa etapa ou ampliar sua capacidade.
A equipe não adere	Uma prática indicada deixa de ocorrer em condições específicas	Distinguir lacuna de competência e barreira organizacional.
Os resultados são ruins	Um desfecho apresenta frequência ou distribuição preocupante	Examinar causas plausíveis e prioridades de intervenção.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Uma pergunta avaliativa deve informar a unidade de análise. Pessoas, equipes, serviços e territórios não são intercambiáveis. Um resultado institucional não descreve necessariamente o comportamento de cada profissional, assim como um relato individual não representa toda a rede. A escolha da unidade determina quais dados serão necessários e quais inferências poderão ser feitas.

A relevância deve ser discutida com quem utilizará o resultado. Gestores podem precisar de informação para distribuir recursos; trabalhadores, para modificar rotinas; usuários, para acompanhar acesso e qualidade. Essas finalidades podem coexistir, mas precisam ser explicitadas. Um estudo tecnicamente sofisticado pode ser pouco útil se responde a uma pergunta distante da decisão real.

O produto dessa etapa é uma formulação curta, acompanhada de justificativa e limites. Ela deve permanecer estável o suficiente para orientar o trabalho e flexível o suficiente para ser revista quando o diagnóstico revela que o problema foi mal compreendido. Mudanças na pergunta devem ser registradas, pois alteram a interpretação do processo e evitam apresentar uma investigação exploratória como se tivesse seguido um plano inteiramente definido desde o início.

4.5. Teoria da Mudança e Explicações Concorrentes

A teoria da mudança explicita por que uma ação poderia produzir um resultado. Ela conecta recursos, atividades, produtos imediatos, mudanças intermediárias e consequências finais. Essa sequência não deve ser tratada como garantia de causalidade. Sua função é tornar pressupostos visíveis e permitir verificar em quais pontos a intervenção encontra apoio ou enfrenta rupturas.

Skivington et al. (2021) apresentam a avaliação de intervenções complexas como processo que considera contexto, teoria do programa, perspectivas dos envolvidos, incertezas, refinamento e consequências de recursos. A contribuição desse referencial, aqui utilizada de forma introdutória, é ampliar a pergunta para além da existência de um efeito médio. A análise desenvolvida neste estudo aplica esse raciocínio a decisões institucionais e exemplos didáticos, sem reproduzir um protocolo completo do referencial.

Para regulação regional, uma cadeia hipotética pode começar com recurso disponível, passar por execução de uma atividade e chegar a uma mudança no processo. O resultado final, acesso oportuno e continuidade, depende de que as etapas anteriores funcionem e de

que condições externas não anulem seu efeito. A avaliação precisa verificar esses elos, em vez de observar apenas o começo e o fim.

4.5.1. Exemplo de Construção Analítica

Imagine que uma instituição reorganize um fluxo para reduzir omissões. A ação inclui definição de responsabilidades, ferramenta de apoio e treinamento. O produto imediato é a utilização do novo fluxo. A mudança intermediária esperada é a disponibilidade de informação relevante no momento da decisão. O resultado final pode envolver redução de falhas. Se a ferramenta é preenchida, mas ninguém utiliza seu conteúdo, o produto existe sem que o mecanismo intermediário se realize.

Quadro 28. Teoria da mudança e explicações concorrentes

Elo da cadeia	Pergunta de verificação	Possível explicação para falha
Recursos	Os meios necessários estavam disponíveis?	Financiamento, manutenção ou pessoal insuficientes.
Execução	A atividade ocorreu com intensidade adequada?	Baixa cobertura, barreira de acesso ou rotina incompatível.
Mecanismo	A atividade modificou o processo relevante?	Desenho inadequado ou uso apenas formal.
Resultado	A mudança trouxe benefício e para quem?	Tempo insuficiente, efeitos externos ou hipótese incorreta.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Explicações concorrentes devem ser consideradas desde o planejamento. Uma melhora pode decorrer de mudança de perfil dos usuários, redução de demanda ou outra intervenção simultânea. Um resultado estável pode esconder benefício que compensou piora externa. O objetivo não é encontrar uma explicação conveniente, mas identificar quais hipóteses são compatíveis com os dados e quais informações permitiriam distingui-las.

A teoria da mudança pode ser revisada. Essa revisão precisa indicar o que foi aprendido e por que uma conexão foi alterada. Quando o desenho inicial não corresponde ao trabalho real, insistir em sua reprodução pode desperdiçar recursos. A flexibilidade é cientificamente produtiva quando acompanhada de registro e critérios, permitindo que outras equipes compreendam como a intervenção evoluiu.

O relatório deve separar pressupostos ainda não testados de relações apoiadas por observação. Essa distinção protege o leitor de interpretar um modelo conceitual como demonstração empírica. Uma teoria bem construída pode orientar ação sob incerteza, mas continua sujeita a confronto com a experiência e com resultados que contrariem expectativas.

4.6. Fontes Documentais e Leitura de Normas

Documentos normativos, relatórios de gestão, páginas institucionais e artigos científicos possuem finalidades distintas. Uma norma estabelece obrigações ou organização dentro de um campo definido. Um relatório descreve atividades e resultados segundo critérios institucionais. Uma página pode oferecer informação atualizada, mas nem sempre detalha método. Um artigo apresenta

uma investigação cuja qualidade depende de seu desenho e execução. A leitura crítica deve preservar essas diferenças.

Ao examinar uma norma, é necessário identificar órgão emissor, data, objeto, abrangência e relação com alterações posteriores. Uma redação histórica pode explicar a evolução da política sem representar integralmente a situação atual. A citação deve informar o papel do documento na argumentação. Evita-se, assim, apresentar um marco histórico como única referência operacional vigente.

A consolidação normativa requer cuidado adicional. Dispositivos podem ter sido incorporados a portarias de consolidação, modificados ou revogados. O leitor deve distinguir número do ato de origem e localização do conteúdo consolidado. Para decisões institucionais concretas, a equipe responsável precisa conferir a versão oficial pertinente e eventuais regras locais, especialmente quando há implicações de habilitação, responsabilidade técnica ou financiamento.

4.6.1. Roteiro de Extração Documental

A leitura pode utilizar uma matriz que registre finalidade, destinatários, responsabilidades, recursos previstos e mecanismos de avaliação. O preenchimento deve separar transcrição breve, paráfrase e interpretação. A ausência de um elemento no documento não prova que ele inexista na política, pois pode estar definido em outro ato. É preciso verificar a cadeia documental antes de formular essa conclusão.

Quadro 29. Fontes documentais e leitura de normas

Campo	Informação a registrar	Pergunta crítica
Objeto	Problema e âmbito do ato	A norma se aplica ao serviço estudado?
Responsabilidade	Quem decide e quem executa	Há dependências de outras instâncias?
Implementação	Recursos e procedimentos previstos	O documento define meios ou apenas objetivos?
Avaliação	Critérios de acompanhamento	É possível verificar cumprimento e resultado?

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Relatórios de gestão devem ser lidos junto de suas notas metodológicas. Números podem se referir a cadastros, habilitações, produção ou capacidade efetivamente disponível. Uma mudança de definição pode alterar a série sem representar expansão ou redução real. A fonte, o período de referência e a data de extração precisam acompanhar o valor utilizado.

Páginas institucionais sem data explícita não devem receber um ano inventado como se fosse data de publicação. A referência pode utilizar a indicação adequada de ausência de data e registrar o acesso. Quando a página apresenta atualização, convém distinguir essa informação do ano do dado descrito. Essa precisão é especialmente relevante em rede de atenção às urgências, porque políticas e cadastros podem mudar.

A análise documental deve produzir interpretação, e não apenas uma cronologia. O interesse está em compreender como o desenho

distribui responsabilidades, quais problemas procura resolver e quais condições pressupõe. A comparação entre texto normativo e trabalho real permite reconhecer tanto avanços quanto lacunas de implementação, sem atribuir automaticamente ao documento todos os limites observados no serviço.

4.7. Revisão Narrativa e Avaliação da Evidência

Uma revisão narrativa pode integrar conceitos, normas e resultados heterogêneos, mas precisa explicitar seu alcance. Ela não deve ser apresentada como revisão sistemática quando não houve protocolo, busca abrangente, seleção reproduzível e avaliação estruturada compatíveis com essa denominação. A transparência sobre o método é mais importante do que adotar um rótulo que sugira rigor não demonstrado.

A escolha de fontes deve considerar pertinência à pergunta, qualidade metodológica e contexto. A data recente não garante relevância, assim como um estudo antigo não se torna automaticamente obsoleto. Marcos conceituais e normativos podem permanecer necessários. O recorte temporal precisa ser justificado pela natureza da pergunta e não apenas por uma preferência por referências dos últimos anos.

Para cada estudo, convém identificar população, cenário, intervenção ou exposição, comparação, desfechos e limitações. A leitura do resumo pode orientar seleção, mas frequentemente não permite avaliar detalhes essenciais. Quando a conclusão depende de método específico, é necessário consultar o texto correspondente. Uma citação não deve atribuir ao estudo uma população, um efeito ou uma recomendação que ele não investigou.

4.7.1. Exercício de Leitura Crítica

Considere um estudo hipotético realizado em um hospital com equipe dedicada e apoio intensivo de implementação. O resultado favorável não pode ser transferido automaticamente para serviços com outra estrutura. A pergunta é quais componentes sustentaram o efeito e se podem ser reproduzidos ou adaptados. A validade externa depende dessa análise, não apenas do tamanho da amostra.

Quadro 30. Revisão narrativa e avaliação da evidência

Aspecto	Pergunta	Implicação
Seleção	Quem entrou e quem ficou fora?	Define a população à qual o resultado se aproxima.
Mensuração	Como exposição e desfecho foram registrados?	Indica possibilidade de erro e comparabilidade.
Comparação	Os grupos diferiam antes da intervenção?	Influencia interpretação causal.
Contexto	Que recursos e condições estavam presentes?	Limita transferência para outros serviços.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A síntese deve apresentar convergências e divergências. Estudos podem discordar por diferenças de população, intensidade, definição de resultado ou qualidade metodológica. A resposta não deve ser escolher apenas os achados favoráveis à tese. É necessário explicar por que resultados distintos podem coexistir e o que essa heterogeneidade implica para a decisão.

O grau de certeza não deve ser confundido com importância do problema. Uma necessidade grave pode contar com evidência limitada sobre a melhor intervenção. Nessa situação, a decisão pode combinar conhecimento disponível, plausibilidade e monitoramento, com limites explícitos. A ausência de estudos robustos não prova ausência de benefício, mas também não autoriza afirmações categóricas.

Uma revisão útil termina com perguntas que permanecem abertas e critérios para futuras investigações. No campo de rede de atenção às urgências, isso pode incluir diferenças territoriais, efeitos sobre grupos menos alcançados e condições de sustentação. A qualidade da síntese aparece na precisão com que delimita o que se sabe, o que se infere e o que ainda precisa ser testado.

4.8. Definição de Indicadores e Denominadores

Um indicador é uma representação parcial de um fenômeno. Sua construção exige definir finalidade, unidade, numerador, denominador, período e regras de interpretação. A facilidade de obter um dado não é razão suficiente para escolhê-lo. O indicador deve ajudar a reconhecer um problema ou avaliar uma decisão relevante para acesso oportuno e continuidade.

O denominador representa o conjunto de oportunidades ou pessoas às quais o evento se refere. Sua definição altera o sentido da medida. Dividir falhas pelo número de pacientes produz uma informação diferente de dividir falhas pelo número de procedimentos. Se uma pessoa recebe várias intervenções, as duas medidas não são equivalentes. A escolha deve acompanhar a pergunta.

Critérios de elegibilidade precisam ser definidos antes da coleta. Excluir casos difíceis após observar resultados pode produzir melhora artificial. Exceções legítimas devem ser documentadas e acompanhadas separadamente quando relevantes. Também é necessário decidir como tratar transferências, duplicidades e registros sem informação suficiente.

4.8.1. Exemplo Numérico Hipotético

Considere cem oportunidades elegíveis de uma prática, das quais oitenta foram realizadas. A proporção observada é oitenta por cento. Se dez oportunidades foram omitidas do registro, e todas correspondiam a falhas, o valor calculado com os dados disponíveis seria maior que o real. A precisão aritmética não elimina o viés produzido pela incompletude.

Quadro 31. Definição de indicadores e denominadores

Componente	Definição no exemplo	Verificação necessária
Numerador	Oportunidades com prática realizada	Evidência de execução, não apenas campo marcado.
Denominador	Todas as oportunidades elegíveis	Busca ativa de omissões e exclusões.
Período	Intervalo definido para observação	Mesma regra em todas as comparações.
Estratificação	Turno ou unidade pertinente	Quantidade suficiente e proteção de privacidade.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A proporção deve ser acompanhada de contagem absoluta. Uma mudança de cinquenta para cem por cento pode decorrer de uma para duas ocorrências, situação muito diferente de uma mudança em centenas de oportunidades. Pequenos números produzem grande instabilidade e exigem cautela. A apresentação de porcentagens sem denominador dificulta avaliação crítica.

Indicadores de tempo também precisam de definição. O início pode ser chegada, solicitação, decisão ou execução; o fim pode ser resposta, transferência ou conclusão. Alterar um desses marcos muda o fenômeno medido. A equipe deve escolher horários que correspondam à pergunta e verificar se o registro é confiável.

O indicador não deve se tornar uma finalidade independente. Quando uma meta passa a orientar recompensa ou punição, pode induzir exclusão de casos, alteração de registros ou redução de qualidade. A gestão precisa acompanhar medidas de equilíbrio e examinar comportamentos gerados pela cobrança. Um painel útil informa a decisão e permanece aberto a revisão quando deixa de representar o cuidado.

4.9. Variação Temporal e Análise de Séries

Processos assistenciais variam ao longo do tempo. Uma diferença entre dois meses pode refletir acaso, sazonalidade, mudança de demanda ou intervenção. Comparar apenas o primeiro e o último ponto perde informação sobre a trajetória. Uma série temporal permite observar padrão, tendência e momentos de mudança, desde que as definições permaneçam consistentes.

A visualização deve apresentar eixo temporal claro, unidade de medida e eventos relevantes. Mudanças de equipe, sistema,

protocolo ou capacidade podem ser anotadas. Essas informações não demonstram causalidade, mas ajudam a formular hipóteses e evitam atribuir toda oscilação à intervenção principal.

Médias e medianas respondem de forma diferente a valores extremos. Tempos de espera costumam apresentar assimetria: poucas permanências muito longas podem elevar bastante a média. A mediana descreve o ponto central, mas pode ocultar a experiência de quem espera mais. Percentis e distribuição completa podem complementar a análise quando há dados suficientes.

4.9.1. Série Hipotética para Discussão

Uma unidade registra, em seis períodos sucessivos, valores de 18, 20, 19, 21, 12 e 13 para um tempo mediano em minutos. Uma intervenção começa entre o quarto e o quinto período. A sequência é compatível com melhora, mas contém poucos pontos para inferência forte. É preciso observar continuidade, mudanças simultâneas e qualidade do registro. A diferença visual não substitui análise adequada.

Quadro 32. Variação temporal e análise de séries

Período	Valor hipotético	Informação contextual
1	18	Rotina anterior.
2	20	Rotina anterior.
3	19	Rotina anterior.
4	21	Último período antes da mudança.
5	12	Início da intervenção e acompanhamento intensivo.

6	13	Primeiro período de manutenção.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Gráficos de controle estatístico e regras de séries exigem escolha apropriada ao tipo de dado e aos pressupostos. Não se deve aplicar uma regra decorada sem verificar frequência, independência e estabilidade das definições. Quando a equipe não dispõe de suporte analítico, uma descrição transparente da série pode ser preferível a um procedimento sofisticado utilizado incorretamente.

A análise deve examinar sustentação. Uma melhora inicial pode desaparecer após retirada do apoio ou mudança de equipe. Também pode ocorrer aprendizagem gradual, com benefício que aparece depois de um período de adaptação. O calendário de avaliação precisa considerar esses mecanismos e não se limitar a uma data conveniente para apresentação de resultados.

No contexto de regulação regional, a série deve ser discutida com quem conhece o processo. O conhecimento local pode explicar eventos, mas não deve ser usado para justificar retrospectivamente qualquer resultado. Hipóteses precisam ser confrontadas com registros e alternativas. A combinação de análise temporal e compreensão do trabalho fortalece a decisão sem transformar coincidência em prova.

4.10. Comparação Antes e Depois e Grupos de Referência

A comparação antes e depois é atraente por sua simplicidade, mas apresenta limitações importantes. O resultado pode mudar por

razões independentes da intervenção: sazonalidade, perfil de casos, tecnologia, equipe ou tendência já existente. A ausência de um grupo de comparação torna mais difícil separar essas explicações.

Um grupo de referência pode fortalecer a análise quando apresenta trajetória e contexto comparáveis. A escolha não deve se basear apenas em disponibilidade. Serviços podem diferir em gravidade, recursos e população. Se essas diferenças influenciam o resultado, a comparação direta pode atribuir à intervenção um efeito que decorre do contexto.

4.10.1. Exemplo de Comparação Hipotética

Considere duas unidades. Na unidade que recebeu a intervenção, a proporção de um resultado favorável passa de cinquenta para setenta por cento. Na unidade de comparação, passa de cinquenta e cinco para sessenta e cinco por cento. A melhora absoluta é de vinte pontos percentuais na primeira e dez na segunda. A diferença entre as mudanças é de dez pontos percentuais, mas sua interpretação causal exige pressupostos adicionais.

Quadro 33. Comparação antes e depois e grupos de referência

Unidade	Antes	Depois	Mudança
Intervenção	50 por cento	70 por cento	20 pontos percentuais.
Comparação	55 por cento	65 por cento	10 pontos percentuais.
Diferença entre mudanças	Não se aplica	Não se aplica	10 pontos percentuais.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Esse cálculo ilustra uma lógica comparativa, não uma demonstração automática de efeito. É necessário examinar se as trajetórias anteriores eram suficientemente semelhantes, se houve outras mudanças distintas entre unidades e se a composição das populações permaneceu comparável. Com apenas dois momentos, essas condições são difíceis de verificar.

Regressão à média também merece atenção. Um serviço pode iniciar a intervenção após um período excepcionalmente ruim. Parte da melhora subsequente pode ocorrer mesmo sem mudança, porque valores extremos tendem a ser seguidos por valores menos extremos em processos variáveis. Uma série mais longa ajuda a reconhecer essa possibilidade.

A análise deve informar tamanho dos grupos, perdas e incerteza. Uma diferença numericamente relevante pode ser imprecisa quando há poucos casos. Uma diferença estatisticamente identificável pode ser pequena para a decisão prática. Significância estatística e importância assistencial precisam ser discutidas separadamente.

Em rede de atenção às urgências, comparações devem ser utilizadas para aprender e orientar decisões, evitando classificações simplistas de melhores e piores serviços. A interpretação precisa considerar missão, recursos e população atendida. Um grupo de referência é um recurso analítico, não uma prova de equivalência institucional.

4.11. Confundimento Seleção e Erros de Mensuração

O confundimento ocorre quando uma variável relacionada à exposição e ao resultado distorce a associação que se pretende estudar. Em serviços de saúde, gravidade, recursos e capacidade de gestão frequentemente influenciam tanto a adoção de intervenções quanto os desfechos. Ignorar essas relações pode produzir conclusões equivocadas.

A seleção também importa. Participantes voluntários podem diferir dos que não aderem. Serviços que completam um programa podem ser os que já possuíam melhores condições. Pacientes com registros completos podem não representar os casos mais difíceis. A análise precisa descrever quem foi incluído e reconhecer como a inclusão pode influenciar os resultados.

Erros de mensuração podem ser aleatórios ou sistemáticos. Um horário registrado com atraso varia de forma imprevisível ou acompanha sobrecarga específica. Um campo preenchido automaticamente pode apresentar alta completude e baixa fidelidade. A qualidade do dado deve ser avaliada em relação ao fenômeno que representa, não apenas à ausência de células vazias.

4.11.1. Situação Hipotética de Seleção

Uma instituição avalia uma intervenção apenas entre equipes que participaram de todas as atividades. As equipes que não conseguiram completar o programa enfrentavam maior rotatividade e menor disponibilidade de recursos. O resultado favorável pode descrever a experiência dos participantes completos, mas não demonstra que o programa alcançou igualmente toda a instituição.

Quadro 34. Confundimento seleção e erros de mensuração

Ameaça à interpretação	Como pode aparecer	Estratégia de investigação
Confundimento	Grupos diferem em gravidade ou estrutura	Medir fatores relevantes e justificar comparação.
Seleção	Apenas casos completos entram na análise	Descrever perdas e comparar incluídos e excluídos.
Mensuração	Registro não corresponde ao evento	Validar amostra e examinar regras de preenchimento.
Mudança de definição	Indicador passa a ter outro significado	Documentar versão e evitar comparação direta indevida.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Ajustes estatísticos não resolvem automaticamente esses problemas. Eles dependem de variáveis medidas de forma adequada e de modelos coerentes. Ajustar uma variável intermediária pode remover parte do efeito que se deseja estudar. Incluir muitas variáveis sem fundamento pode aumentar instabilidade e dificultar interpretação.

A análise causal deve começar antes da modelagem. Uma representação explícita das relações esperadas ajuda a escolher o que medir e como comparar. Mesmo quando não se utiliza um diagrama formal, a equipe deve explicar por que determinada variável foi considerada relevante e quais relações permanecem desconhecidas.

O relatório precisa distinguir limitações que reduzem precisão de limitações que podem alterar a direção do resultado. Essa distinção

orienta o uso da evidência. Um estudo impreciso ainda pode sugerir uma hipótese; um estudo com viés sistemático exige cautela adicional. A transparência sobre essas condições aumenta a utilidade científica e evita conclusões mais fortes do que os dados permitem.

4.12. Métodos Qualitativos e Compreensão das Práticas

Métodos qualitativos permitem investigar sentidos, decisões, relações e condições que não são bem descritos apenas por contagens. Entrevistas, grupos de discussão, observação e análise documental podem revelar por que uma intervenção é aceita, adaptada ou abandonada. Seu valor depende de coerência entre pergunta, seleção de participantes, produção de dados e análise.

A seleção deve buscar perspectivas relevantes, não necessariamente representatividade estatística. Para estudar rede de atenção às urgências, pode ser importante incluir profissionais de diferentes turnos, gestores, usuários e atores de serviços que recebem ou encaminham demandas. A escolha precisa ser justificada pela diversidade de experiências necessária à pergunta.

Entrevistas não são simples coleta de opiniões. Perguntas sobre situações concretas ajudam a reconstruir decisões e evitar respostas normativas sobre como o trabalho deveria ocorrer. O entrevistador deve explorar exemplos, contradições e condições, sem conduzir o participante a confirmar uma tese. Relações hierárquicas podem influenciar o que é dito e precisam ser consideradas.

4.12.1. Exemplo de Aprofundamento de uma Pergunta

Perguntar se a comunicação é boa tende a produzir avaliação geral. Pedir que a pessoa descreva uma transferência recente, quais informações recebeu, o que precisou buscar e o que permaneceu incerto produz material mais próximo do processo. A pergunta seguinte pode explorar por que determinada decisão pareceu adequada naquele momento.

Quadro 35. Métodos qualitativos e compreensão das práticas

Fonte qualitativa	**Contribuição**	**Cuidado metodológico**
Entrevista	Raciocínio e experiência individual	Memória seletiva e desejo de apresentar resposta aceitável.
Grupo de discussão	Convergências e conflitos coletivos	Hierarquia e silenciamento de posições minoritárias.
Observação	Trabalho real e contexto	Influência do observador e necessidade de registro sistemático.
Documento	Regras e justificativas formais	Distância possível entre texto e prática.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A análise precisa ir além de reunir frases ilustrativas. É necessário identificar padrões, diferenças, relações e casos que desafiam a interpretação inicial. O percurso analítico deve ser descrito com clareza suficiente para que o leitor compreenda como as conclusões foram construídas. A quantidade de citações não substitui profundidade de análise.

Confidencialidade exige atenção quando equipes são pequenas. Mesmo sem nomes, cargo, turno e episódio podem identificar participantes. O relatório deve preservar informações necessárias à compreensão e reduzir detalhes que exponham pessoas sem benefício analítico. Consentimento e uso dos dados precisam seguir as exigências pertinentes à atividade.

A integração com resultados quantitativos pode ampliar entendimento. Uma medida mostra onde a mudança ocorreu; relatos e observação ajudam a explicar como e por quê. Divergências entre fontes devem ser examinadas, não eliminadas para produzir narrativa uniforme. Elas podem revelar diferenças entre registro, experiência e funcionamento efetivo do serviço.

4.13. Implementação e Avaliação de Processos

A avaliação de implementação pergunta se a intervenção foi realizada, alcançou quem precisava e funcionou como previsto. Ela é distinta da avaliação de resultado, embora se relacione a ela. Um programa pode ser executado de forma consistente e não produzir benefício; outro pode ter potencial, mas alcançar poucas pessoas ou perder componentes essenciais.

O Consolidated Framework for Implementation Research, atualizado por Damschroder et al. (2022), organiza fatores contextuais que podem influenciar implementação. Neste estudo, sua referência sustenta a atenção a contexto e destinatários, sem aplicação integral de seus domínios. A proposta analítica desenvolvida a seguir utiliza perguntas operacionais para examinar a execução de iniciativas relacionadas a rede de atenção às urgências.

A avaliação deve distinguir alcance, adesão, intensidade e adaptação. Alcance descreve quem foi efetivamente incluído. Adesão informa participação ou uso. Intensidade examina a quantidade e a qualidade da exposição. Adaptação registra mudanças realizadas para ajustar o programa ao contexto. Esses elementos não devem ser reduzidos a um único percentual de implementação.

4.13.1. Matriz de Acompanhamento

Uma intervenção hipotética pode estar disponível em todas as unidades, mas ser utilizada apenas em alguns turnos. Pode ser preenchida frequentemente, porém sem conteúdo relevante. Pode sofrer adaptações úteis ou perder seu mecanismo central. A matriz deve permitir reconhecer essas diferenças e orientar decisão, em vez de classificar todo o processo como realizado ou não realizado.

Quadro 36. Implementação e avaliação de processos

Dimensão	Pergunta	Evidência possível
Alcance	Quem teve acesso real?	Distribuição por grupos elegíveis e barreiras.
Uso	A intervenção entrou na rotina?	Registros, observação e relatos coerentes.
Qualidade	Os componentes essenciais ocorreram?	Verificação de etapas críticas.
Adaptação	O que mudou e por quê?	Histórico de versões e justificativas.
Sustentação	O uso continua sem apoio extraordinário?	Acompanhamento após a fase inicial.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Os critérios de sucesso devem ser discutidos antes da avaliação. Metas podem ser ajustadas quando a experiência revela inadequação, mas a mudança precisa ser transparente. Redefinir sucesso depois de observar resultados sem informar o leitor reduz credibilidade e dificulta aprendizagem.

A execução também pode gerar trabalho adicional não previsto. Tempo de registro, reuniões e conciliação de sistemas devem ser considerados. Uma intervenção que depende de esforço extraordinário permanente pode não ser sustentável. O acompanhamento precisa ouvir quem executa e identificar custos invisíveis.

A conclusão deve relacionar implementação e resultado. Se o efeito não aparece, é necessário examinar se o mecanismo foi realmente ativado. Se aparece apenas em determinados contextos, esses contextos precisam ser descritos. A avaliação de processo torna a experiência mais transferível porque esclarece o que foi feito, com qual intensidade e sob quais condições.

4.14. Ciclos de Melhoria e Testes em Pequena Escala

Ciclos de melhoria permitem testar mudanças, observar consequências e ajustar o desenho. Sua utilidade depende de uma pergunta específica e de previsão explícita. Executar uma ação, observar informalmente e declarar sucesso não constitui teste suficientemente documentado. A equipe precisa definir o que espera, como reconhecerá o resultado e o que fará diante de efeitos indesejados.

Um teste inicial pode envolver poucos casos, um turno ou uma unidade. Essa escala facilita identificação de problemas, mas não permite generalização ampla. O objetivo é aprender sobre viabilidade e mecanismo. A expansão precisa considerar aumento de diversidade, volume e dependência de outros setores.

4.14.1. Exemplo de Ciclo Hipotético

Uma equipe propõe uma nova forma de comunicar pendências. Antes do teste, define que a mudança deverá reduzir busca posterior por informações sem prolongar excessivamente a passagem. Durante o teste, registra tempo, omissões e dúvidas. Depois, compara a observação com a previsão e decide adaptar o formato. O resultado não é apenas uma taxa, mas uma compreensão mais precisa do processo.

Quadro 37. Ciclos de melhoria e testes em pequena escala

Etapa	Decisão necessária	Registro útil
Planejar	Qual mudança e qual previsão?	Problema, hipótese, responsáveis e medidas.
Executar	Como testar com segurança?	Casos incluídos, dificuldades e desvios.
Estudar	O que os dados indicam?	Comparação com a previsão e explicações alternativas.
Agir	Manter, adaptar, ampliar ou interromper?	Justificativa e condições do próximo teste.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A repetição de ciclos deve produzir acúmulo de conhecimento. Se cada teste reinicia sem considerar o anterior, há atividade sem aprendizagem. É necessário preservar versões e razões das mudanças. Isso permite reconhecer quais componentes foram abandonados e quais se tornaram essenciais.

Testes de melhoria também exigem atenção ética e institucional. Pequena escala não significa ausência de risco. Mudanças que interferem no cuidado precisam de supervisão e critérios de segurança compatíveis. A classificação da atividade e as exigências de revisão devem ser avaliadas conforme finalidade, procedimentos e contexto.

A sustentabilidade deve ser testada em condições próximas da rotina. Uma intervenção pode funcionar quando acompanhada por pesquisadores ou facilitadores e perder efeito quando esse apoio se retira. O planejamento precisa incluir essa transição. A expansão só é consistente quando a organização conhece recursos necessários e possui capacidade de mantê-los.

No campo de regulação regional, ciclos de melhoria são particularmente úteis para ajustar interfaces e rotinas, mas não substituem investimentos estruturais ou avaliação de efetividade quando necessária. Seu valor está em reduzir incertezas operacionais e tornar mudanças mais adequadas ao contexto, sem atribuir a testes pequenos uma força de prova que não possuem.

4.15. Análise de Riscos e Construção de Barreiras

A análise de riscos procura reconhecer como uma falha pode ocorrer, quais consequências pode produzir e que barreiras reduzem sua probabilidade ou impacto. Ela pode ser prospectiva,

examinando um processo antes de incidentes, ou retrospectiva, aprendendo com eventos. As duas abordagens são complementares e precisam considerar o trabalho real.

Uma barreira deve ser descrita pelo que impede ou detecta. Recomendações genéricas de atenção, cuidado ou reforço de treinamento não explicam o mecanismo de prevenção. Algumas medidas dependem da memória; outras alteram acesso, desenho, disponibilidade e sequência de ações. A escolha deve considerar viabilidade e riscos introduzidos.

4.15.1. Análise Prospectiva Hipotética

Considere uma passagem de informação com possibilidade de omitir uma pendência crítica. A equipe identifica pontos de falha, consequências e formas de detecção. Uma lista pode ajudar, mas seu efeito depende de atualização e uso. Uma confirmação entre emissor e receptor pode reduzir ambiguidade, desde que haja tempo e clareza sobre responsabilidade.

Quadro 38. Análise de riscos e construção de barreiras

Falha potencial	**Condição contribuinte**	**Barreira proposta**	**Verificação**
Informação desatualizada	Ausência de revisão antes da transferência	Conferência no momento da passagem	Amostra de registros e observação.
Responsabilidade indefinida	Nenhum receptor identificado	Confirmação de recebimento	Registro de quem assumiu a pendência.
Exceção não comunicada	Modelo excessivamente	Campo e conversa para	Revisão de casos excepcionais.

	rígido	situações críticas	

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Pontuações de gravidade e probabilidade podem organizar prioridades, mas não devem produzir aparência de precisão excessiva. Equipes podem atribuir valores diferentes por experiência e compreensão do processo. O importante é explicitar critérios e revisar divergências. Uma pontuação baixa não elimina a necessidade de agir diante de consequência potencialmente grave e barreira simples.

Após implementar uma medida, é preciso verificar seu funcionamento. A presença de um procedimento no repositório não prova que a barreira existe na prática. Observação, testes e análise de incidentes podem mostrar se ela é utilizada e em quais condições falha. A verificação deve incluir situações de pressão e exceção, não apenas condições ideais.

A análise retrospectiva precisa evitar viés de resultado. Conhecer o desfecho torna mais fácil julgar decisões anteriores como óbvias. A reconstrução deve considerar informações disponíveis no momento e condições de trabalho. Isso não impede responsabilização quando pertinente, mas permite construir ações preventivas mais úteis do que uma conclusão centrada exclusivamente no último profissional envolvido.

A segurança deve ser acompanhada como capacidade de reconhecer e responder a riscos. A ausência de incidentes notificados pode refletir melhoria ou silêncio. Um aumento inicial de relatos pode indicar maior confiança. Interpretar esses sinais exige

contexto e evita punir serviços que passaram a tornar problemas visíveis.

4.16. Equidade e Distribuição dos Efeitos

A avaliação de equidade examina como acesso, benefícios e riscos se distribuem. Um programa pode melhorar a média e ampliar diferenças entre grupos. Isso ocorre quando os participantes com mais recursos conseguem utilizar melhor a intervenção ou quando barreiras persistem para os demais. A análise precisa identificar essas situações e discutir seu significado.

Os grupos relevantes dependem da pergunta e do contexto. Território, turno, faixa etária, raça ou cor autodeclarada, gênero, deficiência e condição socioeconômica podem ser pertinentes, mas não devem ser coletados indiscriminadamente. Cada variável precisa de finalidade e condições de proteção. Categorias pequenas podem exigir agregação cuidadosa para evitar reidentificação.

4.16.1. Exemplo Hipotético de Média e Desigualdade

Considere dois grupos com acesso inicial de quarenta e oitenta por cento. Após uma intervenção, passam a cinquenta e noventa por cento. Ambos melhoraram dez pontos percentuais, mas a diferença absoluta permaneceu em quarenta pontos. Uma leitura apenas do aumento global não demonstra redução de desigualdade. Também é necessário considerar números absolutos e composição dos grupos.

Quadro 39. Equidade e distribuição dos efeitos

Grupo	Antes	Depois	Mudança absoluta
A	40 por cento	50 por cento	10 pontos percentuais.
B	80 por cento	90 por cento	10 pontos percentuais.
Diferença entre grupos	40 pontos percentuais	40 pontos percentuais	Diferença absoluta mantida.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A análise pode distinguir desigualdade observada e iniquidade. A primeira descreve diferença; a segunda envolve julgamento sobre sua evitabilidade e injustiça. Esse julgamento deve ser explicitado. Necessidades distintas podem justificar respostas diferentes, enquanto barreiras discriminatórias ou geográficas evitáveis podem exigir ação compensatória.

Ajustar resultados por vulnerabilidade pode ajudar a comparar serviços, mas também pode ocultar uma injustiça se a desigualdade for tratada como inevitável. A finalidade do ajuste precisa ser clara. Para avaliar desempenho, pode ser necessário considerar perfil de casos; para planejar proteção, a própria distribuição da vulnerabilidade é parte do problema a enfrentar.

Dados quantitativos devem dialogar com trajetórias e experiências. Pessoas excluídas podem não aparecer nos registros do serviço. A busca por informação precisa considerar quem não chegou, desistiu ou não conseguiu completar o percurso. A ausência de registro não significa ausência de necessidade.

Em rede de atenção às urgências, a decisão equitativa deve indicar quais barreiras serão priorizadas e como o resultado será acompanhado. Ações universais podem ser combinadas a apoio proporcional às necessidades. O objetivo não é apenas oferecer a mesma regra, mas criar condições para que pacientes que procuram atendimento de urgência recebam resposta adequada e sem discriminação.

4.17. Custos Consequências e Análise de Cenários

A avaliação econômica organiza comparação entre recursos utilizados e consequências. Sua forma depende da pergunta e da disponibilidade de dados. Uma análise de custos descreve despesas; uma análise de custo e consequência apresenta recursos e diferentes resultados; outras abordagens exigem medidas específicas de efetividade ou utilidade. A denominação deve corresponder ao que foi realmente realizado.

O primeiro passo é definir perspectiva. A análise pode considerar hospital, sistema de saúde ou sociedade. Cada escolha inclui componentes diferentes. Uma mudança que reduz custo hospitalar pode aumentar gasto de transporte, cuidado familiar ou uso de outro serviço. A conclusão deve informar de quem é a economia e quem assume os demais custos.

O horizonte temporal também altera a comparação. Investimentos iniciais podem produzir benefícios durante anos, enquanto intervenções com baixo custo de entrada podem exigir despesas recorrentes elevadas. Manutenção, atualização e reposição precisam ser consideradas. Ignorar essas etapas favorece alternativas que parecem baratas apenas no momento da aquisição.

4.17.1. Exemplo Hipotético de Cenários

Uma instituição compara duas estratégias. A primeira possui custo inicial maior e menor despesa recorrente; a segunda, custo inicial menor e maior necessidade de trabalho contínuo. Sem valores confiáveis de demanda e manutenção, não é adequado apresentar uma conclusão precisa. A análise pode utilizar cenários baixo, intermediário e alto, explicitando as suposições.

Quadro 40. Custos consequências e análise de cenários

Componente	Estratégia A	Estratégia B
Implantação	Maior esforço inicial	Menor esforço inicial.
Operação	Menor dependência de trabalho repetitivo	Maior necessidade de acompanhamento contínuo.
Manutenção	Atualização técnica periódica	Reposição frequente de capacidade humana.
Incerteza central	Vida útil e compatibilidade	Disponibilidade e estabilidade da equipe.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Os cenários não são previsões. Eles mostram como a decisão muda quando pressupostos variam. A análise de sensibilidade deve priorizar parâmetros que realmente influenciam o resultado. Variar números arbitrariamente sem relação com a incerteza do problema produz complexidade aparente e pouca utilidade.

Benefícios não monetários precisam permanecer visíveis. Segurança, dignidade, acesso e equidade podem ser relevantes

mesmo quando não há método adequado para convertê-los em dinheiro. A comparação pode apresentar essas consequências separadamente, permitindo julgamento informado. Reduzir toda decisão a uma cifra pode ocultar valores centrais da política pública.

No campo de regulação regional, a avaliação econômica deve apoiar priorização, não substituir responsabilidade clínica e social. Uma alternativa mais barata que compromete cuidado necessário não se torna desejável apenas pelo custo. A decisão deve integrar evidência de benefício, viabilidade, distribuição dos efeitos e incerteza, com registro das razões que sustentaram a escolha.

4.18. Ética Confidencialidade e Participação

Atividades de avaliação e melhoria podem envolver dados pessoais, observação de profissionais e mudanças no cuidado. A finalidade institucional não elimina automaticamente questões éticas. É necessário identificar riscos, relações de poder, possibilidade de identificação e exigências de revisão aplicáveis ao caso. A classificação da atividade deve ser feita com base em seus procedimentos e objetivos, não apenas no nome escolhido.

Trabalhadores podem sentir obrigação de participar quando a solicitação vem da chefia. Usuários podem temer prejuízo ao atendimento se recusarem entrevistas. Essas assimetrias exigem cuidado na comunicação e na organização do consentimento quando pertinente. A participação deve ser compreendida e livre dentro das condições aplicáveis, sem promessas irreais de confidencialidade.

A proteção de dados começa pela minimização. Informações que não contribuem para a pergunta não devem ser coletadas apenas

porque estão disponíveis. Identificadores precisam ser separados quando possível, acessos limitados e períodos de retenção definidos. A anonimização deve considerar combinação de variáveis e tamanho dos grupos, porque retirar nomes pode não ser suficiente.

4.18.1. Situação Hipotética de Risco de Identificação

Um relatório descreve um incidente raro, o turno e o cargo de quem participou. Embora não apresente nomes, a equipe local reconhece a pessoa. A revisão deve avaliar quais detalhes são necessários para compreender o mecanismo e quais podem ser generalizados. A proteção não pode destruir o valor analítico, mas deve reduzir exposição desnecessária.

Quadro 41. Ética confidencialidade e participação

Situação	Questão ética	Medida de proteção
Entrevista com subordinados	Liberdade para recusar e falar	Comunicação independente e cuidado com hierarquia.
Uso de prontuários	Finalidade e necessidade de dados	Acesso controlado e minimização.
Divulgação de casos	Possibilidade de identificação	Revisão de detalhes e autorização pertinente.
Mudança assistencial	Risco e supervisão	Avaliação institucional e monitoramento adequado.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A participação de usuários e trabalhadores deve incluir devolutiva. Informar resultados e decisões reconhece sua contribuição e permite corrigir interpretações. Quando uma demanda não pode ser atendida, a justificativa precisa ser clara. A ausência de solução imediata não autoriza silêncio sobre o que foi aprendido.

Conflitos de interesse também devem ser considerados. Financiadores, fornecedores e responsáveis pelo programa podem influenciar escolha de indicadores e divulgação. Transparência e revisão por perspectivas distintas ajudam a proteger a credibilidade. Não se trata de presumir má-fé, mas de organizar condições para que o interesse público e a qualidade da análise permaneçam centrais.

A ética atravessa todo o processo, desde a pergunta até o uso dos resultados. Uma avaliação pode ser tecnicamente correta e ainda produzir dano se utilizada para exposição injusta, punição sem contexto ou discriminação. O relatório precisa indicar limites e evitar interpretações que excedam o alcance dos dados, especialmente quando suas conclusões afetam pessoas e serviços.

4.19. Relato Científico e Comunicação de Resultados

O relato deve permitir compreender por que a atividade foi realizada, o que ocorreu, quais resultados foram encontrados e como devem ser interpretados. A clareza não significa simplificar indevidamente a complexidade. Significa organizar informações relevantes em uma sequência que permita ao leitor avaliar a relação entre pergunta, método e conclusão.

Ogrinc et al. (2016), nas diretrizes SQUIRE 2.0, destacam teoria, contexto e estudo da intervenção no relato de melhoria. A referência

é utilizada aqui para sustentar transparência sobre o processo, sem transformar a subseção em reprodução das diretrizes. A organização proposta distingue descrição da intervenção, avaliação de sua execução e interpretação de resultados.

O método precisa informar cenário, período, participantes ou registros, fontes de dados, medidas e estratégia analítica. Quando o desenho mudou durante a execução, essa mudança deve ser descrita. A apresentação retrospectiva de um percurso inteiramente linear pode ocultar decisões relevantes e impedir que outras equipes aprendam com dificuldades reais.

4.19.1. Estrutura de um Relato Utilizável

Um relatório institucional pode iniciar com problema e decisão necessária, apresentar achados principais e depois detalhar método e limitações. Um artigo científico seguirá requisitos do periódico, mas deverá preservar a mesma coerência lógica. Em ambos, números precisam de denominadores, tabelas precisam de definições e conclusões precisam corresponder aos resultados apresentados.

Quadro 42. Relato científico e comunicação de resultados

Parte do relato	Pergunta que responde	Falha frequente
Problema	Por que a atividade era necessária?	Justificativa genérica sem evidência local.
Método	Como a resposta foi construída?	Omissão de critérios e mudanças do desenho.

Resultados	O que foi observado?	Mistura de dado e interpretação.
Discussão	O que os achados significam?	Causalidade excessiva e ausência de alternativas.
Conclusão	Que decisão pode ser sustentada?	Recomendações mais amplas que a evidência.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Resultados desfavoráveis e efeitos não previstos precisam ser apresentados. Omiti-los produz uma narrativa pouco útil e pode levar outras instituições a repetir dificuldades. A divulgação deve distinguir ausência de efeito, implementação insuficiente e medida inadequada, reconhecendo que essas situações podem coexistir.

A linguagem deve evitar termos absolutos quando o desenho não os sustenta. Expressões como demonstra, comprova e garante exigem cautela. Pode ser mais preciso afirmar que os dados sugerem, são compatíveis ou indicam associação, explicando o grau de incerteza. A precisão fortalece a conclusão em vez de enfraquecê-la.

A comunicação para diferentes públicos pode exigir formatos distintos. Gestores precisam de decisões e consequências; equipes, de implicações para o trabalho; usuários, de informação acessível sobre mudanças e direitos. Adaptar a linguagem não autoriza alterar o conteúdo essencial. A coerência entre versões preserva confiança e permite acompanhamento público de acesso oportuno e continuidade.

4.20. Construção de um Protocolo Avaliativo Aplicado

Um protocolo avaliativo transforma a pergunta em um plano executável. Ele deve definir objetivo, contexto, população ou unidades, fontes, medidas, análise, responsabilidades e condições de revisão. A extensão não é o principal critério de qualidade. Um documento curto e específico pode orientar melhor o trabalho do que um formulário extenso preenchido de forma genérica.

O objetivo deve indicar qual conhecimento será produzido e para qual decisão. Em rede de atenção às urgências, pode-se investigar implementação, acesso, processo, resultado ou sustentabilidade. A tentativa de avaliar todas as dimensões em um único projeto pode superar capacidade e produzir dados superficiais. A priorização precisa ser justificada.

4.20.1. Exemplo de Estrutura Preenchida

Considere uma avaliação hipotética de uma nova rotina destinada a reduzir falhas de continuidade. A unidade de análise será cada oportunidade elegível de transição. Serão examinados registros e uma amostra observada, com comparação temporal e descrição de contexto. O resultado principal será completude de informação relevante; medidas de equilíbrio incluirão tempo e necessidade de busca posterior. Não se pretende inferir efeito sobre mortalidade com esse desenho.

Quadro 43. Construção de um protocolo avaliativo aplicado

Elemento	Definição didática	Justificativa
Pergunta	A rotina melhora a informação disponível na transição?	Problema próximo do mecanismo proposto.

Unidade	Oportunidade elegível de transição	Permite denominador coerente.
Fontes	Registro e observação	Confronta documentação e prática.
Medidas	Completude, tempo e busca posterior	Inclui benefício e possível custo operacional.
Análise	Descrição temporal e estratificação pertinente	Examina variação e distribuição.
Limite	Sem atribuição causal a desfechos distais	Evita conclusão que o desenho não sustenta.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O plano deve prever teste dos instrumentos. Campos podem ser interpretados de modo diferente por avaliadores, e categorias podem não corresponder ao trabalho. Uma aplicação piloto permite corrigir definições antes da coleta principal. As alterações precisam ser registradas para preservar comparabilidade.

Responsabilidades devem incluir coleta, validação, análise, proteção e devolutiva. Quando todos são genericamente responsáveis, tarefas podem ficar sem execução. É necessário definir substituições e prazos realistas. A coleta não deve depender indefinidamente de esforço extraordinário que compete com assistência crítica.

O protocolo também precisa indicar condições para interromper ou revisar a avaliação. Falhas de qualidade, risco não previsto ou mudança importante do contexto podem tornar o plano inadequado. A revisão deve preservar transparência, informando o que mudou e como isso afeta a interpretação.

Ao final, a decisão deve retornar à pergunta inicial. O resultado pode sustentar manutenção, adaptação, expansão ou interrupção da intervenção. Também pode mostrar que a informação é insuficiente. Essa última conclusão é legítima quando acompanhada de explicação e proposta proporcional para reduzir a incerteza, sem transformar ausência de resposta em afirmação de sucesso.

4.21. Síntese Crítica e Agenda de Investigação

A síntese crítica reúne o que foi aprendido e identifica decisões que podem ser sustentadas. Ela não consiste em repetir todas as seções anteriores. Deve mostrar a relação entre mecanismos, evidências, contexto e consequências, destacando onde a certeza é maior e onde permanecem dúvidas relevantes.

No campo de rede de atenção às urgências, uma agenda de investigação deve priorizar perguntas capazes de modificar decisões. Estudos adicionais não são igualmente úteis. Pode haver maior necessidade de compreender barreiras de implementação do que de repetir descrições de percepção. Em outros casos, falta comparação de resultados ou acompanhamento de sustentação. A escolha depende do estágio do conhecimento.

A agenda deve considerar grupos e contextos pouco representados. Evidências concentradas em grandes centros podem não responder a serviços de menor porte ou territórios remotos. A inclusão desses cenários exige métodos e recursos adequados, sem presumir que sejam apenas versões reduzidas de instituições maiores.

4.21.1. Matriz para Priorização de Pesquisas

Uma pergunta pode ser avaliada por relevância da decisão, incerteza existente, viabilidade e potencial de benefício. Esses critérios não precisam ser convertidos em uma pontuação única. A discussão qualitativa pode ser mais transparente quando os valores e os conflitos estão explícitos. O importante é evitar que a agenda seja determinada apenas pela facilidade de acesso aos dados.

Quadro 44. Síntese crítica e agenda de investigação

Critério	Pergunta de priorização	Consequência
Relevância	A resposta pode mudar uma decisão importante?	Favorece investigação ligada a necessidades reais.
Incerteza	O conhecimento atual é insuficiente ou contraditório?	Evita repetição sem contribuição.
Viabilidade	Há dados, capacidade e proteção adequados?	Permite plano executável e ético.
Equidade	A pesquisa inclui necessidades pouco visíveis?	Amplia utilidade para grupos menos representados.
Uso	Quem utilizará o resultado e como?	Conecta produção científica e ação.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A produção de conhecimento deve ser cumulativa. Definições, instrumentos e resultados precisam ser suficientemente claros para comparação e aprendizado. Isso não exige uniformidade absoluta, mas requer explicitar diferenças. Estudos locais podem contribuir muito quando descrevem contexto e mecanismos, mesmo sem pretensão de representar todo o sistema.

Conclusões devem preservar a distinção entre obrigação normativa, evidência empírica e proposta analítica. Essa separação é essencial para não transformar uma preferência de organização em exigência legal ou uma hipótese em recomendação comprovada. O leitor precisa saber em que base cada afirmação se apoia.

A responsabilidade pública de regulação regional exige decidir mesmo quando a informação é incompleta. A contribuição científica é qualificar essa decisão, tornando pressupostos, limites e consequências mais visíveis. O resultado desejável é uma organização capaz de aprender, corrigir e sustentar práticas que produzam acesso oportuno e continuidade, com atenção contínua às necessidades de pacientes que procuram atendimento de urgência.

4.22. Laboratório de Medidas Absolutas Relativas e Composição

Este laboratório utiliza exclusivamente números hipotéticos para demonstrar como diferentes apresentações podem modificar a interpretação de um resultado. Não representa pesquisa realizada, estimativa de efeito de uma política ou meta recomendada. A finalidade é desenvolver leitura quantitativa aplicável a avaliações de rede de atenção às urgências.

Considere duas situações em que uma ocorrência indesejada diminui pela metade. Na primeira, passa de vinte para dez eventos em cem oportunidades. Na segunda, passa de dois para um evento em cem oportunidades. A redução relativa é de cinquenta por cento em ambas. A redução absoluta, entretanto, é de dez pontos percentuais na primeira e de um ponto percentual na segunda. A

mesma expressão relativa descreve consequências absolutas diferentes.

Quadro 45. Laboratório de medidas absolutas relativas e composição

Situação hipotética	Frequência inicial	Frequência posterior	Redução absoluta	Redução relativa
A	20 em 100	10 em 100	10 pontos percentuais	50 por cento.
B	2 em 100	1 em 100	1 ponto percentual	50 por cento.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A distinção importa para planejamento. Uma redução relativa expressiva pode corresponder a poucos eventos quando o risco inicial é baixo. Um efeito relativo menor pode evitar mais eventos quando o risco inicial é alto. Isso não estabelece uma regra automática de prioridade, porque gravidade e custos também importam, mas impede que a comunicação selecione apenas a medida mais impressionante.

O cálculo da redução relativa utiliza a diferença absoluta dividida pela frequência inicial. Quando a frequência inicial é zero, essa operação não pode ser interpretada da mesma forma. A expressão pontos percentuais descreve a diferença entre porcentagens, enquanto por cento descreve proporção. Confundir os termos pode alterar substancialmente a mensagem.

4.22.1. Mudança na Composição dos Grupos

Considere agora duas unidades com desempenhos distintos. A unidade A apresenta resultado favorável em noventa por cento das oportunidades e a unidade B, em cinquenta por cento. No primeiro período, cada uma contribui com cem oportunidades. O resultado agregado é de cento e quarenta sucessos em duzentas oportunidades, ou setenta por cento.

No segundo período, o desempenho de cada unidade permanece igual, mas a unidade A contribui com cento e oitenta oportunidades e a B, com vinte. O agregado passa a cento e setenta e dois sucessos em duzentas oportunidades, ou oitenta e seis por cento. Houve melhora no total sem mudança do desempenho de nenhuma unidade. A explicação está na composição.

Quadro 46. Laboratório de medidas absolutas relativas e composição

Período	Unidade A	Unidade B	Total favorável	Proporção agregada
1	90 em 100	50 em 100	140 em 200	70 por cento.
2	162 em 180	10 em 20	172 em 200	86 por cento.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O exemplo demonstra por que comparações agregadas exigem estratificação. Na discussão sobre regulação regional, mudanças de perfil, território, turno ou elegibilidade podem alterar o resultado global. O analista precisa verificar se a melhora decorreu de desempenho, composição ou combinação dos dois. A média não é

falsa, mas pode responder a uma pergunta diferente da que se pretende investigar.

4.22.2. Pequenos Números e Instabilidade

Uma unidade com um evento em dez oportunidades apresenta dez por cento; se ocorre outro evento, passa a vinte por cento. A variação parece grande, mas envolve uma única ocorrência adicional. Em uma unidade com mil oportunidades, a mesma ocorrência produz alteração muito menor. Por isso, porcentagens devem ser acompanhadas de contagens e, quando pertinente, medidas de incerteza calculadas por método adequado.

Não é recomendável transformar toda oscilação em resposta imediata. A gestão precisa considerar gravidade, recorrência e padrão temporal. Um evento grave pode exigir investigação mesmo quando a taxa é baixa. Uma variação de medida comum pode exigir observação adicional antes de concluir que o processo mudou. O julgamento deve combinar estatística e significado assistencial.

A interpretação final deve responder a três perguntas. Qual foi a mudança absoluta? Qual foi a mudança relativa? A composição do conjunto permaneceu comparável? Essas perguntas não esgotam a avaliação, mas reduzem erros frequentes e tornam a comunicação mais honesta. O relatório deve apresentar a medida escolhida com justificativa, sem ocultar outra que seja necessária para compreender o resultado.

4.23. Laboratório de Tempos Perdas e Dados Ausentes

Os dados deste laboratório são simulados e servem apenas à análise metodológica. Considere oito tempos, em minutos, para conclusão

de uma etapa: 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22 e 88. A soma é duzentos e a média é vinte e cinco minutos. A mediana é dezessete minutos, obtida pela média dos dois valores centrais. As duas medidas estão corretas e descrevem aspectos diferentes.

O valor de oitenta e oito minutos exerce forte influência sobre a média. Isso não significa que deva ser excluído. Pode representar erro de registro, uma situação excepcional ou um problema importante do processo. A investigação precisa determinar seu significado. Excluir valores longos apenas para produzir um indicador mais estável pode ocultar justamente os casos em que o sistema falha.

Quadro 47. Laboratório de tempos perdas e dados ausentes

Medida	Valor no exemplo	O que informa
Média	25 minutos	Tempo total distribuído pelas oito observações.
Mediana	17 minutos	Ponto central da distribuição ordenada.
Mínimo	10 minutos	Menor tempo observado.
Máximo	88 minutos	Maior tempo observado, que exige interpretação.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Se o último valor corresponder a um horário digitado incorretamente, a correção deve ser documentada com base no registro original. Se corresponder a uma espera real, sua permanência na análise é relevante. O relatório pode apresentar

medidas robustas e discutir o extremo separadamente, preservando informação e evitando uma escolha silenciosa que favoreça a conclusão.

4.23.1. Ausência de Dados e Limites Possíveis

Considere cem registros elegíveis, dos quais oitenta possuem informação completa. Entre os completos, sessenta apresentam resultado favorável. A proporção entre registros completos é setenta e cinco por cento. Entretanto, não se conhece o resultado dos vinte restantes. Se todos fossem desfavoráveis, a proporção no conjunto seria sessenta por cento. Se todos fossem favoráveis, seria oitenta por cento.

Quadro 48. Laboratório de tempos perdas e dados ausentes

Cenário hipotético	Resultados favoráveis	Total elegível	Proporção
Somente registros completos	60	80	75 por cento.
Todos os ausentes desfavoráveis	60	100	60 por cento.
Todos os ausentes favoráveis	80	100	80 por cento.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Esses limites extremos não são estimativas prováveis. Eles mostram quanto a ausência de informação pode alterar a interpretação. Se a decisão depende de afirmar que o resultado ultrapassou determinado patamar, os dados ausentes podem impedir essa

conclusão. A análise deve investigar por que faltam registros e se a ausência se concentra em grupos ou situações específicas.

Dados ausentes em períodos de sobrecarga são especialmente relevantes. Nessa situação, os casos sem informação podem ter maior risco ou maior tempo, e a análise de registros completos tende a apresentar um processo melhor do que o real. A correção não consiste em inventar valores, mas em reconhecer o mecanismo de ausência e escolher método apropriado com apoio analítico quando necessário.

4.23.2. Perdas Ao Longo de uma Trajetória

Uma avaliação pode começar com duzentas pessoas elegíveis, alcançar cento e sessenta, obter participação de cento e vinte e acompanhar resultado de noventa. Apresentar apenas o desempenho das noventa pessoas omite parte importante da implementação. O relatório deve mostrar o percurso de inclusão e as razões conhecidas das perdas, sem presumir que todos os excluídos teriam o mesmo resultado.

Quadro 49. Laboratório de tempos perdas e dados ausentes

Etapa simulada	Quantidade	Pergunta de avaliação
Elegíveis	200	A definição de elegibilidade foi adequada?
Alcançados	160	Quais barreiras impediram acesso dos demais?
Participantes	120	Por que parte dos alcançados não participou?

Acompanhados	90	As perdas de seguimento alteram a interpretação?

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A qualidade da avaliação depende de tornar visíveis esses denominadores. Em rede de atenção às urgências, a população que consegue chegar ao serviço ou completar o percurso pode diferir daquela que permanece fora dos registros. A ausência de dados não deve ser tratada como detalhe técnico quando pode representar desigualdade de acesso.

A conclusão deve distinguir o que foi observado entre casos completos e o que pode ser inferido sobre o conjunto. Essa precisão evita generalização indevida e orienta melhoria do sistema de informação. Produzir mais dados não é finalidade suficiente; é necessário melhorar sua capacidade de representar as pessoas e os processos que importam à decisão.

4.24. Laboratório de Orçamento Capacidade e Decisão Multicritério

Este laboratório apresenta um problema hipotético de planejamento. Os valores são didáticos, não representam preços de mercado, orçamento institucional ou recomendação de investimento. A finalidade é demonstrar como custos, capacidade e resultados devem ser relacionados antes de escolher uma alternativa para regulação regional.

Considere duas estratégias com investimento inicial de quarenta mil e vinte mil unidades monetárias, respectivamente. A estratégia A

exige dez mil por ano de operação; a B, vinte mil. Em três anos, sem desconto e sem outros componentes, o custo total seria setenta mil para A e oitenta mil para B. A alternativa de menor custo inicial não é a de menor custo acumulado nesse exemplo.

Quadro 50. Laboratório de orçamento capacidade e decisão multicritério

Estratégia simulada	Investimento inicial	Operação anual	Total em três anos
A	40.000	10.000	70.000.
B	20.000	20.000	80.000.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

O cálculo é deliberadamente simples e não constitui avaliação econômica completa. Não inclui manutenção extraordinária, reposição, inflação, desconto, treinamento ou consequências clínicas. Sua utilidade é mostrar a necessidade de horizonte temporal e de componentes explícitos. O relatório não deve apresentar uma conta parcial como se representasse todo o custo de uma decisão.

4.24.1. Capacidade Nominal e Utilização Segura

Imagine que a estratégia A ofereça capacidade nominal de cem oportunidades por período, mas dependa de um recurso complementar disponível apenas em oitenta. A capacidade efetiva fica limitada por essa dependência. A estratégia B oferece noventa oportunidades com todos os recursos disponíveis. A comparação

precisa reconhecer essa diferença antes de dividir custo por produção.

Também é necessário considerar variabilidade. Uma capacidade média igual à demanda média pode ser insuficiente quando há picos e quando o atraso produz dano. A reserva deve ser planejada conforme criticidade e incerteza. A existência de capacidade não utilizada em alguns momentos não demonstra automaticamente desperdício.

Quadro 51. Laboratório de orçamento capacidade e decisão multicritério

Condição simulada	Estratégia A	Estratégia B	Questão decisória
Capacidade nominal	100	90	O que o recurso principal permitiria?
Limite complementar	80	90	Que dependência restringe o funcionamento?
Capacidade efetiva do exemplo	80	90	O que pode ser realizado nas condições descritas?

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

4.24.2. Critérios Que Não Cabem em um Único Custo

A escolha pode envolver segurança, equidade, sustentabilidade e aceitabilidade, além de custo. Uma matriz multicritério organiza esses elementos, mas a atribuição de pesos representa julgamento

de valor. O número final não elimina esse julgamento. É necessário explicitar quem definiu os critérios e como alternativas foram avaliadas.

Uma ponderação pode ser útil para tornar preferências visíveis, porém pode produzir falsa objetividade quando escalas são arbitrárias ou evidências insuficientes. A análise de sensibilidade deve verificar se pequenas mudanças nos pesos alteram a escolha. Quando isso ocorre, a decisão é frágil e precisa de discussão adicional.

Quadro 52. Laboratório de orçamento capacidade e decisão multicritério

Critério	Pergunta	Tipo de evidência
Segurança	Que riscos são reduzidos ou introduzidos?	Dados, testes e análise de processo.
Equidade	Quem ganha acesso e quem pode perder?	Distribuição territorial e social.
Sustentação	Há recursos para manter a estratégia?	Orçamento, equipe e manutenção.
Viabilidade	A organização consegue executar?	Capacidade e dependências.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A decisão final pode preferir uma alternativa que não apresenta menor custo, desde que o benefício adicional e os critérios sejam claros. Também pode adiar expansão para corrigir uma dependência essencial. O importante é evitar que a escolha seja

apresentada como inevitável quando depende de valores, incerteza e condições negociáveis.

Para acesso oportuno e continuidade, a matriz deve apoiar discussão entre atores responsáveis e destinatários. Ela não substitui requisitos legais, critérios clínicos ou avaliação ética. Uma alternativa incompatível com segurança mínima não se torna aceitável porque recebe boa pontuação em outros itens. A análise multicritério precisa preservar limites que não devem ser compensados por conveniência financeira.

O produto esperado é uma decisão acompanhada de justificativa, condições de implementação e critérios de revisão. Se os custos ou a capacidade mudarem, a escolha deve ser reexaminada. Essa abertura evita que um cálculo inicial se transforme em compromisso permanente desconectado do funcionamento real.

4.25. Estudo Integrado de uma Região com Portas Abertas e Acesso Incompleto

O cenário é hipotético. Uma região possui quatro municípios, duas unidades de pronto atendimento, uma central móvel e um hospital de referência. As portas recebem usuários continuamente, mas pacientes com necessidade de internação permanecem nos serviços de origem. A direção atribui o problema ao aumento da procura. Trabalhadores relatam dificuldade de comunicação, enquanto usuários descrevem repetição de avaliações e ausência de informação sobre destino.

A análise deve começar pela separação das etapas. É necessário saber quantas pessoas aguardam avaliação, quantas estão em observação indicada e quantas já possuem decisão de internação.

Também importa identificar capacidade operacional do hospital, tempo de liberação de leitos e disponibilidade de transporte. Sem essa decomposição, a proposta de ampliar recepção pode atacar uma dimensão secundária.

Quadro 53. Estudo integrado de uma região com portas abertas e acesso incompleto

Achado hipotético	**Hipótese principal**	**Informação para verificar**
Espera após decisão de internar	Bloqueio de saída	Tempo por motivo e destino.
Solicitações devolvidas	Informação insuficiente ou critério divergente	Conteúdo e justificativa das devoluções.
Ambulâncias retidas	Transferência de responsabilidade incompleta	Intervalo até liberação da equipe.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A decisão inicial não precisa aguardar uma pesquisa extensa. A região pode padronizar informação crítica, definir atualização por mudança clínica e organizar reunião de fluxo com os atores que controlam os gargalos. Essas medidas devem ser acompanhadas por avaliação de segurança e não substituem investimento quando a capacidade é insuficiente.

O risco de uma intervenção isolada é deslocar o problema. Aumentar velocidade de avaliação pode produzir mais decisões de internação sem oferta correspondente. Ampliar espaço de

observação pode normalizar permanência inadequada. A escolha deve explicitar qual mecanismo será modificado e como efeitos sobre outros componentes serão reconhecidos.

A avaliação do caso precisa incluir territórios que encaminham menos solicitações. Um município com poucos registros pode ter menor necessidade ou maior dificuldade de acesso. Ouvir equipes e usuários ajuda a distinguir essas hipóteses. A conclusão defensável é uma agenda regional com responsabilidades distribuídas, medidas verificáveis e revisão periódica, sem atribuir a um único setor um problema produzido por interdependências.

4.26. Estudo de uma Mudança no Fluxo de Pacientes de Menor Gravidade

Neste cenário hipotético, um hospital propõe fluxo diferenciado para pacientes de menor gravidade. A intenção é reduzir tempo de espera e liberar capacidade de avaliação. A proposta pode ser útil, mas depende de classificação adequada, critérios de inclusão, possibilidade de reavaliação e acesso ao restante do serviço quando surgem dúvidas ou piora.

O desenho não deve presumir que uma categoria inicial representa diagnóstico simples. Alguns pacientes podem apresentar sinais pouco específicos e necessitar investigação adicional. A equipe precisa de critérios para interromper o fluxo e encaminhar ao atendimento compatível. A segurança depende de transições claras, não apenas de rapidez.

Quadro 54. Estudo de uma mudança no fluxo de pacientes de menor gravidade

Questão de desenho	Decisão necessária	Medida de equilíbrio
Elegibilidade	Quem pode utilizar o fluxo?	Reclassificações e casos excluídos.
Capacidade	Que recursos estarão disponíveis?	Atrasos e necessidade de encaminhamento interno.
Saída	Como orientar e garantir retorno quando necessário?	Retornos relevantes e compreensão do plano.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A avaliação pode comparar tempos antes e depois, mas deve considerar volume e perfil. Se a mudança ocorre em período de menor procura, parte do ganho pode decorrer dessa condição. A comparação por turnos e séries temporais ajuda a interpretar resultados. A medida principal deve ser acompanhada de saídas sem conclusão, retornos e incidentes.

Também é necessário verificar o impacto sobre pacientes mais graves. Retirar profissionais de uma área para acelerar outra pode melhorar um indicador e comprometer a resposta crítica. A alocação precisa considerar carga e variabilidade, evitando uma divisão rígida que permaneça inadequada quando o perfil de demanda muda.

O sucesso não deve ser definido apenas pela redução de permanência. É necessário demonstrar resolução compatível, possibilidade de reavaliação e ausência de deslocamento indevido de risco. A decisão de ampliar o fluxo deve ocorrer após teste e revisão, com clareza sobre condições nas quais o modelo precisa ser adaptado ou suspenso.

4.27. Estudo de Retenção de Ambulâncias na Porta Hospitalar

O caso é fictício. A central identifica que parte importante do tempo das equipes móveis é consumida após chegada ao hospital. O paciente já está fisicamente no destino, mas a transferência de responsabilidade e a liberação da equipe demoram. Como consequência, novos chamados aguardam recurso, e a população percebe indisponibilidade do serviço móvel.

A investigação precisa distinguir espera por avaliação, falta de espaço, ausência de equipe receptora e necessidade clínica de continuidade durante a transição. Esses motivos podem exigir respostas diferentes. O registro deve separar chegada ao hospital, aceitação do cuidado e liberação do recurso, sem estimular documentação antecipada para melhorar o indicador.

Quadro 55. Estudo de retenção de ambulâncias na porta hospitalar

Intervalo	Pergunta	Responsabilidade envolvida
Chegada até recepção clínica	O destino estava preparado?	Hospital, regulação e comunicação prévia.
Recepção até transferência completa	Que informação ou recurso faltou?	Equipes de origem e destino.
Transferência até liberação	Há pendência logística ou documental?	Gestão de fluxo e apoio operacional.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Um acordo regional pode definir conteúdo mínimo, confirmação e escalonamento. Entretanto, um prazo administrativo rígido não resolve incapacidade de receber com segurança. A direção hospitalar precisa participar da solução, inclusive na gestão de leitos e de equipes. A central móvel deve manter informação sobre impacto na cobertura territorial.

A avaliação deve acompanhar tempo e consequências. Reduzir retenção à custa de uma passagem incompleta pode comprometer o paciente. Manter ambulâncias indefinidamente como extensão da emergência compromete outros usuários. O problema exige equilibrar continuidade individual e capacidade coletiva, com responsabilidades explícitas.

A solução sustentável deve reduzir dependência de negociação pessoal. Quando o processo funciona apenas porque determinados profissionais se conhecem, a troca de plantão pode restabelecer a falha. A formalização precisa ser simples, testada e revisada com dados, preservando flexibilidade para situações excepcionais justificadas.

4.28. Estudo de Alta Sem Continuidade Territorial

Uma pessoa hipotética recebe alta após atendimento de urgência com orientação de acompanhamento. O documento está correto, mas o serviço indicado não oferece acesso no prazo necessário e o usuário não compreende como obter ajuda se houver piora. Dias depois, retorna à mesma porta. O indicador registra nova procura, sem mostrar que o percurso anterior ficou incompleto.

A análise deve distinguir retorno esperado, evolução imprevisível e falha de continuidade. Nem todo retorno representa erro. A revisão

de casos pode identificar dificuldades de acesso, compreensão, medicação ou suporte social. A resposta precisa considerar tanto o plano clínico quanto sua viabilidade no território.

Quadro 56. Estudo de alta sem continuidade territorial

Dimensão da alta	**Pergunta**	**Evidência**
Clínica	A saída era compatível com a condição?	Registro e revisão profissional.
Informacional	A pessoa compreendeu o plano?	Confirmação de entendimento.
Territorial	O seguimento era realizável?	Disponibilidade e percurso de acesso.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

Uma intervenção pode incluir articulação com a atenção primária, informação clara e identificação de necessidades de apoio. O desenho deve evitar criar exigências que se tornem barreiras à alta apropriada ou ao novo atendimento. A rede precisa oferecer caminhos proporcionais à necessidade, preservando acesso em caso de mudança clínica.

A avaliação pode acompanhar retornos clinicamente relevantes, mas precisa definir período e critérios. Comparações sem ajuste de perfil podem penalizar serviços que atendem populações mais vulneráveis. O número deve orientar investigação e não justificar recusa de pessoas que procuram novamente.

O caso demonstra que a urgência também participa da longitudinalidade. Sua função não é assumir todo acompanhamento futuro, mas produzir uma transição responsável. A política se fortalece quando o plano de saída deixa de ser apenas orientação escrita e passa a representar um acesso possível a outros pontos de cuidado.

4.29. Estudo de Desigualdade Entre Centro Urbano e Área Remota

O cenário é didático. Uma região apresenta tempo-resposta mediano satisfatório no agregado, mas a área remota enfrenta deslocamentos muito mais longos. A maioria dos chamados ocorre no centro urbano, de modo que sua experiência domina o indicador. A média regional não descreve adequadamente a distribuição do acesso.

A análise deve estratificar território e gravidade, com atenção a pequenos números. Áreas com menos ocorrências podem apresentar grande variabilidade, e um único evento pode alterar a medida. Isso não elimina a relevância da barreira: exige combinar dados, trajetórias e conhecimento das rotas.

Quadro 57. Estudo de desigualdade entre centro urbano e área remota

Fator	Centro urbano	Área remota	Implicação
Volume	Maior concentração de chamados	Menor frequência registrada	A média tende a refletir o centro.

Deslocamento	Rotas mais curtas	Maior distância e incerteza	Necessidade de planejamento específico.
Alternativas	Mais serviços próximos	Poucas referências	Maior dependência de coordenação.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

As alternativas podem incluir reorganização de bases, apoio à estabilização local, rotas e pactuação de referência. A escolha depende de necessidade, custo e capacidade. Não existe solução universal de descentralização ou concentração. A decisão deve demonstrar como reduzirá a barreira e quais recursos são necessários para sustentá-la.

A equidade exige reconhecer que custo por atendimento pode ser maior em áreas remotas. Avaliar apenas produtividade favorece territórios densos e pode perpetuar exclusão. O planejamento precisa considerar valor da prontidão e consequências da demora, com transparência sobre os critérios de distribuição.

A avaliação deve mostrar resultado por território e não apenas total. Uma melhora global acompanhada de persistência ou aumento da diferença exige revisão. O compromisso regional é oferecer resposta proporcional à necessidade, reconhecendo que igualdade de estrutura não produz necessariamente igualdade de acesso.

4.30. Estudo de um Painel Que Induz Decisões Inadequadas

Um hospital hipotético estabelece meta de redução do tempo de permanência na emergência. Após a implantação, o indicador

melhora, mas equipes relatam pressão para registrar saída antes da transferência efetiva. Também aumentam encaminhamentos sem confirmação do destino. O painel passa a medir uma convenção documental diferente do percurso real.

A investigação deve examinar definição, incentivos e práticas de registro. A resposta não pode se limitar a trocar o indicador por outro igualmente isolado. É necessário preservar finalidade e incorporar medidas de equilíbrio, como continuidade, segurança e experiência do usuário.

Quadro 58. Estudo de um painel que induz decisões inadequadas

Sinal observado	**Hipótese**	**Ação de avaliação**
Saída registrada precocemente	Pressão pela meta	Confrontar horários e trajetória real.
Encaminhamento sem confirmação	Deslocamento da espera	Revisar acesso ao destino.
Melhora sem redução de reclamações	Indicador incompleto	Integrar experiência e outros processos.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A gestão deve comunicar que dados confiáveis são mais úteis do que desempenho aparente. Se profissionais percebem punição automática por resultados ruins, podem sentir incentivo para ocultar dificuldades. A transparência precisa ser acompanhada de capacidade de resposta e análise de contexto, sem eliminar responsabilização por manipulação deliberada quando comprovada.

O painel pode ser redesenhado para acompanhar tempos por etapa, proporção de pacientes aguardando internação e eventos relevantes durante a espera. A seleção deve permanecer manejável e ligada a decisões. Mais indicadores não resolvem automaticamente o problema de interpretação.

O caso ilustra que medir modifica o sistema. A qualidade de uma política depende também de avaliar os comportamentos que suas metas induzem. Um indicador útil deve permanecer subordinado ao cuidado e ser revisto quando passa a recompensar ações que contradizem o objetivo público.

4.31. Projeto Regional de Melhoria com Decisão e Revisão

Este projeto didático reúne os problemas discutidos em uma sequência de implementação. O primeiro ciclo delimita a população e o gargalo principal. O segundo organiza informação e responsabilidades. O terceiro testa mudanças. O quarto avalia sustentação e necessidade de investimento. A sequência é orientativa e pode ser revista conforme risco e contexto.

O diagnóstico deve reunir dados de origem, central e destino. A análise de trajetórias permite compreender perdas entre sistemas. Uma reunião regional precisa produzir decisões com responsáveis e recursos, evitando que o encontro termine apenas com reconhecimento genérico das dificuldades.

Quadro 59. Projeto regional de melhoria com decisão e revisão

Fase	Produto concreto	Critério de revisão

Diagnóstico	Mapa de etapas e pendências	Qualidade e representatividade dos dados.
Pactuação	Responsabilidades e canais	Capacidade real de executar.
Teste	Mudança em escala delimitada	Benefício e efeitos indesejados.
Sustentação	Rotina e recursos incorporados	Manutenção após apoio inicial.

Fonte: Elaboração analítica para este estudo. Exemplos e parâmetros didáticos não representam dados observados.

A participação de usuários pode revelar se as mudanças são compreendidas e se o acesso se tornou mais previsível. Trabalhadores precisam de espaço para informar barreiras sem que toda dificuldade seja interpretada como resistência. A direção deve distinguir o que pode ser corrigido localmente e o que depende de outras instâncias.

A avaliação pode combinar série temporal, revisão de casos e observação. Nenhuma dessas fontes deve ser utilizada para prometer causalidade superior ao desenho. O objetivo inicial é verificar se o mecanismo proposto funciona e se a mudança é segura. Investigações mais robustas podem ser necessárias para estimar efeitos finais.

O fechamento deve indicar decisões de continuidade, adaptação ou interrupção. Se a informação for insuficiente, isso deve ser registrado com proposta para reduzir a incerteza. A região aprende quando preserva razões e resultados, permitindo que novas equipes

compreendam por que a rotina existe e em quais condições precisa ser modificada.

4.32. Percurso Assistencial e Responsabilidade Entre Pontos da Rede

A avaliação da atenção às urgências precisa acompanhar o percurso do usuário, além do desempenho de cada estabelecimento. Um serviço pode cumprir suas rotinas internas e, ainda assim, participar de uma trajetória marcada por espera, repetição de informações e dificuldade de continuidade. A unidade de análise proposta é a sequência de decisões que conecta procura, avaliação, atendimento, eventual transferência e acompanhamento posterior. Esse recorte permite identificar problemas que ficam invisíveis quando cada instituição descreve apenas a etapa sob sua responsabilidade imediata.

O percurso não deve ser representado como uma sequência obrigatória e uniforme. Há entradas diferentes, retornos, mudanças de necessidade e situações em que o destino inicialmente previsto precisa ser revisto. Uma representação útil registra as alternativas efetivamente disponíveis e as condições que orientaram cada decisão. A complexidade da rede aparece nas transições entre essas alternativas, especialmente quando a informação é incompleta ou quando a capacidade do ponto de destino muda durante o atendimento.

A responsabilidade por uma transição exige mais do que emitir um encaminhamento. É necessário definir como a solicitação é recebida, como dúvidas são esclarecidas e como se acompanha uma pendência. O estudo propõe distinguir envio, recebimento,

aceite e efetivação. Essas etapas podem ocorrer em momentos diferentes e não devem ser reunidas sob um único registro de transferência realizada. A distinção permite localizar atrasos e avaliar se uma comunicação formal correspondeu à continuidade efetiva do cuidado.

A repetição de informações pode representar uma necessidade de confirmação ou uma falha de circulação de registros. A análise deve compreender sua finalidade antes de classificá-la como desperdício. Uma reavaliação motivada por mudança de condição tem significado diferente de uma repetição causada pela indisponibilidade do registro anterior. O indicador de retrabalho precisa distinguir essas situações, pois uma redução indiscriminada de reavaliações poderia eliminar uma etapa pertinente sem resolver a falha de comunicação que se pretendia enfrentar.

As transições também envolvem experiência e compreensão do usuário. Orientações incompatíveis, destinos pouco claros e ausência de informação sobre o próximo passo podem ampliar incertezas. A avaliação institucional pode examinar se a pessoa recebeu uma explicação compreensível sobre o encaminhamento e se havia um canal para resolver dificuldades posteriores. Isso não substitui a análise técnica, mas acrescenta uma dimensão necessária para compreender por que uma trajetória formalmente organizada pode não se concretizar na prática.

O encerramento de um episódio em um estabelecimento não equivale ao encerramento de todas as necessidades relacionadas ao cuidado. A análise do percurso deve identificar quais pendências permanecem e a quem cabe acompanhá-las. Essa informação é especialmente relevante quando o atendimento depende de

serviços com tempos e critérios distintos. Sem uma definição explícita, uma pendência pode circular entre instituições ou retornar à urgência, sendo contabilizada como nova demanda sem que se reconheça sua relação com a trajetória anterior.

A proposta de melhoria deve se concentrar nos pontos em que a responsabilidade se torna ambígua. Padronizar o conteúdo mínimo de uma comunicação pode ajudar, mas não resolve indisponibilidade de destino ou ausência de coordenação. O diagnóstico precisa separar falhas informacionais, restrições de capacidade e conflitos de atribuição. Essa distinção orienta respostas compatíveis com o mecanismo observado e evita tratar problemas estruturais exclusivamente como necessidade de preenchimento de formulários.

4.33. Cronologia do Atendimento e Interpretação dos Tempos

Indicadores de tempo exigem definição precisa dos marcos que iniciam e encerram a contagem. Chegada, identificação, avaliação inicial, decisão, solicitação de recurso e saída são eventos distintos. Um intervalo agregado pode mostrar demora sem revelar em qual etapa ela se concentra. A proposta analítica deste estudo consiste em decompor a trajetória em intervalos interpretáveis, mantendo a relação entre eles e evitando a conclusão de que a melhora de um único trecho representa melhora de todo o percurso.

A qualidade do registro temporal deve ser examinada antes da comparação. Horários digitados posteriormente, arredondamentos e preenchimento automático podem gerar sequências incompatíveis com os eventos. A limpeza dos dados precisa ser documentada, inclusive quando não é possível recuperar a ordem correta. Excluir

todos os registros inconsistentes pode produzir uma base mais organizada e eliminar justamente os períodos de maior dificuldade operacional. A frequência e a distribuição dessas inconsistências também constituem informações relevantes sobre o processo de trabalho.

A média não descreve necessariamente o comportamento de uma distribuição assimétrica de espera. Alguns episódios muito prolongados podem elevá-la, enquanto uma mediana isolada pode ocultar o grupo que enfrenta os maiores atrasos. A apresentação pode combinar medidas de posição e dispersão, escolhidas conforme a decisão em discussão. O objetivo é compreender a experiência típica e os extremos relevantes, sem multiplicar estatísticas cuja interpretação não acrescenta capacidade de localizar e enfrentar o problema.

As comparações devem considerar diferenças entre os episódios. Necessidades distintas, horários de chegada e recursos solicitados podem produzir percursos diferentes. Comparar serviços sem reconhecer essa composição pode atribuir à organização uma diferença relacionada ao perfil atendido. Por outro lado, ajustar indiscriminadamente características que resultam do próprio processo pode esconder falhas. A escolha das variáveis deve seguir uma explicação do mecanismo, com separação entre condições anteriores ao atendimento e consequências das decisões tomadas durante ele.

Um tempo menor pode resultar de melhoria, mudança de registro ou seleção de casos. Se apenas episódios concluídos entram no cálculo, pessoas que permaneceram aguardando podem desaparecer do indicador. Se a definição de início foi alterada, a

redução pode ser apenas documental. A avaliação deve acompanhar o conjunto elegível, informar perdas e preservar definições comparáveis. A interpretação de tendência depende dessa estabilidade tanto quanto do número de observações disponíveis.

A análise dos tempos pode ser combinada com resultados de continuidade. Uma saída mais rápida pode ser desejável quando acompanha resolução e encaminhamento adequado, mas seu significado muda se ocorre com pendências não acompanhadas. Não se deve presumir essa relação em nenhum dos sentidos. O estudo propõe examinar indicadores complementares e revisar episódios selecionados por critérios transparentes, evitando que a pressão por velocidade se torne o único parâmetro de desempenho institucional.

O uso gerencial dos resultados requer retorno às equipes que conhecem o percurso. Uma variação pode corresponder a uma alteração de escala, fluxo ou disponibilidade de recurso não registrada na base principal. O diálogo entre análise quantitativa e conhecimento do processo permite formular hipóteses melhores. A participação das equipes não deve servir para substituir evidência por justificativas informais, mas para identificar explicações verificáveis e orientar a próxima etapa de investigação.

4.34. Superlotação e Dependências Entre Capacidade, Entrada e Saída

A ocupação de um serviço resulta da relação entre entradas, duração dos atendimentos e possibilidades de saída. Uma análise concentrada apenas no número de chegadas pode atribuir toda a

pressão à procura, mesmo quando existem restrições em etapas posteriores. A proposta é reconstruir os componentes do fluxo e verificar onde a permanência se prolonga. Isso permite discutir superlotação como resultado de relações entre processos, em vez de tratá-la como uma característica inevitável do estabelecimento.

A capacidade nominal precisa ser distinguida da capacidade efetivamente disponível. Espaços físicos podem depender de equipe, equipamentos, apoio diagnóstico e condições de funcionamento. Somar posições de atendimento sem examinar essas dependências pode superestimar a possibilidade de absorver demanda. A avaliação deve explicitar qual capacidade está sendo medida e em qual período. Mudanças ao longo do dia ou da semana podem ser relevantes para compreender por que um serviço apresenta dificuldades mesmo quando a média de ocupação parece moderada.

O tempo de permanência pode refletir necessidades assistenciais ou espera por recursos externos. Reunir essas situações em uma única medida dificulta a escolha da intervenção. A análise deve identificar, quando os registros permitirem, períodos em que o episódio aguarda uma decisão, um procedimento, uma vaga ou uma condição de saída. Essa decomposição não elimina a complexidade clínica; fornece uma descrição organizacional que ajuda a localizar dependências e a distribuir responsabilidades de melhoria.

Uma representação simples de fluxo pode utilizar a relação entre volume médio de entradas e permanência média, desde que os pressupostos sejam explicitados. Em um exemplo inteiramente hipotético e estável, vinte entradas diárias com permanência média de dois dias corresponderiam a aproximadamente quarenta pessoas

presentes, em média. A relação não constitui previsão para situações instáveis. Seu valor didático está em mostrar que uma redução na permanência pode modificar a ocupação mesmo sem alteração no número de chegadas.

O exemplo também evidencia limites. A média não informa picos, distribuição das necessidades ou compatibilidade entre recursos e casos. Quarenta pessoas com demandas diferentes não representam uma carga uniforme. Uma capacidade suficiente no agregado pode ser inadequada para determinados períodos ou tipos de atendimento. Por isso, modelos simplificados devem apoiar a formulação de perguntas e ser confrontados com a organização real, sem substituir a análise das restrições específicas do serviço.

Intervenções localizadas podem deslocar o problema. Acelerar uma etapa aumenta o fluxo para a seguinte, que pode não ter capacidade correspondente. Abrir uma nova porta de entrada sem ampliar as condições de continuidade pode redistribuir espera entre locais. O estudo propõe acompanhar efeitos em toda a trajetória e registrar consequências não pretendidas. Uma melhora interna deve ser examinada também pelo que produz nos demais pontos da rede e na experiência de quem percorre esse caminho.

A avaliação deve distinguir alívio imediato e mudança sustentável. Medidas temporárias podem ser necessárias para responder a uma pressão específica, mas seu funcionamento prolongado pode consumir recursos e criar novas dependências. A análise precisa identificar o mecanismo que mantém o problema e verificar se a intervenção modifica esse mecanismo. O sucesso não se resume à redução observada em um período favorável; inclui a capacidade de

sustentar resultados em condições diversas de demanda e disponibilidade.

4.35. Regulação Regional e Assimetrias de Informação

A regulação depende de informação sobre necessidade e capacidade, produzida por instituições que observam partes diferentes da rede. Uma solicitação incompleta pode dificultar a decisão; uma informação desatualizada sobre disponibilidade pode tornar inviável um encaminhamento inicialmente adequado. O estudo propõe examinar a regulação como processo de coordenação sob incerteza. Sua qualidade não deve ser reduzida à quantidade de solicitações processadas, pois o resultado depende da precisão das informações e das alternativas efetivamente existentes.

O registro de capacidade precisa ter significado operacional compartilhado. Um recurso informado como disponível pode estar condicionado a equipe, manutenção, perfil de atendimento ou liberação de outra etapa. Se essas condições não aparecem, a comunicação cria uma expectativa que o destino não consegue cumprir. A análise deve verificar como a disponibilidade é atualizada, quem responde por sua confirmação e como divergências são corrigidas. O problema pode estar na definição do campo, e não apenas na velocidade de preenchimento.

Solicitações sucessivas para um mesmo episódio também exigem interpretação. Elas podem representar atualização pertinente, tentativa de alcançar um destino ou duplicação causada por falhas de comunicação. Contá-las como demandas independentes superestima o volume de episódios e pode distorcer indicadores.

Uma identificação que permita acompanhar a trajetória da solicitação ajuda a separar novos casos, reavaliações e repetições. O tratamento precisa preservar o histórico, pois mudanças na informação podem explicar decisões aparentemente inconsistentes.

Os tempos de resposta devem ser relacionados ao que aconteceu durante a espera. Uma solicitação pode permanecer aberta por falta de informação, indisponibilidade de destino ou necessidade de reavaliação. Essas situações pedem medidas diferentes. O estudo propõe registrar motivos de pendência com categorias compreensíveis e revisáveis, evitando listas extensas que gerem preenchimento pouco confiável. A análise de uma amostra de episódios pode complementar os indicadores e revelar quando a categoria escolhida não corresponde ao mecanismo real.

A regionalização introduz uma dimensão distributiva. Municípios podem contribuir e utilizar recursos de maneiras diferentes, enquanto deslocamentos e barreiras territoriais influenciam o acesso. A comparação deve considerar essas relações sem presumir que equilíbrio financeiro corresponda automaticamente a equidade assistencial. A discussão precisa tornar visíveis os fluxos e suas condições, incluindo situações em que a distância ou a disponibilidade de transporte limita uma alternativa formalmente existente na rede.

O transporte deve ser analisado como etapa do percurso e não como consequência automática do aceite. Disponibilidade, organização, comunicação e compatibilidade com a necessidade identificada influenciam a efetivação. A existência de um destino não garante que a transição ocorra no tempo planejado. A avaliação institucional pode acompanhar a sequência entre decisão,

preparação, deslocamento e recebimento, preservando a distinção entre desempenho logístico e julgamento clínico, que requer análise própria.

A governança regional precisa produzir mecanismos de revisão de conflitos. Divergências recorrentes sobre critérios, capacidade ou responsabilidade devem ser examinadas com base em episódios documentados. O objetivo não é eliminar toda discordância, mas impedir que problemas conhecidos sejam tratados repetidamente como exceções individuais. A regulação se fortalece quando as informações de cada caso alimentam ajustes de regras, capacidade e comunicação em escala de rede.

4.36. Barreiras de Acesso e Interpretação da Procura Recorrente

A procura recorrente por serviços de urgência pode reunir trajetórias muito diferentes. Uma contagem de atendimentos não revela, sozinha, a necessidade que motivou cada episódio nem as alternativas disponíveis à pessoa. A análise deve evitar transformar frequência de utilização em julgamento de comportamento. O estudo propõe reconstruir percursos e barreiras, reconhecendo que episódios repetidos podem envolver continuidade insuficiente, novas necessidades ou mudanças de condição que não podem ser deduzidas apenas do número de visitas.

As alternativas de cuidado devem ser avaliadas pela disponibilidade real. Um serviço pode existir no território e apresentar horários, capacidade ou requisitos incompatíveis com a demanda concreta. Informar que havia outro ponto de atendimento não demonstra que a pessoa conseguiria utilizá-lo. A análise precisa examinar acesso, tempo, deslocamento e comunicação, além da existência formal.

Esse cuidado evita atribuir ao usuário a responsabilidade por uma escolha que pode ter sido condicionada pela organização da oferta.

O vínculo entre episódios exige qualidade de identificação e proteção das informações. Sem identificação consistente, uma trajetória pode parecer composta por pessoas diferentes; com vinculação indiscriminada, podem ser expostos dados além do necessário. A proposta analítica deve definir finalidade, variáveis mínimas e regras de acesso. O objetivo é compreender continuidade e barreiras, não produzir listas de usuários considerados inconvenientes ou utilizar a frequência de procura como justificativa para limitar acesso.

As necessidades sociais podem aparecer durante o atendimento, mas não devem ser presumidas a partir de aparência, endereço ou categoria de utilização. A análise precisa considerar informações efetivamente obtidas e reconhecer limites do registro. Uma classificação muito ampla pode ocultar situações distintas e reforçar estigmas. Quando o problema envolve fatores além da capacidade de um serviço, a discussão deve identificar recursos e responsabilidades de articulação, sem transformar um encaminhamento genérico em resposta suficiente.

A avaliação de uma intervenção voltada à continuidade precisa acompanhar o que ocorreu após o encaminhamento. Reduzir atendimentos de urgência pode ser um resultado favorável, mas também pode refletir dificuldade adicional de acesso. O significado da redução depende de medidas complementares sobre atendimento das necessidades, utilização de alternativas e experiência do usuário. A análise deve procurar evidências que

permitam distinguir essas explicações, mantendo prudência quando os dados disponíveis não sustentarem uma conclusão.

A equidade pode ser examinada por diferenças de alcance e de resultado, desde que as categorias utilizadas sejam pertinentes e tenham qualidade documental. A média geral pode melhorar enquanto determinados grupos continuam enfrentando barreiras. A discussão deve relacionar essas diferenças às condições de implementação. Não basta descrever que um grupo utilizou menos um serviço; é necessário investigar se a oferta foi acessível e se as oportunidades de benefício foram distribuídas de maneira semelhante.

A incorporação da experiência dos usuários pode revelar etapas omitidas nos registros institucionais. Deslocamentos improdutivos, orientações contraditórias e dificuldades de agendamento ajudam a compreender por que um percurso retornou à urgência. Esses relatos devem ser tratados como informação situada, sem generalização automática. Sua combinação com dados de fluxo permite construir explicações mais consistentes e orientar ajustes que respondam às condições concretas de acesso.

4.37. Avaliação de Mudanças Organizacionais e Efeitos Não Pretendidos

Uma mudança no fluxo deve ser descrita por seus componentes, participantes e mecanismo esperado. Expressões como “reorganização do atendimento” são insuficientes quando não informam o que foi alterado. O estudo propõe registrar condições anteriores, decisões de implantação, recursos mobilizados e adaptações realizadas. Essa descrição permite examinar se os

resultados correspondem à intervenção planejada ou a uma versão modificada durante a execução, distinção necessária para interpretar e transferir a experiência.

A comparação antes e depois oferece informação descritiva, mas não isola automaticamente o efeito da mudança. Demanda, composição dos casos, equipe e disponibilidade de recursos podem variar no mesmo período. A avaliação precisa identificar essas alterações e discutir explicações concorrentes. Quando houver informação suficiente, séries temporais e comparações adequadamente justificadas podem ampliar a análise. A escolha do desenho deve acompanhar a qualidade dos dados e não apenas o desejo de apresentar uma conclusão causal.

O início da implantação pode produzir uma curva de aprendizagem. Indicadores podem oscilar enquanto equipes compreendem tarefas e sistemas são ajustados. Excluir esse período sem justificativa pode favorecer artificialmente o resultado; incluí-lo sem distinção pode ocultar o desempenho posterior. A proposta é apresentar fases e mudanças relevantes de maneira transparente. O leitor deve conseguir identificar quando a intervenção estava em preparação, em adaptação e em operação relativamente estável.

Os efeitos não pretendidos precisam integrar o acompanhamento. A redução de uma fila pode aumentar outra; uma nova exigência documental pode melhorar rastreabilidade e ampliar tempo de registro; uma redistribuição de profissionais pode favorecer um turno e fragilizar outro. A análise deve observar essas possibilidades sem presumir que necessariamente ocorrerão. Indicadores de equilíbrio ajudam a identificar se o benefício principal foi acompanhado de consequências que exigem ajuste do desenho.

A adesão das equipes não deve ser medida apenas por preenchimento ou presença em treinamento. É necessário verificar se os componentes essenciais passaram a orientar o trabalho e em quais condições isso acontece. Uma baixa adesão pode refletir compreensão insuficiente, incompatibilidade operacional ou discordância fundamentada. Cada explicação requer resposta diferente. A avaliação qualitativa do processo pode esclarecer essas relações, desde que seus procedimentos e limites sejam apresentados de maneira transparente.

A sustentabilidade precisa ser examinada após o período de maior apoio inicial. Uma intervenção dependente de supervisão extraordinária pode não manter o mesmo desempenho quando essa presença diminui. A análise deve identificar quais recursos são permanentes, quais foram temporários e como a manutenção será organizada. A discussão de custo e capacidade deve incluir o trabalho de coordenação, evitando considerar gratuita uma atividade apenas porque foi absorvida informalmente por profissionais já contratados.

O resultado final pode recomendar continuidade, adaptação ou interrupção de um componente. Essa conclusão deve ser proporcional à evidência e às consequências observadas. Uma avaliação útil não precisa demonstrar sucesso irrestrito; precisa explicar o que mudou, para quem, em quais condições e com quais limites. A complexidade da rede exige esse tipo de julgamento contextualizado, que relaciona desempenho local, continuidade do percurso e capacidade de sustentar o cuidado.

4.38. Síntese das Implicações para o Planejamento Regional

As análises desenvolvidas indicam que o planejamento deve reunir demanda, capacidade, informação e responsabilidade em uma mesma explicação operacional. Esses elementos costumam aparecer em documentos separados, embora se condicionem durante o atendimento. Uma revisão regional pode começar por trajetórias concretas e identificar quais decisões dependem de pactuação entre serviços. O propósito é transformar problemas recorrentes em objetos de gestão compartilhada, com critérios para acompanhar a execução e revisar os resultados.

A prioridade entre intervenções deve considerar relevância do problema, viabilidade, distribuição dos benefícios e dependências necessárias. Uma medida de implantação simples pode produzir pouco efeito se não enfrentar o principal ponto de restrição. Outra pode ter potencial maior e exigir preparação prévia. A análise precisa explicitar essa sequência, distinguindo ações imediatas, condições de implantação e mudanças estruturais. O calendário deve acompanhar as dependências, em vez de reunir iniciativas sem relação clara entre si.

A informação produzida precisa retornar à decisão. Indicadores sem responsável por interpretação e acompanhamento podem ampliar o volume de relatórios sem modificar o funcionamento da rede. O estudo propõe associar cada medida a uma pergunta, uma instância de revisão e uma possibilidade de ação. Isso também permite retirar indicadores que perderam utilidade e concentrar esforço naqueles que ajudam a compreender acesso, continuidade e restrições de capacidade.

A transparência deve incluir os limites da avaliação. Dados incompletos, mudanças de definição e resultados ainda incertos

precisam acompanhar a apresentação pública. Essa prática permite distinguir melhoria demonstrada, hipótese promissora e atividade apenas iniciada. O planejamento regional ganha consistência quando reconhece essas diferenças e mantém mecanismos de revisão. A qualidade da política passa a ser apreciada pela capacidade de aprender com o percurso assistencial e corrigir condições que dificultam a continuidade do cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas brasileiras para urgências e emergências apresentam uma arquitetura normativa capaz de articular prevenção, Atenção Primária, atendimento pré-hospitalar, UPA 24h, hospitais e atenção domiciliar, e os investimentos recentes ampliam a capacidade potencial da rede. A atualização dos mecanismos de habilitação e financiamento, somada à expansão do SAMU 192, demonstra um movimento relevante de fortalecimento institucional. Esses avanços, contudo, somente se convertem em integralidade quando os pontos de atenção produzem fluxos regulares e quando a regulação consegue aproximar necessidade clínica e recurso disponível em tempo oportuno.

O objetivo do estudo foi atingido ao demonstrar que a principal tensão contemporânea da RUE não se limita à existência de serviços, mas envolve governança regional, comunicação, capacidade funcional e continuidade. A superlotação hospitalar expressa essa tensão de maneira particularmente clara, pois o boarding revela que a emergência pode permanecer congestionada mesmo depois de concluída a avaliação inicial. A gestão de leitos, a previsão de altas, a retaguarda e a contrarreferência precisam ser tratadas como

componentes da política de urgência, e não como problemas internos e independentes de cada hospital.

A regulação também deve ser compreendida como função clínica e de equidade. Filas transparentes, atualização de prioridade, informação confiável e registro de tempos fortalecem a legitimidade das decisões e reduzem a dependência de negociações informais. No componente móvel, essa lógica começa na Central de Regulação das Urgências e se prolonga até a definição da porta de referência. No ambiente hospitalar, continua nos núcleos internos e na coordenação do fluxo até a saída segura, exigindo integração entre gestão, assistência e território.

Como contribuição prática, o estudo propõe que a avaliação da RUE combine indicadores de acesso, processamento e saída, com destaque para tempo-resposta, tempo até decisão, boarding e continuidade após a alta. A análise estratificada por região e perfil de gravidade permite identificar desigualdades que médias agregadas escondem e pode orientar investimentos futuros com maior precisão. A expansão física permanece necessária em vazios reais, mas deve ser acompanhada de força de trabalho, manutenção, informação, regulação e capacidade de retaguarda.

A principal limitação decorre do caráter narrativo e documental da revisão, que não pretende esgotar a produção científica nem estimar efeitos causais próprios. Estudos futuros podem aprofundar comparações entre regiões de saúde, avaliar a repercussão das mudanças de habilitação introduzidas a partir de 2023 e investigar o efeito dos investimentos recentes do SAMU sobre tempo-resposta, mortalidade e desigualdades territoriais. Também são necessários estudos que relacionem dados de regulação, boarding e desfechos

clínicos, permitindo que a gestão da RUE seja orientada por evidências produzidas no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMRI, Weaam et al. Interventions to reduce emergency department overcrowding and their effects on patient outcomes: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. BMC Emergency Medicine, v. 26, art. 169, 2026. DOI: 10.1186/s12873-026-01587-8.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/legislacao. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 9/2024-CGURG/DAHU/SAES/MS. Orientações sobre atuação do atendimento pré-hospitalar móvel, Central de Regulação das Urgências e composição das Unidades de Suporte Básico. Brasília, DF: Ministério

da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/notas-tecnicas-e-informativas/notas-tecnicas-e-informativas. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.631, de 23 de outubro de 2023. Estabelece recurso financeiro referente ao reajuste dos valores de habilitação e qualificação do SAMU 192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/legislacao. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6 para tratar da habilitação, homologação e financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1997_27_11_2023.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6 para dispor sobre valores do incentivo financeiro de custeio do SAMU 192. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/legislacao. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/rau. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAMU 192: balanço de ampliação e reestruturação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/balancos/2025/samu-192. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAMU 192: Novo PAC Saúde, seleção 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude/selecao-2025/samu-192. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas do SAMU 192: CNES e SAIPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/sistemas. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. UPA 24h. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h. Acesso em: 2 set. 2026.

DAMSCHRODER, Laura J. et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implementation Science, v. 17, art. 75, 2022. DOI: 10.1186/s13012-022-01245-0. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0. Acesso em: 4 nov. 2026.

EIDSTØ, Anna et al. Emergency department crowding increases 10-day mortality for non-critical patients: a retrospective observational study. Internal and Emergency Medicine, v. 19, n. 1, p. 175-181, 2024. DOI: 10.1007/s11739-023-03392-8.

NICOLAIDIS, Rafael et al. Association between multiday emergency department boarding and higher in-hospital mortality: evidence from Brazil. European Journal of Emergency Medicine, 2025. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000001290.

NICOLAIDIS, Rafael et al. Emergency department boarding and occupancy differ in their association with early in-hospital mortality: a multicenter cohort. The American Journal of Emergency Medicine, v. 107, p. 59-64, 2026. DOI: 10.1016/j.ajem.2026.05.027.

OGRINC, Greg et al. SQUIRE 2.0 Standards for QUality Improvement Reporting Excellence revised publication guidelines from a detailed

consensus process. BMJ Quality and Safety, v. 25, n. 12, p. 986-992, 2016. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004411. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411. Acesso em: 4 nov. 2026.

OSKVAREK, Jonathan J.; LEUBITZ, Andrew; RAHMAN, Nishad; SURE, Bryan; PINES, Jesse M. Emergency department crowding in the modern era: a systematic review (2018-2025). Clinical and Experimental Emergency Medicine, v. 13, n. 2, p. 119-139, 2026. DOI: 10.15441/ceem.25.172.

SANTOS, Eduardo; BRITO, Ana Carolina; FONSECA, Luana; FIGUEIREDO, Margarida; ESTEVES, Matilde; SANTOS, Diana. Interventions to reduce overcrowding in emergency departments: an umbrella review. International Emergency Nursing, v. 84, art. 101729, 2026. DOI: 10.1016/j.ienj.2025.101729.

SKIVINGTON, Kathryn et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions update of Medical Research Council guidance. BMJ, v. 374, n2061, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n2061. Disponível em: https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2061. Acesso em: 4 nov. 2026.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 1, e220122pt, 2023a. DOI: 10.1590/S0104-12902023220122pt.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; FURTADO, Lumena Almeida Castro; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: contextos de influência e de produção de textos. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 34, e34028, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434028pt.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira; REBEQUI, Andressa; GUIMARÃES, Cristian Fabiano; FURTADO, Lumena Almeida Castro; ANDREAZZA, Rosemarie; CHIORO, Arthur. Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 1, e00161222, 2023b. DOI: 10.1590/0102-311XPT161222.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021–2030 towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/b/57613. Acesso em: 4 nov. 2026.

YOUSSEF, Elias et al. Interventions to improve emergency department throughput and care delivery indicators: a systematic review and meta-analysis. Academic Emergency Medicine, v. 31, n. 8, p. 789-804, 2024. DOI: 10.1111/acem.14946.

---

[1] Mestre em Patologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). UNIG – Universidade Iguaçu. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-1864-3106. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Graduanda de Medicina. Universidad Nacional Ecológica. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-2598-5934. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Medicina. UASS. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5834-5293. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Granduando Medicina. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-0212-9680. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Mestre em Educação em Ciências e Saúde - NUTES/UFRJ. Faculdade Educabrasil Noel de Mello. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-8504-0578. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Mestre em Desenvolvimento Local. Centro Universitário Augusto Motta. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8720-8661. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Doutora e Mestre em Políticas Publicas - UFRRJ. FENM. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8091-7844. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Especialista em Terapia Intensiva / Especialista em Estética Avançada. FENM. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-3797-2168. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] MBA: Executivo em Qualidade em Saude e Acreditação Hospitalar. Faculdade Unyleya. Instituição de vínculo: Hospital Universitário Gaffrée e Guinle — HUGG. 12 https://www.unirio.br/hugg. R. Mariz e Barros, 775 - Maracanã, Rio de Janeiro - RJ, 20270-004. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-8722-7999

[10] Graduando em Medicina. Instituição: UASS Universidad Autónoma San Sebastián Paraguai. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-0233-086X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[11] Especialista em Controle de Infecção em Assistência a Saúde - Universidade Federal Fluminense UFF. ORCID: https://orcid.org/0009-0003-5613-8877. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[12] Graduado em Farmácia. Universidade Iguaçu. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-0636-8102. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[13] Graduada em Medicina. UNIG. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-1762-318X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[14] Graduado em Enfermagem. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8995-3188

[15] Especialista em Gestao em Saúde. Instituição: Unig / FENM. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-5345-1483. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[16] Técnica de Enfermagem. Instituição: FAG. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-4026-0935. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[17] Mestre no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCAN/INCA). Instituição: Instituto Nacional do Câncer. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-1950-2753. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail