



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA



Seminário da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências

Qualidade nos Serviços de Urgência. Alguns Indicadores.

César Roberto Braga Macedo
Consultor do CGUE/DAE/SAS/ MS

Outubro de 2003



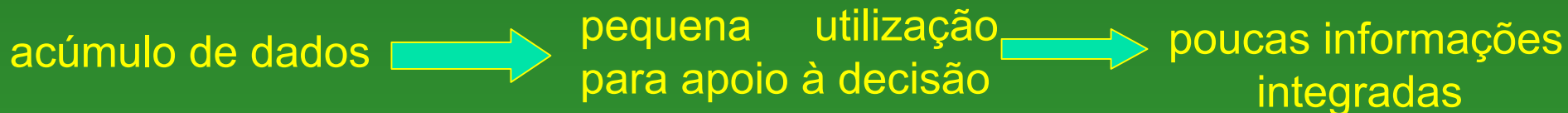


O Sistema Integral de Atenção às Urgências



“O Sistema Integral de Atenção às Urgências deve abarcar desde a Atenção Primária à Saúde até a Terapia Intensiva e a Reabilitação, envolvendo ainda o manejo de urgências coletivas”

Historicamente, a construção dos Sistemas de Informação tem adotado uma racionalidade centralizadora e vertical.



O acompanhamento contínuo da situação das urgências.

O Observatório

A flutuação contínua da demanda e das atividades em unidades de urgência, levando-se em consideração a hora do dia, o dia da semana ou sobre uma base sazonal (férias de verão, aumento da violência, acidentes de trânsito, viroses emergentes etc..) necessita uma vigilância permanente.

Este monitoramento possibilita um gerenciamento eficaz, comportando mecanismos de ajustamento, como organização horizontal e variação na composição das equipes.

A situação das unidades de urgência devem ser permanentemente acompanhadas .

Informação e Comunicação: A qualidade e a acessibilidade dos dados

- A monitoração contínua do processo de gestão, o conhecimento da clientela, e a comunicação entre os diferentes parceiros da rede de assistência, necessitam invariavelmente de dados clínicos, epidemiológicos e administrativos de qualidade. Estes devem ser validos, rapidamente acessíveis e apresentados em um formato pratico afim de que se possa extrair informações úteis às decisões.
- Mecanismos permanentes de comunicação deverão permitir às diferentes instâncias, dispor constantemente de informações necessárias ao cumprimento de sua missão. As decisões tomadas serão rapidamente difundidas e conhecidas por todos, que terão o compromisso na sua aplicação.
- Todas as unidades poderão estar integradas à Central de Regulação Médica de Urgência via rede de computadores, fax e comunicação através de rádio

O Sistema de Informação e o SUS

A implantação do SUS requer que o Sistema de Informação em Saúde seja diferente: os indicadores escolhidos devem refletir a concepção de saúde que norteia o Sistema Único e devem subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento.

”Um sistema de informação que facilite a contínua vigilância epidemiológica do desempenho, como um elemento vital de todo processo de garantia de qualidade”.(Donabedian),

Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde na concepção do SUS é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, análise essa que tome como referencial microrregiões homogêneas e, necessariamente, leve em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença.

Alguns problemas:

- Dificuldade de nossos gerentes, em lidar com dados e sua transformação em informações gerenciais, ferramenta fundamental em qualquer processo dirigente.
- A impossibilidade de realizar, de maneira sistemática, avaliação e comparação entre os serviços de urgência.

Avaliar os serviços a partir de uma perspectiva quantitativa e qualitativa.

Necessidade

- A implantação de um conjunto definido de indicadores.
- Que sirvam como padrão de medida comum e homogêneo
- Que possibilite a realização de investigação avaliativa dos serviços como também estudos comparados entre eles.

Perspectiva

- A implantação da **central reguladora das urgências**
- **A informatização das** unidades da região
- Sistema de informação com uma linguagem comum.

A informatização é sem dúvida um avanço, mas se não trabalharmos com um conjunto de indicadores comuns, estaremos com uma potente ferramenta nas mãos, sem saber utilizá-la adequadamente.

Devemos levar em consideração, a necessidade de olhar para os serviços como elementos integrantes de uma rede, um sistema – **“O Sistema de Saúde do Povo Brasileiro”**.

Indicadores Básicos de Qualidade nos Serviços de Urgência

Apresentaremos a seguir um conjunto de indicadores que pretendem estabelecer uma metodologia homogênea para a avaliação das unidades de urgência a partir de dados facilmente coletados no processo de atendimento ao usuário dos serviços..

Advertência

Os boletins de atendimento utilizados pelos serviços possuem, em sua maioria, campos destinados a coleta dos dados necessários para a construção dos indicadores propostos, entretanto seu preenchimento nem sempre ocorre. É necessário, portanto, uniformizar a forma e a regularidade da coleta, garantindo a confiabilidade das informações obtidas.

Tipos de indicadores

Os indicadores podem estar relacionados a:

Demanda – Ex. número de pacientes atendidos em relação ao total da população em um dado período de tempo.

Qualidade - Ex. Capacidade do serviço em resolver o problema que determinou sua busca, dentro de um período razoável de tempo.

Os indicadores de qualidade podem estar relacionados a:

Estrutura – Existência no serviço de uma estrutura adequada a prestar o atendimento ao qual se propõe.

Processo – Relacionados ao desenvolvimento do processo assistencial, a partir de um padrão pré-estabelecido.

Resultado - medem o resultado final da atividade assistencial.

Tipos de indicadores

Relacionados a demanda: Implicam na quantificação das solicitações de assistência que se apresentam nos serviços de urgências. Tem um valor informativo, prestando-se a avaliação do uso dos recursos assistenciais e sua gestão, além de permitir uma comparação do rendimento da unidade frente a outros serviços de urgência.

•**Relacionados a qualidade:**

Processo: Estes indicadores medem o funcionamento do serviço de urgências do ponto de vista organizativo e da qualidade dos processos.

Resultado: Informam a qualidade e a capacidade técnica e resolutiva do serviço de urgências.

1) Indicadores relacionados à demanda:

1.1- Número de atendimentos em unidades de urgência

Descreve o número total de consultas realizadas em um período de tempo determinado. Entende-se por assistência em urgências àquela atenção que desenvolvida em uma unidade de urgência, gerada a partir da demanda da clientela. Não importa neste momento a complexidade do atendimento ou avaliações sobre a possibilidade do atendimento do caso em outros serviços.

É um indicador puramente descritivo da quantidade total de trabalho assistencial realizado em um serviço de urgência, independe da população a ser coberta ou dos recursos disponíveis. Serve para estimar custos e em conjunto com outros indicadores, para avaliar a adequação de recursos.

= Número de atendimentos realizados em período de tempo.

Tempo= Pode ser definido em virtude de interesses específicos como, por exemplo, a observação da sazonalidade do atendimento. Sugere-se que a avaliação segundo ano e mês seja realizada regularmente, utilizando-se uma amostra para fazer avaliação da proporção de atendimentos desenvolvidos segundo horário e dias da semana.

1.2) Percentual de atendimento de urgência segundo área de residência:

Permite perceber com maior clareza a origem dos pacientes que buscam a emergência. Se expressa sob forma de proporção,

= número de atendimentos a moradores de determinado local/ número total de atendimentos* 100

1.3) Percentual de atendimento de urgência segundo período de tempo:

Permite identificar variações sazonais na demanda às unidades. Pode-se optar como variável tempo os dias da semana, meses do ano ou mesmo diferentes períodos do dia.

a) número de atendimentos realizados no serviço de urgência segundo turno de atendimento/ total de atendimento nas 24 horas * 100

b) número de atendimentos em um determinado dia da semana/ total de atendimentos na semana* 100

c) número de atendimentos por mês/ total de atendimento no ano * 100

1.4- Percentual de atendimento segundo motivo da demanda

Implica na relação do total de atendimentos em virtude de uma determinada causa em um dado período de tempo com o total de atendimentos neste mesmo período de tempo. Possibilita perceber a importância de uma determinada afecção no conjunto de atendimentos ofertado pela unidade, possibilitando assim uma maior adequação do serviço com relação a sua demanda.

= número de atendimentos segundo causa (Cid 10) em intervalo de tempo/ por número total de atendimentos no mesmo período*100

Freqüência relativa:

Implica na relação da demanda ao serviço com uma base populacional de uma área geográfica definida (área de cobertura do serviço).

A definição de área de cobertura e população a ser coberta apresenta problemas relacionados à definição dos limites geográficos e da base populacional utilizada. A solução proposta é trabalhar com um erro sistemático, assumindo-se como real a população definida pelo censo para uma determinada área geográfica estabelecida como

“de responsabilidade da unidade”.

O uso do indicador permite identificar zonas ou centros geográficos com maior ou menor demanda em relação a outras localidades, fornecendo indicativos de necessidade diferenciada de oferta de serviços segundo área geográfica.

Tais indicadores se expressam sob forma de taxa, utilizando-se uma base 10^n .

1.4.1-Taxa de demanda ao serviço segundo bairro (podemos utilizar outros agregados populacionais):

= Número de consultas de moradores de determinado bairro em dado período de tempo/ número de moradores desta área geográfica *10ⁿ.

1.4.2- Taxa de demanda ao serviço segundo residência e causa:

Implica na qualificação da demanda de uma determinada área geográfica. O motivo de atendimento deverá ser identificado a partir da CID 10.

Este cálculo permite avaliar os “escapes da atenção primária”, no espaço delimitado, na medida em que indica situações de variados graus de complexidade que poderiam estar sendo atendidas em serviços da rede básica. Seu resultado pode indicar a necessidade de qualificação ou inclusão de

serviços em determinadas áreas geográfica

= Número de consultas de moradores de determinada área geográfica num dado período de tempo segundo causa (Cid 10)/ número de moradores desta área geográfica *10ⁿ.

2_ Indicadores de Qualidade

2.1_ Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento:

- Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente até seu efetivo atendimento por profissional médico. Para que possa ser corretamente calculado o registro da hora de chegada do paciente deve ser feito no momento em que ele chega ao serviço, assim como a hora do atendimento deve ser anotada no momento em que ele é atendido.
- A rapidez com que um médico atende e avalia o paciente é um aspecto chave na qualidade da atenção urgente, tanto do ponto de vista clínico, como da qualidade percebida pelos usuários.
- Este indicador permite conhecer, a partir da rapidez ou lentidão com que se presta atendimento médico, eficácia e eficiência da organização no sentido de evitar, que os doentes graves sejam afetados negativamente pela demora na assistência inicial.
- Dentro de nossa realidade o cálculo deste indicador deve contar com uma reavaliação de fluxos de atendimento, uma vez que, nem sempre, o paciente faz seu boletim de atendimento no momento de sua chegada ao serviço e, quando o faz, nem sempre o horário é registrado.
- Deverá ser expresso em média de minutos. Deverão ser excluídos do cômputo do indicador os casos de consulta interrompida ou anulada, e aqueles casos em que o usuário desista do atendimento ou se ausente. Boletins sem anotação de horário deverão ser excluídos, e analisadas as suas causas.

= \sum tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendido até seu efetivo atendimento/ total de pacientes atendidos.

Uma forma de qualificar este indicador é segmentá-lo por motivo de atendimento.

= \sum tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendido até seu efetivo atendimento, segundo diagnóstico/ total de pacientes atendidos com o mesmo diagnóstico.

Esta segunda forma de calcular deve ser empregada para situações de maior gravidade (IAM, politrauma, hemorragias graves, etc), onde existem parâmetros técnicos que definem um tempo de atendimento ideal que, ultrapassado, implica na morte ou graves perdas para o paciente.

2.1.2_ Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência - SAMU 192

Portaria

- É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a chegada no lugar do ocorrido da equipe do SAMU . Se utilizará o tempo médio dos casos incluídos para o cálculo do indicador.
- O numerador e denominador da fórmula para obtenção do valor do indicador, levará em conta **todos os motivos de assistência** que tenham gerado ativação de uma unidade de suporte básico ou avançado, e que tenham hora de chamada e estatus de chegada ao local (informação por rádio).

$$= \sum (\text{hora de chegada} - \text{hora de recepção de chamada} / \text{número de atendimentos por USB} + \text{USA} .$$

. Uma forma de qualificar este indicador é, como no indicador anterior, segmentá-lo por motivo de atendimento.

2.1.3_ Tempo Médio decorrido no local de ocorrência

- É o tempo transcorrido desde a hora da chegada no lugar do ocorrido da equipe do SAMU até sua saída do cenário. Se utilizará o tempo médio dos casos incluídos para o cálculo do indicador.
- O numerador e denominador da fórmula para obtenção do valor do indicador, levará em conta **todos os motivos de assistência** que tenham gerado ativação de uma unidade de suporte básico ou avançado, e que tenham hora de chegada ao local (informação por rádio) e hora de saída.

2.1.4_ Tempo Médio de transporte até a unidade de referência

Mede a média dos tempos de transporte do cenário ao hospital de referência. O denominador será o número total de intervenções que geraram internações em unidade hospitalar de referência.

2.1.3_ Tempo Médio de Resposta Total

- É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência. Se utilizará o tempo médio dos casos **incluídos** para o cálculo do indicador.
- O numerador e denominador da fórmula para obtenção do valor do indicador, levará em conta **todos os motivos de assistência** que tenham gerado ativação de uma unidade de suporte básico ou avançado, e que tenham hora de chamada e estatus de entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.

$$= \frac{\sum (\text{hora de entrada do paciente no serviço} - \text{hora de recepção de chamada})}{\text{número de atendimentos por USB} + \text{USA}}$$

2.1.4 Adequação da Regulação

É o % de saídas de veículos de suporte avançado após avaliação realizada por equipe de suporte básico

Este indicador mede o desempenho das equipes de regulação em definir com clareza a adequação do recurso a ser enviado . Pode ser muito útil na validação dos protocolos de regulação, bem como na definição do grau de cumprimento do protocolo.

2.2 _ Tempo Médio de Permanência na Urgência

- Tempo total em que o paciente permanece no serviço de urgência até sua saída, seja por alta, óbito, internação, transferência para unidade de observação ou transferência para outra unidade.
- Uma característica fundamental da atenção urgente é a rapidez. O paciente que é visto em um serviço de urgência deve ser atendido sem grandes ilações, o objetivo é identificar em pouco tempo o seu problema e buscar a solução mais adequada, no contexto real em que se apresenta. Um tempo de estadia prolongado em um Serviço de Urgência pode significar déficit de organização, circuitos inadequados, serviços de apoio e suporte insuficientes, etc. Neste caso, cada unidade deverá estabelecer parâmetros para averiguar as causas do incremento da permanência.
- Para o calculo deste indicador deverão ser excluídos os casos em que a consulta tenha sido anulada ou interrompida, ou que o usuário desista ou se ausente da consulta. Devem ser excluídos também os casos em que os horários não tenham sido anotados, investigando-se as suas causas

= Σ do tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo/ pelo número total de atendimentos em dado período de tempo

Este indicador também pode ser segmentado por motivo de atendimento, conhecendo-se assim a deficiência estrutural para o atendimento de situações específicas

= Σ do tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo segundo um dado diagnóstico/ pelo número total de atendimentos com diagnóstico idêntico no mesmo período de tempo

Podemos propor ainda alguns parâmetros a serem monitorados:

- % de pacientes que permanecem mais de três horas no Serviço de Urgência
- % de pacientes que permanecem mais de seis horas no Serviço de Urgência

2.3_ Grau de preenchimento da história clínica

O registro correto e completo da documentação clínica gerada pelo processo assistencial é um dos aspectos básicos da qualidade na assistência. Sem esta documentação é impossível avaliar a qualidade dos atos médicos e sua idoneidade ou adequação ao problema de saúde do paciente. Além disso, a história clínica é o instrumento mediante o qual se comunica a informação clínica a outros profissionais que podem ter responsabilidade assistencial sobre o paciente permitindo o seguimento clínico do mesmo. Deste modo, um ato médico não pode considerar-se completo e de qualidade sem uma história clínica bem documentada e registrada de acordo com critérios comuns estabelecidos em cada serviço.

Descrição: Proporção de histórias clínicas (HC) que tenham sido completadas de maneira legível, pelo menos, nos seguintes itens:

- Identificação do paciente (nome, sobrenome, idade, sexo ou algum elemento identificador; “desconhecido”) – local de moradia.
 - Identificação do médico responsável (número legível do CRM)
 - Hora de início do atendimento médico
 - Data
 - Motivo da consulta (o relatado pelo paciente)
 - Exame físico
 - Exames complementares solicitados (podemos considerar suficiente sua enumeração)
 - Hipótese diagnóstica codificada. Deve constar, mesmo que seja provisório e submetido às reservas e limitações próprias da assistência urgente.
- Tratamento prescrito ou recomendado. Deve incluir, neste caso, o tratamento administrado durante a permanência no serviço.

= Número de histórias clínicas corretamente preenchidas/ número de histórias clínicas avaliadas*100

2.4_ Grau de disponibilidade de informações a pacientes e familiares:

Medida do grau informação de pacientes e familiares a respeito de:

- Identificação do médico responsável
- Impressão diagnóstica inicial
- Procedimentos e técnicas a realizar,
- Circuitos dentro do serviço (fluxos)

Diagnóstico e plano terapêutico (se existir).

Além de tratar-se de um direito do paciente, reconhecido em lei, se soma a evidência constatada de que uma boa informação melhora a relação terapêutica médico-paciente e alivia a angústia de seus familiares. Além de evitar reclamações como consequência de uma insuficiente compreensão da natureza e alcance dos problemas e dos cuidados ofertados.

1- Avaliação estrutural do serviço quanto à existência de mecanismos institucionais de oferta de informações

- A existência de um “Programa de Informação e Comunicação do Serviço de Urgência”, baseado em um “Guia da Unidade sobre a Informação a Pacientes e Familiares”.

o Existência de informação previa sobre o funcionamento do Serviço de Urgência, a partir da disposição de folhetos e informações escritas na sala de espera.

- Existência de um setor de acolhimento, onde sejam disponibilizadas informações orais.

2- Investigação junto a pacientes e familiares do grau de informações que dispõe acerca de sua situação, em levantamentos periódicos.

- % de pacientes que identifica o médico responsável por seu tratamento
 - % de pacientes que conhecem sua impressão diagnostica inicial
 - % de pacientes que foram informados sobre os procedimentos e técnicas aos quais seriam submetidos.
- % de pacientes que conhecem os fluxos dentro do serviço de atendimento.

2.5- Percentual de Codificação dos diagnósticos de alta com a CID 10:

- Mede a quantidade de informes de alta nas quais o diagnóstico clínico tenha sido codificado. Como instrumento de codificação propomos a CID 10. É considerado adequado a codificação do diagnóstico principal. No caso da emissão de vários diagnósticos simultâneos, relacionados à consulta atual, todos devem ser codificados.
- A proposição desta codificação se baseia na enorme variabilidade presente na prática clínica, que se expressa no **fato diagnóstico**. Este elemento da história é um dos objetivos fundamentais do médico (em sua prática diária), sendo de importância capital não só do ponto de vista clínico (por razões óbvias), como da perspectiva da investigação, avaliativa e/ou gestora.
- A simplificação e homogeneização dos diagnósticos por meio de um sistema definido de códigos, universal, preciso e validado se constitui em uma importante ferramenta para o planejamento e avaliação dos serviços bem como em um elemento fundamental na avaliação da qualidade assistencial.

= número de altas corretamente codificadas/ total de alta em igual período*100

2.6- Proporção de Internações

- Mede o número de pacientes que necessitam internação hospitalar em relação ao total de pacientes atendidos no Serviço de Urgência.
- Oferece informação indireta sobre a gravidade das urgências atendidas, assim como (de forma indireta e relativa) sobre a capacidade resolutiva e a complexidade do serviço de urgência.

= Número de pacientes atendidos no serviço em determinado período de tempo que foram internados/número total de atendimento no serviço*100

2.7- Taxa de retorno ao Serviço de Urgências.

Mede a quantidade de pacientes que retorna ao serviço de urgências dentro das 72 horas seguintes ao atendimento(3 dias), por qualquer causa.

Indiretamente dá uma medida de qualidade técnica das soluções dadas pelo serviço de urgências. No sentido estrito do termo, deveriam ser levadas em consideração somente os que retornassem pelo mesmo motivo. Como pode tornar-se difícil ou até mesmo impossível definir com clareza, se é ou não o mesmo motivo que o faz retornar. Neste sentido, uma complicação ou um sintoma novo sobrevindo no curso de um problema, não bem resolvido, poderia falsear o valor do dado. Por este motivo é preferível incluir os retornos por qualquer causa, dado que o viés introduzido talvez seja menor e menos relevante.

Embora seja comum que uma proporção de pacientes, mesmo tendo sido corretamente atendidos e tratados, tenham uma evolução desfavorável e precisem de nova assistência pelo serviço de urgência, não é menos certo que quando a qualidade técnica não é ótima – por razões que não iremos enumerar – é provável que alguns pacientes não recebam o diagnóstico ou o tratamento adequado, ou não tenham sido detectados todos os seus problemas de saúde, e precisem por isso de uma nova atenção.

= Número de pacientes que retornam ao Serviço de Urgências nas 72 horas seguintes a seu atendimento em um período determinado de tempo/ Número total de pacientes atendidos no SU no mesmo período *100 t

2.8_ Taxa de mortalidade nas Urgências.

- Mede a proporção de pacientes que morrem no Serviço de Urgências havendo chegado com vida ao mesmo. Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência no Serviço de Urgências e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos), assim como durante as transferências internas.
- Mede indiretamente a capacidade e eficácia do Serviço de Urgências para resolver os casos mais críticos com rapidez, seja solucionando o problema com seus meios ou derivando o paciente para o serviço, unidade ou centro mais adequado a gravidade do caso.

= Número de pacientes falecidos no SU em um período de tempo definido / Número total de pacientes atendidos no SU no mesmo período de tempo*100

2.8_ Taxa de mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24h)

Este indicador mede – se tendo por numerador o número total de óbitos hospitalares ocorridos nas 24h, de pacientes atendidos em ambiente pré-hospitalar, em um dado período / número total de pacientes atendidos no período .

Outros indicadores:

$$\text{a) Tx.de mortalidade evitável} = \frac{\text{número de óbitos considerados evitáveis}}{\text{número total de atendimentos em APH}} \times 100$$

$$\text{b) T. de mortalidade geral APH} = \frac{\text{número total de óbitos}}{\text{Número total de APH}} \times 100$$

O SUS é o Sistema de Saúde do Povo Brasileiro

