

Tempo de espera na Urgência e Emergência

V1.01 - Novembro de 2012

Sumário:

Sigla
Nome
Conceituação
Domínio
Relevância
Importância
Estágio do Ciclo de Vida
Método de Cálculo
Definição de Termos utilizados no Indicador:
Interpretação
Periodicidade de Envio dos Dados
Público-alvo
Usos
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações
Meta
Fontes dos Dados
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador
Limitações e Vieses
Referências

Sigla	E-ACE-02
Nome	Tempo de espera na Urgência e Emergência
Conceituação	<p>Tempo médio transcorrido entre a chegada do paciente no Pronto Atendimento/Pronto-Socorro e a avaliação médica inicial, segundo a classificação de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> Em cinco níveis: emergente – risco imediato à vida [vermelho], muito urgente – risco iminente à vida [laranja], urgente – potencial ameaça à vida/potencial evolução para sérias complicações [amarelo], pouco ou menos urgente [verde] e não urgente [azul] (Ministério da Saúde, 2002; Mackway-Jones, Marsden e Windle, 2006). Em três níveis: emergente – risco de morte com necessidade de atenção imediata; urgente – necessidade de cuidados médicos, mas não há risco de morte; não urgente – necessidade de algum tipo de atenção médica, contudo o tempo de atendimento não é um fator crítico (Andrade, 2010).
Domínio	Acesso
Relevância	Essencial
Importância	<p>O tempo de espera conforme a categoria de risco é um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência. A redução dos tempos de espera, especialmente dos pacientes graves, pode melhorar a qualidade da assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para a condição do paciente. Longos tempos de espera contribuem para a superlotação dos serviços de urgência e emergência, que podem levar a uma série de problemas, incluindo resultados desfavoráveis no tratamento e na evolução dos pacientes, maior sofrimento para aqueles que esperam, recusa de recebimento de ambulâncias, alta tensão para a equipe assistencial e ambientes estressantes e desagradáveis (Bittencourt e Hortale, 2009; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012a).</p>
Estágio do	E.2

Método de Cálculo	<p>O tempo médio de espera deve ser determinado, como abaixo especificado, separadamente para cada um dos níveis do modelo de estratificação adotado: em cinco categorias de risco (emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente), ou em três categorias de risco (emergente, urgente e não urgente).</p> $\left(\frac{\sum \text{tempo (min) da chegada à avaliação médica}}{\text{Nº de pacientes admitidos na emergência}} \right)$
<p>Definição de Termos utilizados no Indicador:</p> <p>a) Numerador</p> <p>b) Denominador</p>	<p>a) Numerador – somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao Pronto Atendimento/Pronto-Socorro até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despendido na recepção e triagem/acolhimento com classificação de risco, em um mês. Deve existir um sistema de registro de atendimentos que permita a medição destes diversos tempos (recepção – triagem e triagem – avaliação médica inicial).</p> <p>b) Denominador – Número de pacientes admitidos no Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, em um mês.</p> <p>Recomenda-se a estratificação em cinco níveis, pois as escalas que assim procedem apresentam maior fidedignidade, validade e confiabilidade na avaliação do quadro clínico real do paciente. Dentre estas escalas/protocolos se destacam: <i>Emergency Severity Index (ESI)</i>, <i>Australasian Triage Scale (ATS)</i>, <i>Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)</i>, e <i>Manchester Triage System</i> – Protocolo de Manchester (Souza, 2009). No entanto, também são aceitáveis sistemas de estratificação em três níveis de risco (Andrade, 2010).</p> <p>Objetivando a comparabilidade com os modelos de classificação de risco em três níveis, nas análises de desempenho individual, das categorias e do conjunto de hospitais participantes, os tempos de espera dos modelos de classificação de risco em cinco níveis serão agregados da seguinte maneira: emergente/ muito urgente (Níveis 1 e 2), urgente (Nível 3) e pouco urgente/ não urgente (Níveis 4 e 5).</p> <p>Os pacientes que dão entrada e são acolhidos e classificados quanto ao risco ou recebem tratamento, mas vão a óbito ainda no Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, devem ser incluídos.</p> <p>Os pacientes que chegam mortos ao Pronto Atendimento/Pronto Socorro devem ser excluídos.</p>
Interpretação	<p>É desejável atingir valores mais baixos de tempo de espera na Urgência e Emergência. Longos tempos de espera podem ser produzidos pelo afluxo de um grande número de pacientes não graves ao Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, em decorrência de dificuldades de acesso a consultas em consultórios médicos, políclínicas e clínicas da família. A falta de leitos hospitalares disponíveis, impedindo que pacientes graves já estabilizados sejam transferidos dos serviços de Urgência e Emergência para unidades de internação, provoca um entrave no fluxo de pacientes que resulta em um aumento do tempo de espera.</p>

Periodicidade de Envio dos Dados	Mensal
Público-alvo	Pacientes atendidos nos serviços de Urgência e Emergência dos hospitais
Usos	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria interna da qualidade da assistência à saúde. • Comparação de desempenho hospitalar (<i>benchmarking</i>). • Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planejamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado à saúde.
Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações	<p>Nos EUA, em 2009, o tempo médio de espera nos serviços de emergência para ser atendido por um médico, médico assistente ou enfermeiro atingiu 58,1 minutos (Hing e Bhuiya, 2012). Naquele mesmo país, em 2003, o tempo médio para ser atendido por um médico era de 46,5 minutos.</p> <p>Em um hospital regional de alta complexidade do Canadá, o tempo médio da abertura de ficha até ser atendido por um médico diminuiu de 111 minutos para 78 minutos após aplicação de princípios enxutos – <i>lean</i>, enquanto a taxa de desistência de atendimento por espera excessiva decresceu de 7,1% para 4,3% (Ng <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Em um hospital de alta complexidade da Zona Norte do Rio de Janeiro, referência para a saúde suplementar, antes da implantação do sistema <i>fast track</i>¹, os tempos de espera para a primeira abordagem médica eram 54,3 minutos para pacientes nível 5 – não urgentes, 52,4 minutos para nível 4 – pouco urgentes, 42,0 minutos para nível 3 – urgentes e 33,5 minutos para nível 2 – muito urgentes (Neto, 2009a). Após a implantação do sistema, os tempos foram reduzidos para 30,8 minutos para nível 5, 30,1 minutos para nível 4, 19,5 minutos para nível 3 e 10,7 minutos para nível 2 (Neto, 2009b).</p>

¹ Sistema de salas rápidas, tendo como objetivo a rápida resolução protocolizada dos pacientes de nível 4 (pouco urgente) e 5 (não urgente).

Meta	<p>Modelos de Classificação de Risco em Cinco Níveis:</p> <p>Nível 1 – Manchester Vermelho (Emergente), ATS Categoria 1 (Risco Imediato à Vida), CTAS 1 (Ressuscitação), ESI 1: avaliação médica imediata.</p> <p>Nível 2 – Manchester Laranja (Muito Urgente), ATS Categoria 2 (Risco Iminente à Vida), CTAS 2 (Emergência), ESI 2: avaliação médica em até 10 minutos.</p> <p>Nível 3 – Manchester Amarelo (Urgente), ATS Categoria 3 (Potencial Ameaça à Vida/Urgência), CTAS 3 (Urgente), ESI 3: avaliação médica em até 30 minutos.</p> <p>Nível 4 – Manchester Verde (Pouco Urgente), ATS Categoria 4 (Situação de potencial urgência ou de complicação/gravidade importante), CTAS 4 (Pouco Urgente), ESI 4: avaliação médica em até 60 minutos.</p> <p>Nível 5 – Manchester Azul (Não Urgente), ATS Categoria 5 (Menos urgente ou problemas clínico-administrativos), CTAS 5 (Não Urgente), ESI 5: avaliação médica em até 120 minutos.</p> <p>Modelos de Classificação de Risco em Três Níveis:</p> <p>Nível 1 – Emergente: avaliação médica imediata.</p> <p>Nível 2 – Urgente: avaliação médica em até 30 minutos.</p> <p>Nível 3 – Não Urgente: avaliação médica em até 120 minutos.</p>
Fontes dos Dados	Sistema de registro de atendimento na urgência e emergência, em papel ou eletrônico, contendo os horários de recepção, triagem e avaliação médica inicial.
Ações Esperadas para Causar Impacto no Indicador	<p>Entre as intervenções destinadas à redução do tempo de espera na urgência e emergência adotadas por diferentes hospitais, em âmbito nacional e internacional, se destacam:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Implantação de sistemas de triagem que priorizem o atendimento aos pacientes graves, em situação de urgência e emergência, utilizando-se para este fim a aplicação, por profissionais de saúde, de nível superior, com treinamento específico, de escalas/protocolos que estratifiquem o risco e determinem o tempo alvo para avaliação médica (Souza, 2009; Camargo, 2012). (2) Criação de unidades ou de portas de entrada para atendimento exclusivo de pacientes não graves, desviando-os das áreas destinadas aos pacientes graves, em situação urgência/emergência, desfogando assim o fluxo do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro (Camargo, 2012). (3) Implantação de sistemas de alerta de pico durante períodos de superlotação do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, que permitam a realocação das equipes de maneira a manter as metas de tempo de espera para as categorias mais urgentes (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2012b; c; d; e; f; Camargo, 2012). (4) Aplicação de princípios enxutos (<i>lean</i>) para melhorar o fluxo de pacientes através do Pronto Atendimento/Pronto-Socorro, resultando em redução do tempo de espera e maior satisfação do paciente (Silberstein, 2006; Ng et al., 2010; Camargo, 2012).

Limitações e Vieses

Como a distribuição dos tempos de espera é altamente assimétrica, isto é, uma pequena percentagem dos atendimentos têm tempos de espera muito longos, o tempo de espera médio é muito afetado por esta distribuição distorcida. Uma alternativa, menos afetada por esses extremos, é utilizar o tempo de espera mediano (Hing e Bhuiya, 2012).

Observa-se que, mesmo em hospitais acreditados com protocolos de acolhimento e classificação de risco implantados, um número não desprezível de prontuários não têm o registro do horário da avaliação médica inicial, impedindo a determinação do tempo de espera. Em um serviço de emergência da Zona Norte do Rio de Janeiro, referência para a saúde suplementar, 21,0% dos prontuários não tinham a hora de início do atendimento médico anotada. Após treinamento específico da equipe de saúde, este índice diminuiu para 8,2% (Neto, 2009b).

Não há um consenso de como computar o tempo de espera dos pacientes que desistem de atendimento na emergência por espera excessiva. O percentual desses pacientes pode atingir cifras significativas (Camargo, 2012), e sua exclusão pode levar a uma falsa diminuição do tempo médio de espera.

Há evidências de que o afluxo de pacientes de baixa complexidade (pacientes pouco urgentes e não urgentes, que não chegam de ambulância e recebem alta para casa) não aumenta o tempo de espera para outros pacientes (Schull, Kiss e Szalai, 2007). Assim, medidas destinadas a reduzir o número desses pacientes, não necessariamente determinam a redução do tempo médio de espera para o primeiro contato médico de pacientes graves.

Independentemente da motivação para a procura do serviço de emergência, a esmagadora maioria dos pacientes não tolera esperar por mais de 1 hora, mesmo aqueles que simplesmente vão a procura de uma receita (Fernandes, 2011). Assim, mesmo cumprindo a meta para as situações não urgentes, o tempo de espera percebido como excessivo pode ser uma causa importante de reclamações e de insatisfação dos clientes (Camargo, 2012).

Referências

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6113 - Emergency department (ED): median time from ED arrival to time of departure from the emergency room for patients admitted to the facility from the ED.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012a. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=27433&search=emergency+department>. Acesso em: 12/10/2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6538 - Waiting time: percentage of patients attending the emergency department allocated to Australasian Triage Scale (ATS) Category 1 who are attended to immediately, during the 6 month time period.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012b. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32829&search=waiting+time>. Acesso em: 09/10/2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6539 - Waiting time: percentage of patients attending the emergency department allocated to Australasian Triage Scale (ATS) Category 2 who are attended to within 10 minutes, during the 6 month time period.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012c. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32831&search=waiting+time>. Acesso em: 09/10/2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6540 - Waiting time: percentage of patients attending the emergency department allocated to Australasian Triage Scale (ATS) Category 3 who are attended to within 30 minutes, during the 6 month time period.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012d. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32833&search=waiting+time>. Acesso em: 09/10/2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6541 - Waiting time: percentage of patients attending the emergency department allocated to Australasian Triage Scale (ATS) Category 4 who are attended to within 60 minutes, during the 6 month time period.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012e. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32835&search=waiting+time>. Acesso em: 09/10/2012.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6542 - Waiting time: percentage of patients attending the emergency department allocated to Australasian Triage Scale (ATS) Category 5 who are attended to within 120 minutes, during the 6 month time period.** National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. 2012f. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=32837&search=waiting+time>. Acesso em: 09/10/2012.
- Andrade, S. F. **Simulação baseada em agentes para alocação de pessoal em procedimento de classificação de risco na emergência de um hospital.** (Tese - Doutorado). COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. 220 p.
- Bittencourt, R. J.; Hortale, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad Saude Publica**, v.25, n.7, Jul, p.1439-1454. 2009.
- Camargo, A. M. Como resolver esse nó? **Melhores Práticas**, Edição 4, Ano I, p.28-33. 2012.
- Fernandes, P. A. **Que perfis concorrem para a satisfação do doente que recorre ao serviço de urgência - aplicação ao CHNE.** (Dissertação - Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal, 2011. 99 p.
- Hing, E.; Bhuiya, F. **Wait time for treatment in hospital emergency departments: 2009.** National Center for Health Statistics. Hyattsville, MD: August 2012. 2012. (NCHS Data Brief No. 102). Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db102.pdf>. Acesso em: 13/10/2012.
- Mackway-Jones, K.; Marsden, J.; Windle, J. **Emergency triage / Manchester Triage Group.** 2 ed. Oxford: Blackwell. 2006
- Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, Nº 219, 12 de novembro de 2012, Seção 1, p.32-54. 2002.
- Neto, P. R. O. **Avaliação do tempo de espera para ver o médico no mês de implantação do Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 1.** II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009a. p.576.

Referências
(cont.)

Neto, P. R. O. **Avaliação do tempo de espera para ver o médico no Sistema de Triagem Quinta D'Or (STQD) - parte 2: após treinamento específico.** II Congresso Brasileiro de Medicina de Emergência. Fortaleza: Associação Brasileira de Medicina de Emergência. 23 a 26 de setembro, 2009b. p.577.

Ng, D., *et al.* Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. **CJEM**, v.12, n.1, Jan, p.50-57. 2010.

Schull, M. J.; Kiss, A.; Szalai, J. P. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. **Ann Emerg Med**, v.49, n.3, Mar, p.257-264, 264 e251. 2007.

Silberstein, A. C. L. **Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil.** (Dissertação - Mestrado). Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. 161 p.

Souza, C. C. d. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** (Dissertação - Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 119 p.

