

Grupo Transversal de Trabalho (GTT):

**Melhoria do indicador
relacionado ao tempo de
espera para atendimento**

RELATÓRIO TÉCNICO

**Bruno Costa – RioÁguas
José Leal Borges - RioÁguas
José Roberto S. Coutinho – SMS
Luciano Rocha – SMS**

Rio de Janeiro,
INTRODUÇÃO

Este relatório foi concebido após visitas nas unidades de emergência administradas pela RioSaúde e vários encontros e discussões sobre a atual situação das unidades, buscando aprofundar em detalhes que possam interferir diretamente na qualidade do atendimento, bem como no indicador do tempo de espera entre a classificação de risco e o atendimento médico.

No dia 04/09/2015, em visita à unidade CER Barra, onde o grupo permaneceu todo o dia reunido para uma mesa redonda, teve também importante participação da coordenadora médica da unidade, Dra. Ana Paula Ramidan, a qual nos forneceu uma gama de informações sobre as rotinas médicas e situações particulares da unidade, que por se tratar de uma Coordenadoria de Emergência Regional, tem realidade diferente de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

No dia 11/09/2015, em visita à UPA de Rocha Miranda, onde o grupo permaneceu toda a parte da manhã conhecendo a unidade e suas rotinas, houve uma reunião importante com a coordenadora de enfermagem da unidade naquela época, Jaqueline Fuly, e com a enfermeira da rotina Daniela Basílio, que nos forneceram informações sobre o dia a dia da unidade bem com as dificuldades e particularidades dos perfis de pacientes.

Após estas visitas iniciou-se um processo de discussão sobre a situação atual das unidades, com consultas ao sistema para obtenção de dados sobre o tempo de atendimento e quantidade de pacientes atendidos nas unidades. Como a CER é uma unidade mais complexa, por sua própria definição, os esforços foram concentrados nesta unidade, lembrando que a maioria dos problemas são também comuns às UPAs.

No dia 27/11/2015, depois de encerrado o levantamento da situação atual das unidades e seus respectivos problemas, mais uma reunião foi realizada na CER para discussão sobre as ações que podem ser tomadas para minimizar o impacto causado pelos atuais problemas.

No dia 21/12/2015 para o fechamento do trabalho, nos encontramos novamente na CER para encerramento do trabalho e discussão das formas de apresentação.

Após a apresentação, a partir das demandas do presidente da Riosauúde, foram incorporados novos dados e reflexões a este Relatório Técnico e à Apresentação.

O presente relatório é dividido em duas partes: a situação atual (diagnose) dos atendimentos médicos no serviço de pronto atendimento e apresentação de propostas para melhorar este serviço. Em anexo está apresentada uma planilha criada para melhor compilação dos dados do relatório, contendo um resumo dos principais problemas, causas, efeitos, medidas mitigatórias e de controle.

SITUAÇÃO ATUAL DAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA ADMINISTRADAS PELA RIOASAÚDE SOB O ÂNGULO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Após visitas nas unidades, vários encontros e discussões, as seguintes considerações sobre a situação atual das unidades foram obtidas, com vistas ao tempo de espera pelo atendimento médico e aos fatores que possam influenciar este processo:

- Não há uma equipe específica definida para remoção dos pacientes para outras unidades. Sempre nos momentos de remoção um médico da ponta acaba sendo deslocado sobrecarregando os outros que ficam para continuar o atendimento dos pacientes que aguardam na unidade.
- Não há uma forma de controle da saída dos médicos nem para remoção, para acompanhamento de procedimentos ao Hospital Municipal Lourenço Jorge, para almoço ou mesmo para qualquer outro motivo. Por vezes o médico deixa a sala por longos tempos sem atendimento e não se sabe o porquê.
- A tela do sistema para consulta é muito trabalhosa, já que devem ser abertas inúmeras janelas para completar o atendimento, o que demanda tempo, principalmente quando o sistema está sobrecarregado.
- Houve um aumento na demanda devido à boa qualidade do atendimento, abrangendo pacientes inclusive de Áreas de Planejamento referenciadas a outros serviços de emergência não geridos pela RioSaúde . Não há um levantamento da quantidade de pacientes dessas áreas de planejamento atendidos nas unidades, sendo então pouco produtiva a discussão desta questão, tomando como eixo o território do paciente e as responsabilidades de cada unidade, com os serviços tanto da SUBHUE quanto da SUBPAV.
- O horário de 12:00h às 16:00h é o intervalo de horário mais crítico, já que coincide com o horário de almoço dos médicos e o aumento do número de pacientes chegando na unidade. Por vezes dois médicos saem para almoçar juntos, ou sobrepõe os horários de almoço, agravando o quadro de espera para atendimento médico. Até onde pesquisamos, não há registro do início e do fim dos horários de almoço.
- A contagem do tempo para atendimento parece não estar sendo computada no início do atendimento, mas quando a anamnese é salva, o que aumenta o tempo para atendimento.
- Há problemas com a classificação e atendimento de pacientes trazidos por bombeiros: se forem classificados como verdes, o que às vezes acontece, haverá demora em serem atendidos e o bombeiro e a ambulância acabam ficando presos na unidade, porque só podem sair da unidade após o paciente ter sido atendido por um médico. Eles ficam com macas gerando volume e impressão de que há uma quantidade maior de pacientes para serem atendidos do que realmente há, aguardando para serem atendidos pelo médico conforme classificação.

- De acordo com a classificação de risco do protocolo de Manchester, o tempo de atendimento para pacientes conforme sua classificação não está condizente com o exigido pela secretaria: pacientes verdes em até 2 horas e pela SMS em até 1 hora!
- A meta de 100% dos pacientes atendidos dentro do tempo, que não está em conformidade como protocolo de Manchester, não leva em consideração o trabalho produzido ao longo do mês inteiro. Um único paciente que, mesmo por um motivo fortuito, não tenha sido atendido no prazo já faz com que os “100%” não sejam alcançados.
- Os médicos também não têm o controle dos procedimentos nos pacientes, nem a certeza de se e nem quando foram realizados. Isso implica diretamente na eficácia e eficiência do atendimento.
- Como o sistema de prontuário eletrônico adotado nas unidades não identifica a prontidão dos resultados dos exames nem o prazo decorrido após a tomada da medicação, o retorno destes pacientes ao consultório passa a ser uma atividade sem controle e orientação, o que gera ansiedade nos pacientes para saber se os exames estão prontos, quando estarão e quando e como retornarão aos consultórios, ocasionando acúmulo de pacientes sem informação à porta dos consultórios.
- Não há uma sinalização no sistema, principalmente para os médicos, quando há pacientes prestes a ter o prazo de atendimento estourado, impedindo assim uma medida de ação efetiva para agilizar o atendimento.
- O respeito pela priorização do atendimento indicada pela classificação de risco não é mandatório. Alguns médicos que não chamam os pacientes classificados como amarelos porque sabem que são propícios a retorno ou observação, priorizando então, de forma equivocada, um paciente classificado como verde.
- Não há diferenciação no tratamento aos médicos que mais se dedicam em relação aos médicos relapsos, nenhuma meritocracia implantada.
- No primeiro quadrimestre de 2016 a média de plantões médicos realizados por profissionais autônomos foi de 72% sendo que somente no mês de abril (47%) é que se obteve um percentual abaixo da meta (50%) que já é bastante alta. Avaliando cada Unidade isoladamente, percebemos que o maior percentual foi na UPA SC (89,75%) seguida pela UPA RM (79%), UPA CDD (67,55%) e CER (55,25%). Em todas elas o mês de abril foi o com menor percentual: 76%, 57%, 31% e 31% respectivamente. E no mês de agosto o percentual geral de todas as Unidades foi de 49% dos plantões médicos realizados por autônomos.
- Por muitas vezes os autônomos são médicos novos na unidade, que desconhecem o sistema, o fluxo e os padrões da empresa, bem como as necessidades e importância de se atender aos indicadores impostos pela SMS. Isto faz com que a atuação não seja padronizada.

- Considerável parte dos pacientes que chegam às Unidades, segundo dados de agosto/2016, são 19,2% dos CER Barra, 24,8% dos UPA SC, 20,7% dos UPA RC e 21,3 da UPA CDD tem demandas relacionadas à Atenção Básica.
- Os médicos, mesmo sendo em cerca de metade autônomos, tem uma taxa de treinamento hora/homem muito baixa em todas as Unidades.

MEDIDAS MITIGADORAS PARA MELHORAR O TEMPO DE ATENDIMENTO MÉDICO DAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA ADMINISTRADAS PELA RIOSAÚDE

Após levantamento das situações atuais nas unidades e várias discussões sobre o que poderia ser feito para diminuir o tempo de espera do paciente para atendimento médico após ter passado pela classificação de risco, foram apresentadas as seguintes medidas:

- Mapear a legislação e os processos de remoção para posterior criação de procedimentos que visem aperfeiçoar o atendimento. Criar um procedimento padrão para remoção de pacientes, incluindo: horários limites de saída que influencie na troca de plantão, no horário de almoço e eleição do médico que acompanhará a remoção. Esta padronização também pode ser utilizada para acompanhamentos no Hospital Lourenço Jorge.
- Implementar um sistema de crachás eletrônicos ou outro dispositivo que vise facilitar a localização e/ou comunicação do corpo técnico. Outra opção pode ser através do sistema de atendimento, com travamento com senhas após descanso de um longo tempo (ex. acima de 30 minutos) e desbloqueio com senha e justificativa da ausência.
- Realizar um procedimento de diagnóstico do software de atendimento junto ao corpo médico. Buscar realizar o envio de dados do sistema em etapas, primeiro a um servidor na própria UPA e posteriormente a internet, evitando assim sobrecarga de dados pela internet em pleno horário de atendimento.
- Implementar a triagem de bairro de origem dos pacientes a fim de se verificar a eficiência das outras unidades de pronto-atendimento junto a Secretaria de Saúde.
- Registrar o início e fim do horário de almoço de cada médico.
- Definir regras para horário de almoço, evitando sobreposição de longos períodos com ausência de médicos. Uma opção pode ser a definição de horários para almoço, com sobreposição de 30 minutos. Exemplo: se são quatro médicos, o horário do almoço iniciaria às 11:30 – 11:30 às 12:30, 12:00 às 13:00, 12:30 às 13:30 e 13:00 às 14:00, podendo ser flexibilizado conforme opções da equipe de plantão, desde que seja mantida a regra de sobreposição máxima por 30 minutos, garantindo assim que sempre fique de 2 a 3 médicos atendendo continuamente.
- A contratação de um médico diarista com 20 horas semanais (2ª a 6ª) para atuar nos horários de pico que apesar das medidas sugeridas, vão continuar sendo as do horário de almoço, potencializaria a equipe nos momentos em que ela é mais necessária.
- Observar minuciosamente o software quanto aos intervalos adotados para obtenção de tempo de permanência do paciente na unidade e no aguardo de atendimento médico. Verificar a parada da contagem após a primeira chamada do paciente para atendimento.
- Aproximar-se da SMS para adequação do protocolo adotado para classificação de risco (Protocolo de Manchester) ou ao menos propor uma discussão técnica sobre o assunto.
- Enquanto o sistema e os equipamentos necessários ao retorno do paciente ao consultório não se adequam à necessidade do atendimento médico e do paciente, algumas medidas mitigatórias podem ser adotadas para que minimizem os contratempos de ambos. O

médico pode ter uma guia em papel com um trecho destacável no qual são descritos medicamentos a serem ministrados no paciente. O técnico que ministrar o medicamento deve destacar o trecho referente aos medicamentos, arquivar esta parte da guia do médico e colocar a parte destacada em uma cesta com um timer. O técnico deve orientar ao paciente que aguarde pois ele, o técnico, irá levar esta guia ao médico após o período estipulado. Então, passado este período, o técnico deverá colocar a guia do médico no consultório para que o médico possa chamar o paciente.

- Informações sobre o andamento de processos sempre são bem vindas aos pacientes, impedem que eles fiquem ansiosos e atrapalhem os outros funcionários em suas tarefas, interrompendo-os com frequência para saber sobre o andamento de seus exames e quando deveria retornar ao consultório. O mínimo seria informar ao paciente quanto tempo seus exames levarão para ficarem prontos ou após quanto tempo ter tomado a medicação o mesmo já poderá ser atendido novamente pelo médico. Outra opção, sem sobrecarregar os técnicos de enfermagem, seria na parte destacada da guia anotar o horário da realização da medicação e a partir de que horas ele deveria se dirigir ao consultório. No caso de realização de exames, a partir de que horário o resultado estaria disponível.

Outra opção, bem mais confiável e independente, seria adquirir um totem para consulta em autoatendimento, através de leitura do código de barras das pulseiras, que informasse a liberação do resultado dos exames, através de status obtidos pelo sistema adotado na unidade. Com algum destes sistemas de controle aumentar-se-ia a eficácia dos processos.

- O sistema deverá acionar algum tipo de sinalização antes do prazo estipulado para atendimento do paciente conforme a sua classificação estourar. Uma luz intermitente no sistema, alteração na cor, alguma coisa que indique a necessidade de uma intervenção no andamento do processo, a fim de agilizar o atendimento para manter os prazos definidos. Neste momento, toda ajuda é bem vinda. Então, médicos da sala amarela também podem realizar os atendimentos a pacientes externos. É importante que o sistema emita do alerta com tempo hábil para adoção de medidas corretivas.
- Criar uma forma de hierarquia no sistema para que apenas alguns usuários (coordenadores ou similares) possam "pular a fila" quando estritamente necessário. Isso evitará que os médicos adotem medidas que não estejam em conformidade com o procedimento padrão.
- Promover questionário ao corpo técnico de forma a verificar quais bonificações e políticas de promoções poderiam ser implementadas a fim de incentivar o corpo médico a ter comprometimento com o trabalho na unidade (política de "milhagem" / vaga exclusiva/ prioridade no horário de almoço, etc).
- A produção de um manual para acolhimento dos médicos autônomos apresentando a filosofia da empresa e os principais pontos do funcionamento da unidade como indicadores exigidos e padronização dos procedimentos internos fará que haja uma padronização do trabalho dos médicos atendentes nos consultórios. Criar estratégias de retenção e promoção do corpo técnico que também tenderiam diminuir rotatividade dos médicos na unidade.
- Conversar com a SUBPAV no sentido de orientar a população em relação a qual é a função na rede de cada serviço de saúde de modo a reduzir o afluxo de pacientes com demandas relacionadas à Atenção Básica.

- Adequar o tempo de treinamento hora/homem dos médicos.
- Solicitar à SMS uma meta que retrate de forma mais fidedigna a qualidade e que não se torne impossível de ser atingida devido a um evento fortuito.
- Mensurar de forma mais precisa o absentéismo e o *turn over*.