

Estamos fechando as janelas de tempo no pronto-socorro?

Are we closing time windows in the Emergency Department?

LUCAS GONÇALVES DIAS BARRETO¹, JÚLIO MARCHINI¹

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Na cidade de São Paulo, passamos, atualmente, pelo processo de referenciamento dos Serviços de Emergência públicos. Isso significa que, ao invés do paciente ter acesso direto a qualquer Serviço de Emergência público, os serviços são classificados hierarquicamente, de forma que os serviços primários permitiriam acesso direto e os secundários e terciários (e quaternários), não. Esses serviços hierarquicamente superiores receberiam pacientes por meio da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

Esse processo busca organizar de maneira hierárquica os diferentes serviços de pronto-socorro do município. Um dos argumentos para esse tipo de estruturação é o de que o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) já prevê, em suas diretrizes organizacionais,^{1,2} a hierarquização do sistema, em que os pacientes devem realizar seu seguimento no local de complexidade adequada para seus problemas de saúde. O outro argumento é o de que limitar a entrada de pacientes em serviços complexos auxiliará no problema da superlotação dos pronto-socorros. Os hospitais que têm então esse modelo de pronto-socorro referenciado (ou emergência referenciada) não possuem uma triagem para todos os pacientes que procuram atendimento nesse local e nem estruturas que facilitam a entrada de qualquer pessoa no pronto-socorro.

Durante meu estágio na sala de emergência dentro de um serviço referenciado, atendemos uma paciente do sexo feminino de pouco mais de 60 anos, admitida como uma parada cardiorrespiratória. Foi feita hipótese diagnóstica de tromboembolismo pulmonar por achados ao exame físico, ao ultrassom *point-of-care* e a partir de dados de história. Após trombólise e 1 hora e 30 minutos de ressuscitação cardiopulmonar, a paciente evoluiu a óbito. Familiares informaram posteriormente que a paciente aguardara entre 45 minutos e 1 hora para acessar o pronto-socorro, sendo autorizada a entrar somente quando ficou arresposta.

Casos como esse devem nos fazer refletir se a hierarquização do sistema de saúde e esse método de referenciamento podem ser aplicados em um pronto-socorro. Por todo o Brasil, vemos situações de superlotação dos Serviços de Emergência – principalmente os públicos. A superlotação é um problema grave, no qual ocorre um desequilíbrio entre a demanda dos pacientes, a capacidade de funcionamento do Departamento de Emergência e os leitos disponíveis para os pacientes que

Recebido: 29/12/2022

Aceito: 30/1/2023

Autor correspondente:

Lucas Gonçalves Dias Barreto

E-mail: lucas.goncalves@hc.fm.usp.br

Conflito de interesses: não houve.

Como citar:

Barreto LG. Estamos fechando as janelas de tempo no pronto-socorro? JBMEDE. 2022;2(4):e22019.

precisam ser internados. Existe um alto número de pacientes que necessitam dos Serviços de Emergência, dos recursos humanos e de espaço físico, e a saída do Departamento de Emergência ainda é limitada pela pouca disponibilidade de leitos para receber pacientes. A literatura mostra que a superlotação aumenta o risco de erros e eventos adversos graves, compromete a privacidade do paciente, gera aumento de insatisfação de pacientes e familiares, chegando eventualmente à agressividade, além de ser um ambiente hostil para equipe, contribuindo para afastamentos e *burnout*.

O encaminhamento seria uma estratégia válida para corrigir esse problema e organizar os fluxos dos pacientes? Na nossa formação como emergencistas, aprendemos uma ampla variedade de doenças que são tempo-sensíveis e para as quais atrasos no tratamento acarretam maior morbimortalidade e impedem que a melhor terapia possa ser aplicada. Será então que um paciente que procura um serviço terciário/quaternário pode ser orientado a ir para outro local, baseado em uma avaliação sumária sem realizar uma triagem e o atendimento inicial? Todos os pacientes, acometidos por diversas doenças que atendemos, toleram percorrer o sistema hierarquizado, com seus tempos de espera para regulação e de transporte entre unidades, até chegar ao seu local com recurso adequado para seu tratamento? Será que a melhor solução da superlotação é a limitação de entrada de pacientes aos Serviços de Emergência?

Sabemos como o pronto-socorro é um ambiente marcado pela incerteza e pela necessidade da exclusão de diagnósticos de gravidade. Ele também é um ambiente repleto de pacientes, sendo necessária uma ótima formação, para identificar aqueles com doenças tempo-sensíveis que demandam condutas mais assertivas e imediatas. Mesmo em casos triados fora da sala de emergência, com fichas que seria classificadas como azuis, verdes e amarelas pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco, é frequente encontrarmos pacientes com dor torácica atípica que é infarto, urticária que é anafilaxia, falta de ar que é tromboembolismo pulmonar, dor de cabeça que é uma hemorragia intracraniana ou, ainda, dificuldade para andar que é, na verdade, acidente vascular cerebral.

O sistema de encaminhamento e hierarquização pressupõe que pacientes seriam atendidos primeiro na unidade periférica do SUS para ter uma suspeita

diagnóstica, a qual, então, seria usada para o sistema de encaminhamento do CROSS para solicitação dos recursos necessários para seu tratamento. Parece um sistema harmonioso. No entanto, para alguns acometimentos muito graves, um dos recursos necessários é justamente o tempo. Esse sistema, para conseguir realizar seus encaminhamentos, consome tempo. O paciente com acidente vascular cerebral isquêmico tem uma janela de 270 minutos a partir do início dos sintomas para indicação de trombólise. A indicação é complexa e a habilidade para realizá-la não é disponível nas unidades periféricas. Sabemos, ainda, que quanto mais precoce, melhor o prognóstico para o paciente. O mesmo é válido para o infarto agudo do miocárdio (tempo limite de 12 horas, a partir dos sintomas, para revascularização), mas cujo prognóstico de tratamento com 3 a 6 horas é muito melhor. O manejo da sepse grave é complexo, e o atendimento inicial e manejo nas primeiras horas têm importância sobremaneira no prognóstico, principalmente daqueles com choque séptico. Hemorragia cerebral com necessidade de tratamento cirúrgico tem janela de ação curta. Se o reconhecimento das algumas condições graves não for ágil e a terapia de suporte não for iniciada, o paciente pode evoluir para um ciclo vicioso de piora hemodinâmica e disfunção de múltiplos órgãos que nenhum encaminhamento será capaz de reverter. No sistema de encaminhamento, é necessário o tempo para regulação e transporte para o centro de referência, e colocamos em cheque a oportunidade de tratamento do paciente, aumentando o risco de morbidade sequelar e, eventualmente, mortalidade.

Diante desse cenário, voltamos à pergunta inicial: É adequado colocar o pronto-socorro em um sistema hierarquizado? A paciente que exemplificamos chegou com uma patologia grave, e seu desfecho poderia ter sido diferente, caso o fluxo facilitasse a entrada para sua triagem e atendimento? Espero que possamos contribuir para uma nova reflexão da hierarquização e encaminhamento de pronto-socorros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986 [citado 2023 Jan 26]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.