

# O Impacto da COVID-19 num Serviço de Urgência

## The Impact of COVID-19 in an Emergency Department

*Tânia Strecht<sup>1\*</sup>, Ana Filipa Matos<sup>1</sup>, Carolina Sepúlveda<sup>1</sup>, Eduardo Oliveira<sup>1</sup>, Ana Lopes<sup>1</sup>, Inês Vaz Pinto<sup>1</sup>, Ana Galiano<sup>1</sup>*

\* **Autor Correspondente/Corresponding Author:**

Tânia Strecht [tania.strecht@gmail.com]

Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves, 2755-009 Alcabideche, Portugal

**Palavras-chave:** COVID-19; Infecções por Coronavírus; Serviço de Urgência Hospitalar

**Keywords:** Coronavirus Infections; COVID-19; Emergency Service, Hospital

### Introdução

A doença provocada pelo novo coronavírus (COVID-19) apañhou a humanidade desprevenida e colocará, sem dúvida e pelos piores motivos, o ano de 2020 nos manuais de História.

O primeiro caso foi registado em Wuhan, na China, a 1 de dezembro de 2019.<sup>1</sup> Valendo-se da estupefação e quicá da inércia do Homem, a doença sobre a qual continuamos a ter conhecimento insuficiente, alastrou rapidamente e com um impacto brutal na economia e nos sistemas de saúde mundiais. A 11 de março de 2019 foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde e, ainda que com recursos e estratégias distintas, e como tal, resultados variáveis, inúmeros países fizeram frente ao vírus, logrando pelo menos temporariamente, algum equilíbrio na luta contra a doença que já é responsável pela morte de mais de um milhão de pessoas.

Portugal não foi diferente: a COVID-19 exigiu das entidades prestadoras de cuidados de saúde e de cada um dos seus profissionais um enorme esforço, sacrifício e criatividade de reorganização e adequação dos recursos face às novas necessidades, sobretudo daqueles que desempenham funções nos Serviços de Urgência.

Atualmente enfrentamos a "segunda vaga" da doença, e apesar da experiência anterior, o futuro não se adivinha menos desafiante.

Em fevereiro de 2020, com o número crescente de casos em Itália<sup>2</sup> e posteriormente em Espanha,<sup>3</sup> e com o consequente impacto desse aumento nos sistemas de saúde e população, tornou-se cada vez mais claro que a realidade que víamos noutros países através dos meios de comunicação social iria chegar a Portugal. A 2 de março de 2020 registou-se o primeiro caso no nosso país, tornando real a expectativa e obrigando a acelerar a preparação para o que aí viria.

O Serviço de Urgência do Hospital de Cascais, como porta de entrada do doente agudo, criou a 12 de março uma área dedicada à COVID-19, para onde os doentes suspeitos, de acordo com o protocolado pela Direção Geral da Saúde (DGS), são direcionados. Nesta fase inicial os doentes suspeitos eram poucos, sendo observados num gabinete próprio, já utilizado previamente para outro tipo de situações de isolamento, tais como suspeitas de tuberculose pulmonar, gripe H1N1 ou ainda sarampo.

Nessa altura, a decisão de realização ou não de teste para pesquisa de SARS-CoV-2 dependia da Linha de Apoio Médico (LAM), uma entidade que atuava a nível nacional, criada com o propósito de orientar os clínicos no terreno. A 13 de março, foi identificado o primeiro caso no nosso Serviço de Urgência. Naquela altura todos os doentes COVID-19 da área metropolitana de Lisboa que necessitassem de internamento eram transferidos para os hospitais de referência preparados para os receber,

1. Serviço de Urgências, Hospital Dr. José de Almeida, Cascais, Portugal.

**Recebido/Received:** 20/10/2020 • **Aceite/Accepted:** 30/10/2020 • **Publicado/Published:** 30/12/2020

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Lusíadas Scientific Journal 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) Lusíadas Scientific Journal 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

ORCID ID: 0000-0002-1706-3310



**Figura 1.** Equipa que realizou o primeiro transporte inter-hospitalar de doente com COVID-19 (14 março 2020).

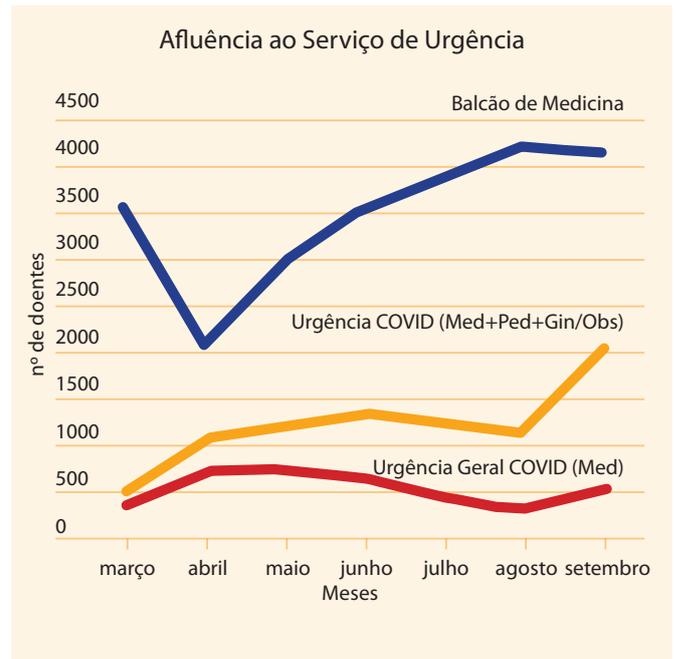
nomeadamente os Hospitais Curry Cabral e Santa Maria. Assim sendo, o primeiro doente grave e com critérios de internamento, identificado a 13 de março, foi transferido para o Hospital de Santa Maria.

## A afluência ao Serviço de Urgência - COVID (SU-COVID)

A afluência ao SU-COVID inicialmente foi crescente, sendo que com a medida de confinamento da população foi possível imprimir um achatamento na curva de doentes, sobretudo notório na Urgência Geral (não COVID).

De notar a grande diminuição da afluência ao Serviço de Urgência Geral (inclui Urgência Geral, Pediátrica e Ginecologia/Obstetrícia) no período de março a maio de 2020 – 20 587 doentes, comparativamente com o mesmo período de 2019 – 23 688 doentes.

A Fig. 2, ilustra ainda o início da segunda onda com crescimento da afluência de doentes ao SU-COVID a ganhar uma forma exponencial que nos deve deixar bastante alerta, preocupados e preparados para um impacto sobejamente maior. Importa ainda referir que uma percentagem importante de doentes que dão entrada no SU-COVID não estão aqui contabilizados, uma vez que são triados inicialmente para a urgência geral (não COVID), e após avaliação médica, pelas suas características clínicas são reencaminhados para o SU-COVID (a título de exemplo, no último mês estes doentes constituíram 18,2% dos doentes admitidos, e que não são contabilizados nos dados de afluência ao SU-COVID).



**Figura 2.** Afluência ao Serviço de Urgência entre março e setembro de 2020.

## O SU-COVID

Tendo em conta o número crescente de casos suspeitos e a necessidade de ter um espaço mais adequado para os receber e assistir, o Serviço de Urgência sentiu a necessidade de se adaptar a essa nova realidade e de se reorganizar. A 18 de março, a área dedicada à COVID-19 (SU-COVID - Adultos, Pediatria e Obstetrícia) foi transferida para o Serviço de Psiquiatria, serviço este com capacidade para um circuito independente de doentes e profissionais e que dispunha de um espaço de “balcão”, outro de SO e ainda uma enfermaria com lotação máxima de 22 doentes. O aumento do número de casos a nível nacional e a sobrelotação do internamento nos hospitais de referência, obrigou a criar uma enfermaria dedicada a estes doentes, aproveitando e adaptando a anterior ala de internamento de Psiquiatria, para doentes COVID-19 e doentes muito suspeitos que também beneficiavam de isolamento (“área tampão”).

Toda esta transição de espaço implicou um importante trabalho em equipa e uma reestruturação nas equipas médica e de enfermagem. Foram verdadeiros tempos de adaptação, cooperação e aprendizagem, que a cada dia passado, e de acordo com curva ascendente de novos casos, requeriam transformações contínuas. A equipa fixa do serviço de urgência passou a dedicar-se em exclusivo à assistência a doentes COVID-19 tanto na sua abordagem urgente, como em internamento. Mais tarde, a 30 de março, pelo progressivo aumento de doentes COVID-19 a necessitarem de internamento, e com a exaustão de camas na anterior enfermaria de Psiquiatria, foram adicionadas as duas alas de internamento do Piso 7 (previamente dedicadas aos doentes de especialidades cirúrgicas), com lo-

tação de 62 doentes, que passaram a ser exclusivas para internamento COVID. No expoente máximo, o Hospital de Cascais teve a seu cargo 84 doentes internados com COVID-19. A par desta transferência, o SU-COVID Pediátrico viu-se obrigado a criar o seu próprio circuito COVID, independente da urgência dedicada aos adultos.

Todas estas mudanças e adaptações foram constantes e progressivas e acompanharam sempre as necessidades verificadas a cada semana no decorrer da pandemia. Novamente, a 14 de abril, houve necessidade de mudança e o espaço que anteriormente era dedicado à urgência geral (não COVID), foi transformado em área de SU-COVID, passando a restante urgência para o espaço da urgência ambulatoria, zona mais pequena, mas que respondia adequadamente à redução significativa da afluência ao Serviço de Urgência não COVID em tempos de confinamento.

Por fim, o SU-COVID foi pela terceira vez realocado a um espaço adaptado no Serviço de Imagiologia, onde se encontra atualmente. Este espaço é anexo ao Serviço de Urgência Geral, o que permite um contacto mais próximo e fácil circulação dos profissionais com a urgência não COVID; tem uma porta direta para a rua e uma sala de reanimação com filtro *high efficiency particulate arrestance* (HEPA), o que permite a abordagem de doentes emergentes; e integra uma sala própria para realização de radiografias e tomografias computadorizadas (TC).

Com a diminuição do número de doentes foi possível diminuir o número de camas de internamento COVID, tendo passado a enfermaria-COVID para o piso 6 no mês de junho, libertando o piso 7 novamente para o internamento das especialidades cirúrgicas.

## A equipa dedicada ao SU-COVID

Nos últimos dois anos, o Hospital de Cascais tem vindo a fazer um esforço para criar uma Equipa Fixa de Internistas no Serviço de Urgência. No início de março 2020, a Equipa tinha acabado de ser reforçada, contando com quatro elementos. Dada a necessidade de criar um segundo Serviço de Urgência – SU-COVID – e a exigência de uma adaptação rápida à nova realidade com uma abordagem diferente a estes doentes, com regras de segurança mais exigentes, esta Equipa foi destacada para gerir o SU-COVID. Foi ainda reforçada com uma Internista Graduada (Dra. Inês Vaz Pinto) cuja *expertise* em doenças infecciosas e muitos anos a trabalhar no Hospital de Cascais, foi fundamental para a organização do novo SU-COVID e orientação destes doentes. Esta Equipa está sob a liderança contínua da Diretora do Serviço de Urgência, a Dra. Ana Galiano.

Inicialmente no SU-COVID estavam então 2 internistas durante o dia e um durante a noite; mas de forma célere foi necessário reforçar a Equipa em poucos dias.

O Serviço de Medicina Interna também teve de se reorganizar face à pandemia. Com os escassos recursos humanos disponíveis foi necessário duplicar a atividade assistencial de modo a assegurar cuidados diferenciados não só a dois Serviços de Urgência, mas também a dois Serviços de Internamento (COVID e não COVID). Para lograr tal feito, optou-se por dividir o Serviço em rotações de 15 dias, denominadas “Blocos”. O Serviço optou por manter os Médicos com maior risco de saúde permanentemente no Internamento de Medicina (não COVID). Os médicos mais jovens e com menor risco foram divididos

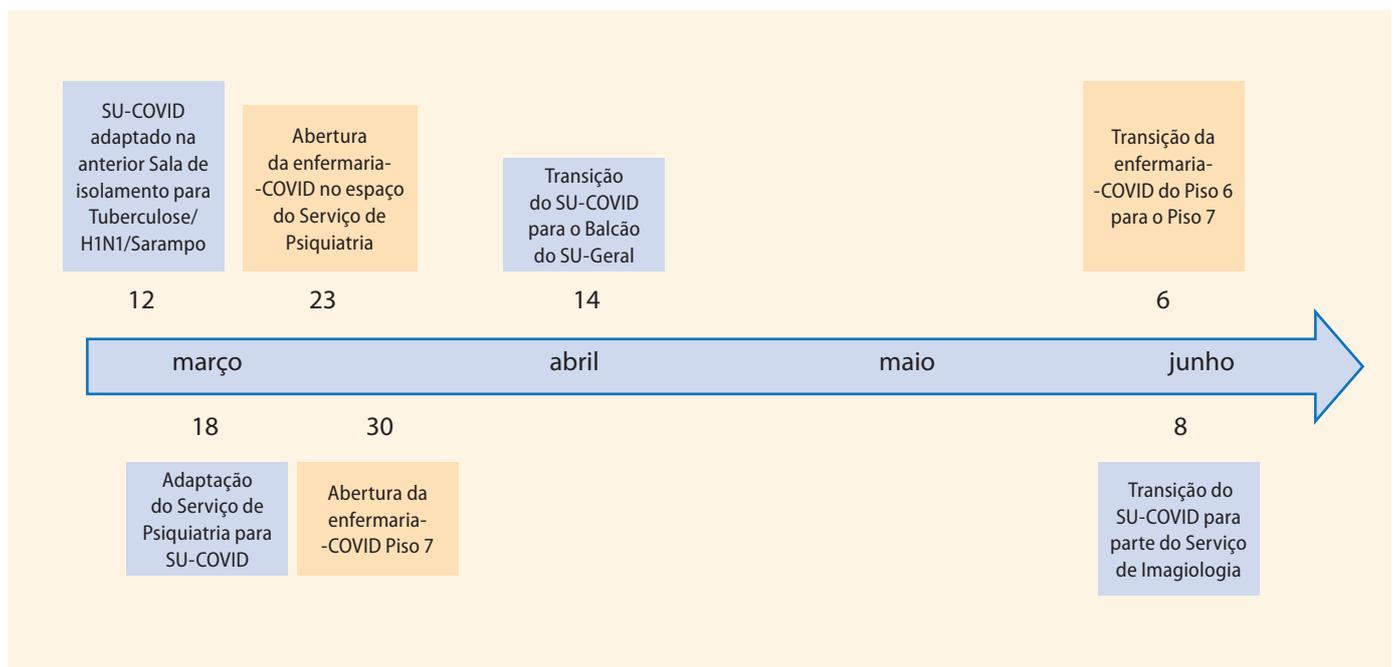


Figura 3. Cronograma espaço físico do SU-COVID e enfermarias-COVID.

nos tais Blocos, em que durante duas semanas realizavam turnos de 12 horas alternados dia/noite no Serviço de Urgência; seguidos de duas semanas na enfermaria em horário laboral habitual. Para assegurar a enfermaria-COVID foram destacados quatro Internistas, cujo horário também se organizava por turnos de 12 horas alternados dia/noite, independentemente dos fins-de-semana ou feriados, garantindo sempre a presença de um médico diferenciado na enfermaria-COVID. Os Internos do Serviço de Medicina e de Medicina Física e Reabilitação, à semelhança dos assistentes hospitalares, também trabalharam em Blocos: alternavam 15 dias no SU-COVID em turnos de 12 horas dia/noite com 15 dias na enfermaria-COVID, garantindo a assistência diurna a esses doentes, sob orientação do Internista.

Assim a Equipa do SU-COVID passou a contar com 1 Internista da Equipa Fixa, 2 internos de medicina interna, 3 clínicos gerais e 2 cirurgiões gerais/ortopedistas no período diurno, e com 1 Internista da Equipa Fixa, 1 interno de medicina interna, 2 clínicos gerais, e 1 cirurgião geral/ortopedista no período noturno. A função do cirurgião geral/ortopedista era contactar por telefone os doentes em ambulatório para os informar sobre o resultado da pesquisa de SARS-CoV-2 e instruí-los sobre as medidas de isolamento a cumprir, para além de notificar todos os doentes na plataforma SINAVE. Não raras vezes os colegas colaboravam também nos pedidos de meios complementa-

res de diagnóstico (MCD) e na prescrição de receituário, assim como noutras tarefas burocráticas como preenchimento de questionários.

Com a passagem do SU-COVID para o espaço físico do Balcão Geral a 14 de abril, e a retoma das consultas e atividade cirúrgica programada, os cirurgiões gerais e os ortopedistas terminaram as suas funções no SU-COVID.

Posteriormente, o Serviço de Medicina Interna também teve que regressar à sua atividade habitual, com a retoma das consultas externas e da formação dos internos, nomeadamente de estágios que tinham ficado pendentes, o que obrigou à reestruturação das escalas tal como as conhecíamos.

Mantiveram-se então no SU-COVID os elementos da Equipa Fixa do SU e uma equipa de clínicos gerais mais dedicada, pelo que atualmente integram a equipa de SU-COVID: 1 internista e 2 clínicos gerais durante o dia (um dos últimos até à meia-noite) e no período noturno apenas 1 clínico geral, que pode solicitar apoio ao Internista do SU Geral.

Com o aumento crescente de doentes, foi necessário também ter mais apoio para tarefas burocráticas, pelo que se designou a Dra. Dalila Góis para a notificação na plataforma SINAVE e a Dra. Mafalda Guimarães para a notificação na plataforma TRACE-COVID. O contacto telefónico aos doentes a informá-los dos resultados positivos, continua a ser da responsabilidade do médico do SU-COVID.



Figura 4. Equipa do SU-COVID.

## A abordagem ao doente com suspeita de infeção pelo novo coronavírus

Apesar das Normas e Orientações da DGS emitidas e atualizadas com frequência, a abordagem ao doente com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 é complexa e com algumas limitações, nomeadamente a realização de determinados MCD, o tempo de espera do resultado das zaragatoas e a gestão da permanência de cada doente na área COVID.

Relativamente à realização de MCD específicos (não emergentes), temos como limitações: a ausência de acesso a eletrocardiograma realizado por técnico de cardiopneumologia; a não realização de ecografias, ecocardiogramas, e outras técnicas mais invasivas, que na ausência de emergência, são proteladas até à exclusão de infeção por SARS-CoV-2. A avaliação analítica, radiografia e TC, estão disponíveis para realização imediata, uma vez que beneficiam de um circuito COVID. Em inúmeras situações, a TC tornou-se o exame de imagem mais acessível, ao invés da ecografia, uma vez que não implica proximidade física entre o radiologista e o doente, diminuindo assim o risco de contágio intra-hospitalar.

Inicialmente, apenas os doentes com sintomatologia muito suspeita ou com comorbilidades importantes eram testados. Contudo, com o avançar da pandemia generalizou-se a realização de testes a todos os doentes que dão entrada no SU-COVID e, posteriormente, o rastreio a todos os doentes internados no SO Geral (não COVID). A pesquisa do novo coronavírus por *protein chain reaction* (PCR) é um método cujo resultado demora várias horas, o que dificulta a gestão dos doentes no SU-COVID, inúmeras vezes prolongando o tempo ideal de permanência na área dedicada à COVID.

Todos os doentes são observados com equipamento de proteção individual (EPI) de nível II, e, por uma questão de otimização de utilização, por um tempo máximo de 4 horas (incontáveis vezes ultrapassadas).

Inicialmente, como ferramenta de apoio ao diagnóstico ou exclusão de pneumonia por SARS-CoV-2, adotámos o SCORE de probabilidade de Pneumonia por SARS-CoV-2 *versus* outras etiologias (difundido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, mas não validado). No entanto, à medida que fomos conhecendo melhor a doença, tanto pela nossa experiência, como através da informação científica internacional publicada, tornou-se mais fácil a identificação de doença grave.

A par do nosso trabalho em equipa, contamos com o apoio dos colegas da Pneumologia para a discussão pontual de casos que suscitam dúvidas de diagnóstico ou terapêutica.

## Circuito do doente crítico

Para a abordagem do doente crítico, COVID-suspeito ou confirmado, foi criado um “Circuito do Doente Crítico” que se traduz: 1) na identificação da necessidade imediata ou provável de admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), com consequente contacto com a equipa da UCI; 2) na pronta ativação da equipa de Anestesia para uma abordagem da via aérea com a máxima segurança possível e o posterior acompanhamento do doente à UCI.

Foram inúmeros os doentes assistidos na área COVID, com doença grave e a necessitar uma abordagem mais diferenciada em UCI. À semelhança do circuito não COVID, quando excedida a lotação da mesma, é da responsabilidade do médico que assiste o doente contactar outras unidades com capacidade para o receber e efetuar o respetivo transporte.



Figura 5. Na linha da frente.

## Conclusão

A pandemia transformou a abordagem ao doente tal como a conhecemos desde os primórdios da Medicina. Desta forma, verificou-se de imediato uma enorme elasticidade por parte de todos os profissionais do Serviço de Urgência, não só médicos, mas também enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de saúde e até profissionais de limpeza, o que permitiu fazer face ao embate da primeira onda da pandemia por SARS-CoV-2.

Ao longo do tempo, foram sendo identificados vários tipos de problemas científicos, logísticos, burocráticos, os quais fomos ultrapassando com ênfase na melhoria da comunicação interpares e com o objetivo de melhor abordar e tratar os doentes com (e sem) coronavírus.

Houve também uma aprendizagem pessoal e gradual de que os cuidados prestados no SU como conhecíamos até fevereiro de 2020 não são os mesmos que conseguimos proporcionar num SU-COVID, mas que apesar de todas as adversidades, sabemos que conseguimos focar-nos no mais importante: o bem cuidar de forma científica, mas também humana, dos nossos doentes e das suas famílias.

Depois de sete meses de árduo trabalho, esperamos ter refletido e aprendido as lições da primeira vaga, para que possamos com coragem e resiliência, ultrapassar a segunda vaga que nos bate à porta.

## Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Comissionado; sem revisão externa por pares.

## Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

**Provenance and Peer Review:** Commissioned; without externally peer reviewed.

## Referências

1. Liu Q, Xu K, Wang X, Wang W. From SARS to COVID-19: What lessons have we learned? *J Infect Public Health*. 2020 (in press). doi: 10.1016/j.jiph.2020.08.001.
2. Megna R. First month of the epidemic caused by COVID-19 in Italy: current status and real-time outbreak development forecast. *Glob Health Res Policy*. 2020;5:43. doi: 10.1186/s41256-020-00170-3.
3. Henríquez J, Almorox EG, Garcia-Goñi M, Paolucci F. The first months of the COVID-19 pandemic in Spain. *Health Policy Technol*. 2020 (in press). doi: 10.1016/j.hlpt.2020.08.013.