O que é fast track na medicina? Entenda o conceito e como funciona na prática

Fast track, expressão inglesa que pode ser traduzida como "via rápida", designa na medicina um conjunto de estratégias organizacionais destinadas a encurtar o percurso do paciente dentro de um serviço de saúde sem reduzir a segurança do cuidado.

O termo, contudo, não tem um único significado: é empregado para nomear um fluxo de atendimento no pronto-socorro, um protocolo de cuidados perioperatórios em cirurgia e um mecanismo regulatório de aprovação de medicamentos. Essa pluralidade de sentidos é frequentemente ignorada, o que leva a descrições imprecisas do conceito e à atribuição, a um modelo, de características que pertencem a outro.

Neste artigo examinamos cada uma dessas aplicações, com ênfase nas duas que interessam diretamente à prática médica, discutindo o funcionamento do modelo, a evidência disponível, os limites, o enquadramento normativo brasileiro e as formas de mensurar os resultados do fast track.

- O que é fast track na medicina?
- Os diferentes sentidos do termo
- Fast track no pronto-socorro: como funciona o fluxo
- Fast track e Protocolo de Manchester: qual a relação?
- Fast track em cirurgia: ERAS, ACERTO e os componentes do protocolo
- Resultados e evidências
- Riscos e limites do fast track
- Base normativa no Brasil
- Indicadores para monitorar o fast track
- O que a lógica do fast track ensina ao consultório
- Perguntas frequentes



O que é fast track na medicina?

Em sua formulação mais geral, o fast track consiste em identificar, dentro de um processo assistencial, um grupo de pacientes ou de etapas que pode ser conduzido por um caminho próprio, mais curto e padronizado, sem prejuízo para o restante do processo.

A premissa comum a todas as suas aplicações é que a uniformidade no tratamento da demanda gera ineficiência: quando casos de complexidade muito diferente percorrem o mesmo trajeto, os mais simples aguardam recursos de que não precisam, e os mais complexos disputam esses recursos com quem poderia ter sido resolvido de outra forma.

O fast track não é, portanto, uma técnica clínica nem um protocolo de diagnóstico. É uma decisão de desenho de fluxo, que depende de três elementos: um critério objetivo para definir quem é elegível para o caminho rápido, uma estrutura dedicada a esse caminho e um mecanismo de retorno ao fluxo convencional quando o paciente deixa de preencher os critérios. A forma como esses elementos se concretizam varia conforme o contexto em que o conceito é aplicado.

Os diferentes sentidos do termo: pronto-socorro, cirurgia e regulação de medicamentos

Na literatura e na prática de saúde, o termo fast track é utilizado em três contextos que não se confundem. Embora compartilhem a ideia de aceleração, diferem quanto ao objeto, ao público e aos profissionais envolvidos.

Contexto	O que é acelerado	Público	Denominações relacionadas
Pronto-socorro	O percurso do paciente entre a chegada e a alta	Pacientes de baixa complexidade, sem potencial de gravidade	Via rápida, fluxo rápido, streaming
Cirurgia	A recuperação pós-operatória e a alta hospitalar	Pacientes submetidos a cirurgias, sobretudo eletivas	Fast track surgery, ERAS, ACERTO, recuperação acelerada
Regulação de medicamentos	O desenvolvimento e a análise regulatória de novos fármacos	Empresas desenvolvedoras de medicamentos para condições graves	Designação Fast Track da FDA

O uso regulatório tem origem nos Estados Unidos, onde a designação foi criada pela legislação de modernização da *Food and Drug Administration* (FDA), de 1997, para facilitar o desenvolvimento e agilizar a análise de medicamentos destinados a condições graves com necessidade médica não atendida. Por não envolver a organização do cuidado, esse sentido não é abordado neste artigo.

Fast track no pronto-socorro: como funciona o fluxo

No pronto-socorro, o fast track é um fluxo separado e dedicado aos pacientes cuja condição não apresenta potencial de gravidade e que, em geral, podem ser avaliados, tratados e liberados em um único contato, sem necessidade de observação prolongada ou de exames complexos.

A Resolução CFM nº 2.077/2014[1] descreve, em seu anexo, que após a classificação de risco os pacientes seguem três fluxos distintos: o de pacientes graves, o de pacientes com potencial de gravidade e o de pacientes sem potencial de gravidade. O fast track é a forma organizacional mais comum de estruturar este último.

Classificação de risco e elegibilidade

O ponto de partida é a classificação de risco realizada na chegada do paciente. A elegibilidade para o fast track, porém, não decorre automaticamente da categoria atribuída. Os serviços definem, além da categoria de menor urgência, uma lista de queixas ou fluxogramas elegíveis, como infecções de vias aéreas superiores sem sinais de alerta, lombalgias mecânicas, ferimentos superficiais, quadros diarreicos leves e infecções urinárias não complicadas. A decisão de encaminhamento combina, portanto, a classificação de risco com critérios específicos do serviço.

Critérios de exclusão

Mesmo entre os pacientes de menor urgência, alguns grupos costumam ser mantidos no fluxo convencional por apresentarem maior probabilidade de evolução desfavorável ou de necessidade de investigação ampliada. São exemplos frequentes os idosos, as gestantes, os pacientes com múltiplas comorbidades descompensadas, os imunossuprimidos e aqueles que retornam ao serviço pela mesma queixa em curto intervalo. Esses critérios devem estar documentados no protocolo da instituição.

Estrutura e atendimento

O fast track dispõe de consultórios próprios e de equipe médica dedicada durante seu horário de funcionamento, frequentemente restrito aos períodos de maior demanda. Em muitos serviços, o desenho físico aproxima os consultórios da sala de medicação e cria uma saída independente, de modo que o paciente não retorne às áreas comuns do pronto-socorro. O atendimento médico segue o mesmo padrão de registro do fluxo convencional, com anamnese, exame físico, conduta e orientações de alta.

Desfecho

Ao final do atendimento, o paciente recebe alta, com orientação de seguimento na atenção primária ou ambulatorial quando necessário. Se, durante a avaliação, o médico identificar sinais de gravidade não detectados na classificação inicial, o paciente é transferido para o fluxo correspondente. Essa possibilidade de reencaminhamento é condição de segurança do modelo.

Fast track e Protocolo de Manchester: qual a relação?

O Protocolo de Manchester e o fast track atuam em etapas diferentes do atendimento. O protocolo é um instrumento de classificação de risco: a partir da queixa principal e de discriminadores, atribui ao paciente uma das cinco cores de prioridade e o tempo máximo recomendado até a avaliação médica. O fast track é uma decisão de fluxo posterior, que determina por onde o paciente já classificado será atendido.

Em termos práticos, a classificação responde à pergunta "quanto tempo este paciente pode aguardar com segurança?", enquanto o fast track responde a "qual estrutura deve atendê-lo?". Na maior parte dos serviços brasileiros, os pacientes encaminhados ao fast track pertencem às categorias verde e azul, mas a correspondência não é integral, pelos critérios de elegibilidade e de exclusão já descritos. Disso decorre que um serviço pode utilizar o Protocolo de Manchester sem dispor de fast track, e que a implantação do fast track não substitui nem altera o protocolo de classificação adotado.

Fast track em cirurgia: ERAS, ACERTO e os componentes do protocolo

Em cirurgia, o fast track designa um programa multimodal de cuidados perioperatórios cujo objetivo é reduzir o estresse fisiológico do trauma cirúrgico, acelerar a recuperação funcional e, em consequência, abreviar o tempo de internação.

O conceito foi sistematizado na Dinamarca, no fim da década de 1990, a partir dos trabalhos do cirurgião Henrik Kehlet, que demonstraram que rotinas perioperatórias tradicionais, como o jejum prolongado e a restrição ao leito, careciam de fundamentação científica e contribuíam para complicações.

No início dos anos 2000, um grupo de cirurgiões e anestesiologistas do norte da Europa organizou essas recomendações sob a denominação ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), que deu origem a diretrizes específicas por tipo de procedimento. No Brasil, o projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória) foi criado em 2005 por cirurgiões do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso, adaptando esses princípios à realidade nacional, com ênfase em terapia nutricional perioperatória.

Os protocolos de recuperação acelerada reúnem intervenções que, isoladamente, produzem efeitos modestos, mas que, aplicadas em conjunto, alteram de forma significativa a evolução pós-operatória. Seus componentes distribuem-se em três momentos:

- Pré-operatório: informação estruturada ao paciente sobre o procedimento e a recuperação, avaliação e terapia nutricional, pré-habilitação física quando possível, abreviação do jejum com oferta de líquidos claros contendo carboidratos até poucas horas antes da anestesia e abolição do preparo mecânico de cólon de rotina em cirurgias colorretais eletivas.
- Intraoperatório: técnicas anestésicas e analgésicas multimodais com redução do uso de opioides, reposição criteriosa de fluidos para evitar sobrecarga hídrica, manutenção da normotermia, antibioticoprofilaxia adequada e uso restrito de sondas nasogástricas e drenos.
- Pós-operatório: realimentação oral precoce, mobilização no mesmo dia ou no dia seguinte à cirurgia, prevenção de náuseas e vômitos, analgesia poupadora de opioides, retirada precoce de cateteres e critérios objetivos de alta.

Diferentemente do fast track do pronto-socorro, que é um arranjo de fluxo, o fast track cirúrgico é um conjunto de condutas clínicas baseadas em evidências. Sua execução depende da atuação coordenada de cirurgiões, anestesiologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e equipe de enfermagem.

Resultados e evidências

No pronto-socorro

A principal síntese sobre o tema é uma revisão sistemática publicada em 2011 por Oredsson e colaboradores, que analisou 33 estudos com mais de 800 mil pacientes sobre intervenções para melhorar o fluxo em serviços de emergência. Os autores concluíram, com evidência de força moderada, que a introdução do fast track para pacientes com sintomas menos graves reduz o tempo de espera até o atendimento médico, o tempo total de permanência no serviço e a proporção de pacientes que deixam o pronto-socorro sem atendimento. Estudos posteriores observaram, ainda, que a redução do tempo dos pacientes liberados ocorre sem aumento do tempo de espera dos pacientes que necessitam de internação.

No Brasil, serviços que implantaram o modelo nos últimos anos têm publicado resultados de monitoramento interno. No Hospital Municipal de São José dos Campos (SP), onde mais de 60% dos atendimentos correspondem a pacientes classificados como verde ou azul, o tempo médio de permanência dos pacientes verdes caiu de 146 para 104 minutos, redução de 29%, nos primeiros meses de 2026. No Hospital Municipal de Emergências Albert Sabin, em São Caetano do Sul (SP), o tempo total de permanência dos pacientes de baixa gravidade foi reduzido em 48,1% um ano após a implantação. Trata-se de dados institucionais, sem desenho controlado, mas que convergem com o observado na literatura internacional.

Em cirurgia

Em cirurgia colorretal eletiva, a área com maior volume de estudos, uma metanálise de 16 ensaios clínicos randomizados com 2.376 pacientes, publicada por Greco e colaboradores em 2014, mostrou que os protocolos ERAS reduziram a morbidade global em 40% e o tempo de internação em pouco mais de dois dias, sem aumento das taxas de readmissão. A redução concentrou-se nas complicações não cirúrgicas, como as pulmonares e as infecciosas, enquanto a diminuição das complicações cirúrgicas não alcançou significância estatística. No Brasil, estudos de implantação do ACERTO relatam, entre outros resultados, redução do tempo de jejum perioperatório, da dor nas primeiras 24 horas e do tempo de internação.

Riscos e limites do fast track

O principal risco do fast track no pronto-socorro é a subtriagem, isto é, o encaminhamento ao fluxo rápido de um paciente cuja condição exigiria outro nível de atenção. O risco é ampliado pelo próprio desenho do modelo, que pressupõe atendimentos breves e pode induzir a equipe a confirmar a impressão de baixa gravidade em vez de questioná-la. Por essa razão, critérios de exclusão explícitos e a possibilidade efetiva de reencaminhamento são componentes indispensáveis, e não acessórios.

Um segundo risco é a piora clínica durante a espera. A classificação de risco reflete o estado do paciente no momento da avaliação, e quadros inicialmente leves podem evoluir. Quando o fast track opera com demanda acima de sua capacidade, a espera se prolonga e a reavaliação periódica passa a ser necessária também nesse fluxo.

Há, por fim, limites de natureza organizacional. O fast track exige médicos dedicados, e sua implantação sem acréscimo de equipe desloca profissionais do fluxo convencional, podendo prolongar a espera dos pacientes de maior gravidade. Em serviços com baixa proporção de casos de menor complexidade, o volume pode não justificar uma estrutura própria.

Além disso, a maior agilidade no atendimento de queixas simples tende a atrair demanda que seria mais bem atendida na atenção primária, o que torna recomendável a articulação do fast track com a rede de referência.

No fast track cirúrgico, os limites são de outra ordem: a efetividade depende da adesão ao conjunto das intervenções, e a aplicação parcial do protocolo reduz os benefícios. Pacientes de alto risco cirúrgico, procedimentos de urgência e algumas especialidades contam com evidência menos robusta, o que exige adaptação criteriosa das recomendações.

Base normativa no Brasil

Não há norma brasileira que regule especificamente o fast track. Seu funcionamento, contudo, está subordinado às regras que disciplinam a classificação de risco e o atendimento em serviços de urgência, as quais delimitam o que o modelo pode ou não fazer.

A Resolução CFM nº 2.077/2014 tornou obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços hospitalares de urgência e emergência e estabeleceu que o acesso à classificação deve ser imediato. A mesma resolução determina que todo paciente que tiver acesso ao serviço deve ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado nem encaminhado a outra unidade por outro profissional. Disso decorre que o fast track brasileiro é necessariamente um fluxo de atendimento médico, e não um mecanismo de liberação de pacientes após a classificação.

O anexo da resolução fixa, ainda, que o tempo de espera para acesso ao médico na categoria de menor urgência não deve ultrapassar 120 minutos, parâmetro mais restritivo que o tempo de referência do Protocolo de Manchester para a categoria azul, e limita a 24 horas a permanência do paciente no serviço. Para as Unidades de Pronto Atendimento e demais serviços não hospitalares, regras equivalentes constam da Resolução CFM nº 2.079/2014[2].

No âmbito da enfermagem, a Resolução COFEN nº 661/2021[3] define a classificação de risco como atividade privativa do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem, exige capacitação específica no protocolo adotado pela instituição e veda o exercício de outras atividades concomitantemente à classificação.

No plano das políticas públicas, o Ministério da Saúde conduz desde 2017 o projeto Lean nas Emergências, executado por hospitais de excelência no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O projeto aplica ferramentas de gestão de fluxo, entre elas a separação de pacientes por complexidade, em hospitais públicos e filantrópicos, e em seu oitavo ciclo, encerrado em 2023, registrou redução de 36,4% nos índices de superlotação de 124 hospitais. Em 2026, o Ministério publicou um guia de boas práticas baseado nessa experiência.

Indicadores para monitorar o fast track

A avaliação do fast track exige indicadores definidos antes da implantação e medidos de forma contínua, de modo a permitir a comparação com o período anterior e a identificação de efeitos indesejados.

No pronto-socorro, os indicadores de tempo são os mais utilizados:

- Tempo porta-classificação: mede o intervalo entre a chegada e a classificação de risco.
- Tempo porta-médico: mede o intervalo entre a chegada e o início do atendimento médico e deve ser acompanhado separadamente para o fast track e para o fluxo convencional.
- Tempo de permanência: mede o período total entre a chegada e a saída do serviço, estratificado por categoria de risco.

Os indicadores de segurança revelam se a agilidade está sendo obtida à custa da qualidade:

- Taxa de reencaminhamento: corresponde à proporção de pacientes transferidos do fast track para o fluxo convencional.
- Taxa de retorno em 72 horas: corresponde à proporção de pacientes que voltam ao serviço pela mesma queixa após a alta.

Valores elevados de qualquer um desses indicadores de segurança sugerem falhas nos critérios de elegibilidade. Completam o conjunto a proporção de pacientes que deixam o serviço sem atendimento, a proporção da demanda total absorvida pelo fast track e a satisfação dos usuários.

No fast track cirúrgico, os indicadores centrais são:

- Tempo de internação
- Taxa de complicações
- Taxa de readmissão em 30 dias
- Taxa de adesão aos componentes do protocolo, que mede o percentual das intervenções previstas efetivamente aplicadas a cada paciente.

Este último é considerado determinante, pois resultados insatisfatórios frequentemente decorrem da aplicação incompleta do programa, e não de limitação do modelo.

O que a lógica do fast track ensina ao consultório

Embora o fast track tenha surgido em ambientes hospitalares, seu princípio central, o de que demandas de complexidade diferente não devem compartilhar o mesmo percurso, aplica-se à organização de consultórios e clínicas. A transposição não envolve a criação de uma via rápida no sentido hospitalar, mas a segmentação da agenda e do fluxo de atendimento conforme a natureza de cada consulta.

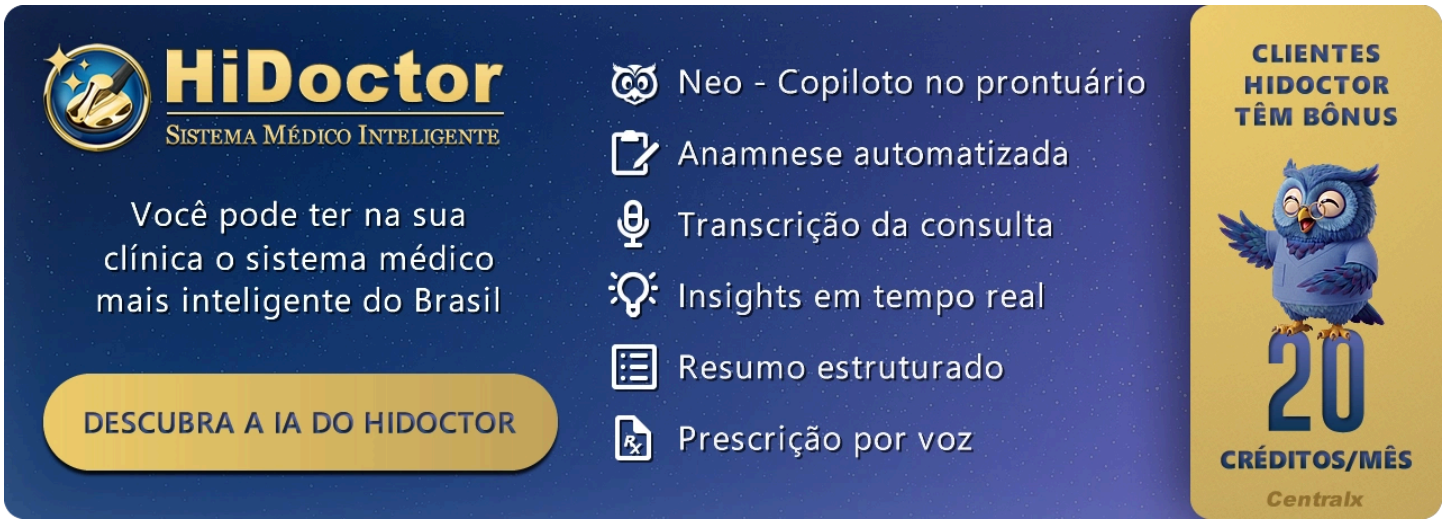
O primeiro desdobramento é a definição de tipos de atendimento com durações distintas. Uma primeira consulta (que exige anamnese completa), um retorno para avaliação de exames e uma consulta de acompanhamento de condição estável demandam tempos diferentes, e a alocação de um intervalo uniforme a todos produz atrasos em alguns horários e ociosidade em outros.

O segundo desdobramento é a reserva de horários específicos para demandas imprevistas de baixa complexidade, que, quando inseridas sem critério entre consultas agendadas, desorganizam a agenda do dia.

O terceiro é a coleta prévia de informações. Assim como o fast track hospitalar depende de uma classificação realizada antes do atendimento médico, o consultório pode reduzir o tempo improdutivo da consulta quando dados cadastrais, queixa principal, medicamentos em uso e resultados de exames são registrados antecipadamente.

O quarto é o registro estruturado, que permite ao médico localizar rapidamente as informações relevantes de cada paciente e mensurar, com dados do próprio serviço, os tempos de espera e de atendimento.

O HiDoctor integra agenda, prontuário eletrônico com inteligência artificial e gestão em uma única plataforma, com confirmação automática de consultas e modelos de registro configuráveis, recursos que permitem estruturar o atendimento por tipo de consulta e acompanhar os indicadores de fluxo do consultório.



Perguntas frequentes

Fast track é o mesmo que atendimento preferencial?

Não. O atendimento preferencial decorre de prioridade assegurada em lei a determinados grupos, como idosos, gestantes e pessoas com deficiência, nos termos da Lei nº 10.048/2000[4]. O fast track é um critério organizacional baseado na complexidade clínica. Os dois mecanismos coexistem e não se substituem.

Existe fast track em pronto-socorro pediátrico?

Sim. O modelo é aplicado em emergências pediátricas, com critérios de elegibilidade próprios. Um estudo observacional europeu publicado em 2024 identificou que crianças febris classificadas como de baixa urgência e com sintomas respiratórios constituem o grupo mais adequado ao fluxo rápido, por demandarem poucos recursos e receberem alta na maior parte dos casos.

O fast track funciona 24 horas por dia?

Não necessariamente. Muitos serviços operam o fast track apenas nos períodos de maior concentração de demanda, definidos a partir da análise da chegada de pacientes ao longo do dia. Fora desses horários, os pacientes de menor complexidade são atendidos no fluxo convencional.

O fast track substitui a atenção primária?

Não. O fast track resolve a demanda aguda de baixa complexidade que chega ao pronto-socorro, mas não oferece acompanhamento longitudinal. Por isso, os serviços que o adotam com melhores resultados encaminham os pacientes que necessitam de seguimento à unidade básica de saúde de referência.

Uma clínica sem pronto atendimento pode adotar o fast track?

Não no sentido estrito, que pressupõe classificação de risco e demanda espontânea de urgência. Clínicas que atendem demanda espontânea com volume relevante podem estruturar fluxos semelhantes, observando a necessidade de classificação por profissional habilitado. Nas demais, aplica-se a lógica de segmentação da agenda descrita neste artigo.

O fast track reúne, sob uma mesma denominação, estratégias que compartilham um princípio, o de que processos assistenciais tornam-se mais eficientes e seguros quando reconhecem a heterogeneidade da demanda, mas que se concretizam de formas distintas.

No pronto-socorro, é um fluxo dedicado aos casos de menor complexidade, com evidência consistente de redução dos tempos de espera e de permanência, subordinado no Brasil às regras do CFM sobre classificação de risco e atendimento médico obrigatório. Em cirurgia, é um conjunto de condutas perioperatórias que reduz complicações e tempo de internação. Em ambos os casos, os resultados dependem de critérios explícitos, equipe preparada e monitoramento contínuo por meio de indicadores.

A mensuração desses indicadores pressupõe registros confiáveis do percurso de cada paciente. Conheça o HiDoctor e veja como organizar agenda, prontuário e gestão do seu consultório em um único sistema.



Referências

[1] Resolução CFM nº 2.077/2014 (Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência).

[2] Resolução CFM nº 2.079/2014 (Unidades de Pronto Atendimento).

[3] Resolução COFEN nº 661/2021 (classificação de risco).

[4] Lei nº 10.048/2000 (atendimento prioritário).

Artigo original disponível em:

"O que é fast track na medicina? Entenda o conceito e como funciona na prática " **- HiDoctor News**

Centralx®