



ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA
2/2022

IRIS DE PAULA SANTOS, Cap Med

Mudança de paradigma por uma saúde mais acolhedora

Rio de Janeiro

2022

ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA
2/2022

IRIS DE PAULA SANTOS, Cap Med

Mudança de paradigma por uma saúde mais acolhedora

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais da Aeronáutica como requisito parcial para aprovação no Curso de Pós-graduação *Lato sensu* em Liderança com Ênfase em Gestão no COMAER.

Linha de Pesquisa: Gestão da Saúde na Força Aérea

Orientadora: Alexandre **Fontoura** da Silva,
Maj Inf

Rio de Janeiro

2022

IRIS DE PAULA SANTOS, Cap Med

Mudança de paradigma por uma saúde mais acolhedora

Trabalho de conclusão de curso apresentado
no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais da
Aeronáutica.

Aprovado por:

Alexandre **Fontoura** da Silva, Maj Inf
EAOAR

Alexandra Vidal Pedinotti Zuma, Cap Farm
EAOAR

Rio de Janeiro
2022

RESUMO

Tempos atuais, onde a população apresenta maior expectativa de vida e portanto maior tempo de exposição às doenças crônicas, culmina com um número elevado de internações prolongadas e uma gestão clínica de leitos insuficiente. Este cenário, é semelhante ao encontrado no Hospital Central da Aeronáutica (HCA), inserido no Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) que apresenta um modelo assistencial hospitalocêntrico, definido como aquele que trata a agudização das doenças crônicas. Este ensaio defende a implantação de protocolo de desospitalização no Hospital Central da Aeronáutica em busca de aprimorar a gestão clínica dos leitos. O primeiro argumento a amparar esta tese é a redução do tempo de internação proporcionada por uma melhor qualidade da assistência hospitalar prestada, tendo em vista a redução de morbidade, permitindo atender a uma demanda reprimida na população que necessita de procedimentos cirúrgicos eletivos. O segundo, aborda uma maior disponibilidade de leitos em terapia intensiva para a população de pacientes que apresenta doença aguda e/ou que necessita serem submetidos a procedimentos de alta complexidade, a partir de uma atuação ativa da medicina paliativa junto aos pacientes internados, considerados como de prognóstico reservado. Por fim, considerando-se que a desospitalização é hoje, uma tendência mundial, e que o atual sistema de saúde e as características da população anseiam por mudanças, a implantação deste protocolo, poderá servir de modelo a outras instituições do SISAU, demonstrando melhora da qualidade da assistência prestada e efetiva gestão clínica de leitos reduzindo demanda reprimida em diferentes áreas de atuação.

Palavras-chave: Hospitalocêntrico. Internação prolongada. Demanda reprimida. Desospitalização . Gestão de leitos.

1 INTRODUÇÃO

Um fato indelével dos dias presentes é que temos, em todos os países, desenvolvidos e em desenvolvimento, uma crescente elevação de populações com idade média acima dos 60 anos e aumento da expectativa de vida. Esta longevidade traz um tempo maior de exposição a doenças crônicas, o que influencia diretamente na qualidade de vida e favorece um número expressivo de internações prolongadas.

Este longo tempo de internação é definido como aquele que supera o período de quinze dias, favorecendo um número considerável de eventos adversos, aumentando as necessidades do paciente dentro da instituição por favorecer perda de funcionalidade. A tudo isso, soma-se o surgimento de uma demanda reprimida, em uma população de pacientes cirúrgicos eletivos, por vezes, mais jovens e economicamente ativos, dependentes da realização de procedimentos que em determinados contextos serão definitivos, quando se pensa por exemplo, em oncologia.

O conceito de desospitalização, surge na década de 1990, durante a reforma sanitária, inicialmente direcionada à saúde mental, com a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos (BRASIL,2005), frente ao desafio de se repensar e organizar uma assistência à saúde que pudesse contemplar para além do cuidado durante a internação, respeitando a integridade e o compromisso centrado no paciente, permitindo dessa forma uma melhor gestão clínica de leitos.

O Hospital Central da Aeronáutica apresenta hoje um modelo assistencial hospitalocêntrico, onde trata-se a agudização das doenças crônicas, na sua maioria, numa população com perfil semelhante ao exposto acima, e portanto muito suscetível a internações prolongadas, favorecendo uma gestão clínica de leitos insuficiente, aumentando a demanda que engloba pacientes cirúrgicos eletivos, atualmente agravada pela recente pandemia da Covid 19.

Portanto, frente a este cenário, este ensaio defende que a implantação de protocolo de desospitalização no Hospital Central da Aeronáutica aprimora a gestão clínica dos leitos.

O primeiro argumento a amparar esta tese é a redução do tempo de internação proporcionada por uma melhor qualidade da assistência hospitalar prestada, tendo em vista a redução de morbidade, permitindo atender a uma

demanda reprimida na população que necessita de procedimentos cirúrgicos eletivos.

O segundo ponto abordado, será a maior disponibilidade de leitos em terapia intensiva para a população de pacientes que apresenta doença aguda e/ou que necessita serem submetidos a procedimentos de alta complexidade, a partir de uma atuação ativa da medicina paliativa junto aos pacientes internados, considerados como de prognóstico reservado.

2 DESENVOLVIMENTO

A necessidade em se repensar uma melhor estratégia de racionalização dos recursos do sistema de saúde e um cuidado mais eficaz e amplo ao paciente, fez surgir o conceito de desospitalização no final do século XX. O hospital tem inquestionável importância na fase aguda da doença, por apresentar tecnologia e estrutura, mas precisa funcionar como parte integrante de um sistema de saúde que compreenda desde a atenção primária, até a assistência domiciliar. A desospitalização é uma tendência mundial, definida como um processo que busca a humanização de pacientes que se encontram internados, tendo como objetivo oferecer uma recuperação mais rápida e bem sucedida, o que consistirá na retirada do paciente do ambiente hospitalar para prosseguir com o tratamento em seu domicílio.

A desospitalização inicia-se no momento da internação, quando os pacientes que possuam duas ou mais características que constituam fator de risco à internação prolongada, são direcionados ao protocolo e acompanhados em paralelo por uma equipe interdisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social. À clínica responsável pela internação, médica ou cirúrgica, cabe atuar de forma ativa no sentido de agilizar a realização de exames e procedimentos, além de se antecipar frente a novas demandas que possam surgir ao longo do período. A equipe interdisciplinar, responsável pelo protocolo de desospitalização, atuará corrigindo possíveis entraves administrativos que possam contribuir para o prolongamento da internação como, a espera para realização de exames, atrasos na liberação de laudos, dificuldades de interconsultas, e facilitará o fluxo à liberação da

burocracia de vinculação do paciente ao home care ou à atenção integrada de saúde (CAIS).

2.1 Melhora da assistência hospitalar permitindo uma eficiente gestão clínica de leitos.

As condições crônicas se responsabilizam por pelo menos 60% das mortes por doenças não comunicáveis no mundo (OMS,2019). Estas doenças acometem uma população com idade média acima de 60 anos, portadoras de várias comorbidades, portanto mais suscetíveis a reinternações e internações prolongadas. Vários são os fatores que propiciam esse maior tempo de permanência podendo variar de acordo com o perfil epidemiológico da instituição, idade e sexo dos pacientes, assistência médica prestada, o diagnóstico e recursos disponíveis no hospital.

Segundo Cecílio (2011), uma assistência hospitalar de qualidade, onde o atendimento passa a ser padronizado, minimizando erros e atuando ativamente sobre eventuais intercorrências ao longo da internação, e humanizado, permitindo uma maior aproximação dos familiares e paciente sobre decisões do tratamento, tem impacto direto na redução de morbidade, permitindo um menor tempo de internação com baixa probabilidade de complicações, favorecendo uma desospitalização mais rápida e eficaz.

O Hospital Central da Aeronáutica, apresenta um modelo assistencial hospitalocêntrico, como citado anteriormente, e apresenta população semelhante ao exposto acima. Compõe o seu espectro de atuação, o centro de hemodiálise, responsável por atender pacientes dialíticos crônicos, composto por uma população idosa e com comorbidades; o centro de urologia, que tem na sua essência uma população idosa e masculina, mas também uma população jovem, economicamente ativa, com doenças que requerem intervenção eletiva, porém precoce, visto que alguns diagnósticos são dependentes de tempo para um resultado favorável; o serviço de proctologia, que engloba pacientes de meia idade com doenças predominantemente curativas; uma maternidade, que requer intervenção precisa, em tempo adequado quando da ocorrência de alguma complicação; e, uma

emergência aberta com atendimentos diversos, que recebe transferências vindas de outros hospitais, seja de menor ou maior complexidade, por diferentes demandas.

Diante deste cenário, a implantação do protocolo de desospitalização no Hospital Central da Aeronáutica, padronizará o atendimento, melhorando a assistência médica prestada através de um cuidado mais humanizado, que se estenderá para além da internação, permitindo atender a todos através de uma gestão mais eficiente dos leitos para a população que aguarda por procedimentos cirúrgicos eletivos.

2.2 Reduzir demanda reprimida na população que tem doença aguda e/ou necessita de procedimentos de alta complexidade, vinculados à disponibilidade de leitos de terapia intensiva.

Avanços da medicina, tais como a evolução nos exames de diagnósticos por imagem; procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos, de grande porte ou robóticos; antibioticoterapia; terapia substitutiva renal; transplante e suporte avançado de vida em terapia intensiva aos pacientes mais complexos, são um conjunto que nos permitem hoje atuar definitiva ou paliativamente sobre várias doenças, aumentando a expectativa de vida da população, não necessariamente com qualidade (SOL,2018).

As unidades de terapia intensiva (UTI) são setores de atendimento mais complexos com monitorização contínua dos pacientes, setor amplamente difundido nos dias atuais, essenciais ao auxílio de patologias mais críticas, e fundamentais ao suporte de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e/ou que apresentam risco de morte (BRAGA, 1967).

Todo esse avanço tecnológico e terapêutico, por vezes confunde e dificulta a diferenciação entre doença crítica e doença terminal, o que normalmente atrasa a indicação dos cuidados paliativos aos pacientes críticos, se tornando evidente quando da ocorrência da morte (TREECE *et al.*,2006).

A medicina paliativa tem a capacidade de substituir terapias curativas e que prolongam a vida quando as intervenções da terapia intensiva não podem restabelecer a funcionalidade do paciente ou sua qualidade de vida (TREECE *et al.*,2006).

O protocolo de desospitalização atuará toda vez que for determinado um prognóstico incerto ao paciente crítico, onde os princípios do cuidado paliativo serão aplicados e realizados simultaneamente com os outros tratamentos, e sua prática incorporada ao cuidado intensivo. Quanto mais precoce os critérios de terminalidade puderem ser identificados e os pacientes e/ou seus familiares abordados a respeito, mais rapidamente poderá ser determinado um plano terapêutico proporcional ao paciente e seus familiares.

O Hospital Central da Aeronáutica, apresenta internações de longa permanência em terapia intensiva, na sua maioria pacientes idosos, impactando diretamente na gestão dos leitos e postergando atendimento a uma população que apresenta doença aguda e a que necessita de procedimentos de alta complexidade, vinculados à disponibilidade de leitos em terapia intensiva.

A demanda reprimida nesta população, que necessita de procedimentos de alta complexidade, tem crescido progressivamente ao longo dos anos e foi recentemente agravada pela interrupção das atividades cirúrgicas frente a pandemia da Covid 19. Este fato, agrava não apenas fisicamente, mas principalmente, emocionalmente o paciente que espera pela resolução do seu problema. Além disso, tem ainda, uma população mais jovem, economicamente ativa, com patologias agudas e benignas, que requerem uma solução definitiva e em tempo hábil para que possam voltar às suas atividades e suas famílias. Estes pacientes, podem por vezes, precisar aguardar em condições não muito favoráveis, como num leito de emergência, por exemplo, por uma vaga em unidade de terapia intensiva, o que pode impactar negativamente, no resultado final esperado.

Portanto, a maior disponibilidade de leitos em terapia intensiva para a população de pacientes que apresenta doença aguda e/ou que necessita serem submetidos a procedimentos de alta complexidade, a partir de uma atuação ativa da medicina paliativa junto aos pacientes internados, considerados como de prognóstico reservado, será essencial para uma gestão de leitos efetiva, possibilitando o alcance deste objetivo.

3 CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou dados que confirmam uma crescente mudança na expectativa de vida da população e portanto, um maior tempo de exposição a

doenças crônicas, favorecendo um expressivo número de internações prolongadas e expôs o quanto todo avanço tecnológico e terapêutico dos dias atuais podem propiciar tratamentos por vezes desnecessários. Inferiu a existência de uma população cada vez maior que necessita de intervenção cirúrgica eletiva, adiada pela inadequada gestão clínica dos leitos hospitalares e agravada pela recente pandemia da Covid 19.

Foi exposto o modelo assistencial hospitalocêntrico do Hospital Central da Aeronáutica e o perfil de população atendida por este nosocômio, que pode variar desde a população que apresenta patologia aguda em pacientes jovens e economicamente ativos, pacientes de meia idade com patologias cirúrgicas, a princípio curativas, até a população que apresenta patologias malignas, com ou sem propostas curativas a depender do tempo de diagnóstico e intervenção; além da maioria das internações clínicas, de longa permanência por idosos, inclusive em terapia intensiva.

Portanto, frente a este cenário, este ensaio defende a implantação de protocolo de desospitalização no Hospital Central da Aeronáutica em busca de aprimorar a gestão clínica dos leitos.

Argumentou-se em primeiro lugar, o amparo a esta tese como sendo, a redução do tempo de internação proporcionada por uma melhor qualidade da assistência hospitalar prestada, tendo em vista a redução de morbidade, permitindo atender a uma demanda reprimida na população que necessita de procedimentos cirúrgicos eletivos.

O segundo ponto abordado, foi a maior disponibilidade de leitos em terapia intensiva para a população de pacientes que apresenta doença aguda e os que necessitam desta vaga para serem submetidos a procedimentos de alta complexidade, a partir de uma atuação mais ativa da medicina paliativa junto aos pacientes de prognóstico reservado.

Por fim, considerando-se que a desospitalização é hoje, uma tendência mundial, e que o atual sistema de saúde e as características da população anseiam por mudanças, a implantação deste protocolo, poderá servir de modelo a outras instituições do SISAU, demonstrando melhora da qualidade da assistência prestada e efetiva gestão clínica de leitos reduzindo demanda reprimida em diferentes áreas de atuação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Defesa. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral do Pessoal. **A Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS). NSCA 160-19**. Portaria COMGEP Nº 200/ALE, de 27 de outubro de 2021. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. 2005. Relatório apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização : reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico]

Disponível em: WorldWideWeb: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf ISBN 978-85-334-2883-6 1. Acessado em 08 jun 2022.

BRAGA, Z. P. Unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm**, p. 318-24, 1967.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011.

LEITE, M. T, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, 2015.

MALTA, D. C; MORAIS NETO, O.L; SILVA JUNIOR, J. B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**, 2011 a 2022. 2011.

SOL, A. I. Biotecnologias e prolongamento da vida: notas para uma reflexão ético-política sobre o envelhecimento. In: **Envelhecimento**. FAF Advogados, 2018. p. 189-197.

TASSINI, R. I. J. M; SANTOS, J. F. G; COELHO, M. E.M. CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista Científica Faculdade Unimed**, v. 1, n. 2, p. 68-94, 2019.

TREECE, P.D. *et al.* Integrating palliative and critical care: Description of an intervention. **Critical Care Medicine** (Crit Care Med), v.34, n.11, p.380-387, 2006.