



ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA  
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS 3/2023

**FERNANDA BRANDÃO ABRANTES**, Cap Med

**Unidade de Cuidados Intermediários (UCI):** estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)

Rio de Janeiro  
2023

ESCOLA DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA  
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO DE OFICIAIS DA AERONÁUTICA 3/2023

**FERNANDA BRANDÃO ABRANTES**, Cap Med

**Unidade de Cuidados Intermediários (UCI):** estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)

Trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais da Aeronáutica como requisito parcial para aprovação no Curso de Especialização Lato-sensu em liderança com Ênfase em Gestão do COMAER.

Linha de Pesquisa: Gestão da Saúde na Força Aérea Orientadora: Alexandra Vidal Pedinotti Zuma, Maj Farm

Rio de Janeiro  
2023

**FERNANDA BRANDÃO ABRANTES**, Cap Med

**Unidade de Cuidados Intermediários (UCI):** estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG)

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

Aprovado por:

---

Alexandre **Fontoura** da Silva, Ten Cel Inf  
EAOAR

---

**Alexandra** Vidal Pedinotti Zuma, Maj Farm  
EAOAR

Rio de Janeiro

2023

## RESUMO

O aumento da expectativa de vida e os avanços na medicina têm levado a uma demanda crescente por leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em todo mundo. Esse fato representa um desafio para a gestão eficiente de recursos e para a manutenção dos padrões de qualidade em assistência à saúde. Esse ensaio defende a criação de uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) como uma estratégia para ampliar a qualidade de assistência à saúde aos pacientes críticos no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG). A UCI reduz as readmissões em UTI, que podem agravar o estado de saúde dos pacientes. A triagem e transferência de pacientes em fase de recuperação para essa unidade mantém os cuidados específicos de unidade intensiva, reduzindo complicações e a mortalidade associada. Além disso, a UCI otimiza a gestão de leitos de UTI através da alta mais precoce, contribuindo para reduzir o tempo de permanência e garantir um fluxo de internações adequado. Em resumo, a implementação de uma UCI no HFAG emerge como uma inovação logística neste hospital, visando ampliar a qualidade e a eficiência na assistência à saúde. Essa abordagem está alinhada com os objetivos da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) e pode ser replicada para os outros Hospitais de alta complexidade do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) a fim de proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para os militares e seus beneficiários.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Readmissão. Unidade de Cuidados Intermediários. Tempo de Permanência. Triagem.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Resolução Nº 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), paciente crítico ou gravemente enfermo é aquele que apresenta instabilidade de algum sistema vital ou qualquer disfunção orgânica ameaçadora à vida. Nos hospitais, esses pacientes são alocados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é um setor com recursos suficientes para prestar assistência hospitalar aos pacientes de média e alta complexidade.

Em contrapartida, pacientes em recuperação de condições críticas podem ser alocados em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), após a alta da UTI, como forma mais segura de transição de cuidados, até que estejam aptos a receberem alta para enfermaria.

A UCI conta com estrutura e equipe similares à UTI e permite assistência aos pacientes de média complexidade, com foco na recuperação e preparação para a alta hospitalar.

No Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG), classificado como hospital de alta complexidade no Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU), a demanda por leitos de UTI é alta e a estrutura de assistência aos pacientes críticos ainda não conta com uma UCI. Esta unidade, logisticamente situada entre a UTI e a enfermaria, traz benefícios aos pacientes em reabilitação que ainda necessitam de cuidados intensivos, além de aumentar a capacidade de admissão na UTI através da alta mais precoce.

Diante do cenário exposto, esta tese defende a criação de uma UCI no HFAG para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos.

Corroborando esta tese, a UCI favorece o cuidado direcionado à reabilitação após a alta da UTI, reduzindo readmissões que podem agravar o estado de saúde dos pacientes.

Outro argumento que sustenta a criação da UCI no HFAG é a gestão efetiva dos leitos de UTI através da alta mais precoce, contribuindo para reduzir o tempo de permanência e garantir um fluxo de internações adequado.

## 2 DESENVOLVIMENTO

A ideia precursora de UTI foi da enfermeira Florence Nightingale, em 1854, durante a Guerra da Criméia, onde a estratégia de classificação e separação dos soldados feridos de acordo com sua gravidade contribuiu na redução da mortalidade (Parra, 2017).

No Brasil, a implantação de UTI nos hospitais, teve início no final da década de 60 e desde então vem se modernizando e ampliando suas tecnologias e recursos, de forma a garantir a recuperação da saúde integral dos pacientes críticos (Lino *et al.*, 2001).

A modernização dos recursos tecnológicos e o desenvolvimento de todas as áreas da medicina culminaram com o aumento da expectativa de vida e por conseguinte, o aumento das doenças crônicas, elevando a demanda por serviços de saúde e leitos de UTI em todo o mundo (Robert *et al.*, 2015).

O HFAG dispõe de uma estrutura com 16 leitos de UTI, equipamentos de última geração e uma equipe multidisciplinar altamente capacitada para assistência ao paciente crítico. Cerca de 700 a 800 admissões são realizadas por ano, incluindo pacientes provenientes de diversos setores do hospital (Emergência, Enfermarias, Centro Cirúrgico), além de transferências inter-hospitalares, provenientes de Evacuação Aeromédica (EVAM), trazendo pacientes de outras localidades do Brasil. Diante deste panorama, o HFAG segue a tendência mundial, onde a demanda por leitos, muitas vezes, excede a oferta.

Por sua vez, a Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA), mantendo o compromisso com a qualidade da assistência em saúde, vem desenvolvendo estratégias para melhorar o acolhimento e atender às crescentes demandas, incluindo os leitos destinados aos pacientes críticos. Nesse ínterim, a disponibilidade de uma UCI faz parte desta estratégia de gestão, permitindo também um melhor prognóstico para esses pacientes.

### 2.1 O papel da UCI na redução das readmissões na UTI

Pacientes críticos, apesar da recuperação inicial, podem necessitar de readmissão na UTI ou até morrer no mesmo episódio hospitalar. Quando essa readmissão ocorre em menos de 48 a 72 horas após a alta, agrega complicações e

aumenta significativamente a morbimortalidade dos pacientes, tornando-se um desafio para a equipe da UTI.

Segundo a literatura, este percentual de pacientes que precisam de readmissão em UTI pode chegar a 10% e varia de acordo com o hospital, população estudada e a existência de UCI (Eva *et al.*, 2022).

No HFAG, a taxa média de readmissão em UTI está dentro do intervalo apresentado na literatura para esse indicador de qualidade assistencial. Porém, as consequências negativas refletem em alta complexidade das internações, sobrecarga de trabalho da equipe assistencial e pior desfecho para esses pacientes. Segundo Japiassu *et al.* (2009), as readmissões em UTI na mesma internação hospitalar, são associadas com maior gravidade e mortalidade dos pacientes.

Os fatores que podem levar à necessidade de readmissão na UTI são variados e estão geralmente associados à resolução incompleta da doença de base, presença de comorbidades e idade. No grupo de pacientes readmitidos na UTI, a mortalidade aumenta cerca de 2 a 10 vezes em relação aos que não necessitam de readmissão. Este fato se deve à necessidade de suporte mais avançado e internações mais prolongadas (Eva *et al.*, 2022).

Entre as principais causas relacionadas às readmissões na UTI do HFAG, estão as intercorrências respiratórias e a parada cardiorrespiratória (PCR), condições críticas que levantam a hipótese de alta precoce, relacionada à alta rotatividade para atender a demanda elevada por leitos de UTI.

Dessa forma, tentar rastrear os pacientes de alto risco e criar estratégias para reduzir as readmissões torna-se imperativo. A UCI é uma forma interessante de prevenir essas readmissões, uma vez que torna possível a continuidade de assistência aos pacientes críticos que ainda mantém a necessidade de vigilância e cuidados contínuos. Eva *et al.* (2022) corroboram com esta afirmação quando defendem que encaminhar o paciente crítico para outras unidades como a UCI favorece o tratamento e possibilita um melhor prognóstico. Por sua vez, Japiassú *et al.* (2009) também reforçam esta visão, concluindo que a transferência para unidades de menor complexidade é parte de uma estratégia de prevenção das readmissões na UTI.

Nesse contexto, a UCI se apresenta como uma estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no HFAG, permitindo a redução das readmissões e, por conseguinte, reduzindo as complicações e a mortalidade.

## **2.2 Gestão efetiva dos leitos de UTI a partir da criação da UCI**

Segundo Robert *et al.* (2015), o envelhecimento da população mundial, associado ao aumento da sobrevivência de pacientes com doenças crônicas, aumentou a demanda por leitos de UTI.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), determina que o número ideal de leitos de UTI é de 1 a 3 para um grupo de 10.000 habitantes. No SISAU, temos 293.911 beneficiários, com um total de 64 leitos de UTI distribuídos pelo território nacional, correspondendo assim a uma taxa de 1 a 2 leitos para cada 10.000 beneficiários.

Embora essa taxa esteja dentro dos padrões estabelecidos, é necessária uma efetiva gestão desses leitos para reduzir o tempo de permanência e garantir um fluxo de internações adequado. Sinuff *et al.* (2004), em seu artigo de revisão, apontam que a UCI pode favorecer a triagem dos pacientes críticos, conduzindo à gestão mais adequada dos leitos de UTI.

O tempo de permanência é um indicador de qualidade que avalia o tempo médio em que um paciente permanece internado na UTI. Esse indicador é capaz de avaliar a rotatividade dos leitos e é fato que seu prolongamento pode determinar o atraso na admissão de pacientes críticos na UTI, elevando a mortalidade.

O tempo médio de permanência na UTI do HFAG, no ano de 2022, foi de 5,3 dias. Esse dado é compatível com a média nacional e reflete a gravidade dos pacientes admitidos nesta unidade.

Uma particularidade da UTI do HFAG, que eleva ainda mais a demanda de leitos de UTI, está na assistência de referência de algumas especialidades como Neurocirurgia, Cardiologia Intervencionista, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Torácica. Essas especialidades são concentradas neste hospital e tornam a transferência inter-hospitalar obrigatória para assistência e acompanhamento dos pacientes por estas especialidades.

Portanto, cabe ao médico Intensivista, criar estratégias para aumentar a rotatividade dos leitos, baseando-se na ética, nos critérios de admissão e alta e na redução do tempo de permanência na UTI. A criação de uma UCI no HFAG faz parte dessa estratégia e pode beneficiar os pacientes críticos, ampliando a capacidade de admissão na UTI.

Prezando pela segurança e qualidade de assistência à saúde, existe o entendimento de que a UCI é a unidade ideal para os pacientes em fase de reabilitação após internação em UTI. Ademais, favorece a gestão efetiva de leitos, além de reduzir custos e permitir uma otimização dos recursos.

Substanciando este pensamento, Misset *et al.* (2023) defendem que, uma vez que a UCI esteja disponível, haverá maior segurança do médico intensivista em alocar o paciente na unidade adequada para continuidade de assistência à saúde, o que certamente reflete na redução do tempo de permanência na UTI.

Além disso, a UCI se apresenta como uma unidade capaz de contribuir para um melhor aproveitamento dos recursos hospitalares, reduzindo o uso de UTI para pacientes críticos em recuperação (Misset *et al.*,2023).

Desta forma, a UCI se concretiza como uma estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no HFAG, permitindo uma gestão efetiva dos leitos de UTI através da redução do tempo de permanência na UTI, favorecendo a triagem dos pacientes críticos em recuperação.

### **3 CONCLUSÃO**

A demanda por leitos de UTI é crescente em todo o mundo e se deve à modernização dos recursos tecnológicos e o desenvolvimento de todas as áreas da medicina, levando ao aumento da expectativa de vida da população e da sobrevivência às doenças crônicas.

No HFAG, apesar do número adequado de leitos de UTI em relação aos beneficiários, é necessária uma efetiva gestão destes leitos para garantir um fluxo adequado de internações que permita uma triagem cuidadosa dos pacientes críticos. O tempo de permanência longo e as readmissões em UTI, em uma mesma internação hospitalar, são as consequências negativas quando essa gestão de leitos é ineficaz.

Diante do exposto, este ensaio defendeu a criação da UCI como uma estratégia para ampliar a qualidade da assistência à saúde aos pacientes críticos no HFAG.

Como primeiro argumento, a UCI permite a redução das readmissões e, por conseguinte, das complicações, bem como da mortalidade dos pacientes críticos.

Além disso, a UCI tem papel importante na gestão efetiva dos leitos de UTI, permitindo redução do tempo de permanência, que favorece a triagem dos pacientes críticos em recuperação para esta unidade.

A criação da UCI no HFAG representa uma inovação logística na FAB no que tange à continuidade de assistência aos pacientes críticos em reabilitação. Ademais, está alinhada à missão da Diretoria de Saúde da Aeronáutica (DIRSA) em promover a excelência em atendimento à saúde, otimizando recursos e meios para o apoio aos seus beneficiários.

Nesse contexto, a UCI permite ampliar a qualidade da assistência prestada no âmbito do Comando da Aeronáutica (COMAER), estando alinhada aos objetivos da DIRSA, podendo ser replicada nos hospitais de alta complexidade do SISAU, a fim de proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para os militares e seus beneficiários.

## REFERÊNCIAS

ÁLVAREZ, Eva E. Tejerina et al. Factores de riesgo de reingreso en UCI y análisis de la mortalidad intrahospitalaria. **Medicina Clínica**, v. 158, n. 2, p. 58-64, 2022.

Conselho Federal de Medicina (BR). **Resolução CFM nº2.271**, de 14 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União. 23 abr. 2020; Seção I.p.90. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>. Acesso em: 26 set. 2023.

LINO, Margarete Marques; SILVA, Sandra Cristiane da. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing** (São Paulo), p. 25-29, 2001.

MISSET, Benoît et al. Construction of reference criteria to admit patients to intermediate care units in France: a Delphi survey of intensivists, anaesthesiologists and emergency medicine practitioners (first part of the UNISURC project). **BMJ open**, v. 13, n. 7, p. e072836, 2023.

PARRA, Marcelo Ochoa. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. **Acta Colombiana de Cuidado Intensivo**, v. 17, n. 4, p. 258-268, 2017.

ROBERT, René et al. Influence of ICU-bed availability on ICU admission decisions. **Annals of intensive care**, v. 5, n. 1, p. 1-7, 2015.

SINUFF, Tasnim et al. Rationing critical care beds: a systematic review. **Critical care medicine**, v. 32, n. 7, p. 1588-1597, 2004.