



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2025;6(28):4-7**

Ponto de vista

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v6i28.1145](https://doi.org/10.51723/hrj.v6i28.1145)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 15/12/2024

Aceito: 18/12/2024

Gestão compartilhada e educação permanente em UTI: caminhos para maior qualidade e melhores desfechos? Como implementar em cenários de recursos limitados?

Shared Management and Continuous Education in ICU: Pathways to Higher Quality and Better Outcomes. How to Implement in Resource-Limited Settings?

Lúcio Couro de Oliveira Junior^{1,2*} , Rinaldo Antunes Barros^{1,2} ,
Marta Silva Menezes¹ 

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia-Brasil

² Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana, Bahia-Brasil.

Correspondência: luciocouto@bahiana.edu.br

INTRODUÇÃO

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) publicou recentemente o Censo AMIB 2024¹, onde temos uma excelente descrição do perfil dos profissionais e serviços de saúde no Brasil em terapia intensiva ao longo da última década (2014 a 2024). Mesmo diante do aumento de 307% no número de profissionais médicos especialistas em terapia intensiva (10.039 profissionais especialistas em 2024) e de um aumento expressivo do número de leitos (de 25.898 em 2014 para 43.901 em 2024), foi mantida uma histórica desigualdade na distribuição desses leitos entre os estados ricos e pobres do Brasil, bem como uma desproporção entre número de leitos disponíveis por usuários do SUS e da rede complementar. O cenário atual traz desafios complexos para os gestores de unidades de terapia intensiva localizadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil diante da evidente concentração de leitos e de profissionais especializados nas regiões Sul e Sudeste (Figura 1).

CENÁRIOS DE RECURSOS LIMITADOS

Em cenários de recursos humanos, tecnológicos e materiais limitados, um questionamento frequente que os gestores de UTI têm feito é: “qual a influencia que o perfil de profissionais atuando em terapia intensiva pode ter em desfechos de pacientes críticos^{2,3} e quais estratégias de gestão podem ser usadas para conseguir bons resultados à despeito das limitações?”. Uma série de estudos com esse foco tem mostrado a relevância de alguns fatores organizacionais, sendo os mais frequentemente citados: educação permanente em serviço; especialistas em tempo integral; equipamentos e serviços de apoio; desenvolvimento e implementação de protocolos para processos complexos; uso de tecnologias sustentáveis; tomada de decisão baseada em dados; realização de pesquisas científicas com enfoque nas demandas locais; e presença de enfermeiras(os) com maior autonomia⁴⁻⁸. O Brasil apresenta uma situação bem peculiar no enfrentamento dessa situação de como conseguir melhores resultados com poucos recursos quando avaliamos a situação das equipes de enfermagem, tanto no

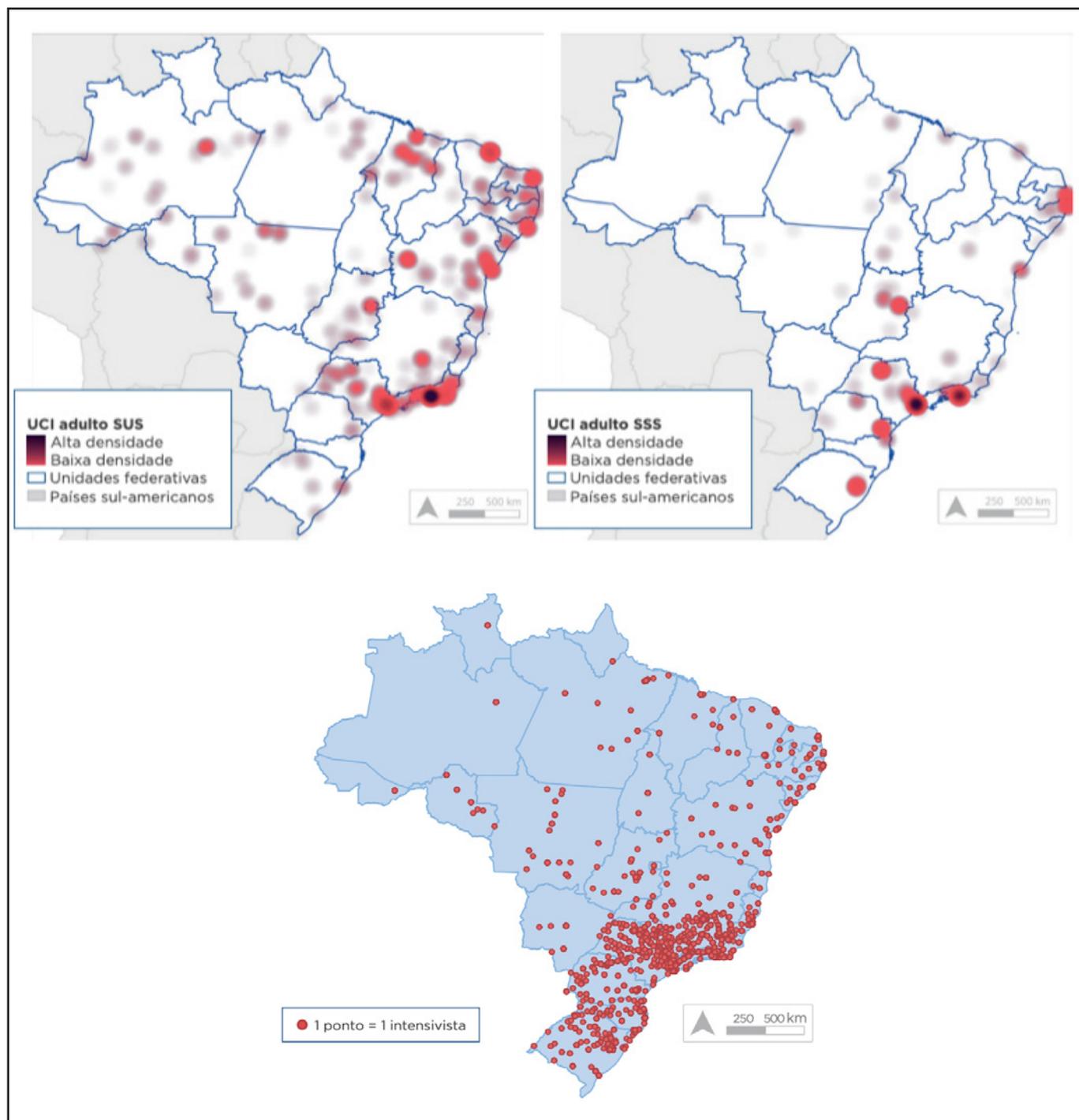


Figura 1 – Densidade leitos SUS e SSS nos estados do Brasil e distribuição de médicos intensivistas, Brasil 2024.

que diz respeito à má remuneração, levando esses profissionais a desmotivação e jornadas exaustivas de trabalho com intuito de complementar renda, quanto em relação a uma proporção de profissionais de enfermagem por leito de UTI inadequada, onde a legislação vigente orienta um profissional de nível superior para cada 10 leitos de UTI. Esse número é bem distante do que é definido nos países de alta renda onde a proporção é de 1:1 até máximo de 3:1 profissionais por paciente⁹.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E GESTÃO COPARTICIPATIVA

O processo de implementação de ferramentas que possam modificar desfechos em cenários de recursos limitados, perpassam portanto em estratégias de gestão coparticipativa, onde o colaborador ganha motivação ao ter voz no direcionamento das ações definidas pela alta gestão, sendo contemplados e valorizados em suas demandas e também por implementação de programas de educação permanente, uma

vez que, como anteriormente relatado, quanto mais distante dos grandes centros, menor o número de profissionais especialistas em doente crítico (intensivistas) sendo indispensável capacitar a mão de obra não especializada que se apresenta. Ao tentar aplicar essas ferramentas, o gestor esbarra em algumas dificuldades: quais as melhores evidências? Quais as ferramentas validadas e custo-efetivas quando aplicadas à sua própria realidade?

No que diz respeito à melhoria do trabalho da enfermagem, é importante citar o exemplo do Vanderbilt University Medical Center, nos Estados Unidos, onde foi criada uma força tarefa com alvo em desenvolvimento de lideranças através de governança coparticipativa com empoderamento da enfermagem em busca de maior satisfação do colaborador e melhores resultados para a instituição. O caminho descrito para tanto, se dá através de: comunicação, oportunidade de aprender e crescer, foco em resultado e cooperação e claro, ofertar os recursos necessários para o trabalho, incluindo o suporte das lideranças¹⁰. Ao pesquisar sobre gestão coparticipativa em unidades de terapia intensiva, é surpreendente como o enfoque é totalmente direcionado à equipe de enfermagem, estando a maioria esmagadora das publicações nas revistas específicas da enfermagem em UTI, mesmo sendo a UTI o ambiente de maior multidisciplinaridade de qualquer hospital. Esse enfoque e esse alcance da coparticipação devem abranger a todos os colaboradores de todos os seguimentos: enfermagem, medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, odontologia, serviço social, setores administrativos e outros atores

relevantes nesse contexto multi e interdisciplinar da terapia intensiva¹¹.

Será necessário olhar para além dos “muros” das UTIs, aprendendo a aplicar ferramentas de gestão do universo da administração tradicional de empresas no dia a dia das UTIs, por exemplo: realizar uma pesquisa de clima organizacional, onde através de um questionário padronizado e anônimo, toda equipe pode se manifestar em relação a fatores motivacionais e às demandas de capacitação no dia a dia, partindo do ponto de vista e da necessidade do profissional que está diretamente na assistência¹².

CONCLUSÃO

Por fim, ao falar da educação permanente, também é fundamental que os gestores busquem formatos de capacitação, de treinamento em serviço em confluência com o que é preconizado pela pedagogia moderna, adequando as estratégias educacionais às mudanças comportamentais das gerações ao longo dos anos, levando em conta a necessidade de passar informações de forma mais assertiva, objetiva e que faça sentido para quem recebe o treinamento. Entram nessa proposição atividades educativas com simulação realística, treinamento “beira leito”, rodas de conversa com diferentes setores do hospital, dentre outros mecanismos de aprendizado com eficácia comprovada. O desafio está posto todos os dias, cabe ao gestor buscar o caminho onde encontrará os melhores desfechos, após a implementação das melhores estratégias.

REFERÊNCIAS

1. Cassenote A et al. A Medicina Intensiva no Brasil: perfil dos profissionais e serviços de saúde. [Internet]. 2024. 155 p. Disponível em: <https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/amib-portal/wp-content/uploads/2024/11/12174905/AMIB-Censo-2024-NOV-12-1.pdf>
2. Provonost P, Angus DC, Dorman T, Bobinson K, Dremsizov T, Young T. Physician Staffing Patterns and. *Jama*. 2002;288(17):2151-62.
3. Zampieri FG, Salluh JIF, Azevedo LCP, Kahn JM, Damiani LP, Borges LP et al. ICU staffing feature phenotypes and their relationship with patients' outcomes: an unsupervised machine learning analysis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2019;45(11):1599-607. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05790-z>
4. Nguyen YL, Wunsch H, Angus DC. Critical care: The impact of organization and management on outcomes. *Curr Opin Crit Care*. 2010;16(5):487-92.

5. Soares M, Bozza FA, Angus DC, Japiassú AM, Viana WN, Costa R et al. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med.* 2015;41(12):2149-60.
6. Haniffa R, Lubell Y, Cooper BS, Mohanty S, Alam S, Karki A et al. Impact of a structured ICU training programme in resource-limited settings in Asia. *PLoS One.* 2017;12(3):1-13.
7. Vukoja M, Riviello E, Gavrilovic S, Adhikari NKJ, Kashyap R, Bhagwanjee S et al. A survey on critical care resources and practices in low- and middle-income countries. *Glob Heart [Internet].* 2014;9(3):337-342. E5. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gheart.2014.08.002>
8. Riviello ED, Letchford S, Achieng L, Newton MW. Critical care in resource-poor settings: Lessons learned and future directions. Vol. 39, *Critical Care Medicine.* 2011. 860-867 p.
9. Barreto BB, Luz M, Gusmao-Flores D. Sedation targets in the ICU: thinking beyond protocols. *Lancet Respir Med [Internet].* 2024;2600(24):1-2. Available from:
[http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(24\)00221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00221-2)
10. Moore SC, Hutchison SA. Developing leaders at every level: Accountability and empowerment actualized through shared governance. *J Nurs Adm.* 2007;37(12):564-8.
11. Muller M. Participative management in health care services. *Curationis.* 1995;18(1):15-21.
12. Bry A, Wigert H. Organizational climate and interpersonal interactions among registered nurses in a neonatal intensive care unit: A qualitative study. *J Nurs Manag.* 2022;30(6):2031-8.

