

White Paper AMIB

ATUALIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS PARA CERTIFICAÇÃO DAS UTIS BRASILEIRAS

Dez anos de evolução em qualidade, transparência e medicina intensiva baseada em valor

Apresentação

A avaliação sistemática da qualidade assistencial constitui um dos pilares da medicina intensiva contemporânea. Nas últimas décadas, a crescente complexidade do cuidado ao paciente crítico, a incorporação de tecnologias avançadas, a necessidade de utilização racional dos recursos e a demanda crescente por transparência impulsionaram o desenvolvimento de modelos cada vez mais robustos de avaliação de desempenho em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Nesse cenário, programas nacionais de benchmarking clínico e certificação institucional passaram a desempenhar papel estratégico na promoção da melhoria contínua da qualidade, permitindo que as instituições avaliem seus resultados de forma objetiva, ajustada pela gravidade dos pacientes e comparável com padrões nacionais e internacionais. Mais do que reconhecer desempenho, esses programas estimulam a adoção de boas práticas assistenciais, fortalecem a governança clínica e contribuem para uma cultura permanente de aprendizado e aperfeiçoamento.

Criado em 2015 pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), em parceria com a Epimed Solutions, o Programa UTIs Brasileiras consolidou-se como a maior iniciativa nacional de benchmarking em terapia intensiva e uma das maiores bases de dados clínicos de pacientes críticos do mundo. Ao longo de sua primeira década, o Programa permitiu acompanhar a evolução da qualidade assistencial em centenas de UTIs brasileiras e estabeleceu referenciais objetivos para avaliação do desempenho institucional.

A certificação **UTI Top Performer** e **UTI Eficiente**, instituída em 2017, representa a expressão mais visível desse compromisso. Baseada em indicadores ajustados por gravidade e em metodologia científica transparente, a certificação reconhece unidades que

demonstram excelência simultaneamente em qualidade assistencial e eficiência na utilização dos recursos. Nos últimos anos, a crescente divulgação pública das unidades certificadas ampliou significativamente seu impacto institucional, tornando-a um importante referencial para hospitais, gestores, profissionais de saúde e sociedade.

Com esse reconhecimento, aumenta também a responsabilidade institucional da AMIB. Uma certificação de excelência deve permanecer permanentemente alinhada às melhores evidências científicas, aos avanços metodológicos da avaliação de desempenho e ao marco regulatório que disciplina a organização da terapia intensiva brasileira. Assim como evoluem a ciência, os modelos prognósticos, a organização dos serviços e a regulamentação profissional, devem evoluir os critérios que sustentam uma certificação de excelência.

Este White Paper apresenta os princípios científicos, metodológicos e regulatórios que fundamentam a Certificação do Programa UTIs Brasileiras e estabelece as diretrizes que orientarão sua evolução. Mais do que descrever critérios operacionais, o documento reafirma o compromisso da AMIB com uma certificação baseada em evidências, metodologicamente robusta, transparente e alinhada aos mais elevados padrões de qualidade assistencial.

As atualizações propostas não representam uma mudança de filosofia do Programa. Ao contrário, constituem a evolução natural de uma certificação comprometida com a melhoria contínua, a segurança do paciente, a excelência profissional e a credibilidade do reconhecimento conferido às UTIs brasileiras.

1. Introdução

A melhoria da qualidade em terapia intensiva depende, fundamentalmente, da capacidade de medir resultados de forma confiável, interpretá-los adequadamente e transformá-los em oportunidades concretas de aprimoramento assistencial. Nesse contexto, a avaliação de desempenho baseada em indicadores ajustados por risco tornou-se uma das principais ferramentas para reduzir a variabilidade da prática clínica, fortalecer a governança institucional e promover melhores desfechos para pacientes críticos.

Entretanto, a simples mensuração de indicadores não é suficiente. Sistemas de benchmarking e certificação somente produzem comparações válidas quando fundamentados em três elementos essenciais: modelos prognósticos adequadamente

calibrados, bases de dados consistentes e critérios transparentes de avaliação. À medida que esses elementos evoluem, torna-se igualmente necessário revisar os processos de certificação para preservar sua validade científica e sua credibilidade institucional.

Nas últimas duas décadas, a medicina intensiva incorporou o conceito de **valor em saúde**, segundo o qual excelência assistencial resulta da integração entre qualidade clínica, segurança do paciente, utilização eficiente dos recursos e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Sob essa perspectiva, programas de certificação deixaram de representar apenas instrumentos de reconhecimento institucional e passaram a constituir importantes mecanismos de indução da qualidade, estimulando a adoção de boas práticas assistenciais e a melhoria contínua dos processos de cuidado.

Uma certificação de excelência, entretanto, pressupõe responsabilidade permanente de atualização. Na terapia intensiva, onde modelos prognósticos são utilizados na análise de desempenho das UTIs, é fundamental monitorar se a acurácia destes modelos continua adequada. É esperado que os modelos prognósticos sofram perda progressiva de calibração em decorrência das mudanças das características epidemiológicas e dos avanços terapêuticos, e também das evidências científicas que modificam a compreensão sobre organização das UTIs. Desta forma, marcos regulatórios devem evoluir para refletir novas exigências de qualificação profissional, segurança assistencial e governança clínica. Permanecer inalterada diante dessas transformações comprometeria a robustez metodológica e a credibilidade da própria certificação.

É nesse contexto que se insere o presente White Paper. Elaborado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, este documento estabelece os princípios científicos, regulatórios e metodológicos que norteiam a Certificação do Programa UTIs Brasileiras e fundamenta sua evolução à luz das melhores evidências disponíveis. As atualizações aqui propostas representam a aplicação prática desses princípios, preservando a estabilidade do Programa e assegurando que o reconhecimento conferido pela AMIB continue refletindo os mais elevados padrões de qualidade da terapia intensiva brasileira.

2. Evolução da avaliação da qualidade em terapia intensiva

A avaliação do desempenho em terapia intensiva passou por profunda transformação nas últimas quatro décadas. Inicialmente baseada em indicadores brutos de mortalidade e

duração da internação, evoluiu progressivamente para modelos capazes de integrar ajuste de risco, utilização de recursos, benchmarking institucional e avaliação da qualidade baseada em valor.

O desenvolvimento dos primeiros escores prognósticos, como o APACHE e posteriormente o SAPS, representou um marco ao permitir que pacientes com diferentes graus de gravidade fossem comparados de maneira mais justa. A introdução da Razão de Mortalidade Padronizada (Standardized Mortality Ratio – SMR) consolidou essa abordagem, tornando possível distinguir diferenças relacionadas à qualidade assistencial daquelas decorrentes do perfil clínico da população atendida.

A evolução seguinte ocorreu quando se reconheceu que a qualidade não poderia ser analisada isoladamente da eficiência no uso de recursos. Em 2007, Rothen e colaboradores propuseram a utilização conjunta da mortalidade ajustada por gravidade e da utilização padronizada de recursos (refletida pelos dias de internação na UTI), demonstrando que a combinação desses indicadores permitia identificar unidades capazes de alcançar melhores resultados clínicos utilizando os recursos de forma mais eficiente. Esse trabalho estabeleceu as bases conceituais da avaliação da terapia intensiva orientada por valor e influenciou programas de benchmarking desenvolvidos em diversos países.

No Brasil, o estudo ORCHESTRA consolidou essa abordagem ao demonstrar, em uma ampla coorte multicêntrica, que características organizacionais das UTIs — como liderança estruturada, implementação de protocolos e maturidade dos processos assistenciais — associavam-se independentemente à redução da mortalidade e à maior eficiência na utilização dos recursos. Esses achados reforçaram que a excelência em terapia intensiva resulta da integração entre estrutura, organização, competências profissionais e resultados clínicos, fornecendo a base científica para programas nacionais de benchmarking e certificação.

Paralelamente, registros clínicos nacionais tornaram-se instrumentos estratégicos para melhoria da qualidade em diversos países. Além de permitirem comparações ajustadas por risco, esses registros passaram a apoiar pesquisa clínica, desenvolvimento de indicadores, avaliação de políticas públicas e aperfeiçoamento contínuo da assistência. O Programa UTIs Brasileiras insere-se nesse movimento internacional, adaptando esses conceitos à realidade

brasileira e constituindo atualmente uma das maiores bases nacionais de dados em terapia intensiva.

3. O Programa UTIs Brasileiras: benchmarking, qualidade e certificação

O Programa UTIs Brasileiras foi criado em 2015 pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), em parceria com a Epimed Solutions, com o propósito de promover a melhoria contínua da qualidade da terapia intensiva por meio da análise sistemática de indicadores clínicos, benchmarking ajustado por risco e avaliação objetiva do desempenho institucional.

Sua concepção baseou-se em princípios amplamente consolidados na literatura internacional: comparar resultados apenas é útil quando as comparações são justas, cientificamente robustas e realizadas entre populações semelhantes. Por essa razão, desde sua origem o Programa incorporou modelos prognósticos validados, indicadores padronizados e metodologia estatística capaz de ajustar as diferenças de gravidade entre os pacientes atendidos pelas diversas instituições participantes.

Ao longo da última década, o Programa evoluiu de uma plataforma de benchmarking para um verdadeiro instrumento nacional de governança clínica, melhoria da qualidade e produção de conhecimento. A dimensão da base de dados construída permitiu não apenas o acompanhamento da evolução da terapia intensiva brasileira, mas também o desenvolvimento de novos modelos prognósticos, estudos multicêntricos e indicadores específicos para avaliação do desempenho institucional.

A criação da certificação **UTI Top Performer** e **UTI Eficiente**, em 2017, representou a evolução natural desse processo. A certificação passou a reconhecer unidades que demonstram desempenho superior em qualidade assistencial e eficiência operacional, utilizando critérios transparentes, indicadores ajustados por risco e metodologia estatística padronizada.

Ao completar dez anos, o Programa UTIs Brasileiras alcançou um novo estágio de maturidade. A ampla utilização de seus indicadores, a crescente visibilidade pública da certificação e a evolução simultânea das evidências científicas e do marco regulatório brasileiro tornam necessária a atualização periódica de seus critérios. Essa atualização não

representa uma mudança de paradigma, mas a reafirmação de um compromisso permanente com a excelência, a transparência, a robustez metodológica e a melhoria contínua da qualidade da terapia intensiva brasileira.

4. Os princípios científicos que fundamentam a Certificação do Programa UTIs Brasileiras

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras está fundamentada em um princípio central da moderna avaliação da qualidade em saúde: **os resultados assistenciais somente podem ser comparados de forma justa quando interpretados à luz da complexidade dos pacientes atendidos e da utilização dos recursos empregados para alcançar esses resultados.**

Esse conceito representa uma profunda evolução na forma de avaliar o desempenho das unidades de terapia intensiva. Historicamente, indicadores isolados, como mortalidade hospitalar ou a duração de internação, foram utilizados como marcadores de qualidade. Entretanto, a experiência acumulada ao longo das últimas décadas demonstrou que nenhuma dessas métricas, analisada isoladamente, é capaz de refletir adequadamente o desempenho institucional.

Uma unidade que atende pacientes de maior gravidade poderá apresentar mortalidade absoluta superior à de outra unidade, sem que isso represente pior qualidade assistencial. Da mesma forma, resultados clínicos semelhantes podem ser obtidos com diferentes níveis de utilização de recursos, refletindo distintos graus de eficiência organizacional.

Essas limitações levaram ao desenvolvimento de modelos de avaliação baseados em risco, nos quais qualidade assistencial e eficiência operacional passaram a ser analisadas de forma integrada. Esse paradigma, hoje amplamente adotado internacionalmente, constitui o fundamento metodológico do Programa UTIs Brasileiras e orienta todos os seus processos de benchmarking e certificação.

Mais do que reconhecer desempenho, a certificação busca identificar instituições capazes de oferecer assistência segura, efetiva e eficiente para populações de pacientes comparáveis, promovendo melhoria contínua da qualidade e redução da variabilidade assistencial.

4.1 Benchmarking como instrumento de melhoria da qualidade

O benchmarking representa um dos mais importantes instrumentos de governança clínica desenvolvidos pela medicina intensiva contemporânea.

Seu propósito não é estabelecer rankings ou promover competição entre instituições. Ao contrário, consiste em um processo sistemático de aprendizagem, no qual unidades com características assistenciais semelhantes comparam seus resultados utilizando indicadores padronizados e metodologias estatísticas uniformes, identificando oportunidades de melhoria e disseminando boas práticas.

A literatura internacional demonstra que programas nacionais de benchmarking produzem benefícios que ultrapassam a simples comparação de indicadores. Eles favorecem a padronização da assistência, estimulam a implantação de protocolos clínicos, fortalecem a cultura de segurança do paciente e permitem monitorar longitudinalmente o impacto das intervenções destinadas à melhoria da qualidade.

Entretanto, benchmarking somente produz comparações válidas quando sustentado por três requisitos fundamentais:

- qualidade e integridade da base de dados;
- ajuste adequado da gravidade dos pacientes;
- metodologia estatística robusta e transparente.

Esses três princípios norteiam o Programa UTIs Brasileiras desde sua criação.

4.2 Da mortalidade ajustada ao conceito de valor

A utilização da Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP), correspondente ao *Standardized Mortality Ratio* (SMR), representa um dos maiores avanços da avaliação da qualidade em terapia intensiva.

Ao comparar a mortalidade observada com aquela esperada segundo modelos prognósticos ajustados pela gravidade, esse indicador permite avaliar o desempenho assistencial de forma muito mais equitativa do que a simples mortalidade bruta. Entretanto, a qualidade da assistência não pode ser dissociada da forma como os recursos são utilizados para alcançar esses resultados.

A crescente preocupação com sustentabilidade dos sistemas de saúde levou à incorporação da Taxa de Utilização de Recursos Padronizada (TURP), correspondente ao conceito internacional de *Standardized Resource Use* (SRU), que estima a eficiência assistencial ajustando a utilização de recursos à gravidade dos pacientes.

A integração entre TMP e TURP permitiu consolidar o conceito contemporâneo de **valor em terapia intensiva**, segundo o qual excelência assistencial resulta da obtenção dos melhores desfechos possíveis utilizando os recursos de forma racional, segura e sustentável.

Esse conceito constitui o principal fundamento metodológico da Certificação do Programa UTIs Brasileiras.

4.3 A matriz de qualidade e eficiência

A combinação entre qualidade assistencial e eficiência operacional é representada pela matriz TMP × TURP, originalmente proposta por Rothen e posteriormente incorporada ao Programa UTIs Brasileiras.

Essa matriz supera a interpretação baseada em indicadores isolados ao integrar simultaneamente duas dimensões complementares do desempenho institucional.

Seu objetivo não é classificar hospitais em vencedores e perdedores, mas compreender diferentes perfis de desempenho e orientar programas de melhoria contínua.

Nesse modelo, as unidades podem apresentar quatro padrões distintos:

- alta qualidade e alta eficiência;
- alta qualidade com menor eficiência;
- maior eficiência com qualidade inferior ao esperado;
- baixa qualidade e baixa eficiência.

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras reconhece as instituições que demonstram desempenho consistente na combinação dessas duas dimensões, privilegiando uma visão abrangente da excelência assistencial.

Figura 1. Matriz de qualidade e eficiência

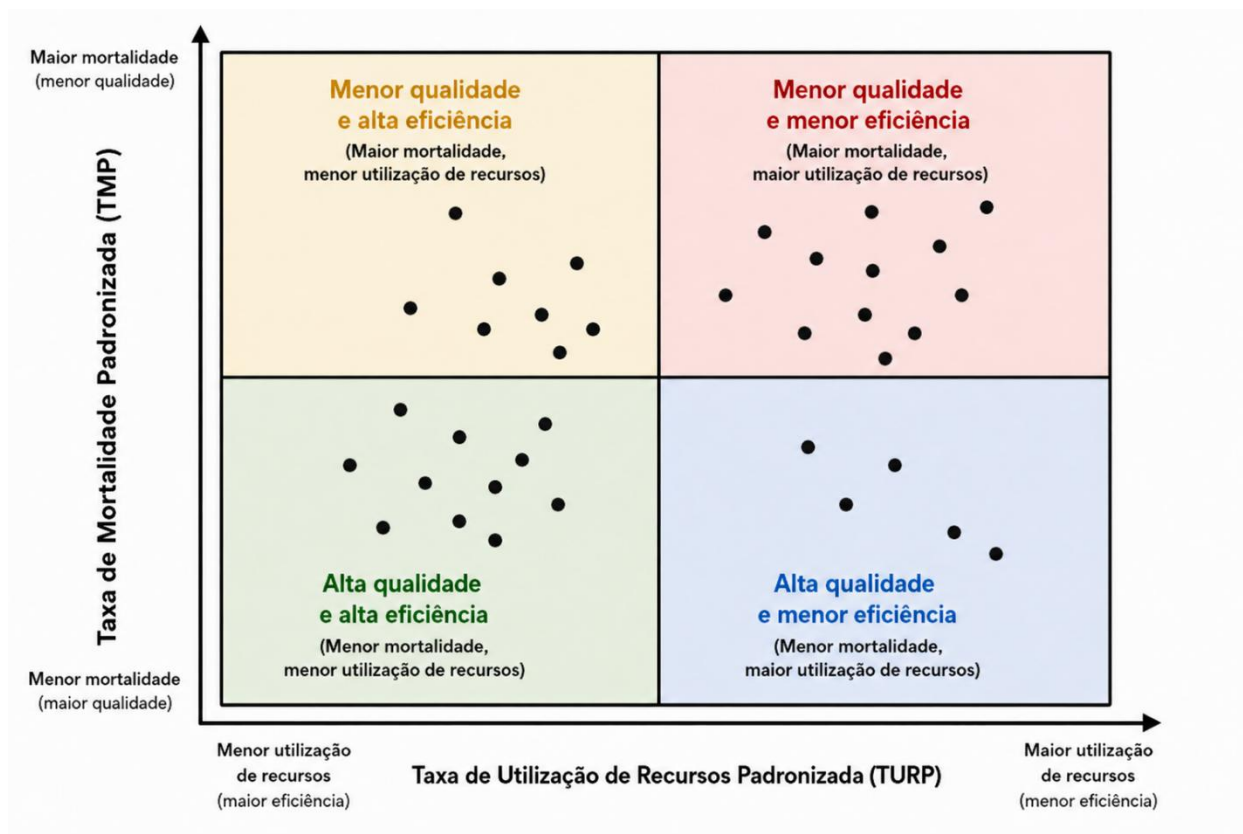


Figura 1. Matriz de qualidade e eficiência utilizada na Certificação do Programa UTIs Brasileiras. A integração entre a **Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP)** e a **Taxa de Utilização de Recursos Padronizada (TURP)** permite avaliar simultaneamente a qualidade assistencial e a eficiência operacional das unidades participantes. O quadrante inferior esquerdo representa o melhor desempenho, caracterizado por menor mortalidade ajustada ao risco e menor utilização padronizada de recursos. A matriz constitui o principal fundamento metodológico da Certificação do Programa UTIs Brasileiras, permitindo comparações equitativas entre unidades com diferentes perfis de gravidade e promovendo uma avaliação baseada em valor. **Adaptada do modelo proposto por Rothen et al.**

5. A construção das evidências que sustentam a Certificação

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras não foi concebida a partir de consenso de especialistas ou de decisões administrativas. Ela representa a aplicação, à realidade brasileira, de um modelo científico de avaliação de desempenho desenvolvido ao longo das últimas duas décadas e progressivamente validado em diferentes sistemas de saúde.

Sua evolução pode ser compreendida em três etapas complementares.

5.1 A construção do modelo internacional

Em 2007, Rothen e colaboradores publicaram um estudo envolvendo 275 unidades de terapia intensiva de diferentes países, demonstrando que mortalidade ajustada por gravidade e utilização padronizada de recursos deveriam ser interpretadas de maneira integrada.

Esse trabalho introduziu um novo paradigma para avaliação institucional ao demonstrar que unidades capazes de alcançar melhores resultados utilizando os recursos de forma mais eficiente representavam o maior valor assistencial.

Mais importante do que propor novos indicadores, o estudo estabeleceu uma nova filosofia para avaliação da qualidade em terapia intensiva: excelência não significa apenas sobreviver mais, mas oferecer melhores resultados utilizando adequadamente os recursos disponíveis.

Esse conceito permanece, até hoje, como a principal base metodológica dos programas internacionais de benchmarking em terapia intensiva.

5.2 A validação brasileira

A aplicabilidade desse modelo foi confirmada na realidade brasileira pelo estudo ORCHESTRA, envolvendo aproximadamente 60 mil pacientes internados em 78 unidades de terapia intensiva.

Além de demonstrar ampla variabilidade entre os serviços, o estudo evidenciou que características organizacionais influenciam diretamente os desfechos clínicos e a eficiência assistencial.

Protocolos clínicos estruturados, liderança organizada, equipes multiprofissionais integradas e processos assistenciais maduros associaram-se independentemente à redução da mortalidade ajustada e à melhor utilização dos recursos.

O estudo ORCHESTRA produziu uma contribuição adicional de enorme relevância: demonstrou que qualidade e eficiência não são objetivos concorrentes, mas dimensões complementares de uma mesma estratégia de organização da terapia intensiva.

Esses resultados forneceram a principal sustentação científica nacional para o desenvolvimento do Programa UTIs Brasileiras.

5.3 O Programa UTIs Brasileiras como evolução desse modelo

O Programa UTIs Brasileiras representa a consolidação brasileira desse modelo contemporâneo de avaliação da qualidade.

Ao longo de uma década, o Programa reuniu uma das maiores bases de dados clínicos em terapia intensiva do mundo, permitindo que benchmarking, pesquisa clínica, avaliação de desempenho e certificação passassem a compartilhar uma mesma infraestrutura metodológica.

Esse processo também permitiu que a própria certificação evoluísse.

Os desenvolvimentos de uma versão customizada do escore **SAPS 3 (SAPS 3 Customizado)** e do **Epimed Prediction Model (EPM)** pela Epimed Solutions, nossa parceira no Programa, e a crescente produção científica derivada da base nacional demonstram que a certificação deve acompanhar a evolução do conhecimento científico.

Da mesma forma, a consolidação das evidências sobre organização das UTIs, liderança clínica, competências profissionais e governança assistencial reforça que a excelência institucional depende não apenas dos resultados alcançados, mas também da capacidade de sustentá-los por meio de processos organizacionais robustos e lideranças qualificadas.

É exatamente essa evolução científica que fundamenta as atualizações propostas neste White Paper. Elas não representam uma mudança de filosofia da Certificação do Programa UTIs Brasileiras, mas a continuidade natural de um modelo comprometido com rigor metodológico, melhoria contínua e alinhamento permanente às melhores evidências científicas.

6. Princípios que regem a Certificação do Programa UTIs Brasileiras

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras constitui um instrumento de reconhecimento da excelência assistencial baseado em evidências científicas, benchmarking ajustado por risco e melhoria contínua da qualidade. Seu objetivo não é apenas distinguir unidades de terapia

intensiva (UTIs) com desempenho superior, mas estimular a adoção de práticas capazes de promover melhores desfechos clínicos, maior eficiência na utilização dos recursos e fortalecimento da governança clínica.

A credibilidade de uma certificação depende diretamente da robustez dos princípios que a sustentam. Por essa razão, o Programa UTIs Brasileiras foi concebido sobre fundamentos metodológicos alinhados às melhores práticas internacionais de avaliação da qualidade em terapia intensiva. Esses princípios orientam não apenas os critérios atuais de certificação, mas também todas as futuras revisões metodológicas do Programa.

6.1 Princípio da robustez científica

Todos os indicadores utilizados na Certificação do Programa UTIs Brasileiras devem estar fundamentados em evidências científicas consistentes e em modelos metodológicos validados. A seleção dos indicadores de desempenho, dos modelos prognósticos e dos métodos estatísticos empregados deve refletir o estado da arte do conhecimento em medicina intensiva e avaliação da qualidade.

Da mesma forma, a evolução das evidências científicas deve ser acompanhada por revisões periódicas da metodologia utilizada pelo Programa, garantindo que a certificação permaneça cientificamente atualizada e metodologicamente robusta.

6.2 Princípio da comparabilidade

O benchmarking somente produz comparações válidas quando instituições com características assistenciais semelhantes são avaliadas utilizando critérios homogêneos e modelos adequadamente ajustados ao risco.

Para preservar esse princípio, o Programa UTIs Brasileiras utiliza modelos prognósticos validados, indicadores padronizados e segmentação metodológica das unidades participantes, reduzindo vieses decorrentes de diferenças no perfil epidemiológico dos pacientes.

Nesse contexto, as unidades participantes são classificadas, exclusivamente para fins de benchmarking e certificação, em dois grupos metodológicos:

- **UTIs Gerais**, que atendem predominantemente pacientes clínicos, cirúrgicos ou mistos;
- **UTIs Cardiológicas**, definidas como aquelas em que mais de 50% das admissões anuais correspondem a pacientes com diagnóstico principal de natureza cardiovascular, segundo a classificação diagnóstica padronizada do sistema Epimed Monitor.

Essa classificação possui finalidade exclusivamente metodológica e não substitui nem modifica as definições sanitárias, administrativas ou assistenciais estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelo Ministério da Saúde ou pelo Conselho Federal de Medicina. Seu propósito é assegurar que cada unidade seja comparada com serviços de perfil assistencial semelhante, aumentando a precisão das análises e a validade do benchmarking.

6.3 Princípio da qualidade dos dados

A qualidade do benchmarking depende da qualidade das informações que o sustentam. Indicadores confiáveis somente podem ser obtidos a partir de bases de dados completas, consistentes e submetidas a processos sistemáticos de validação.

Por esse motivo, a elegibilidade para a certificação pressupõe o atendimento de requisitos mínimos relacionados à integridade da base de dados, incluindo registro contínuo dos pacientes, elevada completude das variáveis utilizadas no ajuste de risco, consistência dos desfechos clínicos e volume assistencial suficiente para garantir estabilidade estatística das análises.

Esses critérios representam condições essenciais para que os indicadores reflitam de forma fidedigna o desempenho assistencial de cada unidade e permitam comparações justas entre instituições.

6.4 Princípio da avaliação baseada em valor

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras adota o conceito contemporâneo de **valor em saúde**, segundo o qual a excelência assistencial resulta da combinação entre qualidade clínica, segurança do paciente e utilização racional dos recursos disponíveis.

Por essa razão, o desempenho institucional é avaliado por meio da integração entre a **Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP)** e a **Taxa de Utilização de Recursos Padronizada (TURP)**, indicadores que refletem, respectivamente, a qualidade dos desfechos clínicos e a eficiência operacional das unidades participantes.

Essa abordagem evita interpretações baseadas em indicadores isolados e permite reconhecer instituições capazes de oferecer assistência de elevada qualidade utilizando os recursos de forma eficiente e sustentável.

As categorias **UTI Top Performer** e **UTI Eficiente** representam diferentes níveis de excelência dentro desse modelo de avaliação integrada, segundo critérios estatísticos previamente definidos e revisados periodicamente pelo Comitê Científico do Programa.

6.5 Princípio da transparência e da melhoria contínua

A confiança depositada na Certificação do Programa UTIs Brasileiras depende da transparência de seus critérios e da previsibilidade de sua evolução metodológica.

Todos os critérios de elegibilidade, indicadores de desempenho, modelos prognósticos e procedimentos de certificação devem ser públicos, tecnicamente fundamentados e aplicados de forma uniforme a todas as instituições participantes.

Da mesma forma, a certificação deve ser entendida como um processo dinâmico de melhoria contínua. À medida que novas evidências científicas, novos modelos prognósticos ou alterações relevantes do marco regulatório demonstrarem a necessidade de aperfeiçoamento, caberá à Associação de Medicina Intensiva Brasileira promover a atualização dos critérios de certificação, preservando simultaneamente a estabilidade metodológica, a comparabilidade histórica dos indicadores e a credibilidade institucional do Programa.

7. Fundamentação científica, regulatória e institucional da evolução da Certificação

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras foi concebida como um sistema dinâmico de reconhecimento da excelência em terapia intensiva. Como toda iniciativa baseada em evidências, seus critérios não podem permanecer estáticos diante da evolução do

conhecimento científico, da organização dos serviços de saúde, dos modelos de avaliação de desempenho e do marco regulatório que disciplina a assistência ao paciente crítico.

Ao longo da última década, observou-se uma convergência entre quatro movimentos independentes, porém complementares. O primeiro foi a consolidação internacional do benchmarking ajustado por risco como instrumento de melhoria contínua da qualidade. O segundo foi o amadurecimento do próprio Programa UTIs Brasileiras, que passou a reunir uma das maiores bases de dados clínicos de pacientes críticos do mundo e consolidou a certificação como referência nacional de excelência em terapia intensiva. O terceiro correspondeu à evolução dos modelos prognósticos, impulsionada por evidências demonstrando a necessidade de recalibração periódica para preservar a acurácia da avaliação de desempenho. Finalmente, o quarto movimento foi a atualização progressiva do marco regulatório brasileiro, que fortaleceu os conceitos de governança clínica, qualificação profissional e responsabilidade técnica nas unidades de terapia intensiva.

A atualização da Certificação do Programa UTIs Brasileiras representa a convergência natural desses quatro movimentos e reafirma o compromisso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) com uma certificação permanentemente alinhada às melhores evidências científicas, aos avanços metodológicos e às normas regulatórias vigentes.

7.1 O amadurecimento do Programa UTIs Brasileiras

Desde sua criação, em 2015, o Programa UTIs Brasileiras evoluiu de uma plataforma nacional de benchmarking para um dos principais instrumentos de avaliação da qualidade em terapia intensiva na América Latina. O crescimento progressivo da base de dados, a participação de centenas de unidades de diferentes perfis assistenciais e a produção científica derivada desse registro permitiram estabelecer referenciais nacionais robustos para comparação de desempenho e melhoria contínua da qualidade.

A criação dos selos **UTI Top Performer** e **UTI Eficiente**, em 2017, representou um passo adicional nessa evolução. Inicialmente concebida como um mecanismo de reconhecimento institucional, a certificação adquiriu crescente relevância para hospitais, gestores, profissionais de saúde, operadoras e sociedade, tornando-se um importante indicador público de excelência assistencial.

Essa maior visibilidade ampliou, de forma proporcional, a responsabilidade institucional da AMIB. Quanto maior a credibilidade atribuída a uma certificação, maior deve ser o rigor científico, metodológico e regulatório dos critérios que a sustentam. A preservação dessa credibilidade exige um processo permanente de revisão e atualização, compatível com a evolução da medicina intensiva contemporânea.

7.2 A evolução das evidências científicas

A literatura internacional consolidou, nas últimas duas décadas, o entendimento de que programas nacionais de registros clínicos constituem instrumentos estratégicos para melhoria da qualidade em terapia intensiva. Além de permitirem benchmarking ajustado por risco, esses registros favorecem o monitoramento longitudinal dos indicadores, a redução da variabilidade assistencial, a avaliação de políticas públicas e a geração de conhecimento científico.

Nesse contexto, a avaliação do desempenho institucional deixou de ser compreendida como um exercício meramente descritivo e passou a integrar o ciclo contínuo de melhoria da qualidade. A própria evolução do Programa UTIs Brasileiras ilustra esse processo, permitindo que os dados gerados pela prática assistencial retornem ao sistema sob a forma de novos modelos prognósticos, indicadores mais robustos e aperfeiçoamento contínuo da metodologia de certificação.

Esse conceito impõe uma consequência inevitável: uma certificação baseada em evidências deve evoluir na mesma velocidade em que evoluem as evidências que a sustentam.

7.3 A evolução do marco regulatório brasileiro

Paralelamente aos avanços científicos, observou-se importante evolução do marco regulatório aplicável às unidades de terapia intensiva.

A RDC nº 7/2010 estabeleceu os requisitos mínimos para funcionamento das UTIs brasileiras, posteriormente atualizados pela RDC nº 137/2017, que atribuiu aos Conselhos Profissionais e às Associações de Especialidade reconhecidas papel central na definição das qualificações técnicas necessárias para atuação nas unidades de terapia intensiva.

Na esfera assistencial, a Portaria GM/MS nº 2.862/2023 atualizou os critérios nacionais para organização e habilitação das UTIs no Sistema Único de Saúde, reforçando a necessidade de conformidade com os requisitos sanitários e de qualificação profissional.

Sob a perspectiva ética e profissional, as Resoluções CFM nº 2.271/2020 e nº 2.422/2025 consolidaram o entendimento de que a responsabilidade técnica pelas unidades de terapia intensiva deve ser exercida por médico especialista em Medicina Intensiva, reconhecendo que a crescente complexidade clínica, tecnológica e organizacional dessas unidades exige liderança técnica com formação específica.

Esse processo regulatório apresenta notável convergência com os achados da literatura científica. Enquanto os estudos demonstram que liderança qualificada, protocolos estruturados e governança clínica associam-se a melhores desfechos assistenciais, as normas sanitárias e éticas incorporam esses conceitos ao estabelecer requisitos mínimos para organização e funcionamento das UTIs.

O próprio **Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI)** da Anvisa reflete essa evolução ao posicionar a qualificação do Responsável Técnico entre os primeiros elementos avaliados durante as inspeções sanitárias, reconhecendo que a governança clínica constitui componente essencial da qualidade assistencial.

7.4 A responsabilidade institucional da AMIB

Na condição de coordenadora científica do Programa UTIs Brasileiras e entidade representativa da medicina intensiva no Brasil, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira exerce o papel de guardião da qualidade metodológica da certificação. Essa responsabilidade ultrapassa a definição de critérios operacionais e compreende o compromisso permanente de assegurar que o reconhecimento concedido às unidades certificadas permaneça cientificamente robusto, metodologicamente consistente, eticamente fundamentado e alinhado ao marco regulatório nacional.

A evolução apresentada nesta seção demonstra que a atualização da Certificação do Programa UTIs Brasileiras não decorre de uma decisão discricionária da AMIB. Ao contrário, representa a resposta institucional a um conjunto convergente de evidências científicas, avanços metodológicos e mudanças regulatórias que redefiniram os referenciais contemporâneos de qualidade em terapia intensiva.

Nesse contexto, preservar critérios desatualizados diante de novas evidências ou de alterações relevantes no marco regulatório seria incompatível com os próprios princípios que justificam a existência de uma certificação de excelência. Atualizar a certificação, portanto, não constitui uma opção institucional, mas um dever científico, metodológico, ético e regulatório.

É sob essa perspectiva que devem ser compreendidas as atualizações apresentadas na seção seguinte. Elas não representam uma mudança de filosofia da Certificação do Programa UTIs Brasileiras, mas a aplicação prática dos princípios que norteiam este White Paper, assegurando que a certificação continue refletindo os mais elevados padrões de qualidade, segurança e governança da terapia intensiva brasileira.

Figura 2. Linha do tempo do Programa UTIs Brasileiras (2015–2028)

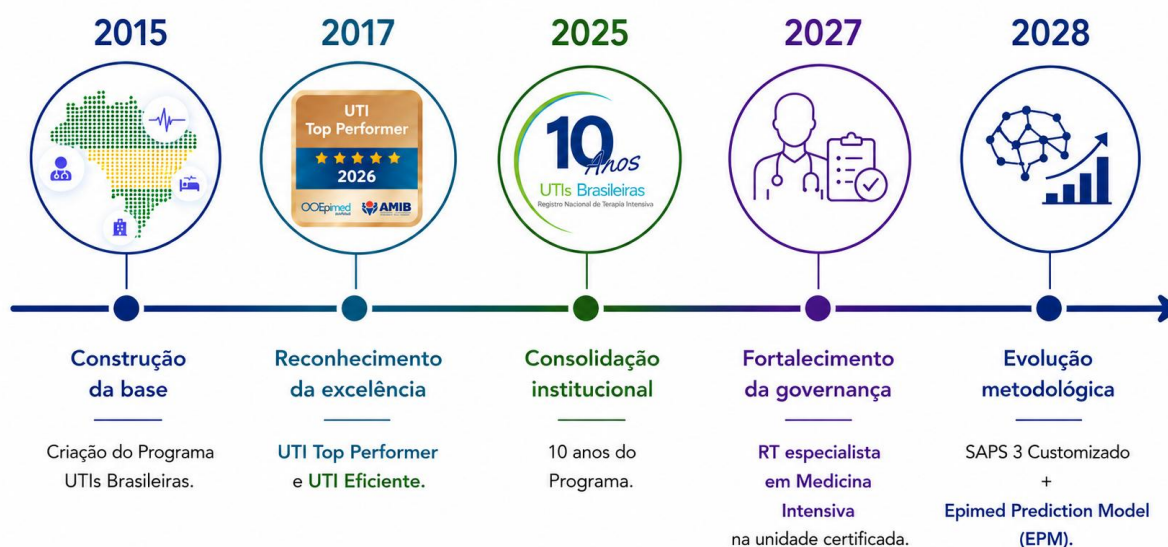


Figura 2. Evolução do Programa UTIs Brasileiras e da Certificação (2015–2028). A linha do tempo apresenta os principais marcos evolutivos do Programa, desde sua criação em 2015 até as atualizações previstas para 2027 e 2028. A progressão ilustra o amadurecimento científico, metodológico e institucional da Certificação das UTIs Brasileiras, evidenciando seu compromisso permanente com a melhoria da qualidade, a atualização baseada em evidências e o alinhamento ao marco regulatório nacional.

8. Atualização da Certificação: aplicação dos princípios científicos e regulatórios

Os princípios apresentados nas seções anteriores estabelecem que uma certificação de excelência deve evoluir continuamente para permanecer cientificamente robusta, metodologicamente válida e alinhada ao marco regulatório vigente. A atualização periódica

de seus critérios constitui, portanto, parte integrante do próprio processo de certificação, assegurando que o reconhecimento da excelência assistencial acompanhe a evolução do conhecimento científico, da prática clínica e da regulamentação profissional.

Ao completar uma década de existência, o Programa UTIs Brasileiras reúne maturidade científica, experiência operacional e uma das maiores bases nacionais de dados em terapia intensiva, permitindo incorporar avanços que fortalecem sua credibilidade, transparência e capacidade discriminatória. Nesse contexto, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) promove a primeira atualização estruturada da Certificação das UTIs Brasileiras, fundamentada em dois pilares complementares: a conformidade regulatória e a robustez metodológica.

Essas atualizações preservam integralmente os princípios que orientam a Certificação desde sua criação. O Programa continua fundamentado na avaliação objetiva do desempenho assistencial por meio da integração entre qualidade e eficiência, utilizando a matriz composta pela Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) e pela Taxa de Utilização de Recursos Padronizada (TURP), conforme apresentado na Figura 1. O que se modifica são os instrumentos utilizados para assegurar que essa avaliação permaneça cientificamente atualizada e compatível com os padrões contemporâneos de excelência em terapia intensiva.

8.1 A conformidade regulatória como requisito da excelência

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras é um processo voluntário destinado a reconhecer unidades que demonstram desempenho superior em qualidade assistencial e eficiência operacional. Diferentemente dos processos de habilitação ou fiscalização sanitária, sua finalidade não é autorizar o funcionamento das unidades, mas distinguir instituições que alcançam padrões assistenciais superiores por meio de resultados consistentes, governança clínica estruturada e melhoria contínua da qualidade.

Entretanto, nenhuma certificação destinada a reconhecer excelência pode adotar requisitos inferiores aos estabelecidos pelo marco regulatório vigente. A conformidade sanitária, ética e profissional representa condição necessária — embora não suficiente — para o reconhecimento institucional da excelência.

Nas últimas décadas, observou-se clara convergência entre a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina no sentido de fortalecer a governança clínica das unidades de terapia intensiva e reconhecer a Medicina Intensiva como a especialidade responsável por sua liderança técnica.

A RDC nº 7/2010 estabeleceu os requisitos mínimos para funcionamento das UTIs brasileiras. Posteriormente, a RDC nº 137/2017 reforçou que a definição da qualificação dos responsáveis técnicos compete aos respectivos conselhos profissionais e associações reconhecidas. Na mesma direção, a Portaria GM/MS nº 2.862/2023 atualizou os critérios de organização e habilitação das UTIs no Sistema Único de Saúde, reafirmando a importância da qualificação profissional e da conformidade sanitária.

Sob a perspectiva ética e profissional, as Resoluções CFM nº 2.271/2020 e nº 2.422/2025 consolidaram o entendimento de que a responsabilidade técnica pelas unidades de terapia intensiva deve ser exercida por médico especialista em Medicina Intensiva, reconhecendo que a crescente complexidade assistencial dessas unidades exige liderança técnica com formação específica.

Essa evolução regulatória também é refletida pelo Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) da Anvisa, no qual a qualificação do Responsável Técnico figura entre os primeiros itens avaliados durante os processos de inspeção sanitária, evidenciando que a governança clínica constitui componente estruturante da qualidade assistencial.

A literatura científica reforça essa convergência. Estudos nacionais e internacionais demonstram que liderança especializada, implantação de protocolos, atuação multiprofissional estruturada e maturidade organizacional associam-se consistentemente a menor mortalidade ajustada, melhor utilização dos recursos e maior segurança do paciente. No Brasil, o estudo ORCHESTRA demonstrou que UTIs com maior organização assistencial e maior número de protocolos implementados apresentaram melhor desempenho clínico e maior eficiência operacional.

Além desses fundamentos regulatórios e científicos, a Certificação mantém requisitos metodológicos destinados a assegurar a confiabilidade das análises e a comparabilidade entre as instituições participantes. Permanecem como critérios de elegibilidade a utilização contínua do sistema Epimed Monitor durante todos os trimestres do ano de referência,

número mínimo de internações com desfecho hospitalar compatível com o porte da unidade, completude superior a 85% das variáveis necessárias ao cálculo dos modelos prognósticos, taxa de transferências externas inferior a 20% e integridade dos dados utilizados para cálculo dos indicadores de desempenho.

Diante desse conjunto convergente de evidências científicas, regulatórias e metodológicas, a AMIB entende que a comprovação da qualificação do Responsável Técnico constitui requisito indispensável para uma certificação destinada a reconhecer excelência em terapia intensiva.

Assim, a partir da certificação referente ao desempenho assistencial de 2026 (outorgada em 2027), será exigido que o Responsável Técnico da unidade possua título de especialista em Medicina Intensiva reconhecido pela Associação Médica Brasileira e Registro de Qualificação de Especialista (RQE) ativo junto ao respectivo Conselho Regional de Medicina.

Essa exigência aplica-se igualmente às UTIs Gerais e às UTIs Cardiológicas. Para fins metodológicos, o Programa considera como UTIs Cardiológicas aquelas em que pelo menos 50% das admissões correspondem a pacientes clínicos, cirúrgicos ou submetidos a procedimentos cardiovasculares, permanecendo as demais classificadas como UTIs Gerais. Essa classificação destina-se exclusivamente ao benchmarking e não modifica os requisitos regulatórios aplicáveis às unidades.

Importante destacar que essa atualização não cria novas obrigações legais para funcionamento das UTIs. A Certificação apenas passa a incorporar explicitamente requisitos já consolidados pelo marco regulatório brasileiro, fortalecendo sua credibilidade e alinhando seus critérios aos padrões contemporâneos de qualidade assistencial.

8.2 A robustez metodológica como princípio da Certificação

A validade de qualquer programa de benchmarking depende diretamente da qualidade metodológica dos modelos utilizados para ajuste de risco. A interpretação da Taxa de Mortalidade Padronizada pressupõe que o modelo prognóstico empregado seja capaz de estimar com precisão a mortalidade esperada da população analisada.

Entretanto, modelos prognósticos não permanecem invariavelmente válidos ao longo do tempo. Mudanças na epidemiologia dos pacientes críticos, evolução das práticas

assistenciais, incorporação de novas tecnologias e melhoria progressiva dos resultados produzem o fenômeno conhecido como *prognostic model drift*, caracterizado pela perda gradual da calibração dos modelos originalmente desenvolvidos.

Por esse motivo, recomenda-se internacionalmente que modelos utilizados para benchmarking sejam periodicamente recalibrados, preservando sua capacidade discriminatória e a precisão das estimativas de risco.

Essa necessidade foi recentemente demonstrada na população brasileira por meio da recalibração do SAPS 3 utilizando a base contemporânea do Programa UTIs Brasileiras. O estudo evidenciou perda de calibração da equação original e demonstrou que o SAPS 3 Customizado proporciona estimativas significativamente mais precisas da mortalidade esperada, melhorando a distribuição das taxas padronizadas de mortalidade e utilização de recursos e aumentando a confiabilidade das comparações entre instituições.

Paralelamente, o desenvolvimento do Epimed Prediction Model (EPM), construído a partir de ampla base contemporânea de pacientes críticos brasileiros e concebido para atualização periódica, representa uma evolução adicional da avaliação prognóstica, ampliando a precisão das estimativas de risco e fortalecendo a robustez metodológica do Programa.

A incorporação desses modelos não modifica a filosofia da Certificação. Ao contrário, preserva seu princípio fundamental de comparar instituições de forma justa, utilizando os melhores instrumentos científicos disponíveis para ajuste de risco.

Da mesma forma, permanecem inalterados os critérios de classificação das unidades na matriz de qualidade e eficiência. A Certificação continua baseada na avaliação integrada da TMP e da TURP, reconhecendo simultaneamente qualidade assistencial e eficiência operacional.

São classificadas como **UTIs Top Performer** as unidades que apresentam, simultaneamente, TMP e TURP abaixo do **percentil 33 (tercil inferior)** das respectivas distribuições nacionais, representando o grupo de maior valor assistencial.

As **UTIs Eficientes** correspondem às unidades que apresentam ambos os indicadores abaixo da **mediana (percentil 50)**, sem preencher simultaneamente os critérios mais restritivos exigidos para a categoria Top Performer.

Essa metodologia evita interpretações baseadas em indicadores isolados e preserva o princípio central do Programa: reconhecer instituições capazes de alcançar melhores desfechos clínicos utilizando os recursos disponíveis de maneira apropriada.

Dessa forma, a partir da certificação referente ao desempenho assistencial de 2027 (outorgada em 2028), o Programa UTIs Brasileiras passará sempre versões atualizadas dos modelos prognósticos oficiais para ajuste de risco da Taxa de Mortalidade Padronizada e, conseqüentemente, da matriz de qualidade e eficiência utilizada na Certificação, o SAPS 3, agora na sua versão customizada, e o Epimed Prediction Model.

Essa atualização proporcionará maior acurácia na avaliação do desempenho institucional, preservando a comparabilidade entre unidades e fortalecendo a confiabilidade científica da Certificação.

8.3 Implementação progressiva

As atualizações propostas neste White Paper serão implementadas de forma escalonada, permitindo adequada adaptação das instituições participantes e preservando a estabilidade metodológica da Certificação.

Ciclo da Certificação	Dados avaliados	Atualização implementada
2027	Desempenho assistencial de 2026	Exigência de Responsável Técnico especialista em Medicina Intensiva com RQE ativo.
2028	Desempenho assistencial de 2027	Manutenção da exigência do Responsável Técnico e adoção do SAPS 3 Customizado e do Epimed Prediction Model para ajuste de risco.

A implementação progressiva assegura previsibilidade, transparência e tempo adequado para adaptação das instituições participantes, preservando simultaneamente a comparabilidade histórica dos indicadores e a estabilidade operacional do Programa. Mais do que introduzir novos requisitos, essas atualizações consolidam a evolução natural de uma

certificação comprometida com a excelência assistencial, a robustez científica e a melhoria contínua da qualidade em terapia intensiva.

9. A Certificação como instrumento de transformação da qualidade em terapia intensiva

A Certificação do Programa UTIs Brasileiras transcende o reconhecimento institucional de unidades com desempenho superior. Seu propósito maior é estimular uma cultura permanente de qualidade, segurança do paciente, transparência e melhoria contínua da assistência em terapia intensiva.

Desde a publicação do modelo de Donabedian, compreende-se que a qualidade assistencial resulta da interação entre estrutura, processos e desfechos. Nas últimas décadas, entretanto, a medicina intensiva incorporou uma quarta dimensão igualmente indispensável: **as competências profissionais**. A capacidade de transformar recursos, protocolos e tecnologia em melhores resultados clínicos depende, fundamentalmente, da qualificação das equipes e da liderança responsável pela organização da assistência.

Estudos internacionais e nacionais demonstram, de forma consistente, que características organizacionais das UTIs influenciam diretamente mortalidade, utilização de recursos e eficiência assistencial. O estudo ORCHESTRA demonstrou, na realidade brasileira, que unidades com maior maturidade organizacional, protocolos estruturados e processos assistenciais consolidados apresentaram melhores desfechos clínicos e maior eficiência operacional. Esses achados reforçam que a excelência em terapia intensiva não decorre exclusivamente da disponibilidade de recursos tecnológicos, mas da capacidade das organizações em utilizá-los de forma integrada, segura e baseada em evidências.

Nesse contexto, a liderança clínica assume papel estratégico. A atuação do Responsável Técnico ultrapassa atribuições administrativas e representa elemento central da governança clínica, da implantação de protocolos, da educação permanente das equipes, da monitorização dos indicadores assistenciais e da consolidação de uma cultura institucional de melhoria contínua.

A atualização dos critérios de elegibilidade apresentada neste White Paper deve ser compreendida sob essa perspectiva. A exigência de Responsável Técnico especialista em

Medicina Intensiva não constitui um novo requisito criado pela AMIB, mas a incorporação explícita, ao processo de certificação, de princípios já consolidados pela literatura científica e pelo marco regulatório brasileiro. Da mesma forma, a atualização dos modelos prognósticos reafirma o compromisso da Certificação com a utilização das melhores ferramentas metodológicas disponíveis para avaliação do desempenho institucional.

Assim, a Certificação do Programa UTIs Brasileiras reafirma uma visão contemporânea da qualidade em terapia intensiva: resultados assistenciais sustentáveis somente podem ser alcançados quando estrutura, processos, competências profissionais e avaliação objetiva do desempenho evoluem de maneira integrada.

Figura 3. Filosofia da Certificação do Programa UTIs Brasileiras.

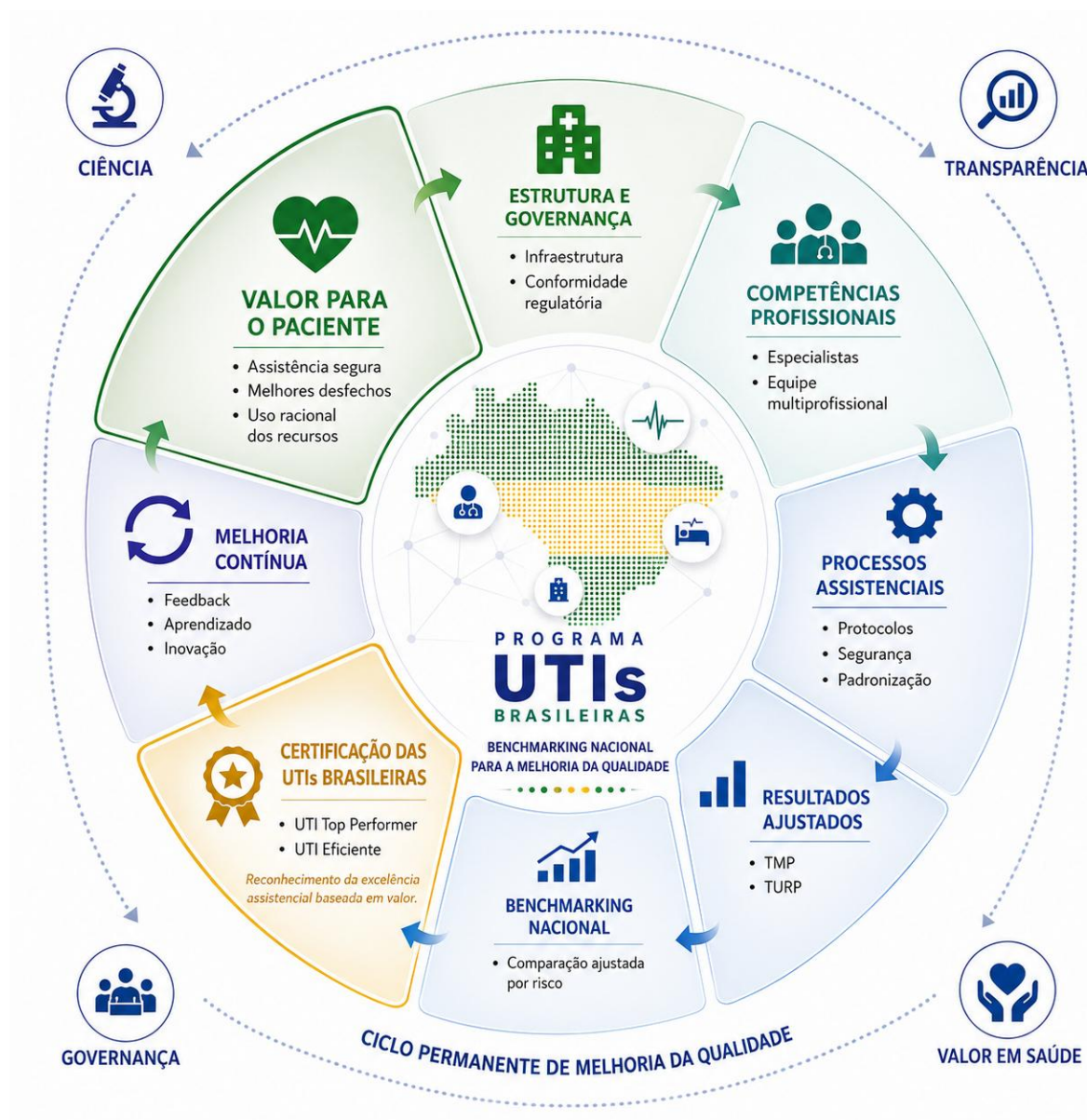


Figura 3. Filosofia da Certificação do Programa UTIs Brasileiras. Modelo conceitual que representa a Certificação como um componente de um ciclo permanente de melhoria da qualidade. A partir de uma base nacional de benchmarking, a integração entre estrutura e governança, competências profissionais, processos assistenciais e resultados ajustados ao risco permite promover benchmarking, reconhecer a excelência por meio da certificação e estimular a melhoria contínua, gerando maior valor para pacientes, profissionais e instituições. Os princípios de ciência, governança, transparência e valor em saúde sustentam todo o modelo.

A excelência assistencial resulta da integração entre estrutura, processos assistenciais, competências profissionais, avaliação do desempenho e melhoria contínua da qualidade, adaptado do modelo de Donabedian e das matrizes contemporâneas de competências em Medicina Intensiva.

10. Perspectivas para a próxima década

A primeira década do Programa UTIs Brasileiras consolidou a cultura do benchmarking ajustado por risco como instrumento de melhoria da qualidade em terapia intensiva. A próxima década deverá ser marcada pelo aprofundamento dessa estratégia, incorporando novos modelos analíticos, maior integração entre registros clínicos, pesquisa e gestão da qualidade e utilização crescente de ferramentas capazes de transformar dados em conhecimento aplicável à prática assistencial.

A rápida expansão das bases nacionais de dados clínicos, associada ao desenvolvimento de modelos prognósticos mais precisos e periodicamente recalibrados, permitirá avaliações progressivamente mais individualizadas e maior precisão na comparação entre instituições. Ao mesmo tempo, novas abordagens metodológicas deverão ampliar a capacidade de monitorar qualidade, eficiência e segurança assistencial em tempo quase real, favorecendo intervenções precoces e ciclos contínuos de melhoria.

Espera-se, igualmente, que a avaliação da qualidade evolua para modelos cada vez mais abrangentes, incorporando novas dimensões relacionadas à experiência do paciente e de seus familiares, sustentabilidade dos sistemas de saúde, efetividade organizacional e geração de valor assistencial.

Nesse cenário, o Programa UTIs Brasileiras encontra-se em posição privilegiada para liderar essa evolução. Sua abrangência nacional, a robustez da base de dados construída ao longo

da última década e a estreita integração entre benchmarking, pesquisa clínica e certificação oferecem condições únicas para o desenvolvimento de novos indicadores, modelos prognósticos e ferramentas de avaliação capazes de beneficiar toda a terapia intensiva brasileira.

A AMIB reafirma, por meio deste White Paper, o compromisso de manter a Certificação do Programa UTIs Brasileiras como um processo dinâmico, permanentemente atualizado e fundamentado nas melhores evidências científicas, nos avanços metodológicos e na evolução do marco regulatório nacional. A revisão periódica dos critérios de certificação deve ser entendida como parte integrante da própria excelência do Programa e como expressão de seu compromisso permanente com a melhoria da qualidade assistencial.

Considerações finais

Ao completar dez anos de existência, o Programa UTIs Brasileiras consolida-se como uma das mais relevantes iniciativas de avaliação da qualidade, benchmarking e melhoria contínua da terapia intensiva na América Latina. Sua trajetória demonstra que a mensuração sistemática de indicadores ajustados por risco, associada à comparação transparente entre instituições e ao retorno contínuo das informações assistenciais, constitui uma estratégia efetiva para promover melhores resultados clínicos, maior eficiência operacional e fortalecimento da governança das unidades de terapia intensiva.

A crescente relevância dos selos **UTI Top Performer** e **UTI Eficiente** ampliou sua responsabilidade institucional. O reconhecimento conferido pela Certificação passou a representar um importante referencial de excelência para hospitais, gestores, profissionais de saúde e sociedade. Consequentemente, seus critérios devem permanecer permanentemente alinhados às melhores evidências científicas, às inovações metodológicas e à evolução do marco regulatório brasileiro.

As atualizações apresentadas neste White Paper refletem esse compromisso. A incorporação da qualificação do Responsável Técnico especialista em Medicina Intensiva como requisito de elegibilidade fortalece a governança clínica e reconhece o papel central da liderança especializada na organização da assistência ao paciente crítico. Da mesma forma, a adoção de modelos prognósticos mais precisos para ajuste de risco reforça a robustez metodológica da Certificação, tornando as comparações entre instituições ainda

mais confiáveis, justas e representativas da realidade contemporânea da terapia intensiva brasileira.

Entretanto, a principal mensagem deste documento transcende a atualização de critérios específicos. A Certificação do Programa UTIs Brasileiras deve ser compreendida como parte de um processo contínuo de melhoria da qualidade, no qual estrutura organizacional, governança clínica, competências profissionais, processos assistenciais, avaliação de resultados, benchmarking e certificação constituem etapas interdependentes de um mesmo ciclo de aprendizado institucional. A excelência assistencial não decorre de um único indicador, mas da capacidade das organizações em transformar dados em conhecimento, conhecimento em melhoria e melhoria em melhores desfechos para os pacientes.

Ao reafirmar essa visão, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira fortalece seu compromisso com uma certificação baseada em ciência, transparência, governança e valor em saúde. Mais do que reconhecer desempenho, o Programa UTIs Brasileiras estimula uma cultura nacional de qualidade, aprendizado colaborativo e responsabilidade profissional, promovendo a disseminação de boas práticas e incentivando a evolução contínua das unidades participantes.

Mais do que reconhecer desempenho, a Certificação do Programa UTIs Brasileiras reafirma que a excelência assistencial é resultado de um processo contínuo de aprendizado, transparência, benchmarking e melhoria da qualidade, em benefício dos pacientes, dos profissionais, das instituições e de toda a sociedade.

Referências

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.
2. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363(26):2477-2481.
3. Rothen HU, Stricker K, Einfalt J, Bauer P, Metnitz PG, Moreno RP, et al. Variability in outcome and resource use in intensive care units. *Intensive Care Med.* 2007;33(8):1329-36.
4. Soares M, Bozza FA, Angus DC, Japiassú AM, Viana WN, Costa R, et al.; ORCHESTRA Study Investigators. Organizational characteristics, outcomes, and resource use in 78 Brazilian intensive care units: the ORCHESTRA study. *Intensive Care Med.* 2015;41(12):2149-60.
5. Salluh JIF, Quintairos A, Dongelmans DA, Aryal D, Bagshaw SM, Beane A, et al. National ICU registries as enablers of clinical research and quality improvement. *Crit Care Med.* 2024;52(1):125-37.
6. Oliveira LFA, Oliveira FLC, Bastos LSL, Moralez GM, Salluh JIF, Peres IT. Benchmarking and efficiency assessment in intensive care units: a systematic review protocol. *Crit Care Sci.* 2026;38:e20260280.
7. Metnitz PGH, Moreno RP, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 1: Objectives, methods and cohort description. *Intensive Care Med.* 2005;31:1336-44.
8. Moreno RP, Metnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3—From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality. *Intensive Care Med.* 2005;31:1345-55.
9. Soares M, Borges LP, Burghi G, Kurtz P, Azevedo JRA, Brandão CE, et al.; ORCHESTRA Study Investigators. Contemporary validation of a SAPS 3 customized version in patients admitted to Brazilian and Uruguayan intensive care units: a multicenter cohort study. *Crit Care Sci.* 2026;38:e20260334.
10. Moralez GM, Amado FS, Martins GAR, Nassar AP Jr, Salluh JIF. How to use intensive care unit scoring systems: a practical guide for the intensivist. *Crit Care Sci.* 2025;37:e20250347.

11. Soares M, Borges LP, Bastos LSL, Zampieri FG, Miranda GA, Kurtz P, et al. Update on the Epimed Monitor Adult ICU Database: 15 years of its use in national registries, quality improvement initiatives and clinical research. *Crit Care Sci*. 2024;36:e20240150.
12. CoBaTrICE Collaboration. *Competency Based Training in Intensive Care Medicine (CoBaTrICE): International Competency Framework*. Version 2.0. Brussels: European Society of Intensive Care Medicine; 2021.
13. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 5, de 17 de junho de 2021. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina Intensiva.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017. Altera a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Roteiro Objetivo de Inspeção (ROI) para Unidades de Terapia Intensiva Adulto*. Brasília: ANVISA. Versão vigente.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023. Estabelece critérios para organização, funcionamento e habilitação das Unidades de Terapia Intensiva no âmbito do Sistema Único de Saúde.
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as atribuições do Diretor Técnico e do Responsável Técnico.
19. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.422, de 2025. Dispõe sobre a responsabilidade técnica médica e atualiza normas relativas à direção técnica dos serviços de saúde.