

Proposta de Rede Nacional de
Especialidade Hospitalar e de Referenciação

MEDICINA INTENSIVA

Daniel Nuñez
João Gouveia
João Paulo Almeida e Sousa
José Artur Paiva
Luis Bento
Pedro Moreira
Rui Araújo

1 de junho 2020

Conteúdo

Introdução	4
Princípios Orientadores	7
Metodologia.....	9
Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS Norte....	10
Existências e situação prévia.....	10
Avaliação da situação atual.....	10
Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva.....	11
Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS Centro	14
Existências e situação prévia.....	14
Avaliação da situação atual.....	15
Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva.....	15
Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS Lisboa e Vale do Tejo	18
Existências e situação prévia.....	18
Avaliação da situação atual.....	18
Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva.....	19
Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS do Alentejo	23
Existências e situação prévia.....	23
Avaliação da situação atual.....	23
Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva.....	24
Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS DO ALGARVE	27
Existências e situação prévia.....	27
Avaliação da situação atual.....	27
Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva.....	28
Proposta de manutenção dos eixos de referência secundária e terciária com a capacitação dos SMI	30
Plano de capacitação de Recursos Humanos nos Serviços de Medicina Intensiva	31
Necessidades de Equipamentos nos Serviços de Medicina Intensiva.....	33
Resumo	34

Siglas de Hospitais/Centros Hospitalares

CHEDV - Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE
CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE
CHVNGE - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE
CHPVVC - Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE
CHTS - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE
CHUSJ - Centro Hospitalar Universitário de S. João, EPE
CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE
HSO-G - Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE
HB - Hospital de Braga, EPE
HSMM - Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos
IPOPOROTO - Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
ULSAM - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
ULSN - Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
CHBV - Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE
CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CHUCB - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE
HAJC - Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede
HDFE - Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE
HDFZ - Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar
IPO Coimbra - Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
ULSG - Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
ULSCB - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
CHTV - Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE
CHLP - Centro Hospitalar Leiria Pombal, EPE
CHBM - Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
CHMT - Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE
CHO - Centro Hospitalar Oeste, EPE
CHULN - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE
CHULC - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE
HBA - Hospital Beatriz Ângelo
HC - Hospital de Cascais Dr. José de Almeida
HDS - Hospital de Santarém, EPE
HVFX - Hospital de Vila Franca de Xira
HGO - Hospital Garcia de Orta, EPE
HFF - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
IPO Lisboa - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
HESE - Hospital Espírito Santo, EPE – Évora
ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
ULSLA - Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE
ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE
CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE

Introdução

A presente pandemia colocou os sistemas de saúde sobre grande pressão. Em Portugal, as medidas de saúde pública e a implementação de planos de contingência, evitaram o colapso verificado noutros países.

Neste contexto, formas de expressão mais graves da doença impuseram uma procura brusca e exponencial de recursos de Medicina Intensiva (MI), que só puderam ser acomodadas através de medidas extraordinárias de aumento de recursos, não sustentáveis no tempo.

Ultrapassada a fase inicial impõe-se agora uma reflexão estratégica sobre a capacidade de resposta da MI, qualificando-a no imediato para responder a um desafio prolongado no tempo e, simultaneamente, consolidando para o futuro uma carteira de serviços alinhada com as melhores práticas.

É expectável que a MI mantenha no imediato uma elevada procura, resultante:

- a) da manutenção de uma incidência endémica significativa de COVID-19 a que acrescerão ondas secundárias
- b) da reativação de linhas de atividade e produção temporariamente suspensas e
- c) do aumento da procura por doentes com patologias que têm estado afastados do sistema, chegando mais tarde e mais graves.

O ponto de partida é, em muitos domínios, positivo:

- Está definida e consolidada uma estrutura de Serviço de Ação Médica corporizada em Serviços de Medicina Intensiva (SMI) e que abrange todo o país.
- Há uma estrutura em rede, cooperativa e supletiva por eixos e regiões, plasmada no documento de RNRMI 2017.
- Está definido, para os médicos, o processo de treino, qualificação e titulação para obtenção da especialidade.
- A carteira de serviços disponibilizada pela MI é crescente e com âmbito que ultrapassa largamente o espaço físico das UCI, nomeadamente através de intervenção em múltiplos processos assistenciais e garantindo a rápida identificação, triagem e tratamento do doente crítico.

Paralelamente coexistem fragilidades que a presente crise apenas salientou, designadamente:

- O número de camas de Medicina Intensiva é escasso (6,4 camas por/100.000 habitantes vs 11,5/100000 habitantes na média europeia).
- Há muitos casos de obsolescência de equipamentos e de estrutura física em muitos SMI.
- O número de quartos de isolamento é escasso e o número de quartos com capacidade para pressão negativa ou positiva é residual.

- A população de intensivistas é escassa e envelhecida.
- O número de enfermeiros é escasso e insuficiente.
- Não está generalizado um processo de registo clínico informatizado adaptado à Medicina Intensiva, normalizado e integrado a nível nacional, que possibilite processos ágeis de gestão clínica e de melhoria de qualidade em metodologia colaborativa.
- A carteira de serviços dos SMI varia entre hospitais, com grande heterogeneidade regional e nacional.

Intervir neste processo, em plena pandemia, impõe a abordagem simultânea da capacitação de estrutura, equipamentos e recursos humanos. Não ignorando a necessidade de responder desde já aos desafios suscitados pela pandemia, mas não perdendo a visão de oportunidade para projetar o futuro da MI em moldes sólidos, modernos e sustentáveis.

O presente documento aponta um caminho para esta concretização, envolvendo os Conselhos de Administração (CA) das instituições hospitalares e os SMI, no incremento imediato da capacidade de internamento, tendo como referência, a dois anos, um objetivo global de cerca de 11,5 camas /100.000 habitantes e preservando uma organização em rede com base em eixos de referência, que respeita princípios doutrinários consolidados do Serviço Nacional de Saúde.

Essa capacitação exige:

- Investimento, de forma a que o aumento da resposta de Medicina Intensiva deixe de assentar na ocupação de áreas essenciais à retoma de processos assistenciais que ficaram prejudicados durante o pico da pandemia (ex: blocos operatórios e áreas de recobro).
- Aquisições de equipamento, subsidiárias das opções de investimento por Hospital, ponderando as aquisições já efetuadas e não ignorando a realidade circunstancial de um mercado negativamente condicionado pela crise.
- Melhoria das condições de qualidade e segurança nos Serviços de Medicina Intensiva, aumentando a possibilidade de prática de isolamento.
- Aumento dos recursos médicos, através de articulação da ACSS com a Ordem dos Médicos, e que possibilite desde já:
 - Aumentar o número de vagas para internato de especialidade (processo formativo de 60 meses).
 - Aumentar de forma substantiva e para os próximos anos, o número de vagas de formação em Medicina Intensiva pela “via clássica”, isto é a formação de médicos com outra especialidade de base (processo formativo 30—36 meses).

- Criação de concursos específicos à escala nacional para colocação de médicos especialistas em SMI que justifiquem aumento de quadro, assegurando formação pela “via clássica” nesse hospital ou, se o hospital não possuir idoneidade formativa, em outro hospital (processo foi já utilizado em 2014 e em 2016 e é urgente realizar novamente).
- Aumento significativo do número de enfermeiros nos quadros dos SMI, iniciando, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros (OE), um processo de treino formal estruturado, em Enfermagem do doente crítico.
- Implementação de um sistema de informação, que permita a gestão da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva de forma eficaz e atempada e promova políticas de melhoria contínua de qualidade, num processo em que SPMS deve garantir ferramenta robusta e fiável.
- Compromisso dos Hospitais e SMI na definição de modelos de missão institucional de âmbito alargado e coerente com o investimento efetuado, designadamente:
 - Respostas a necessidades de internamento adaptados a cada hospital e orientados para diferentes níveis de gravidade (nível 2 e 3).
 - Sistema de emergência interna para resposta a doentes internados.
 - Responsabilidade na gestão da sala de Emergência do SU.
 - Modelos de deteção precoce de doentes elegíveis para internamento em MI (incremento de segurança).
 - Responsabilidade direta nas vias verdes (Trauma; Sépsis) ou colaborativa (VVAVC; Coronária).
 - Implementação de consultas de seguimento pós internamento em Medicina Intensiva, incluindo medidas de prevenção e reabilitação geradoras de ganhos funcionais a doentes com internamento em Medicina Intensiva.

Princípios Orientadores

O presente documento propõe uma organização em rede, orientada para um aumento de capacidade de internamento de acordo com referenciais internacionais, capaz de responder aos desafios imediatos suscitados pela pandemia, mas perspetivando um futuro orientado para a uma visão mais ampla do papel da MI nos Hospitais, com políticas de gestão de recursos de grande plasticidade, adaptável aos diferentes desafios sanitários que vão surgindo.

São princípios orientadores:

- Manter a organização em rede segundo a lógica enunciada no documento Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência em Medicina Intensiva, aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 10 de agosto de 2017 (RNRMI 2017), orientado em lógicas regionais e eixos preferenciais de referência.
- Fazer opções orientadas para aumentos imediatos e sustentáveis da capacidade de resposta da MI, dispensando a ativação precoce de novos planos de contingência, disruptivos do funcionamento do SNS.
- Enfatizar a necessidade de investimento simultâneo na disponibilização de recursos humanos qualificados e na implementação de políticas que qualifiquem e agilizem esse processo.
- Vincular os SMI e os Hospitais a um efetivo aumento da carteira de serviços consentâneo com o investimento proposto.
- Reforçar a necessidade de políticas locais e regionais que assegurem ganhos de eficiência e criação de valor.

Recomendações de Ação durante a vigência da pandemia:

- Que as instituições hospitalares e SMI mantenham e reforcem políticas de gestão de resposta institucional, olhando a retoma dos processos assistenciais interrompidos de acordo com o solicitado pela Tutela, designadamente na definição de fluxos e de cortes.
- Que todas as instituições hospitalares e SMI estejam preparados para responder à procura de doentes COVID, com planificação antecipada de resposta a diferentes níveis de procura.

- Que, sem prejuízo do anterior, e tendo em conta a atual redução sustentada do número de doentes COVID internados em MI, haja SMI temporariamente dispensados de admitir estes doentes. A reformulação da rede neste âmbito deve ponderar níveis de prevalência regionais, supletividades por eixo, condicionantes estruturais de cada SMI, disponibilidade de alternativas de internamento em SMI com melhores condições estruturais, perseguindo uma racionalidade de gestão que acrescente eficiência à organização de recursos, mas não ignore a dimensão imprevisível da evolução da pandemia.
- Que seja implementado desde já o processo de gestão de informação acima enunciado.

Recomendações gerais:

- Que se implementem com carácter de urgência os vários processos relativos à disponibilização/qualificação dos Recursos Humanos.
- Que os processos de investimento em cada Hospital estejam condicionados à aceitação da implementação de carteira de serviços consistente com o enunciado previamente.
- Que todas as UCI tenham uma lotação mínima de 8 camas, de forma a otimizar os recursos humanos médicos e facilitar capacidade formativa em Medicina Intensiva.
- Que se privilegie a instalação de infraestrutura de nível 3, que possa receber doentes de nível 3 e de nível 2 em sistema de gestão integrada em função da condição clínica do doente, devendo os recursos humanos ser modulados de forma plástica e adaptativa de forma a gerar valor e eficiência. Este modelo, comprovadamente, aumenta segurança de cuidados e disponibilidade de camas.
- Que se reforce a segurança de doentes e profissionais com criação de zonas de isolamento com possibilidade de controlo de pressão. É fundamental a capacitação dos SMI em termos de qualidade e segurança, maximizando estruturas com potencial de adequado controlo de infeção e moduláveis para resposta a desafios específicos: doenças transmissíveis, imunodeprimidos, queimados, etc.
- Que cada unidade do SMI contemple quartos de isolamento (mínimo dois por cada seis camas, três para oito camas e quatro para doze camas).

Metodologia

É feita uma breve descrição da situação antes da epidemia, da resposta máxima, e do que se projeta para o futuro.

Assim:

- A descrição da fase pré COVID baseia-se no *Census* de dezembro de 2019, realizado pelo Colégio de Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos e em questionário enviado aos diretores de serviço, por esta Comissão.
- A descrição da fase pandémica baseia-se em questionário enviado aos diretores de serviço sob a capacidade instalada e na descrição contida nos textos dos Conselhos de Administração.

A proposta para o futuro tem em consideração a análise pela Comissão dos projetos para a Medicina Intensiva enviados pelos CA e as propostas contidas na RNRMI 2017. A análise de recursos humanos foi feita com base no reportado pelos diretores de serviço, na lista nominal de profissionais atribuídos a centro de custos de Medicina Intensiva elaborada pela ACSS em março de 2020, e no *Census* da Ordem dos Médicos acima referido.

- Para cálculo de necessidades de recursos humanos, foram apenas consideradas as necessidades decorrentes da expansão e não a correção de deficits crónicos.
- Para as necessidades de médicos foram seguidas as recomendações da Ordem dos Médicos e da Rede de Referência de 2017.
- Para as necessidades de enfermeiros foram seguidas as recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, admitindo 2/3 de camas de nível 3 e 1/3 de nível 2.
- Sempre que o valor proposto pelos CA foi inferior ao decorrente da aplicação das fórmulas, foi considerada a proposta do CA; sempre que o valor da fórmula era inferior ao proposto pelo CA, foi considerado o resultante do cálculo.

Foram usados os dados demográficos cedidos pela ACSS e ARS para identificação de população direta e indireta e da lotação praticada pelas instituições hospitalares.

A projecção para o futuro resulta de uma avaliação e discussão com os CA e ARS dos projetos considerados relevantes numa primeira fase e tem em conta o grau de maturação e execução dos diferentes projetos, contemplando 3 horizontes temporais: inverno 2020, início 2021 e 2022.

Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS Norte

Existências e situação prévia

O documento Rede de Referência da Especialidade de Medicina Intensiva (RNRMI 2017):

- Identificava 11 Serviços de Medicina Intensiva (SMI), com um total de 240 camas críticas: ULSN, CHTMAD, CHUP, ULSAM, HSO-G, HB, CHEDV, CHVNG, CHTS, ULSM, e CHUSJ; existia, e existe, um outro SMI no IPO-Porto, com 8 camas, mas de natureza monovalente, isto é dedicado ao doente oncológico.
- O que configurava um rácio de 6,5 camas por 100 000 habitantes (não contabilizando as camas do IPO-Porto e considerando uma população de 3 689682 habitantes).
- Definia quatro eixos de referência secundária com capacidade de tratamento neurocrítico, nomeadamente:
 - ULS Nordeste para CHTMAD e para CHUP
 - ULS Alto Minho e HSO-G para H Braga
 - CHEDV para CHVNGE
 - CHTS e ULS Matosinhos para CHUSJ
- Definia como objetivos, a existência de 277 camas críticas em 2018 e de 338 camas críticas em 2020.

Avaliação da situação atual

Na reavaliação agora realizada, em termos de resposta da Medicina Intensiva à pandemia SARS-CoV-2, identificamos os dados apresentados na tabela 1:

Instituição	Camas	População	Pré- COVID			Pico COVID			Propostas CARNMI		
			N3	N2	camas/ 10 ⁵	N3	N2	camas/ 10 ⁵	N3	N2	camas/ 10 ⁵
ULSNE	354	136 252	10	-	7,3	20	-	14,7	20	-	14,7
CHTMAD	553	273 263	8	6	5,1	20	-	7,3	20	-	7,3
CHUP	780	302 891	24	24	15,8	44	12	18,5	56	-	18,5
CHEDV	366	274 856	11	-	4,0	29	-	10,6	20	3	8,4
CHVNG	578	335 589	12	9	6,3	52	10	18,5	31	7	11,3
ULSAM	405	244 836	8	9	6,9	30	-	12,3	18	9	11,0
CHAA	549	256 660	6	-	2,3	15	-	5,8	15	-	5,8
Braga	688	445 088	12	-	2,7	32	10	9,4	26	6	7,2
CHTS	454	519 769	6	8	2,7	15	10	4,8	10	9	3,7
ULSM	362	218 419	10	-	4,6	19	14	15,1	21	-	9,6
CHUSJ	1 120	574 747	38	28	11,5	76	12	15,3	68	12	13,9
ARSN	6 209	3 582 370	229		6,4	420		11,7	351		9,8

Tabela 1: Número de camas de Medicina Intensiva entre janeiro e maio de 2020

Assim:

- Existiam no final de 2019, 229 camas críticas ativas nos Serviços de Medicina Intensiva, o que significa que não tinha existido qualquer desenvolvimento no sentido do objetivo definido na RNRMI de 2017. Existia até um menor número de camas críticas ativas do que em 2017, por carência de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, segundo explicação fornecida pelas lideranças locais;
- Na fase pico da pandemia em Portugal, na primeira quinzena de abril, o número de camas críticas aumentou 1,83 vezes, isto é quase duplicou (420 camas), e essa foi a razão da inexistência de rotura do sistema de saúde e da baixa letalidade verificada;
- Em meados de maio, o número de camas críticas era de 1,53 vezes o basal (351 camas);

Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

A nossa proposta para o futuro próximo da Medicina Intensiva na ARSN, nomeadamente até ao final do 1º trimestre de 2021, analisados os SMI atuais, a presente Rede de Referência e os projetos apresentados, por escrito em reunião, pelos CA, é a expressa na tabela 2.

	Pré-COVID			Pico COVID			Agora			Propostas CARMÍ					
	N3	N2	Total	N3	N2	Total	N3	N2	Total	N3	N2	Total	MED	ENF	AO
ULSNE	10	0	10	20	0	20	20	0	20	10	0	10	0	0	0
CHTMAD	8	6	14	20	0	20	20	0	20	18	6	24	2	24	5
CHUP	24	24	48	44	12	56	56	0	56	48	0	48	0	0	0
CHEDV	11	0	11	29	0	29	20	3	23	11	10	21	3	30	15
CHVNG	12	9	21	52	10	62	31	7	38	16	12	28	6	22	5
ULSAM	8	9	17	30	0	30	18	9	27	18	9	27	7	10	8
HSO-G	6	0	6	15	0	15	15	0	15	8	8	16	2	31	8
Braga	12	0	12	32	10	42	26	6	32	26	16	42	6	15	10
CHTS	6	8	14	15	10	25	10	9	19	9	10	19	1	14	5
ULSM	10	0	10	19	14	33	21	0	21	21	0	21	4	29	8
CHUSJ	38	28	66	76	12	88	68	12	80	58	12	70	2	30	10
			229			420			351	243	83	326	33	205	74

Tabela 2: Proposta da CARMÍ para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

Com a implementação dos projetos a que damos parecer positivo imediato, nomeadamente CHTMAD, ULSAM, HSO-G, HB, CHEDV, CHVNGE, ULSM e CHUSJ, e com a ativação total da capacidade instalada atual de camas críticas do CHTS, instalam-se 326 camas críticas (nível 3 + nível 2) de SMI na ARSNorte a atingir em abril 2021, número muito próximo das 338 definidas

como objetivo para 2020 pelo documento RNRMI 2017. O número proposto (326) é inferior ao número de camas agora ativas nos SMI (351), mas superior, em 97, ao existente no final de 2019 – aumento de 1,42 – determinando um rácio de 9,13 camas por 100000 habitantes. .

A capacitação privilegiará a instalação de camas com potencial de nível 3, que passarão a constituir 75% das camas críticas na ARSN. É, no entanto, fundamental que, estando as camas capacitadas para nível 3, sejam usadas para nível 3 ou nível 2 de cuidados, devendo os recursos humanos ser modulados de forma plástica e adaptativa de forma a gerar valor e eficiência. Este modelo de gestão integrada de doentes de nível 3 e de nível 2 dentro dos Serviços de Medicina Intensiva, comprovadamente, aumenta segurança de cuidados e disponibilidade de camas.

A capacitação privilegiará, igualmente, a qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente aumentando o número de quartos de isolamento com pressão positiva e com pressão negativa, como é o caso do desenvolvimento já realizado na ULS Matosinhos e no projeto agora apresentado pelo CHUSJ. Esta capacitação é fundamental, maximizando estruturas com potencial de adequado controlo de infeção e moduláveis para resposta a desafios específicos: doenças transmissíveis, imunodeprimidos, queimados, etc.

Estes projetos ou já estão em curso ou têm possibilidade de implementação imediata, desde que sejam autorizados metodologias de concurso simplificadas e isenção de visto prévio de Tribunal de Contas, e aumentam consideravelmente ou o número de camas do SMI (CHTMAD, CHVNGE, HB, HSO-G, ULSAM e CHEDV) ou a qualidade e segurança das mesmas (CHUSJ e ULSM), em todos os eixos de referência acima referidos.

Devem manter-se os quatro eixos de referência secundária acima referidos, com capacitação de todos os eixos:

- ULS Nordeste para CHTMAD para CHUP
- ULS Alto Minho e HSO-G para HB
- CHEDV para CHVNGE
- CHTS e ULS Matosinhos para CHUSJ

O número de camas em cada um dos SMI está indicado na tabela 3, sendo que, desta forma os rácios de camas por 100 000 habitantes em cada um dos 4 eixos de referência passará a ser:

- **Eixo CHUP /CHTMAD / ULSNE:** 11,4 camas por 100 000 habitantes
 - (NOTA: Sub-eixo Tras-os-Montes: 8,2 camas por 100 000 habitantes)
- **Eixo CHVNGE / CHEDV:** 8,0 camas por 100 000 habitantes
- **Eixo H Braga / HSO-G /ULSAM:** 7,9 camas por 100 000 habitantes
- **Eixo CHUSJ / ULSM / CHTS:** 8,6 camas por 100 000 habitantes

Assim, os rácios de camas críticas, nível 3 ou nível 2, variarão nos 4 eixos entre 7,9 e 11,4 camas por 100 000 habitantes, sendo que o rácio global da ARSN será de 9,13 camas por 100 000 habitantes.

Assim, sugere-se parecer positivo com criação de condições para implementação imediata de todos os projetos propostos pelos Conselhos de Administração das instituições hospitalares da ARSN com Serviço de Medicina Intensiva, com exceção dos do CHUP, ULSNE e CHTS. A Comissão expressa, no entanto, o seu apoio ao lançamento destes três projetos, mas apenas após a janela temporal da intervenção agora planeada, isto é, em sede de Orçamento de Estado 2021. Estes três projetos são menos prioritários e exigem intervenções significativas. O do CHUP, a criação de uma Unidade de Neurocríticos, só poderá estar pronto em 2022 e ocorre no eixo de referenciação com melhor rácio de camas críticas. O da ULSNE quase duplica a capacidade do SMI ULSNE e ocorre também no mesmo eixo já mais capacitado. Finalmente o do CHTS não aumenta significativamente o número de camas do SMI em relação à atualidade, desde que a unidade intermédia atual continue a ser gerida pelo SMI como se advoga, e criando uma nova unidade contígua à atual unidade intensiva, gerando eficiência de recursos humanos.

Esta capacitação global da Medicina Intensiva na ARSN, com início imediato e efetivação em menos de 12 meses, exige um aumento de dotação de recursos humanos, sendo esta, no mínimo de 33 médicos, 205 enfermeiros e 74 assistentes operacionais. Este número de médicos usa como pressuposto que a mão-de-obra médica atual é constituída pelos médicos com especialidade de Medicina Intensiva (100) e pelos médicos com outra especialidade, mas a integrar o quadro da Medicina Intensiva de forma fixa, estejam ou não em formação pela via clássica ($41+41=82$).

A nossa proposta defende apenas a afetação de recursos humanos necessários à implementação destes projetos, tendo em conta o número e tipologia de camas acrescidas, e à rentabilização dos investimentos em infraestrutura de SMI já, recentemente, realizados por ULSM e ULSAM.

A nossa proposta define os recursos humanos com base no aumento de camas, da eventual modificação da missão do Serviço de Medicina Intensiva e de uma eficiente gestão de recursos com base na taxa de ocupação. Não inclui nessa definição a cobertura de deficits crónicos de recursos, por não ser este o objetivo da Comissão.

Proposta de Capacitação da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva na ARS Centro

Quando analisamos os recursos e meios existentes a nível nacional no que respeita à Medicina Intensiva e as respetivas necessidades, constatamos que as assimetrias são grandes, quando olhamos para a Região Centro. Isto é evidente quer em recursos humanos, quer em número de camas de Medicina Intensiva, incluindo a inexistência absoluta de camas de cuidados intermédios (nível 2). Na área da ARS Centro é urgente o aumento do número de camas críticas (nível 3 e nível 2) que é inferior aos ratios nacionais e longe das médias europeias. Sublinha-se que, o seu défice é majorado pela inexistência de camas nível 2 integradas nos SMI. A RNRMI de 2017 apontava para uma necessidade total de 147 camas (nível 2 + nível 3).

As necessidades em camas de Medicina Intensiva, suscitadas pela pandemia por COVID 19, deixou patente que se deve contemplar, como princípio cautelar, a instalação de camas de nível 3 com capacidade de se adaptarem a nível 2, sempre que essa flexibilização esteja indicada de acordo com o nível do tratamento. Por isso a capacitação de camas indicada para vigorarem no futuro não discrimina aqueles níveis, apontando o número de camas de forma global, conquanto dois terços devam ser de nível 3.

Existências e situação prévia

O documento Rede de Referenciação da Especialidade de Medicina Intensiva (RNRMI 2017):

- Identificava 7 Serviços de Medicina Intensiva com um total de 75 camas críticas: CHBV, CHUC, CHLP, CHTV, ULSG, CHUCB e ULSCB.
- Configurava um ratio de 4,6 camas por 1000000 habitantes.
- Definia apenas um eixo de referenciação secundária com capacidade de tratamento neurocrítico: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- Apontava os objetivos de capacitação progressiva de camas críticas para 2018 e para 2020.
- Constatava a inexistência de camas nível 2 nos SMI.
- A população visada (1.688.527) inclui indivíduos em idade pediátrica pelo que, com as camas de Medicina Intensiva Pediátrica existentes na ARSC, o rácio será de 9,3 camas/100.000 habitantes.

Avaliação da situação atual

- Existiam no final de 2019, 79 camas críticas nível 3 (75 ativas) nos Serviços de Medicina Intensiva, o que significa que não tinha existido qualquer desenvolvimento no sentido do objetivo definido na RNRMI de 2017 (ratio camas N2 e N3/ camas de agudos de 3,5% - 147 camas).
- Na fase do pico da pandemia em Portugal, na primeira quinzena de abril, o número de camas críticas aumentou 1,9 vezes.

Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

Na área da ARS Centro o eixo de referência do CHUC tem funcionado ao longo dos anos, como eixo único de referência em Medicina Intensiva, dada a ausência de muitas especialidades e valências nos diversos hospitais.

O CHTV, classificado como hospital central desde 2005, possui um Serviço de Urgência Polivalente, que é suposto ter capacidades para poder ser fim de linha para algumas especialidades, o que na prática não acontece, apesar do interesse institucional nesse sentido. Tendo em vista proporcionar a desconcentração das respostas diferenciadas de urgência, do acesso de proximidade dos doentes com ganhos clínicos pelo menor tempo até ao tratamento definitivo, faz sentido prever a criação de um eixo de referência para o CHTV potenciando as capacidades aí instaladas (já anteriormente proposto RNRMI 2017). É uma proposta que deve ser exequível a curto prazo, desde que se estabilizem as respostas no SU de especialidades como a neurocirurgia no contexto da referência secundária. Esta situação faz com que o CHUC na Região Centro, seja o único polo de referência de urgência para doentes neurocríticos, dada a fragilidade em RH médicos da neurocirurgia do CHTV, que atualmente possui apenas 4 especialistas, o que é insuficiente para uma resposta estável e diária, 365 dias por ano. Contudo, presentemente o CHTV tem o apoio 24h/7 dias da semana da Cirurgia Vascular, Gastroenterologia, Nefrologia/Dialise e Cardiologia o que permite estabelecer a referência de doentes para o CHTV a partir da ULSG e do CHUCB (com vantagem nas distâncias da Guarda e Covilhã a Viseu face à distância a Coimbra).

Proposta de capacitação

Esta proposta para a Medicina Intensiva, a desenvolver até ao final do primeiro trimestre de 2021 na ARSC, foi efetuada após auscultação dos Conselhos de Administração dos hospitais com

SMI, depois de analisada a situação e a rede de referência atuais e a desenvolver num futuro próximo. Nesta avaliação da capacitação de camas críticas para as necessidades atuais e futuras, propõe-se não um critério único, mas utilizam-se em distintos SMI, ou o critério baseado no ratio de 11,5 camas /100000 habitantes ou o critério baseado no aumento de camas previsto na RNRMI de 2017 procurando-se um equilíbrio do número de camas por unidade de acordo com a taxa de ocupação e as necessidades agora identificadas durante a pandemia. O dobro de camas podendo ser uma meta muitas vezes referida, não deixa de ter o racional de se aproximar da confortável média europeia de 11,5 camas/100000 habitantes.

A tabela 1 indica o número de camas em cada um dos SMI antes da pandemia (“base”), no pico pandémico, a proposta de capacitação para o futuro, e o acréscimo de médicos e enfermeiros necessários.

Os projetos construtivos de modernização ou a desenvolver devem prever a capacidade de adaptação estrutural (pressões e isolamento) a situações específicas no que respeita ao controlo de infeção: doenças transmissíveis, imunodeprimidos e outros.

Após consulta dos Conselhos de Administração, prevê-se para os SMI a necessidade de um aumento da dotação de recursos humanos no mínimo de 17 médicos com a especialidade de Medicina Intensiva, de 160 enfermeiros (não inclui enfermeiros de reabilitação) e de 47 assistentes operacionais¹.

Instituição	Camas	Pop.	N3	N2	camas/ 105	Pico	Proposta	camas/ 105	MED	ENF	AO
CHBV	429	280682	6	0	2,1	13	15	5,3	2	16	7
ULSG	279	133073	12	0	9,0	20	14	10,5	2	6	0
CHTV	671	252220	8	0	3,2	20	21	8,3	3	29	10
CHUC	1838	491732	29	0	5,9	54	56	11,4	5	82	20
CHLP	643	351782	10	0	2,8	18	18	5,1	3	10	6
ULSCB	258	98785	8	0	8,1	12	11	11,1	1	8	2
CHUCB	350	80253	6	0	7,5	12	10	12,5	1	9	2
ARSCentro	4468	1688527	79	0	4,7	149	145	8,6	17	160	47

Tabela 3 - Número de camas em cada um dos SMI antes da pandemia (“base”), no pico pandémico, proposta de capacitação para o futuro e acréscimo de médicos e enfermeiros necessários

Reafirmamos que pela necessidade da comprovada provisão de médicos no curto prazo, deverá ser privilegiada a formação dos médicos pela “via clássica”, conquanto os respetivos procedimentos de recrutamento se devam desenvolver em 2020 e 2021. O número de 17 médicos, está identificado como necessidade para além dos médicos atualmente em formação pela “via clássica”.

¹ Previsão de enfermeiros e assistentes operacionais assumindo a capacitação máxima indicada dos SMI.

Nesta proposta, e neste Eixo CHUC, o número total de camas críticas (N3/N2) passa a 145 camas, um aumento de 66 camas (55%) face às 79 camas de “base” (75 camas ativas em janeiro de 2020). Este aumento resulta do aumento para 11,5 camas por 100000/habitantes na ULSCB, no CHUCB e no CHUC, e do aumento previsto pela RNRMI (2017) na ULSG, no CHTV no CHBV (Aveiro) e no CHPL. O dobro de camas, enquanto possível meta será atingido aproximadamente no CHUC e nos CHTT e CHBV.

Se considerarmos apenas o sub-eixo das Beiras (CHUCB e ULSG) a referenciar para o CHTV, este aumento traduz um ratio de 9 camas por 100.000 habitantes.

O total de 145 camas agora propostas para a capacitação dos SMI da ARSCentro corresponde aproximadamente a 8.5 camas /100000 habitantes o que equivale ao máximo de camas críticas disponíveis na fase hiperaguda da pandemia de COVID 19 na Região Centro, mas ainda aquém da média europeia (11,5 camas/100000 habitantes).

Esta capacitação global da Medicina Intensiva na ARSCentro, com início imediato e efetivação até 2021, exige um aumento de dotação de recursos humanos conforme descrito anteriormente.

Proposta de Capacitação da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva na ARS Lisboa e Vale do Tejo

Existências e situação prévia.

O documento Rede de Referenciação da Especialidade de Medicina Intensiva (RNRMI, 2017):

- Identificava 12 Serviços de Medicina Intensiva (SMI), com um total de 258 camas críticas: CHMT, HDS, HVFX, CHULC, CHULN, HBA, HFF, CHLO, HC, HGO, CHBM, CHS. Existia, e existe, um outro SMI no IPOLisboa, mas de natureza monovalente, isto é dedicado ao doente oncológico;
- O que configurava um rácio de 7,2 camas por 100.000 habitantes;
- Definia 4 eixos principais de referenciação, centrados nas principais instituições hospitalares da Zona Sul, nomeadamente:
 - Eixo Centro Hospitalar Lisboa Norte
 - Eixo Centro Hospitalar Lisboa Central
 - Eixo Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
 - Eixo Centro Hospitalar do Algarve

Avaliação da situação atual

Nesta reavaliação agora realizada, em termos de resposta da Medicina Intensiva à pandemia SARS-CoV-2, identificamos os dados apresentados na tabela 6.

À semelhança de outras regiões, não tinham sido atingidos os objetivos da rede de referenciação de 2017, existindo camas inativas por falta de enfermeiros e ausência de abertura de novas camas. O défice estrutural é particularmente acentuado no Eixo Centro Hospitalar Lisboa Norte, que detém estruturas hospitalares de grande volume, mas que apresenta relativa insuficiência de capacidade instalada na área da medicina intensiva (CHULN e HFF) e na margem Sul do Tejo (HGO, CHS e CHBM).

A pandemia veio evidenciar o défice estrutural de camas críticas (nível 2 e nível 3) e também de segurança, com quase inexistência de camas de isolamento com pressão negativa na dependência dos SMI.

Instituição	Camas	População	Pré COVID			Pico	Agora	
			N3	N2	camas/10 ⁵	camas	camas	camas/10 ⁵
CHMT	416	182 067	6	3	4,9	32	19	10,4
Santarém	432	196 620	6	0	3,1	19	17	8,6
HVFX	313	244 377	8	12	8,2	20	20	8,2
HBA	441	288 883	10	12	7,6	22	22	7,6
HFF	789	535 927	16	4	3,7	21	20	3,7
Cascais	277	206 479	8	10	8,7	18	18	8,7
CHULN	1 029	538 902	26	4	5,6	44	39	7,2
CHULC	1 307	327 416	42	23	19,9	62	62	18,9
CHLO	800	257 372	31	5	14,0	64	34	13,2
HGO	600	332 299	8	9	5,1	34	23	6,9
Setúbal	377	233 516	7	0	3,0	12	7	3,0
CHBM	386	213 584	5	0	2,3	5	5	2,3
TOTAL	7 167	3 557 442	173	82	7,2	353	286	8,0

Tabela 4: Número de camas de Medicina Intensiva entre janeiro e maio de 2020

No CHULN houve, desde 2017, uma evolução positiva com a integração de camas neurocríticas no SMI, mas há uma dispersão de recursos e carência de camas de nível 2 da Medicina Intensiva, além dos problemas de segurança já referidos.

Na fase pico da pandemia em Portugal, na primeira quinzena de abril, o número de camas críticas aumentou 1,43 vezes (111 camas), com incremento considerável em camas de cuidados de nível 3 (1,93 vezes-161 camas);

Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

A nossa proposta para o futuro próximo, nomeadamente até ao final de 2020, da Medicina Intensiva na ARSLVT, analisados os SMI atuais, a presente Rede de Referência e os projetos apresentados pelos CA, é a expressa na tabela 5.

Define-se um objetivo de 346 camas críticas (nível 3 + nível 2) de SMI na ARSLVT a atingir ainda este ano. Este número (346) é superior ao número de camas agora ativas nos SMI (280), e ao existente no final de 2019 – aumento de 1,35 – determinando um rácio de 10 camas por 100 000 habitantes, ainda inferior à média europeia (11,5 camas por 100 000 habitantes).

As prioridades na ARSLVT são a capacitação do CHULN, HFF, HGO e CHBM.

	Pré COVID				Pico	Agora	Proposta da CNARMI para 2º Semestre 2020						
	N3	N2	Total	/10 ⁵	Camas	camas	N3	N2	Total	/10 ⁵	Med	Enf	AO
CHMT	6	3	9	4,9	32	19	19		19	10,4	-	-	-
Santarém	6	0	6	3,1	19	17	12	5	17	8,8	4	10	6
HVFX	8	12	20	8,2	8	20	8	12	20	8,2	-	-	-
HBA	10	12	22	7,6	16	16	10	12	22	7,6	-	-	-
HFF	16	4	20	3,7	21	20	20	16	36	6,7	7	30	12
Cascais	8	10	18	8,7	18	18	8	10	18	8,7			
CHULN	26	4	30	5,6	44	39	45	4	49	9,1	4	47	14
CHULC	42	23	65	19,9	62	62	42	23	65	19,9	9	55	8
CHLO	31	5	36	14	64	34	37	13	50	19,4			
HGO	8	9	17	5,1	34	23	22	10	32	9,6	3	35	9
Setúbal	7	0	7	3	12	7	7		7	3			
CHBM	5	0	5	2,3	5	5	6	5	11	5,15	3	11	5
TOTAL	173	82	255	7,2	335	280	236	110	346	10	30	1880	54

Tabela 5: Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

A nossa proposta aposta na seleção de 4 dos projetos apresentados pelos Conselhos de Administração para implementação imediata. Estes projetos aumentam consideravelmente o número de camas de SMI (CHULN, HFF, HGO e CHBM). Nas restantes unidades devem ser tidas em consideração as obras que privilegiem o aumento da segurança dos profissionais e dos utentes.

Recomenda-se que a capacitação privilegie a instalação de camas com potencial de nível 3, podendo ser usadas para nível 3 ou nível 2 de cuidados, devendo os recursos humanos ser modulados de forma plástica e adaptativa de forma a gerar valor e eficiência. Este modelo de gestão integrada de doentes de nível 3 e de nível 2 dentro dos Serviços de Medicina Intensiva, aumenta comprovadamente a segurança de cuidados e disponibilidade de camas.

A capacitação deverá igualmente privilegiar a qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente aumentando o número de quartos de isolamento com controlo de pressão (positiva/negativa). Esta capacitação é fundamental, maximizando estruturas com potencial de adequado controlo de infeção e moduláveis para resposta a desafios específicos: doenças transmissíveis, imunodeprimidos, queimados, etc.

No CHULN recomenda-se a criação de pelo menos 17 camas de nível 2/3 holopotenciárias. É desejável que o SMI seja dotado de quartos de isolamento com adufa e pressão variada, de acordo com as recomendações em vigor. Até à conclusão da obra, o Conselho de Administração deve garantir a capacidade da Medicina Intensiva com expansão em contiguidade do Serviço, de modo a maximizar recursos de material e humanos.

O HFF tem um projeto avançado para criação de camas de nível 2/3. É igualmente necessário aumentar a segurança com dotação de camas de isolamento com pressão variada.

A margem Sul do Tejo está especialmente carenciada, em camas de nível 2/3 e de quartos de isolamento, recomenda-se assim o rápido redimensionamento do SMI HGO, com criação de 6 quartos de isolamento e alargamento em 3-4 camas de nível 3 da UCIP original e posterior aumento imediato de 10 camas de nível 2/3 até 2022.

O CHLO mantém o défice de camas de nível 2 sob a gestão da Medicina Intensiva. Recomenda-se a rápida criação e implementação das 14 camas já consignadas na rede de referência. É igualmente desejável que as 8 camas neurocríticas do Hospital Egas Moniz passem a integrar o SMI, garantindo melhor assistência ao doente neurocrítico e permitir futuramente a idoneidade formativa total ao CHLO. Neste sentido, é importante a implementação definitiva do “Circuito do Doente Crítico”, passando o Serviço de Medicina Intensiva a intervir nas várias fases deste processo clínico, nomeadamente através da presença na Sala de Emergência e nas Equipas de Emergência Interna. Recomenda-se que sejam criadas camas de isolamento com controlo de pressão e adufa nas diferentes unidades, de acordo com as recomendações de 2004.

Considera-se igualmente prioritário, mas necessitando de intervenção estrutural mais demorada a expansão da Medicina Intensiva em Setúbal para 12 camas nível 2/3, enquadrada no novo edifício: até lá deverá haver capacitação de dois quartos de isolamento com pressão negativa no atual serviço.

O CHBM apresenta um dos piores rácios de camas /100 000 habitantes do país (2,31). Foi apresentado pré-projecto de expansão do Serviço de Medicina Intensiva para 11 camas de nível 2 + 3 (equipadas para funcionar a nível 3), e consequentemente aumentando também as áreas de apoio logístico e de instalações e equipamentos. Este projeto deverá, na nossa opinião arrancar o mais rápido possível, para estar pronto até novembro de 2020.

O CHULC tem projeto de melhoria das condições de segurança da UUM, com requalificação de zonas com capacidade de isolamento e pressão negativa e de criação de um novo espaço de 21 camas nível 2/3. O projeto permite aumentar a capacidade da medicina intensiva num hospital diferenciado, de referência para todo o território nacional, mas tem o prazo de execução estimado de 8 a 12 meses. Assim, recomendamos que a criação de quartos e salas de pressão negativa na UM seja rapidamente iniciada, de forma a garantir maior segurança e flexibilidade

para o inverno. A criação das 21 camas extra deverá avançar, mas estará apenas concluída em maio 2021, pelo que deverá ser apenas parcialmente contemplada no Orçamento Suplementar de 2020 e garantir restante financiamento no OE 2021.

O CHO deve manter as Unidades de Recuperação e Resgate com a lotação de 2 camas cada, nos Hospitais das Caldas da Rainha e de Torres Vedras.

Propõe-se nova arquitetura de rede, com definição de 3 polos:

- CHULN, de que fazem parte CHO, HFF e HBA
- CHULC de que fazem parte CHMT, HDS, HVFX, ULSNA, HESE, ULSLA
- CHLO de que fazem parte HC, HGO, CHS, CHBM

O número de camas em cada um dos SMI está indicado na tabela 6, sendo que, desta forma os indicadores de cada um dos eixos de referência passarão a ser:

Indicador	Objetivo 2020	CHULN	CHULC	CHLO
Rácio camas críticas / camas de agudos	≥ 5%	4,3%	5,7%	4,3%
Rácio camas nível 3 / camas de agudos	>2,5%	3%	3,8%	2,9%
Rácio camas neurocríticas / camas de agudos	>2%	2,0%	2,9%	2,2%
Rácio camas holopotenciárias / camas de agudos	>1,0%	2,3%	2,9%	1,8%
Rácio camas críticas / 100 000	≥ 12	7,8	13,2	9,5
Rácio camas nível 3 / 100 000	≥ 6	5,5	8,6	6,4

Tabela 6: Indicadores dos eixos de rede com polo na ARSLVT

Num futuro a dois anos, com efetivação até ao final de 2022, deverá ser mantida a progressiva capacitação da Medicina Intensiva, no sentido da aproximação à média europeia de camas críticas por 100 000 habitantes

Esta capacitação adicional passa pela implementação de projetos, ao que cremos alguns deles com financiamento assegurado, nomeadamente para CHLO (+8 camas) e CHS (criação de serviço novo com 12 camas com camas de isolamento de acordo com as recomendações existentes), pelo apoio à requalificação de 10 camas no HGO já referida.

A ARSLVT ficaria assim dotada, no final de 2022, de 379 camas críticas em Serviços de Medicina Intensiva – 10,6 camas por 100.000 habitantes.

Proposta de Capacitação da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva na ARS do Alentejo

Existências e situação prévia.

O documento Rede de Referenciação da Especialidade de Medicina Intensiva (RNRMI 2017):

- Identificava 4 Serviços de Medicina Intensiva (SMI), com um total de 30 camas críticas:
 - Hospital do Espírito Santo – Évora
 - Hospital do Litoral Alentejano – ULSLA
 - Hospital de Beja – ULSBA
 - Hospital de Portalegre – ULSNA
- O que configurava um rácio de 6,37 camas por 100 000 habitantes;
- Definia 1 eixo de principal de referenciação, com polo final no CHULC.
- Definia como objetivo, a existência de 50 camas críticas.

Avaliação da situação atual

Nesta reavaliação agora realizada, em termos de resposta da Medicina Intensiva à pandemia SARS-CoV-2, identificamos os dados apresentados na tabela 1.

À semelhança de outras regiões, no Alentejo não tinham sido atingidos os objetivos da RNRMI 2017. No início de 2019 mantinham-se 30 camas críticas abertas, existindo camas inativas por falta de enfermeiros e ausência de abertura de novas camas.

- Na fase pico da pandemia em Portugal, na primeira quinzena de abril, o número de camas críticas aumentou 1,73 vezes (22 camas);

Instituição	Camas	População	Pré COVID				PICO			Agora			
			N3	N2	Total	camas/ 10 ⁵	N3	N2	camas/ 10 ⁵	N3	N2	Total	camas/ 10 ⁵
HESE	290	153 042	5	0	5	3,3	13	-	10,6	13		13	8,5
ULSLA	146	93 518	7	0	7	7,5	13		21,9	11		11	11,8
ULSNA	233	106 271	5	5	10	9,4	5	5	13,6	5	5	10	9,4
ULSBA	226	117 868	4	4	8	6,8	16		19,3	12		12	10,2
Total	895	470 699	21	9	30	6,4	47	5	11,3	41	5	46	9,8

Tabela 7: Número de camas de Medicina Intensiva entre janeiro e maio de 2020

Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

A nossa proposta para o futuro próximo, nomeadamente até ao final do primeiro semestre de 2021, da Medicina Intensiva na ARS Alentejo analisados os SMI atuais, a presente Rede de Referência e os projetos apresentados pelos CA e aceites pela CARMI, é a expressa na tabela 8:

Instituição	Pré COVID				Pico	Agora			Propostas da CNARMI					
	N3	N2	Total	camas/10 ⁵	Camas	Camas	camas/10 ⁵	N3	N2	Total	camas/10 ⁵	Méd	Enf	AO
HESE	5	0	5	3,27	13	13	8,5	14	5	19	12,4	4	25	8
ULSLA	7	0	7	7,5	13	11	11,8	7	4	11	11,7	2	12	3
ULSNA	5	5	10	9,4	10	10	9,4	5	5	10	9,4			
ULSBA	4	4	8	6,79	16	12	10,2	8	2	10	8,5	2	7	4
Total	21	9	30	6,37	52	46	9,8	34	16	50	10,5	8	44	15

Tabela 8: Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da MI

HESE – SMI de Évora:

Duas unidades fisicamente separadas com planos funcionais próprios, sendo que uma tem 8 camas críticas (N2/N3); a segunda com 11 camas críticas (N2/N3) e onde estão incluídos 5 quartos de isolamento preparados com sistema de variação de pressão.

Os RH humanos necessários incluem

- Médicos – 2 vagas para formação pela via clássica em Medicina Intensiva a abrir em 2020 e 2 vagas para formação pela via clássica em Medicina Intensiva em 2021
- Enfermeiros – 25 enfermeiros; não houve contratações a termo ao abrigo do COVID-19
- AO – 8 assistentes operacionais

ULSLA – SMI do Litoral:

Expansão de unidade existente com mais 4 camas, para um total de 11 camas críticas (N2/N3); nestas 11 camas estão incluídos 3 quartos de isolamento preparados com sistema de variação de pressão; possui plano funcional único com áreas de apoio e recursos humanos comuns.

Os RH necessários incluem

- Médicos - 1 vaga para formação pela via clássica em Medicina Intensiva a abrir em 2020 e 1 vaga para formação pela via clássica em Medicina Intensiva a abrir no 2º semestre de 2021

- Enfermeiros – 12 enfermeiros; houve 1 contrato a termo no contexto do COVID-19
- AO – 3 assistentes operacionais

ULSBA – SMI de Beja:

Expansão da unidade existente com mais 2 camas, para um total de 10 camas críticas (N2/N3); as 2 novas camas são quartos de isolamento preparados com sistema de variação de pressão; plano funcional já existente com áreas de apoio e recursos humanos comuns.

Os RH necessários incluem:

- Médicos – 2 vagas para formação pela via clássica em Medicina Intensiva em 2021
- Enfermeiros – 8 enfermeiros; não houve contratações a termo no contexto do COVID-19
- AO – 4 assistentes operacionais

A região do Alentejo está deficitária em Medicina Intensiva e necessita de aumentar a sua capacidade e segurança com camas críticas (que possam funcionar como nível 2 ou 3). É essencial, como demonstrado por esta pandemia, que os SMI fiquem apetrechados de quartos de isolamento com adufa e controlo de pressão, como recomendado.

Define-se um objetivo de 50 camas críticas (nível 3 + nível 2) de SMI na ARS Alentejo, a atingir ainda este ano, número muito semelhante ao definido como objetivo para 2020 pelo documento “RNRMI 2017”. O número proposto é inferior à capacidade máxima dos SMI da região, no pico da primeira vaga, determinando um rácio de 10,5 camas por 100 000 habitantes. Esta capacitação permitirá responder melhor em termos de doença crítica, apoiar o processo de retoma de atividade, mas também sedimentar a adequada capacidade formativa para formação de intensivistas.

No entanto, a falta de algumas especialidades médicas e cirúrgicas, não permitem estabelecer um polo final de referenciação na rede na ARS Alentejo.

Esse polo será naturalmente o Hospital Central do Alentejo sediado em Évora. Até lá recomendamos:

- O SMI da ULSNA deverá referenciar, se necessário e de acordo com as especialidades médicas necessárias, para o CHMT e CHULC.
- ULSLA e HESE referenciam para o CHULC
- De igual modo, ULSBA poderá, se necessário, referenciar para o CHUA, como já sugerido na RNRMI de 2017.

A nossa proposta defende a afetação de recursos humanos necessária à implementação

destes três projetos.

Esta capacitação global da Medicina Intensiva na ARS Alentejo, com início imediato e efetivação em 6 a 12 meses, exige um aumento de dotação de recursos humanos, sendo esta, no mínimo de 8 médicos, 44 enfermeiros e 15 assistentes operacionais.

Neste sentido e no que diz respeito aos RH médicos, este incremento de pessoal médico deverá preferencialmente ser feito através da abertura faseada de concursos para formação de especialistas em Medicina Intensiva através da nomeada via clássica.

Este faseamento e em linha com as propostas dos SMI da região suprirá parcialmente as necessidades num prazo previsto de 2 anos (2020 e 2021). Propõe-se a seguinte calendarização:

- HESE – 2 vagas em 2020 + 2 vagas em 2021
- ULSLA – 1 vaga em 2020 + 1 vaga em 2021
- ULSBA – 2 vagas em 2021

Com a concretização desta proposta a ARS Alentejo passaria a dispor de um ratio cama de 10,5 /100 000 habitantes. De relevar que o aumento de capacitação se faz também com um aumento significativo de camas de nível II, indo ao encontro da proposta primariamente avançada pela RNRMI 2017.

É obrigatório incluir nesta expansão a criação de um número de camas de isolamento adequadas não só à atual situação pandémica, mas que permitam a prestação de cuidados clínicos em segurança a doentes com outras doenças transmissíveis endémicas na região, além de inúmeras outras patologias que obrigam a adequado isolamento. Esta orientação está expressa nas recomendações gerais do presente documento.

Será também esta a oportunidade para a concretização do aumento da carteira de serviços da Medicina Intensiva na região do Alentejo, com o acompanhamento desejado do doente crítico no seu percurso hospitalar promovendo desta forma a adequação do circuito do doente crítico à sua condição de doença ameaçadora de vida. Isto passará não só pela implementação sustentada das vias verdes específicas e pela presença na sala de emergência, mas também pela implementação generalizada da consulta de *follow-up* após internamento em Medicina Intensiva.

Proposta de Capacitação da Rede de Referência de Medicina Intensiva na ARS DO ALGARVE

Existências e situação prévia

A região do Algarve apresenta uma variação sazonal da população muito significativa triplicando nos meses de Verão.

A RNRMI 2017 identificava 35 camas críticas no Algarve com um ratio de 7,7 camas /100 000 habitantes.

- Estabelecia 1 eixo de principal de referência, USLBA > CHUA
- Objetivava a criação de 4-6 camas de nível II em Portimão, 4-6 camas de nível II em Faro e 4-6 camas de nível II em Beja.

Avaliação da situação atual

Na reavaliação efetivada nesta altura, em termos de resposta da Medicina Intensiva à pandemia SARS-CoV-2, identificamos os dados apresentados na tabela 9.

Instituição	Camas	População	Pré COVID			Pico		
			N3	N2	camas/ 10 ⁵	N3	N2	camas/ 10 ⁵
CHUA	904	440 543	14	10	8,2	16+8	10	11,8
			9	3		18	0	
Total	904	440543	23	13	8,2	42	10	11,8

Tabela 9- 16 camas N3 COVID (apenas 9 foram ativadas no pico da pandemia) + 8 camas N3 não COVID

No início de 2020 o CHUA contava com 36 camas críticas com rácio 8,1 por 100 000 habitantes. Na fase pico da pandemia em Portugal, reportando-nos à primeira quinzena de abril, o número de camas críticas aumentou 44% (52 camas críticas). Salientamos que das 16 camas N3 preparadas para UCIP COVID nesta altura, 9 foram ativadas para o efeito.

Atualmente, na fase “pós pico” da pandemia, os SMI do CHUA passaram a deter 41 camas de críticos.

Os diretores de serviço e conselhos de administração perspetivam incrementar a capacidade instalada da Medicina Intensiva, na segurança dos doentes e profissionais e nas infraestruturas, projetando a instalação de quartos de pressão negativa (unidade com 8 camas).

Proposta da CNARMI para a fase de retoma de processos assistenciais e capacitação da Medicina Intensiva

Propõem-se manter o eixo de referência ULSBA>>CHUA com redimensionamento dos SMI, de modo a alcançar um rácio de 10,6 camas críticas /100 000 habitantes.

Nesse sentido recomenda-se:

No Serviço de Medicina Intensiva 1 (SMI 1 - Faro)

- Implementação de mais 8 camas nível 3 com capacidade para admissão de doentes COVID no SMI 1 (Faro). (Unidade com pressão negativa).

Esta unidade tem a capacidade de ser dividida em duas salas que podem funcionar de forma independente (4 camas para COVID e 4 camas para eventual internamento de doentes submetidos a neuroradiologia de intervenção). Esta distribuição das camas poderá ser diferente conforme as necessidades de internamento dos doentes COVID. Assim, num período de afluência elevado destes doentes, esta unidade poderá acolher até 8 doentes para isolamento respiratório.

- Adaptação de estruturas para criar uma unidade de pressão negativa com 14 camas nível 3 no segundo piso.
- Criação de sistema de pressão negativa na UCIP não COVID alocada no piso 2.

No Serviço de Medicina Intensiva 2 (SMI 2 - Portimão)

- Implementação de mais 3 camas nível 3 no SMI 2, planeando-se a criação de uma unidade de AVC (Portimão);
- Relativamente às alterações estruturais, as mesmas poderiam ser efetuadas em fases distintas:

Fase 1 - Criação de 1 quarto de isolamento Instalação de circuitos ventilatórios independentes

Fase 2 - Criação de 2 quartos de isolamento, com adufa, Instalação de circuitos ventilatórios independentes

Fase 3 - Aquisição de 2 braços para apoio de equipamentos

Fase 4 - Abertura de uma porta de uma sala de acondicionamento de resíduos sólidos, para o exterior.

Propomos início das obras da Fase 1 de Faro e Fases 1 e 2 de Portimão de forma imediata.

Conclusão estimada em 3 meses, se início das obras em setembro perspetivando-se a conclusão no mês de dezembro de 2020 ou janeiro de 2021.

Recursos Humanos

Para a capacitação dos Serviços de Medicina Intensiva da ARS Algarve torna-se premente a alocação de mais recursos humanos, nomeadamente, mais 7 médicos (4 para o SMI 1, 3 médicos o SMI 2), a colocação de mais 29 enfermeiros (20 para o SMI 1 e 9 para SMI 2) e de 8 assistentes operacionais (6 para SMI 1 e 2 SMI2)

No que concerne aos médicos, este incremento deverá preferencialmente ser realizado através da abertura faseada através dos concursos para formação de especialistas em Medicina Intensiva pela via clássica.

O incremento no número de camas nível 3 nos dois Serviços de Medicina Intensiva e a capacitação destes serviços com a criação de novos espaços com pressão negativa têm um inegável benefício:

1. Aumentar o número de camas de medicina intensiva em relação a 100 000 habitantes num ratio de 10,6 muito próximo à média europeia.
2. Aumentar a qualidade e segurança dos cuidados devido ao aumento no número de quartos de isolamento com pressão alternante (positiva e negativa).
3. Possibilitar a implementação de novas especialidades médicas e cirúrgicas (neuroradiologia de intervenção) que permitirá uma otimização no tratamento dos doentes neurocríticos e conseqüente diminuição no número de transferências terciárias para o eixo de referenciação do CHLN.
4. Otimizar o controlo, já existente, do circuito do doente crítico que compreende todo o percurso desde a admissão no serviço de urgência e ativação das diferentes vias verdes, estabilização na sala de emergência, tratamento nas unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados nível 2, vigilância dos doentes nas enfermarias pós alta do SMI, ativação das equipas de emergência interna intra-hospitalar e seguimento nas consultas de follow-up.

Como referido, para a capacitação global da Medicina Intensiva e no âmbito da realização das obras nos SMI na ARS Algarve, estas deveriam ter início imediato e efetivação até dezembro de 2020.

Este faseamento, alinhado com as propostas dos SMI da região suprirá parcialmente as necessidades num prazo previsto de 2 anos (2020 – 2021)., com abertura de 4 vagas até final de 2020 e um numero mínimo de 3 vagas até ao final de 2021.

Proposta de manutenção dos eixos de referência secundária e terciária com a capacitação dos SMI

É de considerar a alocação no futuro de outras especialidades tais como cirurgia torácica, vascular e radiologia de intervenção no CHUA, assegurando uma melhor cobertura de cuidados e dotar a região de camas críticas holopotenciárias.

Esta alocação e a dotação das mencionadas camas críticas irá diminuir o número de transferências terciárias para outros centros, contribuindo assim para a diminuição da sobrecarga assistencial destas instituições.

Plano de capacitação de Recursos Humanos nos Serviços de Medicina Intensiva

Nesta altura, os Serviços de Medicina Intensiva estão gravemente subdotados em termos de recursos humanos, seja médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. Essa subdotação é particularmente relevante no sector de enfermagem.

Esta situação condiciona um elevado recurso a horas extraordinários, determinando custos acrescidos e risco de exaustão e burnout. Em múltiplos serviços da rede, a situação levou à necessidade de inativação de camas, conduzindo a sub-rentabilização da infraestrutura existente e a oferta insuficiente para as necessidades de cuidados a doentes críticos.

A resposta à pandemia foi possível pela utilização de médicos, assistentes operacionais e, sobretudo, enfermeiros de outras áreas hospitalares integrados nas equipas dos Serviços de Medicina Intensiva. A retoma dos restantes processos assistenciais exige, está a exigir, a libertação desses profissionais para as suas atividades normais.

É, assim, imperiosa a capacitação dos Serviços de Medicina Intensiva em recursos humanos: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

Essa capacitação deve decorrer dos projetos objeto de parecer favorável neste relatório e, ulteriormente, aprovados pelo Ministério da Saúde, neste âmbito. Isto é, chama-se projeto ao conjunto de uma intervenção de obra, instalação de equipamento e dotação de recursos humanos. O projeto terá o impacto do seu elo mais fraco e só será rentável se todos estes componentes do projeto forem harmónicos e concatenados.

Não se defende, no âmbito deste documento, a resolução de deficits “crónicos” de recursos humanos. Defende-se, de forma pragmática, a dotação de recursos humanos necessários ao funcionamento da nova estrutura criada.

Mais, presume-se que a implementação e utilização da nova estrutura tenha uma curva progressiva de maior utilização, à medida que a missão da Medicina Intensiva se vai alargando a novos processos assistenciais ou a fases mais precoces da doença crítica, em benefício do resultado e da segurança do doente. Por isso mesmo, se aconselha o faseamento da dotação dos recursos humanos, permitindo a colocação de parte dos recursos por nós definidos como necessários até 31 de dezembro de 2020 e a parte restante em 2021.

Em termos de metodologias, e de forma pragmática, advoga-se, assim, para execução até final de junho 2020:

- Abertura de um concurso a nível nacional para a colocação de 45 médicos (50% do definido como necessário à escala nacional) com uma especialidade hospitalar (sobretudo Medicina Interna, Anestesiologia, Pneumologia, Nefrologia, Doenças

Infeciosas) nos Serviços de Medicina Intensiva com necessidade de aumento de quadro decorrente de projeto apresentado e aprovado neste contexto. Este concurso poderá prever um hospital de colocação e um hospital de formação, no caso de o primeiro não ter idoneidade formativa, à semelhança de concursos de natureza semelhante realizados em 2014 e 2016 na ACSS.

- Permissão da transformação dos contratos individuais de trabalho (CIT) a 4 meses para enfermeiros e para assistentes operacionais autorizados no âmbito do COVID-19, em CIT sem termo.
- Abertura de concurso para colocação de enfermeiros nos vários hospitais, em número definido pela diferença entre 60% do número de enfermeiros necessários para os projetos a nível nacional (60% de 583 = 350 enfermeiros) subtraído do número de enfermeiros que viu o seu CIT a 4 meses transformado em CIT sem termo
- Abertura para assistentes operacionais de processo semelhante ao definido no ponto anterior para enfermeiros
- Programação para 2021 de número de vagas de Internato de Formação Específica de Medicina Intensiva não inferior a 55, no total nacional

Advoga-se, ainda, para execução no primeiro trimestre de 2021:

- Abertura de novo concurso a nível nacional para a colocação de médicos com uma especialidade hospitalar em Serviços de Medicina Intensiva que implementaram o projeto aprovado neste âmbito, no número definido pela diferença entre o número aprovado no projeto e o número de médicos lá colocados no concurso de 2020, acima citado
- Abertura de novo concurso para colocação de enfermeiros e assistentes operacionais nos hospitais que implementaram o projeto aprovado neste âmbito, que perfaça o número previsto no projeto e não coberto pelo concurso de 2020

Necessidades de Equipamentos nos Serviços de Medicina Intensiva

De acordo com os planos enviados pelos CA, as necessidades dos projetos constantes da proposta estão expressas na tabela seguinte:

	Ventiladores	Monitores	Bombas Infusoras	Seringas Infusoras	VNI
CH de Entre o Douro e Vouga					
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho					
CH Tâmega e Sousa	13	5	6	10	
CH Trás-os-Montes e Alto Douro	16	24	158	158	13
CH Universitário do Porto	8				
CH Universitário São João	30	30	150	150	
Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães					
Hospital de Braga	16	33	128	128	
ULS de Matosinhos	8		30	45	
ULS do Alto Minho	15	25			
ULS do Nordeste					
CH Cova da Beira	10	10	12	12	
CH de Leiria	10		50	50	
CH do Baixo Vouga			(+5)	(+5)	
CH e Universitário de Coimbra	16	16	64	64	
CH Tondela-Viseu	5				
ULS da Guarda		(+4)	(+4)	(+4)	
ULS de Castelo Branco					
CH Barreiro Montijo	6				
CH de Setúbal	5				
CH Lisboa Ocidental					
CH Médio Tejo	10		20	50	
CH Universitário de Lisboa Central	21	21	(+21)	(+21)	
CH Universitário de Lisboa Norte		14	42	84	
Hospital Beatriz Ângelo, S.A.					
Hospital de Cascais Dr José de Almeida					
Hospital de Vila Franca de Xira					
Hospital Distrital de Santarém	10	10	40	40	
Hospital Garcia de Orta					
Hospital Prof Dr Fernando Fonseca					10
Hospital Espírito Santo Évora	14		12	50	
ULS do Baixo Alentejo	(+8)	(+8)	(+8)	(+8)	
ULS do Litoral Alentejano	5	4	16	16	
ULS Norte Alentejano					
CH Universitário do Algarve,					
Total	218	142	3578	857	23

Tabela 10: Necessidades Equipamento para a Proposta da CNARMI expressas pelos CA

Resumo

A proposta apresentada traduz-se num incremento de 45% da capacidade instalada de Medicina Intensiva até 2021, conforme consta na Tabela 11, que resume a proposta:

Região	Proposta CARNMI						
	N3	N2	Total	camas 10 ⁵	Med	Enf	AO
Norte	243	83	326	9,1	33	205	74
Centro			145	8,6	17	160	47
Lisboa e Vale do Tejo	236	110	346	9,7	30	188	54
Alentejo	34	16	50	10,6	8	44	15
Algarve	37	10	47	10,7	7	29	8
Continente	550	219	914	9,4	95	626	198

Tabela 11: *Resumo proposta CARNMI*

Para a sua concretização, recomendamos os seguintes passos imediatos:

1. Comunicação e divulgação da Rede à ACSS, às ARS e estruturas hospitalares, com notificação dos prazos de resposta;
2. Abertura de concursos para colocação de médicos em Medicina Intensiva e contratação de enfermeiros, como referido anteriormente;
3. Análise, aprovação e financiamento (quando indicado) de projetos de infraestruturas dos diferentes serviços, com prioridades estabelecidas neste documento;
4. Finalização da aquisição de equipamentos e distribuição
5. Monitorização da implementação da rede e do seu funcionamento com relatório mensal das ARS,
6. Implementação de um sistema de informação, que permita a gestão da Rede de Referenciação de Medicina Intensiva.