



Notícias

DOCUMENTO ORIENTADOR DA FORMAÇÃO EM MEDICINA INTENSIVA

Critérios de Idoneidade e de Formação em Medicina Intensiva

1 – Introdução

De entre os desenvolvimentos mais marcantes da Medicina do Século XX contam-se os desenvolvimentos da Medicina Intensiva e a capacidade para preservar e recuperar funções vitais, em disfunção ou falência. Esse sucesso, fruto dos desenvolvimentos da tecnologia, permitiu reformular por inteiro o conceito e os limites de intervenção da Medicina.

A par do desenvolvimento tecnológico adquiriram-se novos e aprofundados conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica que alteraram totalmente a capacidade de diagnóstico e o potencial de tratamento e cura de doenças antes inevitavelmente fatais. Em Portugal assistimos, há 40 anos, à criação dos primeiros Serviços de Cuidados Intensivos.

O desenvolvimento da Medicina aumentou a capacidade para salvar vidas em risco e aumentou a sobrevida de doentes portadores de doença grave, em muitos casos dependentes de tratamentos agressivos e/ou substitutivos de funções vitais. Os modernos hospitais são cada vez mais hospitais terciários com percentagens cada vez maiores de doentes agudos e por razão, têm cada vez maior necessidade de aumentar a capacidade de internamento em áreas destinadas a tratar doentes críticos.

A dimensão dos recursos e a complexidade das doenças impuseram com "naturalidade" a diferenciação de profissionais que se treinaram para serem capazes de rentabilizar e hierarquizar a utilização de cada um desses saberes. As potencialidades da Medicina Intensiva e os encargos a ela associados, obrigaram a desenvolver novas vertentes do pensamento e formação médicas, designadamente a correcta gestão dos recursos e a ponderação ética, social e científica dos limites de intervenção da medicina intensiva.

A aprovação pelo Ministério da Saúde do Ciclo de Estudos Especiais em Medicina Intensiva (despacho 276/89 de 28/7) foi o primeiro passo no reconhecimento da necessidade de diferenciação na área da Medicina Intensiva. No contexto actual, este modelo de formação é desadequado, desajustado às actuais recomendações para a formação pós-graduada, na medida em que está fora do âmbito e controlo da Ordem dos Médicos e a sua capacidade formativa é muito limitada.

Cumpra pois à Ordem dos Médicos tomar a iniciativa de definir e regulamentar os modelos de formação dos futuros Intensivistas. Esta preocupação constitui a base deste documento que define parâmetros de idoneidade formativa para os Serviços, assim como critérios de admissão, currículo e avaliação a que serão obrigados os futuros Intensivistas sempre ao abrigo das regras definidas pela Ordem dos Médicos.

Torna-se pois imperativo que o Ministério da Saúde colmate as actuais limitações legislativas regulamentando a formação em Medicina Intensiva, na medida em que esta é uma área decisiva no funcionamento dos modernos Hospitais cada vez mais centrados na assistência de nível terciário.

2 - Definição - Medicina Intensiva

É uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s).

3 – Serviços / Unidades de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos

A capacidade para abordar de forma global, integrada e multidisciplinar doentes complexos e graves é cada vez mais importante num mundo de crescente fragmentação e especialização de conhecimentos. O crescimento exponencial dos custos dos cuidados com os doentes críticos, impõe decisões assentes em critérios de qualidade, eficácia, eficiência, com a preocupação de rentabilizar os recursos disponíveis. As fronteiras do exercício da Medicina Intensiva e a preocupação com a reintegração social dos sobreviventes impõem preocupações de índole ética e social, essenciais para as boas práticas em conformidade com o "estado da arte". É neste âmbito que os Serviços de Medicina Intensiva se tornam o centro da visão integradora na abordagem do doente crítico como um todo não fragmentado.

- Os Serviços de Medicina Intensiva reconhecem-se pela sua identidade, missão e liderança, pelo que devem possuir um director/coordenador e corpo clínico constituídos por Sub-Especialistas creditados em Medicina Intensiva.

- Os Serviços de Medicina Intensiva devem possuir um corpo clínico próprio (quadro dedicado) a tempo inteiro ao Serviço de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos (S/UCI),

- Os Serviços de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos têm de possuir médico de residência em regime de permanência 24 horas/dia.

- Nos Serviços de Medicina Intensiva/Unidade de Cuidados Intensivos a relação especialista de Medicina Intensiva/número de camas de cuidados intensivos, deverá ter em linha de conta o nível de intervenção em cada Unidade. Deste modo o número de médicos especialistas em Medicina Intensiva por cada unidade funcional de 6-8 camas deve ser de:

S/UCI de nível I 3 Médicos
S/UCI de nível II 4 Médicos
S/UCI de nível III 5 Médicos

- O S/UCI assume, em colaboração, a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, designadamente critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos assim como a definição dos limites de intervenção terapêutica. Sem prejuízo da necessária articulação com o médico assistente e informação da família e profissionais com responsabilidade no tratamento dos doentes e em funções na UCI.

- No S/UCI além de se dominarem as técnicas próprias dos cuidados intensivos, desenvolvem-se metodologias e praticam-se atitudes, gestos e procedimentos, "conformes ao estado da arte" que possibilitam a melhor orientação dos doentes críticos. Por isso, os S/UCI estão equipados com os recursos necessários a concretizar esse fim.

- Os S/UCI, no que se refere ao reconhecimento para a prática e formação em Medicina Intensiva, são classificados em três níveis:

A. Reconhecidos e acreditados para a prática de Medicina Intensiva

B. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação em Medicina Intensiva para Internos do Internato Complementar em conformidade com os requisitos delineados neste documento

C. Reconhecidos e acreditados para a prática, treino e formação de Intensivistas, em conformidade com os requisitos delineados neste documento.

4 - Avaliação da idoneidade

4.1 - Avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva – S/UCI de nível A

A avaliação da idoneidade para a prática de Medicina Intensiva é feita com base no relatório do responsável da Unidade/Serviço, enviado anualmente ao Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, sem prejuízo de visita presencial sempre que indicado.

Desse relatório devem constar:

a) A caracterização do "case mix" e critério de gravidade dos doentes internados (APACHE II e/ou SAPS II).

b) Indicadores de qualidade, traduzindo a eficácia global das manobras terapêuticas que foram realizadas, que se caracterizam com os seguintes critérios:

- Tempo de internamento no Serviço/Internamento hospitalar
- Mortalidade no Serviço e no Hospital
- Relação mortalidade observada/mortalidade prevista ajustada para a gravidade e calculada com pelo menos um modelo de prognóstico geral
- Taxa de re-internamento no Serviço até às 48h após alta do Serviço de Medicina Intensiva,
- Tempo médio de ventilação
- Taxa de re-intubações às 48 horas
- Prevalência de infeções nosocomiais
- Prevalência de complicações iatrogénicas (pneumotorax, reacções adversas medicamentosas)

5. Idoneidade dos S/UCI para a formação em Medicina Intensiva: S/UCI nível B e C

5.1 - A verificação da idoneidade para a formação bem como a avaliação da qualidade são pareceres técnicos e atributos específicos do Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva, ratificados pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Para este efeito, serão formadas comissões de atribuição de idoneidade, constituída por dois membros nomeados pelo Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva e um representante do Conselho Regional da respectiva zona.

5.2 - A avaliação das condições necessárias à classificação dos serviços, no que se refere à idoneidade para a formação, faz-se por visita presencial e periódica.

5.3 - Dessa avaliação resulta um relatório que conclui pela classificação dos serviços em nível B e C, referente à capacidade formativa em Medicina Intensiva.

5.4 - A idoneidade para a formação em Medicina Intensiva é nominal e requerida, pelos Serviços ao Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

Nos casos em que o plano de formação inclui colaboração entre serviços, esta deve ser fundamentada, descrita e incluir a descrição dos serviços envolvidos.

5.5 - O requerimento de candidatura à idoneidade para a formação em Medicina Intensiva tem de conter obrigatoriamente:

a) Dados referentes à Unidade / Serviço:

- Estrutura física do S/UCI (área aproximada em m2)
- Lotação e número de camas activas
- Dados biográficos (tipo de serviço, missão, início de actividade, características do desempenho durante o tempo de actividade, case-mix e evolução do número de internamentos,...)
- Equipamento
- Quadro médico do S/UCI, indicando o número de assistentes, especialização respectiva e carga horária
- Quadro de enfermagem e outros técnicos

b) Actividade assistencial:

- Patologias do S/UCI, estatísticas (os dados da unidade devem ser apresentados incluindo pelo menos um modelo de prognóstico geral)
- Parâmetros de produtividade hospitalar (movimento dos doentes, taxa de ocupação, tempo médio de internamento, resultados, incluindo mortalidade hospitalar na UCI e no Hospital)
- Quantificação de técnicas e de procedimentos efectuados na Unidade (anexo 1)
- Técnicas e exames complementares de diagnóstico efectuados na instituição hospitalar onde se integra a Unidade, especialidades disponíveis na instituição hospitalar em presença física e em chamada (anexo 1)

c) Plano de estudos para o período de formação, nos termos definidos nos anexos 2 e 3.

5.6 - A atribuição de idoneidade é válida por cinco anos, findos os quais, esta deve ser requerida de novo ao Colégio da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva,

A atribuição de idoneidade é requisito necessário para o reconhecimento, pela Ordem dos Médicos, da capacidade formativa em Medicina Intensiva (S/UCI de nível B e C)

5.7 - Condições necessárias para a aceitação da:

Candidatura para a formação em Medicina Intensiva durante os Internatos Complementares – S/UCI de nível B:

- a) Ser Unidade/Serviço de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos polivalente;
- b) Ter no mínimo, três Intensivistas, a desempenhar funções efectivas na UCI;
- c) Ter no mínimo 6 camas activas;
- d) Ter pelo menos dois anos de actividade demonstrada pela casuística nos termos do ponto 5.5-b;
- e) Ter um número mínimo de 150 admissões por ano;
- f) Ter pelo menos 10% de internamentos de casos médicos, de casos cirúrgicos e de internamentos por situações urgentes;
- g) Ter um Intensivista nominal e formalmente designado como responsável pela formação em Medicina Intensiva;
- h) Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no ponto 6.

A capacidade formativa dos S/UCI é definida, caso a caso, no relatório de avaliação elaborado pelo Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos para esse fim específico;

5.8 - Condições necessárias para a aceitação da:

Candidatura para a formação de Intensivistas – S/UCI de nível C:

- a) Ser Unidade/Serviço de Medicina Intensiva / Cuidados Intensivos polivalente;
- b) Ter no mínimo, cinco Intensivistas, a desempenhar funções efectivas na UCI;
- c) Ter no mínimo 8 camas activas
- d) Ter pelo menos três anos de actividade demonstrada pela casuística nos termos do ponto 5.5-b;
- e) Ter um número mínimo de 200 admissões por ano;
- f) Ter pelo menos 15% de internamentos de casos médicos, 15% de internamentos de casos cirúrgicos e 15% de internamentos de casos internamentos por situações urgentes I emergentes. O case-mix deve incluir doentes coronários, traumatizados e neurocríticos;
- g) Ter um corpo docente nominal e formalmente designado para a formação, composto por Intensivistas reconhecidos pela Ordem dos Médicos;
- h) Apresentar um plano de formação discriminado que assegure o cumprimento do disposto no ponto 7.4;
- i) Os planos de formação devem incluir, sempre que possível, a participação em projectos de investigação.

Os Serviços candidatos à classificação em nível C deverão formalizar a sua candidatura incluindo os seguintes parâmetros de desempenho:

- Índices de gravidade dos doentes aí internados (tais como SAPS II e APACHE II)

- Estatística oficial baseada em parâmetros de produtividade:

- nº camas / nº doentes ventilados
- dias de internamento
- taxa de ocupação
- % de doentes ventilados
- % de infecções nosocomiais

- Capacidade para praticar as seguintes técnicas, asseguradas pelo Serviço de forma individualizada ou pelos Serviços que subscreveram o plano de formação (devendo existir registos da sua prática regular):

- monitorização contínua de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos;
- monitorização invasiva hemodinâmica;
- ecocardiografia;
- monitorização crânio-encefálica invasiva e não invasiva;
- broncofibroscopia
- técnicas de substituição de função renal
- técnicas de pequena cirurgia (toracotomias à mínima e traqueostomias)

6 - Estágios em Medicina Intensiva para Internos a frequentar a formação específica do Internato Médico

Os estágios em Medicina Intensiva (para o Interno em formação) têm três fases distintas:

1. Conhecer e familiarizar-se com as novas metodologias de abordagem dos doentes, com os equipamentos próprios dos cuidados intensivos e com a nova equipa da S/UCI;
2. Familiarização do estagiário com as metodologias, procedimentos e equipamentos do S/UCI, passando a ser capaz de integrar com eficácia e segurança o trabalho da equipa;
3. Adquirir aptidões que lhe permitam autonomia progressiva de atitudes, gestos e procedimentos em conformidade com os critérios da S/UCI.

Os estágios em cuidados intensivos devem ter por objectivo atingir a fase três. Quando tal é conseguido o formando fica em condições de rentabilizar os conhecimentos que adquiriu nesse estágio, na medida em que fica habilitado a reconhecer, avaliar e participar nos cuidados com os doentes críticos fora dos S/UCI (no serviço de origem e nos locais em que desempenha a sua actividade profissional).

Para atingir estes objectivos o Colégio de Medicina Intensiva recomenda que:

Os estágios em Medicina Intensiva não devem ter lugar antes do terceiro ano da respectiva especialidade e
 Os estágios para formação em Medicina Intensiva devem ter uma duração mínima de 4-6 meses.
 Os estágios para os quais se propõe duração inferior deverão ser reavaliados com os respectivos Colégio com a intenção de reafirmar objectivos desses estágio

A formação durante os estágios de Medicina Intensiva, para Internos de Especialidade, nos moldes definidos devem proporcionar oportunidades de formação nas seguintes áreas:

1. Reanimação e abordagem do doente agudo
 - 1.1 Abordar de forma estruturada e atempada o doente crítico, reconhecendo, avaliando e estabilizando as disfunções;
 - 1.2 Fazer a reanimação cardio-pulmonar;
 - 1.3 Prestar os cuidados pós-reanimação;
 - 1.4 Triar e priorizar correctamente as intervenções no doente agudo, incluindo o internamento em cuidados intensivos;
 - 1.5 Avaliar e tomar as medidas iniciais no traumatizado;
2. Diagnóstico: avaliação, investigação, monitorização e interpretação de dados
 - 2.1 Obter a anamnese e fazer um exame físico detalhado;
 - 2.2 Decidir em tempo oportuno as investigações mais indicadas,
 - 2.3 Descrever as indicações para ecocardiografia (trans-torácica e trans-esofágica);
 - 2.4 Fazer e interpretar electrocardiogramas;
 - 2.5 Obter espécimes para estudo microbiológico e interpretar os resultados
 - 2.6 Obter e interpretar os resultados do estudo da gasometria;
 - 2.7 Interpretar Rx do tórax;
 - 2.8 Articular-se com o Imagiologista para planejar e interpretar os exames de imagem;
 - 2.9 Monitorizar e reagir à evolução dos dados da monitorização;
 - 2.10 Interpretar os dados clínicos, integrar os resultados dos exames auxiliares e raciocinar sobre o diagnóstico diferencial
3. Abordagem da doença

Doença aguda

 - 3.1 Abordar o doente crítico agudo;

Co-morbilidades

 - 3.2 Identificar as implicações das doenças crónicas e das co-morbilidades do doente crítico agudo;

Disfunção de órgãos e sistemas

 - 3.3 Reconhecer e tratar o doente em disfunção cardio-circulatória;
 - 3.4 Reconhecer e tratar o doente em disfunção renal aguda ou em risco;
 - 3.5 Reconhecer e tratar o doente em disfunção hepática aguda ou em risco;
 - 3.6 Reconhecer e tratar o doente com compromisso neurológico;
 - 3.7 Reconhecer e tratar o doente em disfunção gastrointestinal aguda;
 - 3.8 Reconhecer e tratar o doente com síndromes de disfunção pulmonar aguda (ALI/ARDS);
 - 3.9 Reconhecer e tratar o doente com SIRS / Sépsis;
 - 3.10 Reconhecer e tratar o doente intoxicado ou com exposição a tóxicos ambientais;
 - 3.11 Reconhecer as complicações obstétricas pré-partum e tratá-las sob supervisão;
4. Tratamento e suporte da disfunção multi-orgânica ou de órgão único
 - 4.1 Prescrever, em segurança, medicamentos e tratamentos;
 - 4.2 Lidar com tratamentos antimicrobianos;
 - 4.3 Administrar componentes e derivados do sangue em segurança;
 - 4.4 Utilizar fluidos e fármacos vasoactivos/inotrópicos para tratar a disfunção cardio-circulatória;
 - 4.5 Conhecer e saber prescrever suporte ventilatório invasivo e não invasivo;
 - 4.6 Conhecer e saber prescrever tratamentos de substituição renal;
 - 4.7 Reconhecer e tratar doentes com alterações hidro-electrolíticas, ácido-base e da glicemia;
 - 4.8 Coordenar e promover a avaliação do estado nutricional e prescrever a nutrição do doente.
5. Procedimentos práticos

Sistema respiratório

 - 5.1 Administração de oxigénio por diversos e variados meios;
 - 5.2 Fazer a abordagem da via aérea em situação emergente;
 - 5.3 Fazer a aspiração traqueal;
 - 5.4 Fazer toracocentese e colocação de dreno pleural;

Sistema cardio-circulatório

- 5.5 Fazer cateterização venosa periférica;
- 5.6 Fazer cateterização arterial;
- 5.7 Fazer cateterização venosa central;
- 5.8 Desfibrilhar e fazer cardioversão;
- 5.9 Descrever como se faz uma pericardiocentese;
- 5.10 Demonstrar um dos métodos de medição do débito cardíaco e análise das variáveis deduzidas;

Sistema nervoso

- 5.11 Fazer punção lombar sob supervisão;

Sistema gastrointestinal

- 5.12 Colocar sonda gástrica;
- 5.13 Fazer paracentese;
- 5.14 Descrever a colocação de sonda de Sengstaken;
- 5.15 Descrever as condições necessárias para executar endoscopia digestiva alta em segurança;

6. Cuidados pré-operatórios

- 6.1 Abordagem pré e pós-operatória do doente cirúrgico;

7. Conforto e reabilitação

- 7.1 Reconhecer a importância, saber identificar e minimizar as sequelas físicas e psicológicas da doença crítica no doente e família;
- 7.2 Saber como avaliar, prevenir e tratar dor e do delírio no doente crítico;
- 7.3 Abordagem da sedação e paralisia muscular;
- 7.4 Manter comunicação eficaz, durante o internamento e antes da alta, com a equipa, doente e familiares;

8. Cuidados de fim de vida

- 8.1 Saber como lidar com o processo de suspender e não iniciar tratamentos em equipa multidisciplinar;
- 8.2 Abordagem dos cuidados paliativos com o doente crítico;
- 8.3 Conhecer os princípios de manutenção de órgãos do dador;

9. Transporte

- 9.1 Fazer o transporte do doente crítico em ventilação mecânica fora da UCI

10. Segurança do doente e controlo do processo

- 10.1 Proceder em conformidade com a política de controlo de infeção local;
- 10.2 Identificar e minimizar os riscos de incidentes críticos e de efeitos secundários adversos, incluindo as complicações próprias dos cuidados intensivos;
- 10.3 Descreve os índices de classificação da gravidade, "case mix";

11. Profissionalismo

Aptidões de comunicação

- 11.1 Comunica de forma eficaz com os membros da equipa de saúde;

- 11.2 Faz e mantém registos clínicos adequados e eficazes

Relações profissionais com o doente e familiares

- 11.3 Respeita as crenças culturais e religiosas e demonstra compreender as suas implicações no processo de decisão;

- 11.4 Respeita a privacidade, dignidade, confidencialidade e constrangimentos e índole legal na utilização de dados referentes aos doentes;

Relações profissionais com os membros da equipa de cuidados de saúde

- 11.5 Colabora e consulta, participando no trabalho em equipa;

- 11.6 Assegura a continuidade de cuidados passando e partilhando a informação clínica com eficácia;

A avaliação final deste período de formação será é sob a orientação do responsável pela formação (Sub-Especialista em Medicina Intensiva), em conformidade com os critérios do Serviço e ratificada pelo Director de Serviço

A avaliação e classificação final dos estágios em Medicina Intensiva dos Internos rege-se pela norma de classificação estipulada no regulamento dos internatos.

7 – Formação dos Sub-Especialistas em Medicina Intensiva

7.1 - Requisito necessário para a candidatura à Sub-Especialidade em Medicina Intensiva:

a) Possuir a Especialidade de:

- Medicina Interna ou Especialidade afim, ou
- Cirurgia Geral ou Especialidade afim, ou
- Anestesiologia

b) Avaliação do Curriculum Vitae, tendo em conta a experiência e actividades previamente desenvolvidas, particularmente em Serviço/Unidades de Cuidados Intensivos.

A formação em Neonatologia e a formação em Medicina Intensiva para Pediatras são objecto de diploma próprio.

7.2 - Candidatura à formação de Intensivistas (Sub-Especialidade de Medicina Intensiva) – Proposta da Ordem dos Médicos

a) O Ministério da Saúde faz publicar anualmente a lista de vagas para a formação em Medicina Intensiva em conformidade com as necessidades nacionais;

b) A Ordem dos Médicos publica anualmente a lista com a capacidade formativa dos S/UCI reconhecidos pelo Colégio da Sub-Especialidade de

Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos.

- c) Aos candidatos assiste o direito de se candidatarem aos S/UCI que tenham aberto vagas para formação em Medicina Intensiva;
- d) A candidatura é feita ao S/UCI pretendido onde o candidato pretende fazer a sua formação;
- e) A ordenação de candidatos é feita por cada uma das unidades de nível C, que abriam vagas para a formação de Sub-Especialistas em Medicina Intensiva, em conformidade com os critérios gerais, nos quais se inclui a apreciação de:

- Tempo e qualidade de desempenho em Medicina Intensiva (durante o internato complementar);
- Classificações obtidas;
- Adequação da formação do candidato ao perfil da S/UCI;
- Concordância entre os trabalhos/linhas de investigação a que o candidato se dedica e os trabalhos/linhas de investigação a que a S/UCI se dedica.

7.3 - Formação de Intensivistas (Sub-Especialistas em de Medicina Intensiva)

- O período de formação tem a duração de 2 anos;
- A formação faz-se em regime de tempo completo (no mínimo 40h/semana) num Serviço de Medicina Intensiva ou Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos para esse fim;
- Durante o tempo de formação o candidato é sujeito a avaliação contínua;

7.4 - O Programa de Formação incidirá sobre o desenvolvimento de competências na área dos cuidados intensivos e abordagem do doente crítico, com a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos.

Curriculum obrigatório da Sub-Especialidade da Medicina Intensiva

O Curriculum deve compreender um programa de formação teórica, que engloba a aquisição de conhecimentos da fisiopatologia, diagnóstico e tratamento das seguintes matérias:

Domínio	Descrição	Competência
1.Reanimação e abordagem do doente agudo	A abordagem inicial do doente grave, a deteriorar ou em colapso exige intervenções imediatas com a intenção de assegurar e/ou recuperar as funções vitais mesmo que se não tenha a certeza do diagnóstico ou causa da deterioração. A concretização destes objectivos exige aptidão para lidar com a incerteza e uma abordagem estruturada como a que é exemplificada pelo algoritmo da reanimação do doente em PCR, que, contudo, esta mesma bem sistematizada no doente que não está em situação peri-paragem.	1.1 Abordar de forma estruturada e atempada o doente crítico agudo, reconhecendo, avaliando e estabilizando as disfunções fisiológicas; 1.2 Fazer a reanimação cardio-pulmonar; 1.3 Prestar os cuidados pós-reanimação; 1.4 Triar e priorizar correctamente as intervenções no doente agudo, incluindo o internamento em cuidados intensivos; 1.5 Avaliar e tomar as medidas iniciais no traumatizado; 1.6 Avaliar e tomar as medidas iniciais no queimado; 1.7 Descrever a abordagem em caso de catástrofes multi-vítimas.
2.Diagnóstico: avaliação, investigação, monitorização e interpretação de dados	Actualmente, é muito fácil obter grande quantidade de informação. O verdadeiro desafio é a capacidade para obter e seleccionar os dados adequados e convertê-los em informação útil na planificação do processo de diagnóstico e tratamento. Os dados da monitorização fornecem informação não só para a investigação clínica como para a vigilância. A investigação clínica formula hipótese que importa testar, o que provoca uma sobrecarga e risco ocasional para o doente, bem como custos e sobrecarga de trabalho adicional para os profissionais que conduzem a investigação e para os laboratórios de apoio. Importa pois ponderar benefícios e riscos de cada uma dessas intervenções.	2.1 Obter a anamnese e fazer um exame físico detalhado; 2.2 Decidir em tempo oportuno as investigações indicadas; 2.3 Descrever as indicações para ecocardiografia (trans-torácica e trans-esofágica); 2.4 fazer e interpretar electrocardiogramas; 2.5 Obter espécimes para estudo microbiológico e interpretar os resultados; 2.6 Obter e interpretar os resultados do estudo da gasometria; 2.7 Interpretar Rx do tórax; 2.8 Articular-se com o Imagiologista para planejar e interpretar os exames de imagem; 2.9 Monitorizar e reagir a evolução dos dados da monitorização; 2.10 Interpretar os dados clínicos, integrar os resultados dos exames auxiliares e raciocinar sobre o diagnóstico diferencial
3.Abordagem da doença	A especificidade do tratamento depende da precisão do diagnóstico. Apesar de, na fase inicial da abordagem e tratamento, as prioridades se centrarem na preservação e recuperação das funções vitais, o prognóstico do doente depende da capacidade para fazer o diagnóstico correcto e planificar os procedimentos em função dessa informação. A gestão clínica exige pericia e conhecimentos para integrar os dados clínicos e os resultados dos estudos complementares, assim como capacidade para aplicar pronta e eficazmente as recomendações que apoiam "as melhores práticas". Exige igualmente acompanhamento e reavaliação clínica periódica da evolução do doente, incluindo as conclusões diagnósticas e tratamentos daí decorrentes.	Doença aguda 3.1 Abordar especificamente o doente crítico agudo; Co-morbilidades 3.2 Identificar as implicações das doenças crónicas e das co-morbilidades do doente crítico agudo; Disfunção de órgãos e sistemas 3.3 Reconhecer e tratar o doente em disfunção cardio-circulatória; 3.4 Reconhecer e tratar o doente em disfunção ou em risco de renal aguda; 3.5 Reconhecer e tratar o doente em disfunção ou em risco de hepática aguda; 3.6 Reconhecer e tratar o doente com compromisso neurológico; 3.7 Reconhecer e tratar o doente em disfunção gastrointestinal aguda; 3.8 Reconhecer e tratar o doente com síndromes de disfunção pulmonar aguda (ALI/ARDS); 3.9 Reconhecer e tratar o doente séptico; 3.10 Reconhecer e tratar o doente intoxicado ou com exposição a tóxicos ambientais; 3.11 Reconhecer as complicações obstétricas peri-partum e tratá-las sob supervisão;

<p>4. Tratamento e suporte da disfunção multi-orgânica ou de órgão único</p>	<p>O suporte das disfunções de órgão constitui a base dos procedimentos em cuidados intensivos, que apesar de ser essencial é apenas instrumental e insuficiente para assegurar a sobrevivência do doente em risco de vida. Na secção 5 descrevem-se os procedimentos necessários ao suporte das disfunções de órgão.</p>	<p>4.1 Prescrever medicamentos e tratamentos em segurança; 4.2 Lidar com tratamentos antimicrobianos; 4.3 Administrar componentes e derivados do sangue em segurança; 4.4 Utilizar fluidos e fármacos vasoativos/inotrópicos para tratar a disfunção cardio-circulatória; 4.5 Descrever o uso de sistemas mecânicos de suporte da função cardio-circulatória; 4.6 Iniciar, manter e desmamar doentes de suporte ventilatório invasivo e não invasivo; 4.7 Iniciar, manter e desmamar doentes de tratamentos de substituição renal; 4.8 Reconhecer e tratar doentes com alterações hidro-electrolíticas, ácido-base e da glicemia; 4.9 Coordenar e promover a avaliação do estado nutricional e prescrever a nutrição do doente.</p>
<p>5. Procedimentos práticos</p>	<p>Os procedimentos práticos indexam-se ao suporte de todas as funções vitais.</p>	<p>Sistema respiratório 5.1 Administração de oxigénio por diversos e variados meios; 5.2 Fazer laringoscopia sob supervisão; 5.3 Fazer a abordagem da via aérea em situação emergente; 5.4 Fazer a abordagem da via aérea da via aérea difícil de acordo com os protocolos locais; 5.5 Fazer a aspiração traqueal; 5.6 Fazer a fibrobroncoscopia e lavado bronco-alveolar no doente intubado, sob supervisão; 5.7 Fazer a traqueostomia percutânea, sob supervisão; 5.8 Fazer toracocentese e colocação de dreno pleural; Sistema cardio-circulatório 5.9 Fazer cateterização venosa periférica; 5.10 Fazer cateterização arterial; 5.11 Descrever método de isolamento cirúrgico de veia / artéria; 5.12 Descrever a técnica de localização vascular por ecografia; 5.13 Fazer cateterização venosa central; 5.14 Desfibrilar e fazer cardioversão; 5.15 Implantar pacemaker transvenoso e transtorácico; 5.16 Descrever como se faz uma pericardiocentese; 5.17 Demonstrar um dos métodos de medição do débito cardíaco e análise das variáveis deduzidas; Sistema nervoso 5.18 Fazer punção lombar sob supervisão; 5.19 Lidar com a analgesia por cateter epidural; Sistema gastrointestinal 5.20 Colocar sonda gástrica; 5.21 Fazer paracentese; 5.22 Descrever a colocação de sonda de sonda de Sengstaker; 5.23 Descrever as condições necessárias para executar uma fibroscopia digestiva alta em segurança; Sistema renál/genito-urinário 5.24 Algilar;</p>

6. Cuidados peri-operatórios	O doente crítico pode necessitar ou não de cirurgia. As complicações e exigências da doença grave não respeitam fronteiras formais ou administrativas. Os cuidados peri-operatórios exigem colaboração multidisciplinar e proporcionam oportunidades para prevenir a necessidade de cuidados intensivos.	6.1 Abordagem pré e pós-operatória do doente cirúrgico de alto risco; 6.2 Abordagem sob supervisão do doente no pós-cirurgia cardíaca; 6.3 Abordagem sob supervisão do doente no período pós-craniectomia; 6.4 Abordagem sob supervisão do doente no período pós transplante de órgãos; 6.5 Abordagem sob supervisão do doente no período pós cirurgia por trauma;
7. Conforto e reabilitação	O acompanhamento do doente e família são um dos deveres essenciais dos profissionais de cuidados intensivos, determinado em particular pela gravidade do estado do doente crítico. A reabilitação deve começar nos cuidados intensivos e prolonga-se por meses/anos, depois da alta. O processo de reabilitação exige intervenção na dimensão física e psicológica do doente e da família.	7.1 Identificar e tentar minimizar as sequelas físicas e psicológicas da doença crítica no doente e família; 7.2 Abordagem, avaliação prevenção e tratamento da dor e do delírio; 7.3 Abordagem da sedação e paralisia muscular; 7.4 Manter comunicação eficaz, durante o internamento e antes da alta, com a equipa, doente e familiares; 7.5 Abordagem da alta da UCI em segurança e tempo oportuno;
8. Cuidados de fim de vida	A morte nos cuidados intensivos não é um processo artificializado. A forma como é conduzido pode afectar definitivamente o doente, a família e os profissionais. A limitação e a suspensão de tratamentos não significam, em nenhuma circunstância, abandono terapêutico. Deve-se procurar aliviar o sofrimento, em todos os doentes e sempre que possível respeitar a sua vontade.	8.1 Lidar com o processo de suspender e não iniciar tratamentos em equipa multidisciplinar; 8.2 Discutir o processo de fim-de-vida com o doente, família e representantes; 8.3 Abordagem dos cuidados paliativos com o doente crítico; 8.4 Diagnosticar a morte do tronco cerebral; 8.5 Manutenção fisiológica de órgãos do dador;
9. Cuidados pediátricos	Não se espera que um intensivista de adultos tenha as competências de um intensivista pediátrico ou neonatologista. O intensivista de adultos pode ser solicitado para socorrer uma criança até esta ser entregue ao Pediatra.	9.1 Descrever o reconhecimento da criança gravemente doente e o tratamento inicial das emergências pediátricas; 9.2 Descrever a legislação nacional referente a protecção da criança e qual a sua importância e a sua relevância para os cuidados intensivos;
10. Transporte	O doente crítico pode precisar de transporte intra e inter-hospitalar, quer as indicações sejam clínicas quer logísticas. Os princípios são os mesmos em todas as circunstâncias.	10.1 Fazer o transporte do doente crítico em ventilação mecânica fora da UCI
11. Segurança do doente e controlo do processo	Os erros associados a prática médica geram frequentemente duas vítimas: o doente e o clínico, que em última análise é o responsável pelo sistema de cuidados que não é seguro. Criar sistemas seguros pode exigir alterações estruturais e nos recursos, mas envolve sempre melhorias no processo e na organização dos cuidados. 11.1 Coordenar a visita diária numa UCI multidisciplinar;	11.2 Proceder em conformidade com a política de controlo de infecção local; 11.3 Identificar riscos associados ao ambiente e promover a segurança do doente e profissionais; 11.4 Identificar e minimizar riscos de incidentes críticos e de efeitos secundários adversos, incluindo complicações próprias dos cuidados intensivos; 11.5 Organizar reuniões sobre casos clínicos; 11.6 Avaliar e aplicar com critério e ponderação as recomendações, protocolos e normas de procedimento; 11.7 Descrever os índices de classificação da gravidade, "case mix" e carga de trabalho de uso corrente; 11.8 Demonstrar que compreende a dimensão e

<p>12. Profissionalismo</p>	<p>Profissional é aquele com qualificações específicas, que adquire o privilégio de auto-regulação através da vocação e do trabalho, padrões éticos elevados, auto-avaliação crítica e desenvolvimento pessoal. O profissionalismo inclui a aptidão para o juízo clínico (tradução dos dados em saber e do saber em acção). Estas atitudes e comportamentos identificativos podem ser avaliados ao nível das competências de comunicação das relações profissionais do comportamento individual (preferência de comportamento pessoal, desenvolvimento pessoal, e auto-controlo)</p>	<p>Importância das responsabilidades de organização e gestão administrativas do especialista em medicina intensiva;</p> <p>Aptidões de comunicação</p> <p>12.1 Comunicar de forma eficaz com doente e família;</p> <p>12.2 Comunicar de forma eficaz com os membros da equipa de saúde;</p> <p>12.3 Fazer e manter registos clínicos adequados e eficazes;</p> <p>Relações profissionais com o doente e familiares</p> <p>12.4 Envolver o doente (ou seu representante) nas decisões sobre os cuidados e tratamento;</p> <p>12.5 Respeitar crenças culturais e religiosas e demonstrar compreensão as suas implicações no processo de decisão;</p> <p>12.6 Respeitar a privacidade, dignidade, confidencialidade e constrangimentos e índole legal na utilização de dados referentes aos doentes;</p> <p>Relações profissionais com os membros da equipa de cuidados de saúde</p> <p>12.7 Colaborar e consultar, promovendo o trabalho em equipa;</p> <p>12.8 Assegurar a continuidade de cuidados passando e partilhando a informação clínica com eficácia;</p> <p>12.9 Apoiar os cuidados clínicos fora da UCI, contribuindo para que os cuidados sejam eficazes;</p> <p>12.10 Supervisionar e delegar noutros os cuidados com o doente;</p> <p>"Self governance"</p> <p>12.11 Assumir a responsabilidade de prestar ao doente, cuidados seguros;</p> <p>12.12 Formular decisões clínicas respeitando princípios éticos e legais;</p> <p>12.13 Procurar novas oportunidades de aprendizagem e incorporar novos conhecimentos na prática clínica;</p> <p>12.14 Colaborar no ensino multidisciplinar;</p> <p>12.15 Participar na investigação e em auditorias, sob supervisão</p>
------------------------------------	--	--

7.4 - Avaliação final para a obtenção do título de Sub-Especialista em Medicina Intensiva

Poder-se-ão candidatar às provas de avaliação final, os candidatos que tenham cumprido, os critérios definidos no "Documento orientador da formação em Medicina Intensiva".

As provas são nacionais e realizam-se nas sedes das Secções Regionais da Ordem dos Médicos.

A avaliação tem três componentes:

Avaliação curricular: demonstração (atestada pelo Director do serviço Formador) do cumprimento dos critérios definidos no Documento orientador da formação em Medicina.

A avaliação é da responsabilidade do Colégio de Medicina Intensiva e constitui critério de admissibilidade à avaliação final;

Avaliação Teórica: teste de escolha múltipla, para assinalar verdadeira ou falso em cem enunciados, cada um dos quais com cinco questões (num total de 500 questões – duração 150min).

As perguntas incidirão sobre ciências médicas básicas, fisiopatologia, interpretação de exames auxiliares, ética e todos os aspectos da medicina do doente crítico;

O Teste teórico pode ser feito duas vezes por ano, durante o período de formação específica em Medicina Intensiva, sendo o seu resultado válido por 12 meses;

A aprovação no teste de avaliação teórica é condição "sine qua non" para a candidatura à avaliação final

Avaliação Prática: Consta da observação, avaliação e discussão com o júri de:

- caso clínico major: que deve ser um caso com vários problemas: pneumonia, asma grave, pós cirurgia, trauma, pancreatite, ..., para o que candidato terá:
- até 90min para recolha da informação e
- cerca de 30min para discussão das conclusões com o júri:

- casos curtos que permitem analisar e discutir com o júri, em 10-15min, duas ou três situações pontuais, como p.ex.: sopro cardíaco de novo, interpretação de um Rx de tórax ou TAC abdominal, monitorização e tratamento da pressão intracraniana, provas de morte cerebral.

Haverá anualmente uma época de exame marcada com uma antecedência mínima de seis meses.

1º O Júri é nacional e nomeado pelo Conselho Nacional Executivo sob proposta do Colégio de Medicina Intensiva.

2º O Júri será composto por um Presidente e quatro Vogais efectivos e dois suplentes, incluindo elementos das três Secções Regionais.

3º Os Membros do Júri são membros do Colégio de Medicina Intensiva.

4º As decisões processuais serão tomadas por maioria tendo o Presidente voto qualitativo.

5º As decisões classificativas do Júri são tomadas por escrutínio secreto e delas não haverá recurso.

A classificação final obtém-se expressa na escala de 0 a 20 valores, arredondada às décimas, a partir da fórmula: (Avaliação do Período de Formação + Avaliação Final) : 2

8 - Disposições transitórias

Os critérios de atribuição de equivalências estão regulamentados em documento anexo (Adenda).

Bibliografia

1. The CoBaTrICE Collaboration Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. Intensive Care Med (2006) 32:1371–1383
2. Minimal requirements for intensive care departments (ESICM Task Force). Int Care Med 23: 226-232, 1997
3. Continuous quality improvement in the ICU: general guidelines (ESICM task Force) Int Care Med 23: 125-127, 1997
4. Guidelines for a training program in intensive care medicine (ESICM/ESPIC) Int Care Med 22: 166-172, 1996
5. Guidelines for the utilization of intensive care units Int Care Med 20: 163-164, 1994
6. Intensive care training specialty status in Europe: International comparisons (ESICM Task Force on Educational Issues)
7. Int Care Med 24: 372-377, 1998
8. Guidelines for advanced training for physicians in critical care (American College of Critical Care of the Society of Critical Care Medicine) Crit Care Med 25: 1601-1607, 1997

ANEXOS

(Normas Regulamentares)

Anexo 1 – Recomendações relativas às necessidades mínimas dos Serviços de Medicina Intensiva
(E – Essencial; D- Desejável; O – Opcional)

ESPAÇO FÍSICO

Serviço de Medicina Intensiva, é um espaço autónomo, com pessoal e estrutura próprias individualizadas - E
Tamanho mínimo de 6 camas - E
Número mínimo de ventiladores equivalente ao número de camas – E
Num Serviço aberto, o espaço mínimo por cama é de 20 m2 - E
A observação do doente far-se-á preferencialmente através de uma linha directa de visão entre doente/enfermeiro - E
Mínimo de 12 tomadas eléctricas por cama - E
Mínimo de 2 saídas de vácuo por cama - E
Mínimo de três saídas de oxigénio por cama - E
Mínimo de duas saídas de ar comprimido por cama - E
Um ponto de lavagem e desinfecção das mãos por cada três camas com activação / desactivação através do cotovelo ou pé - E
Pode igualmente ser activado / desactivado por célula fotoelétrica – D
Secagem das mãos com papel "disposable" – E

MONITORIZAÇÃO

Sistema de módulos (com "trending" e registo em memória) - E
Alarmes visíveis e audíveis - E
Sistemas simultâneos de quatro canais permitindo formas e valores digitais de:
- ECG -E
- Pressões arteriais - E
- PVC-E
- Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz) - E
- Temperatura - E
- Oximetria de pulso - E
Monitorização débito cardíaco - E
Monitorização contínua de parâmetros ventilatórios – E
Monitorização adicional
- Função pulmonar - D
- Saturação sangue venoso misto - D
- Detecção de arritmias - D

- Calorimetria indirecta - O

Registos dos modelos de prognósticos gerais (APACHE II/SAPS II) - pelo menos um deles – E

Registos diários de índice de disfunção/falência múltipla de órgãos (SOFA,...) - O

RECURSOS HUMANOS

Médicos

Cobertura nas 24 horas por Intensivistas ou médico treinado na abordagem do doente crítico - E

Por cada unidade funcional de 6-8 camas um S/UCI deverá possuir 3 Intensivistas se for de nível I, 4 se for de nível II e 5 se for de nível III – E

Acesso fácil a outras especialidades (E):

Anestesiologia
 Cardiologia
 Cirurgia cardio-torácica
 Cirurgia Geral
 Cirurgia vascular
 Gastroenterologia (endoscopias de urgência)
 Medicina Interna
 Microbiologia
 Nefrologia
 Neurocirurgia
 Neurologia
 Ortopedia
 Pneumologia
 Radiologia/Neuro-radiologia

Enfermeiros

Enfermeiro por cama: no mínimo um enfermeiro por cada duas camas (necessários, no mínimo, 4 enfermeiros por cama para realizarem rotações de serviço) - E

TISS (carga de trabalho médio por enfermeiro, não deve exceder mais de 45 pontos TISS ou equivalente) - E

Formação contínua - E

Outros

Fisioterapeuta por cada 12 camas - E

Técnicos de radiologia disponíveis 24 horas por dia – E

Dietista disponível - E

Uma secretária clínica exclusiva da unidade - E

Modelo do formulário de candidatura a S/UCI de nível C

Espaço físico

Unidade/Serviço de Medicina Intensiva (dados gerais)

- Data do início de actividade __/__/____

- Área da Enfermaria ____m²

- Área da UCI/Serviço ____m²

- É um espaço autónomo? sim não

- Lotação da Unidade/Serviço – número de camas _____

- n° de camas activas _____

Recursos Humanos

Médicos

Estrutura e quadro de pessoal próprio na Unidade/Serviço sim não

Director/Responsável da UCI com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva sim não

Quadro médico (Sub-Especialistas em Medicina Intensiva) assegurando serviço permanência 24 h? Sim não

Descrição das características do pessoal médico da Unidade/Serviço

Médicos do S/UCI - nome	Especialidade base	Intensivista?	Tempo dedicado ao S/UCI >90%	Horário de 40h/semana	Outras tarefas institucionais fora do S/UCI	Carreira docente. Se sim especificar

Acesso fácil a outras especialidades

Anestesiologia sim (nas 24h <24h) não
 Cardiologia sim (nas 24h <24h) não
 Cirurgia Geral sim (nas 24h <24h) não
 Cirurgia Cardio-torácica sim (nas 24h <24h) não
 Cirurgia vascular* sim (nas 24h <24h) não
 Gastrenterologia (endoscopias de urgência) sim (nas 24h <24h) não
 Medicina Interna sim (nas 24h <24h) não
 Microbiologia sim (nas 24h <24h) não
 Nefrologia sim (nas 24h <24h) não
 Neurocirurgia sim (nas 24h <24h) não
 Neurologia sim (nas 24h <24h) não
 Ortopedia sim (nas 24h <24h) não
 Radiologia / Neuro-radiologia sim (nas 24h <24h) não

Enfermeiros

Nº enfermeiros por cama _____

Técnicos

Nº de fisioterapeutas por cama _____

Dietista/Nutricionista sim não .

Técnico de radiologia disponível 24 horas sim não

MONITORIZAÇÃO

Nº de camas equipadas com ventiladores _____

Quantos ventiladores permitem a monitorização contínua de parâmetros ventilatórios _____

Nº camas equipadas com monitores _____

Quantos monitores têm capacidade para medição contínua de:

- ECG _____
- Pressões arteriais _____
- PVC _____
- Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz ..) _____
- Oximetria de pulso _____
- Capacidade de monitorização hemodinâmica contínua (Swan - Ganz) sim não
- Capacidade para monitorização cranioencefálica (PIC/SjO2/Doppler craniano) sim não
- Prática regular de: traqueostomias, toracostomias, drenos pericárdicos, ... sim não
- Quantas camas têm capacidade para suporte renal? _____
- Têm aparelhos para substituição contínua da função renal? sim não
- Têm broncofibroscópio próprio? sim não
- Têm acesso à broncofibroscopia 24 h/dia? sim não
- Têm ecocardiógrafo próprio? sim não
- Têm acesso à ecocardiografia 24 h/dia? sim não
- Têm ecocardiógrafo trans-esofágico próprio? sim não
- Têm acesso à endoscopia 24 h/dia? sim não
- Têm acesso à ecografia 24 h/dia? sim não
- Têm acesso à TAC 24 h/dia? sim não

Actividade assistencial (referente ao último ano de actividade):

Nº doentes observados

- médicos (%) _____

- cirúrgicos (%) _____

- traumatizados (%) _____

- coronários (%) _____

APACHE II/SAPS II do Serviço _____

SOFA _____

TISS _____

Taxa de ocupação ____
 Tempo médio de internamento ____
 Mortalidade do Serviço/Mortalidade Hospitalar ____
 Nº camas/nº doentes ventilados ____
 (%) de doentes ventilados ____
 (%) doentes ventilados mais de 48 h ____
 (%) de infeções nosocomiais ____

O Serviço que pretenda fazer formação em Medicina Intensiva, deve apresentar um plano de estudos teóricos para o período de formação (de acordo com o currículo obrigatório) que se possível abrangerá a área de investigação.

Avaliação de qualidade (a realizar anualmente pelos Serviços reconhecidos como idóneos para a formação).

APACHE II/SAPS II
 SOFA
 Tempo de internamento no Serviço / Tempo de internamento Hospitalar
 Taxa de re-internamento no Serviço até às 48h após-alta
 Tempo médio de ventilação
 Taxa de re-intubações às 48 h
 Incidência de infeções nosocomiais
 Incidência de complicações iatrogénicas

Modelo do formulário de candidatura a S/UCI de nível B

Espaço físico

Unidade/Serviço de Medicina Intensiva (dados gerais)
 - Data do início de actividade ___ / ___ / ___
 - Área da Enfermaria ___m2
 - Área da UCI/Serviço ___m2
 - É um espaço autónomo? Sim não
 - Lotação da Unidade/Serviço – número de camas ____
 - nº de camas activas ____

Recursos Humanos
 Médicos

Estrutura e quadro de pessoal próprio, dedicado ao S/UCI sim não
 Director/Responsável da UCI com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva sim não
 Responsável pela formação em Medicina Intensiva com Sub-Especialidade de Medicina Intensiva sim não
 Quadro médico (Sub-Especialistas em Medicina Intensiva) assegurando serviço permanência 24 h? Sim não

Descrição das características do pessoal médico da Unidade/Serviço

Médicos do S/UCI - nome	Especialidade base	Intensivista?	Tempo dedicado ao S/UCI >90%	Horário de 40h/semana	Outras tarefas institucionais fora do S/UCI	Carreira docente. Se sim especificar

Enfermeiros

Nº enfermeiros por cama ____

Técnicos

Nº de fisioterapeutas por cama ____
 Dietista/Nutricionista sim não
 Técnico de radiologia disponível 24 horas sim não

Monitorização

Nº de camas equipadas com ventiladores ____
 Quantos ventiladores permitem a monitorização contínua de parâmetros ventilatórios ____
 Nº camas equipadas com monitores ____

- Quantos monitores têm capacidade para medição contínua de:
- ECG _____
 - Pressões arteriais _____
 - PVC _____
 - Módulos de pressão variados (PIC / Swan-Ganz ,..) _____
 - Oximetria de pulso _____
- Capacidade de monitorização hemodinâmica contínua sim não
 Capacidade para monitorização cranioencefálica (PIC/SjO2/Doppler craniano) sim não
 Quantas camas têm capacidade para suporte renal? _____

Actividade assistencial (referente ao último ano de actividade):

- Nº doentes observados
- médicos (%) _____
- cirúrgicos (%) _____
- traumatizados (%) _____
- coronários (%) _____
- APACHE II/SAPS II do Serviço _____
- SOFA _____
- TISS _____
- Taxa de ocupação _____
- Tempo médio de internamento _____
- Mortalidade do Serviço/Mortalidade Hospitalar _____
- Nº camas/nº doentes ventilados _____
- (%) de doentes ventilados _____
- (%) doentes ventilados mais de 48 H _____
- (%) de infeções nosocomiais _____

ADENDA

Titulação em Medicina Intensiva pela Ordem dos Médicos

1. A OM reconheceu a especificidade da Medicina Intensiva em 1999, o que permitiu criar a Sub-Especialidade de Medicina Intensiva;
2. A Medicina Intensiva é uma área médica individualizada, caracterizada por ser inter-disciplinar, integradora e agregadora de conhecimentos e competências partilhados por várias disciplinas médicas com ela relacionadas. Por esse motivo, os Intensivistas organizaram-se em colégio próprio, no seio da Ordem dos Médicos (desde 2002);
3. O modelo de formação em Medicina Intensiva e os critérios de reconhecimento de serviços com capacidade para a formação em Medicina Intensiva foram definidos pelo Colégio de Medicina Intensiva da OM, em 2003;
4. Os serviços que o solicitaram têm vindo a ser avaliados e creditados com base nas normas definidas nesse documento orientador;
5. Contudo, o Ministério da Saúde ainda não regulamentou a formação em Medicina Intensiva em moldes concordantes com definidos pela OM, pelo que a formação em Medicina Intensiva persiste heterogénea e sem regulamentação ajustada às recomendações da OM;
6. O regulamento dos Internatos Médicos, recentemente publicado, caracteriza as linhas de orientação para a formação médica pós-graduada no futuro. Esse documento estabelece como conceito estruturante que a definição dos critérios de acesso, dos currícula, dos modelos de formação, da avaliação e da titulação é delegada na OM. Estabelece igualmente que o reconhecimento da idoneidade para a formação pós-graduada bem como a definição da capacidade formativa dos serviços são da competência da OM.
7. A circunstância de não existir uma norma da responsabilidade do Ministério da Saúde, para a formação em Medicina Intensiva, articulada entre e o Ministério da saúde e a OM, criou situações diferentes, por vezes de injustiça e outras vezes de conflito.
8. Neste contexto cumpre ao Colégio de Medicina Intensiva regularizar os processos pendentes e definir regras para orientação futura.

Tidos estes considerandos o Colégio de Medicina Intensiva propõe um plano de normalização e encerramento do período de transição para inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos Portuguesa assente nos seguintes pontos:

1º. Os Médicos que em 31 de Dezembro de 2006 se encontrem a trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos, reconhecidas pela OM (nos termos explícitos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva) e que comprovem:

- a) Possuir uma Especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos Portuguesa e
- b) Estar a trabalhar em cuidados intensivos há mais de três anos, de forma continuada, em regime de dedicação à UCI em mais de 75% do seu horário normal de trabalho;
- ou
- c) Serem titulares do ciclo de estudos especiais e comprovem mediante documentação curricular, ter cumprido os requisitos expresso no documento orientador da formação em Medicina Intensiva

Podem requerer, mediante comprovação curricular, a sua inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da OM, no prazo definido neste regulamento;

- d) O critério b) não se aplica aos médicos que fazem escala ocasional em UCI, ainda que com carácter de regularidade;

2º. A partir de 1 Janeiro de 2007 a inscrição no Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos Portuguesa depende da aprovação no exame de titulação em Medicina Intensiva, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa, ao qual se podem candidatar:

- a) Médicos que comprovem ter uma Especialidade reconhecida pela OM, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa e
- b) Comprovem ter feito formação com aproveitamento em UCI de nível C ou equiparável, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;

3º Os Intensivistas portadores de um título em Medicina Intensiva, reconhecido pela OM, são admissíveis no Colégio de Medicina Intensiva, depois de comprovada pelo Colégio a equivalência.

4º. A partir de 1 Janeiro de 2007 o reconhecimento, pelo Colégio de Medicina Intensiva da OM, da capacidade formativa em Medicina Intensiva dos serviços, quer ao nível dos estágios em Medicina Intensiva para Internos de Especialidade, quer ao nível da formação de Intensivistas depende da avaliação individual da idoneidade e capacidade formativa de cada um dos Serviços / Unidades, nos termos definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;

5º. Todos os médicos que à data de aprovação deste documento se encontrem a frequentar CEE aprovados pela Ordem dos Médicos e de acordo com o programa em vigor, poderão, após frequência com aproveitamento, obter o título de sub-especialista por equiparação.

6º. O Colégio de Medicina Intensiva da OM, em articulação com o Conselho Nacional Executivo, promoverá todos os esforços para que:

- a) O Ministério da Saúde regulamente o regime de formação em Medicina Intensiva em consonância com os critérios definidos no documento orientador da formação em Medicina Intensiva da OM Portuguesa;
- b) O modelo de avaliação em Medicina Intensiva seja equiparado ao definido pela ESICM, com a intenção de fazer equivaler o título português ao título europeu em Medicina Intensiva.

IMPRIMIR