



## **COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA INTENSIVA**

### **Medicina Intensiva**

### **Census 2024**

## Índice

	<b>Página</b>
Introdução e objetivos	3
Metodologia	3
Mensagens principais	4
Resultados detalhados	5
Indicadores gerais	5
Recursos humanos médicos	5
Recursos humanos: Outros profissionais	6
Instalações	8
Processos assistenciais	9
Indicadores de qualidade	11
Atividades formativas	11
Idoneidade e capacidade formativa	12
Glossário	14

## INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A obtenção de dados atualizados sobre a demografia dos Serviços de Medicina Intensiva (SMI), revelou-se essencial em 2003 com a publicação do documento “Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento” - Direção Geral da Saúde” na sequência do primeiro levantamento dos recursos nacionais em Medicina Intensiva, levado a cabo pelo grupo de trabalho nomeado pela tutela. Em 2010, o COMMI produziu o primeiro “Census” com o objetivo de avaliar a realidade nacional da Medicina Intensiva que revelou um país com o menor ratio cama SMI/100 mil habitantes da União Europeia, traduzindo graves constrangimentos no acesso do cidadão português à Medicina Intensiva. Em 2013 é publicado o relatório final (Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos) do grupo de trabalho criado ao abrigo do Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 15 de março de 2013 (DR II série, nº 59, de 25 de março) com o objetivo de proceder à avaliação da capacidade instalada e necessidades de camas de SMI em Portugal Continental, bem como dos diferentes patamares de articulação com os demais níveis organizativos do SNS.

A partir de 2015, por diversos motivos, esta ferramenta “Census” tem sido desenvolvida internamente pelo COMMI, servindo de suporte a processos de decisão. Esta obtenção atualizada de dados, revelou-se essencial, também no processo de criação da Especialidade, na elaboração do documento orientador da *Rede de Referenciação Hospitalar Nacional em Medicina Intensiva* (RRHNMI) de 2016/7, posteriormente adaptado e ajustado à situação conjuntural da pandemia COVID (2020), no processo de encerramento da Formação pela Via Clássica (FVC) em 2023, e, recentemente, no acompanhamento e monitorização do impacto nos SMI da crise das minutas (4º trimestre de 2023).

Assim mantém-se e analisa-se esta ferramenta com os seguintes objetivos:

- Demonstrar a importância das competências dos Intensivistas e da missão dos SMI tanto no contexto actual como no apoio às futuras necessidades do sistema nacional de saúde (SNS).
- Apoiar o planeamento da rede de referenciação de Medicina Intensiva.
- Apoiar o desenvolvimento e aperfeiçoamento de modelos de resposta ao doente crítico em cada Instituição Hospitalar.
- Prover informação qualificada à Ordem dos Médicos (OM), fundamental nos processos de discussão e negociação com o Ministério da Saúde (MS) relativos a necessidades formativas em Medicina Intensiva numa perspetiva de longo prazo.
- Permitir uma resposta fundamentada à OM sobre as competências e qualificações exigidas aos futuros médicos Intensivistas nomeadamente no que diz respeito ao perfil do médico especialista de Medicina Intensiva.
- Atualizar a informação sobre a capacidade instalada de camas de adultos das instituições hospitalares públicas, nomeadamente nos portais institucionais de informação, nomeadamente do MS e outros locais públicos de acesso.

## METODOLOGIA

As principais fontes de informação que suportam este documento são:

- Inquéritos anuais de idoneidade dos SMI (disponíveis no portal da OM);
- Relatórios das Visitas de Verificação de Idoneidade Formativa (VVIF), com a atualização de 2024;
- Informação resultante da conclusão dos exames de titulação por ambas vias formativas (Internato de formação específica - IFE e formação pela via clássica - FVC) de 2024;
- Informação dada no contacto pessoal com os DS de SMI que, formalmente, não enviaram os inquéritos de caracterização anuais.

Especificamente no estudo de indicadores de base populacional, este relatório utilizou ainda:

- a informação disponível nos portais digitais da Pordata / Instituto Nacional de Estatística (INE), referente aos censos populacionais de 2021 e 2022. Incluem a população com idade superior a 15 anos de idade,

não tendo sido possível obter informações a partir da linha de corte dos 18 anos de idade que é a população alvo da MI.

- a estimativa da população da área de referência direta dos SMI, que foi efetuada após atualização das áreas de influência das instituições, incluídas em modelo organizacional de Unidade Local de Saúde desde 2024. Desta forma foi possível a obtenção de indicadores como o ratio cama SMI / hospital, cama SMI / 100 mil habitantes e o rácio intensivista / 100 mil habitantes, entre outros.

## MENSAGENS PRINCIPAIS

- O território nacional dispõe, atualmente, de 941 camas de Medicina Intensiva instaladas, o que nos dá um rácio de 10,01 camas por 100 mil habitantes. Este rácio é ainda abaixo da média europeia. Esta situação é relativamente uniforme no território nacional, exceto na zona Centro onde o rácio é de 6,82 camas por 100 mil habitantes.
- Verifica-se ainda um número significativo de camas encerradas (4,8%) estando apenas 895 ativas a nível Nacional.
- A maioria dos SMI (52,4%) está integrada em modelo de organização departamental agregando o Serviço de Urgência (SU).
- A maioria dos SMI dispõe de quadro médico próprio em conformidade com o estatuto de serviço de ação médica autónomo.
- A maioria dos médicos titulados em Medicina Intensiva que integram o quadro médico dos SMI obtiveram a titulação pela FVC (90,9%), 81% dos quais têm a Medicina Interna como especialidade primária.
- Os SMI detentores de idoneidade formativa total (11), concentram uma capacidade instalada de 455 camas, (média de 41,4 camas por serviço), valor que representa 48,4% do total de camas SMI nacionais.
- Há uma grande variabilidade da capacidade e dos modelos organizativos dos SMI no território nacional, até de incidência regional. A grande maioria dos SMI assume na sua missão a admissão de todos os doentes críticos independentemente do nível de cuidados (III/II ou mesmo nível I).
- Assistimos a uma evolução favorável na missão dos SMI com tutela das áreas de resposta fora de portas. No entanto, há preocupação com tendência observada na perda de missão na tutela da Sala de Emergência (SE).
- Todos os SMI polivalentes, participam nos processos de doação de órgãos.
- Há prática na implementação de indicadores de qualidade assistencial, mas com margem de melhoria substancial.
- Nos últimos anos observou-se um aumento muito significativo da capacidade formativa dos SMI, potenciada pela expansão da sua missão e atividade, alavancada pelo incremento da via formativa do IFE em MI.
- Por falta de recursos humanos qualificados para completar escalas de serviço, a maioria dos SMI recorre a médicos colaboradores, a maioria externos à instituição de base, a maioria em regime de CPS. A rigorosa caracterização deste núcleo de colaboradores, tem-se revelado difícil. Muitos destes Colegas exercem a sua atividade em mais de um SMI e, por vezes, em mais do que uma região. Estas circunstâncias são muito dificilmente rastreáveis no atual momento. Apenas 11 SMI nacionais, não recorrem a médicos em regime de CPS para assegurar as atividades dos serviços.
- Nos próximos 5 anos, estima-se a titulação de cerca de 425 médicos (IFE, FVC).
- O Censur aqui apresentado, constitui uma base de trabalho, nomeadamente na procura de soluções que corrijam assimetrias profundas entre SMI, dentro e entre regiões do país, que contribua para o planeamento da capacitação de recursos humanos, na implementação da missão e papel importante desempenhado pelos SMI junto dos doentes, das instituições e do poder político.
- O COMMI pretende desenvolver uma nova ferramenta de Censur que lhe permita obter dados, nestes momentos não quantificáveis, sobre os modelos organizacionais de trabalho médico nos SMI, que permitam nomeadamente perceber os níveis de bem estar no trabalho, e no futuro apoiar a decisão de novos modelos de trabalho médico nos SMI.

## RESULTADOS DETALHADOS

### Indicadores gerais

Foram estudados todos os 42 SMI nacionais com idoneidade formativa - 41 localizados em instituições públicas e 1 privada (Hospital da Luz); Quarenta dos SMI são classificados como polivalentes e apenas dois como monovalentes (IPO Porto e Lisboa). Distribuem-se pelo território nacional de acordo com o gráfico seguinte:

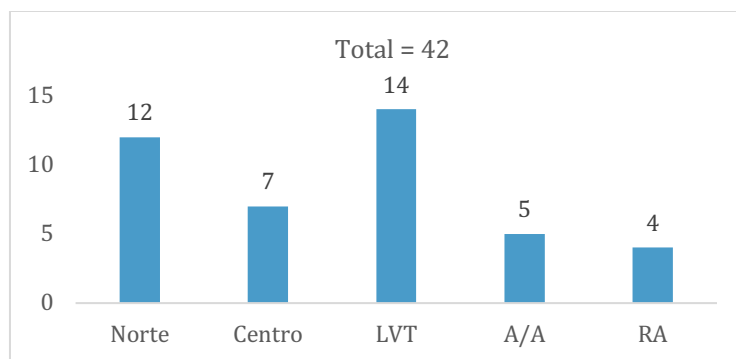


Gráfico 1. número de SMI por região

Os SMI nacionais têm uma média de 29,5 anos de idade desde a sua implementação, com diferenças regionais (mais antigas na Região Centro e mais recentes nas RA e LVT).

Do ponto de vista organizacional, a maioria dos SMI está incluída em modelo de organização departamental que, em 50% dos casos, agrega o SU e em 14,3% deles inclui a área de Anestesiologia (Norte e LVT). Este modelo tem grandes variações regionais:

	SMI	Departamento	(%)	SU	(%)	Anestesiologia	(%)
Norte	12	9	75	8	66,7	4	33,3
Centro	7	2	28,6	2	28,6	0	0
LVT	14	8	57,1	8	57,1	2	14,3
A/A	5	2	40	2	40	0	0
RA	4	1	25	1	25	0	0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>52,4</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>6</b>	<b>14,3</b>

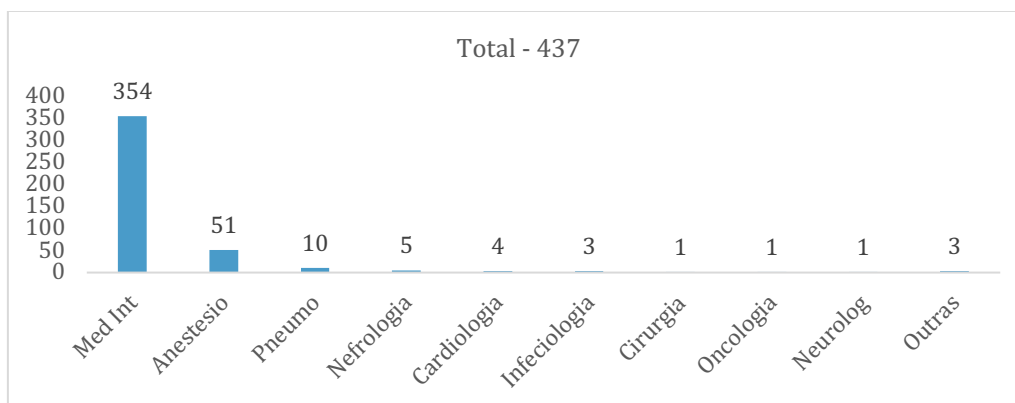
### Recursos Humanos: Médicos

Todos os 42 SMI referiram estar dotados de recursos humanos organizados em quadro médico próprio, compatível com o modelo de serviço de ação médica institucional. Apenas um SMI tem um médico não titulado em Medicina Intensiva, em funções de direção de serviço. A esmagadora maioria (87%) garante a presença física de médico Intensivista titulado 24h por dia. A tipologia do quadro médico dos SMI consta da tabela 2. e gráfico 2.:

	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	<b>Total</b>	<b>%</b>
Nº médicos SMI	253	79	279	57	33	<b>701</b>	
Titulados	181	54	192	32	22	<b>481</b>	<b>68</b>
Não titulados	19	4	26	10	9	<b>68</b>	<b>10</b>
Não titulados em FVC	53	21	61	15	2	<b>152</b>	<b>22</b>

Relativamente a 2023, verifica-se um aumento de 3,9% de médicos titulados (64,1 -> 68%). Esta evolução foi paralela ao crescimento dos SMI tornando possível a melhoria do número de camas por 100 mil habitantes.

A Medicina Interna constitui a especialidade de base predominante nos titulados pela FVC (84%), traduzindo uma realidade que evolui desde 2014. Nessa altura, a Anestesiologia constituía a especialidade de base predominante na região Norte. Desde então, observa-se uma progressiva diminuição de Anestesiologistas em MI e observa-se a mesma tendência nos Pneumologistas titulados. Podemos ver os dados no gráfico seguinte:



**Gráfico 2: Especialidade primária dos médicos intensivistas**

Na maioria dos casos (73,8%), os SMI recorrem a colaboradores (internos / externos à instituição base do SMI) para assegurar o funcionamento dos serviços. Só em 11 SMI isso não acontece (Norte - 3; Centro - 4; LVT - 2; A/A - 1; RA - 1). A maioria dos colaboradores, prestam trabalho por turnos em regime de contrato de prestação de serviços (CPS) e são, na esmagadora maioria, recrutados externamente às instituições (70%), sendo quase metade deles (43,2%) titulados em MI.

Este contingente de colaboradores inclui médicos que prestam trabalho em mais do que um SMI e trabalham, por vezes, em mais do que uma região. De notar que, comparativamente aos Censos de 2023 se observa uma diminuição (10,7%) do número de colaboradores (197 -> 176) sobretudo na região Norte (65 -> 39).

	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total
Nº médicos Quadro SMI	253	79	279	57	33	<b>701</b>
Colaboradores	39	16	70	36	15	<b>176</b>
Colaboradores (%)	15,4	20,2	25,1	63,2	45,5	<b>25,1</b>

### Recursos Humanos: Outros profissionais

Em todos os SMI, a **dotação de enfermeiros** obedece às recomendações das dotações seguras - relação 1:2 em nível III e 1:2 a 1:4 em nível II (dependente do modelo local de gestão e organização do serviço). A esmagadora maioria dispõe de chefia de enfermagem única (para nível III/II) e, em raros casos, têm chefias de enfermagem múltiplas, sobretudo quando a missão do serviço inclui atividades de outreach (SU, Fup) e em alguns casos de separação física de áreas de nível III de áreas de nível II. Na estrutura de recursos humanos dos SMI, verifica-se um ratio enfermeiro / médico de 4:1.

Todos os SMI dispõem de apoio / **secretariado administrativo** autónomo.

Os SMI têm apoio regular / acesso a técnicos / especialidades / valências entre 12 a 24h por dia, em **regime de consultadoria** nos seguintes termos:

Tabela 4. Apoios de especialidades aos Serviços de Medicina Intensiva						
	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total
Fisioterapeuta (%)	100	100	100	80	75	<b>91</b>
Nutricionista (%)	100	100	100	100	100	<b>100</b>
Psicólogo (%)	100	85,7	100	100	50	<b>87,1</b>
Radiologia (%)	100	100	100	100	100	<b>100</b>
Farmacêutico (%)	66,7	85,7	92,9	100	100	<b>89,0</b>

Participação de médicos do quadro dos SMI em Comissões Institucionais:

Tabela 5. Participação de Médicos de SMI em Comissões institucionais						
	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total (%)
Comissões institucionais	12	7	14	5	4	100
PPCIRA	11	4	10	4	3	76,2
Outras / SAM / Vias Verdes	6	4	12	4	4	71,4
Doação	7	6	11	3	2	69,0
Emergência	9	3	8	4	2	61,9
Formação	4	4	7	3	2	47,6
Qualidade	6	1	6	2	3	42,9
Follow-up	8	3	4	1	2	42,9
VMER	3	4	2	1	1	26,2
Trauma	5	3	1	2	0	26,2
Nutrição	6	1	3	0	0	23,8
Informática	2	0	5	0	1	19,0
Ética	4	1	3	0	0	19,0
Transfusão	3	2	1	0	1	16,7
Direção Clínica	3	1	1	0	1	14,3
ECMO	2	0	2	0	0	9,5
Outreach	4	0	0	0	0	9,5
Doente Crítico	2	0	2	0	0	9,5
VNI	2	0	0	0	0	4,8
Humanização	1	0	1	0	0	4,8
Via aérea difícil	1	0	0	0	0	2,4

## Instalações

A maioria dos SMI dispõe de instalações que cumprem as exigências técnicas (estruturais, equipamentos, logística) recomendadas pelos normativos da tutela (documento padrão DGS / ACSS 2013/2024). No entanto, a maioria dos SMI continua a dispor de uma estrutura em “*open-space*” para internamento dos doentes, com reduzidas áreas de internamento individualizado. Um número significativo de SMI apresenta constrangimentos nas áreas de apoio às enfermarias de nível III/II (áreas de armazenamento de equipamentos, áreas de lazer ou pausa, em áreas de apoio ao staff profissional), e em alguns casos, limitações na disponibilidade de salas exclusivas para apoio à família dos doentes.

Por necessidade de criar as melhores condições na resposta à pandemia COVID, a maioria dos SMI sofreu obras de requalificação, consequentemente com melhoria das instalações e equipamentos.

Os SMI servem uma população (Censos 2021 – Pordata / INE) de cerca de 8.914.770 habitantes, com idade superior a 15 anos. Valor naturalmente superior à idade da população alvo (> 18 anos), estimando-se em 8,6 milhões o valor mais aproximado da realidade. Estão inseridos em estruturas hospitalares num universo de 21.193 camas, num total de 941 camas com tipologia SMI, apresentando grandes variações regionais.

Os dados são consistentes com a melhoria do ratio camas SMI / População (100 mil habitantes) e do ratio camas SMI ativas / População (100 mil habitantes) que ocorre desde 2010. Exceto na Região Centro, que apresenta indicadores longe dos objetivos estratégicos mínimos delineados em documentos da tutela (RRNHMI 2017 e 2020). A nível nacional, verifica-se uma evolução positiva para valores próximos da média europeia.

Tabela 6. Indicadores de Estrutura dos Serviços de Medicina Intensiva						
	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total
População	3.175.684	1.495.415	3.002.257	820.736	420.678	8.914.770
Camas Hospitalares adultos	6.477	4.002	7.456	1.815	1.443	21.193
Camas Hosp / 100 mil hab	204	267,6	248,3	221,1	343,0	237,7
Camas SMI	334	102	363	91	51	941
Camas SMI / Hospital (%)	5,2	2,54	4,9	5,0	3,5	<b>4,4</b>
Camas SMI / 100 mil hab (%)	10,52	6,82	12,1	11,1	12,1	10,56

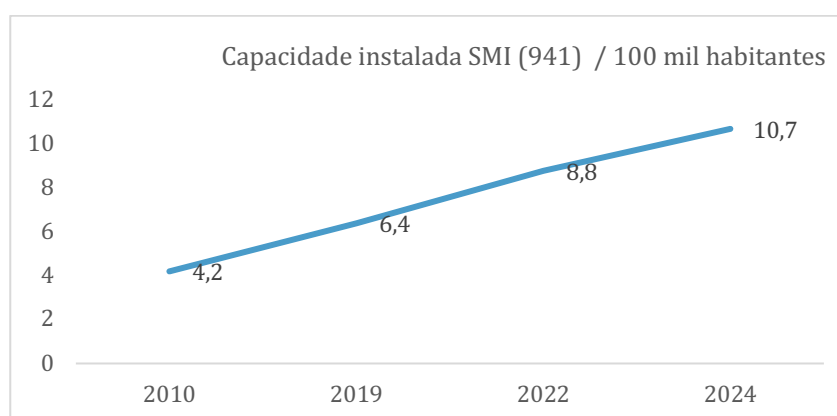
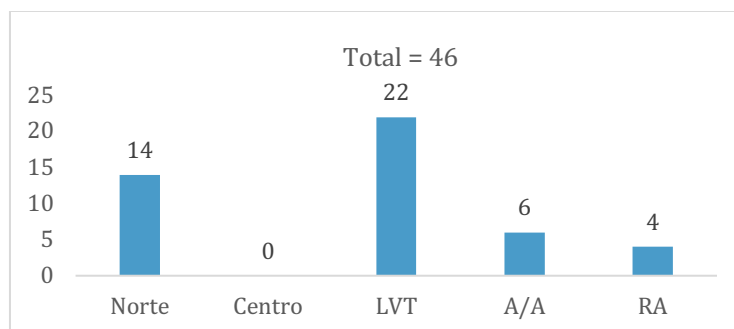


Gráfico 3. Evolução do Rácio de Camas SMI/100 mil habitantes (2010-2024)

De janeiro a maio de 2024, foram identificadas 46 camas encerradas (4,9% do total de camas). Os principais motivos invocados foram:

- Modelo de gestão flexível com ativação de camas de acordo com a necessidade local (Norte)
- Déficit de recursos humanos (médicos e enfermeiros)
- Por determinação dos CA (invocando ausência de recursos humanos e ausência de necessidade).



**Gráfico 4. Distribuição do número de camas SMI encerradas (2024)**

Da amostra estudada, 703 camas tinham tipologia / capacidade de nível III (74,7%) e 238 camas tipologia / capacidade de nível II (25,3%). De um modo geral, os DS consideraram que a esmagadora maioria das camas ativas tinha capacidade pluripotencial, com capacidade de cuidados de nível III.

A disponibilidade de camas de isolamento e capacidade de regulação de pressões atmosféricas evoluiu de forma muito significativa (36 em 2015 → 179 em 2024), após as obras de requalificação, ocorridas durante a pandemia COVID. Em muitos SMI, a capacidade de obtenção de condições de isolamento, em áreas de coorte, também se encontra assegurada.

### Processos Assistenciais

Tabela 7. Taxa de execução de processos assistenciais nos Serviços de Medicina Intensiva						
	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total (%)
CDCr (circuito doente crítico)	91,7	85,7	78,6	80	50	81
EMI gestão direta	100	71,4	92,9	80	50	85,7
SE tutela	83,3	57,1	35,7	40	0	50
Follow-Up intra	91,7	85,7	78,6	100	50	83,3
Follow-Up extra	91,7	85,7	78,6	100	50	83,3
Step down mesma cama	83,3	85,7	100	80	75	88,1
Visita multidisciplinar	91,7	85,7	85,7	60	75	83,3
Visita multiprofissional	91,7	100	100	80	75	92,9
Protocolos	100	100	100	80	75	95,2
Doação órgãos	91,7	100	92,9	100	100	95,2
Comissões institucionais	100	100	100	100	100	100

A maioria dos SMI pratica *step down* de cuidados na mesma cama, assegura uma visita multidisciplinar e multiprofissional, tem institucionalizado protocolos de orientação terapêutica e guias metodológicos para o handover progressivo. A totalidade dos SMI polivalentes colabora na deteção, manutenção de dadores de órgãos e tecidos, incluídos em processos de articulação com os respetivos gabinetes de coordenação de colheita e transplantação de órgãos.

O modelo de CDCr não se encontra implementado de forma generalizada, e apresenta importantes variações regionais. A missão da maioria dos serviços inclui a tutela da organização da resposta à emergência intra-hospitalar. Nos últimos anos, constata-se a implementação crescente de modelos de Follow-up, com objetivos de identificação, avaliação e sistematização de aspetos como a qualidade de vida, SPICI, SPICI F, entre outros. Nesta expressão organizacional dos SMI, observa-se uma evolução positiva.

O quadro seguinte resume a situação e atividade dos 42 SMI nacionais. Estão nele incluídas todas as camas com capacidade de cuidados de nível III/II, sob a gestão integrada do SMI:

Tabela 8. Atividades dos Serviços de Medicina Intensiva

SMI	Idoneidade	Camas ativas	Camas inativas	MI na SE	EEIH	Follow-up
ULSN - Bragança	Parcial	18	0	Sim	Sim	Sim
ULSTMAD - V Real	Parcial	18	6	Sim	Sim	Sim
ULSSA - Porto	Total	48	0	Sim	Sim	Sim
ULSAM - Viana	Parcial	25	0	Sim	Sim	Sim
ULSAA - Guimarães	Parcial	12	0	Não	Sim	Não
ULSB - Braga	Total	32	0	Sim	Sim	Sim
ULSTS - Penafiel / Paredes	Parcial	19	1	Sim	Sim	Sim
ULSM - Matosinhos	Parcial	14	7	Sim	Sim	Sim
ULSSJ - Porto	Total	78	0	Sim	Sim	Sim
ULSEDV - Feira	Parcial	20	0	Sim	Sim	Sim
ULSVNGE - Gaia	Total	28	0	Sim	Sim	Sim
IPO Porto	Sem	0	0	Não	Sim	Sim
ULSG - Guarda	Parcial	12	0	Sim	Sim	Sim
ULSBI - Covilhã	Parcial	10	0	Não	Sim	Sim
ULSCB - Castelo Branco	Parcial	12	0	Sim	Sim	Não
ULSDL - Viseu	Parcial	12	0	Não	Não	Sim
ULSBV - Aveiro	Parcial	14	0	Sim	Não	Sim
ULURL - Leiria	Parcial	10	0	Não	Sim	Sim
ULSC - Coimbra	Total	32	0	Sim	Sim	Sim
ULSSM - Sta. Maria	Total	42	0	Não	Sim	Sim
ULSLO - S. F. Xavier	Total	50	0	Sim	Sim	Sim
ULSSJ - S. José	Total	58	13	Sim	Sim	Sim
ULSAS - Garcia de Orta	Total	28	0	Não	Sim	Sim
ULSAS - Amadora Sintra	Parcial	27	4	Não	Sim	Sim
ULSC - Cascais	Parcial	18	0	Não	Sim	Sim
ULSLO - Loures	Parcial	22	0	Sim	Sim	Sim
ULSET - V Franca Xira	Parcial	20	0	Não	Sim	Sim
ULSL - Santarém	Sem	9	0	Não	Sim	Não
ULSMT - Abrantes	Parcial	12	0	Sim	Sim	Sim
ULSAR - Barreiro	Sem	8	3	Não	Sim	Não
ULSA - Setúbal	Parcial	11	0	Não	Sim	Sim
IPO Lisboa	Sem	4	2	Não	Não	Não
H Luz	Parcial	32	0	Sim	Sim	Sim
ULSAC - Évora	Sem	14	0	Não	Sim	Sim
ULSAA - Portalegre	Sem	10	0	Não	Não	Sim

ULSLA – S Cacém	Parcial	11	0	Sim	Sim	Sim
ULSBA - Beja	Parcial	8	2	Não	Sim	Sim
ULSA – Algarve	Total	43	4	Sim	Sim	Sim

SESARAM – Funchal	Total	19	4	Não	Sim	Sim
HDES – P Delgada	Parcial	14	0	Não	Não	Sim
H Horta	Sem	6	0	Não	Sim	Não
HSE - Terceira	Sem	8	0	Não	Não	Não

## Indicadores de qualidade

Tabela 9. Indicadores de Desempenho e Qualidade						
Indicadores	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total
APACHE II	17,9	19,9	18,6	20,3	17,6	18,9
SAPS II	37,6	44,6	40,7	44,5	40,4	41,6
TISS 28	25,5	24,4	32,5	29,9	27,2	27,9
Taxa de ocupação	76,1	73,0	74,1	61,1	59,4	68,7
Demora média	6,0	8,0	5,0	7,1	7,0	6,6
Mortalidade bruta	12,6	21,1	18,0	19,5	20,7	18,4
Mortalidade hospitalar	16,0	27,2	23,8	26,2	28	24,2
Mortalidade oculta	3,4	6,1	5,8	6,7	7,3	5,8
VMI	45,8	56,1	51,0	67,0	71,8	58,3
VMI > 48h (%)	33,5	42,5	39,2	43,5	41,9	40,1
VAP	6,5	6,8	7,4	11,6	8,1	8,1
IADIV	1,4	1,6	1,4	1,5	3,9	2,2
ITU	2,3	2,3	2,5	2,2	2,9	2,4
Auto extubação	2,5	0,3	0,7	2	2,8	1,7
Reintubação traqueal	1,9	1,8	nr	3,1	8,9	3,1
Delirium	8,7	3,2	nr	4,6	24,3	8,2
ICU AW	4,0	2,6	nr	12,5	16,1	7,0

## Atividades Formativas

Tabela 10. Desempenho na área da formação e científica						
(%)	Norte	Centro	LVT	A/A	RA	Total
Programa de integração de novos médicos	100	71,4	78,6	60	50	72
Programa formação pós-graduada	100	71,4	78,6	80	50	76
Cronograma formativo	100	100	78,6	80	75	86,7
Orientador Formação com horário dedicado	66,7	42,9	28,6	40	25	40,6
Inquéritos de satisfação IFE	58,3	57,1	57,1	40	0	42,5 (%)
Artigos publicados 2 anos	140	22	190	32	14	398
Estudos clínicos 2 anos	62	21	72	8	7	170

Os valores apresentados traduzem apreciável produção científica – 398 artigos publicados – sem disponibilidade adicional de informação sobre o tipo, natureza e fator de impacto das publicações. A esmagadora maioria dos SMI participou em estudos clínicos, na maioria estudos multicêntricos.

## Idoneidade e capacidade formativa

A amostra estudada (42 SMI) apresenta a seguinte configuração:

2024	SMI	IT	IP	Sem
Norte	12	4	7	1
Centro	7	1	6	0
LVT	14	4	7	3
A/A	5	1	2	2
RA	4	1	1	2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>8</b>

IT (idoneidade total) - 11 (26,2%); IP (idoneidade parcial) - 23 (54,8%); Sem idoneidade - 8 (19%)

Na evolução temporal das capacidades formativas (tabela 12.), verifica-se uma capacidade formativa inerente à ação dos SMI que tem vindo a crescer, identificando a capacidade técnico-científica dos serviços e o estabelecimento inequívoco da área de especialidade no panorama da medicina portuguesa.

Destaca-se que a atribuição da capacidade formativa nos anos de pandemia e pós-pandemia ocorreu, na maioria dos casos, sem a visita presencial do COMMI, tendo como base a informação dos inquéritos de caracterização dos SMI, com aplicação de fórmula aprovada pela OM. Explica-se, assim, que estes dados do COMMI não coincidiam com os do CNIM/CNPG.

	2015	2018	2019	2021	2023	<b>2024</b>
Norte	23	40	69	88	99	<b>99</b>
Centro	3	15	19	25	31	<b>32</b>
LVT	27	42	66	86	94	<b>103</b>
A/A	4	7	12	17	17	<b>16</b>
RA	3	6	8	11	14	<b>14</b>
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>110</b>	<b>174</b>	<b>227</b>	<b>255</b>	<b>264</b>
Aumento %		83,3	58,1	30,5	12,7	<b>3,1</b>

A maioria dos SMI demonstrou deter um programa de formação dedicado e adaptado ao seu perfil formativo, com elaboração própria de documentos que suportam a atividade de formação. A maioria dos SMI refere igualmente permitir o acesso a publicações e literatura médica relevante para a área disciplinar.

## Evolução do mapa de vagas para formação especializada

No gráfico seguinte é apresentada a evolução do mapa anual de vagas propostas para IFE de MI, incluindo a proposta para 2025 (74 vagas):

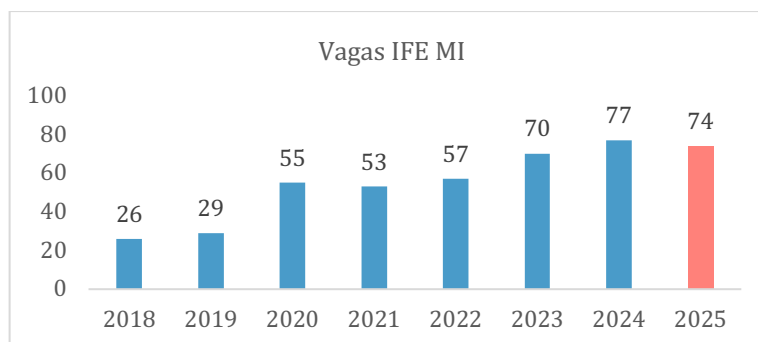


Gráfico 5. Evolução do número de vagas para formação especializada

Em 2024, pela primeira vez no histórico desta via formativa, não foram ocupadas 9 (11,7%) das vagas disponibilizadas no respetivo concurso nacional (2023-4). Trata-se de sinal preocupante, que foi merecedor de apurada reflexão. Na Reunião Geral dos Colégios da OM, convocada para o efeito, o COMMI apresentou o seguinte ponto de vista:

- Predomínio territorial Sul (LVT, A/A, RA), com incidência na região de LVT – problemas relativos ao custo de vida, à disponibilidade de acesso a outras áreas com estatuto remuneratório mais vantajoso
- Atinge serviços de MI com histórico de qualidade e exigência, alguns com estatuto de idoneidade formativa total e também em SMI das regiões autónomas
- Ausência de garantias sólidas de progressão na carreira médica
- Ausência de garantia de retorno financeiro após titulação
- Potencial perda de estatuto de atratividade de uma especialidade nova, até há bem pouco tempo mainstream
- Mudança de paradigma social
- Situação atual do SNS

Identifica-se igualmente a evolução da formação pela via clássica para titulação de especialistas em medicina intensiva, processo que até 2023 foi essencial para suportar o acréscimo de capacidade instalada dos SMI.

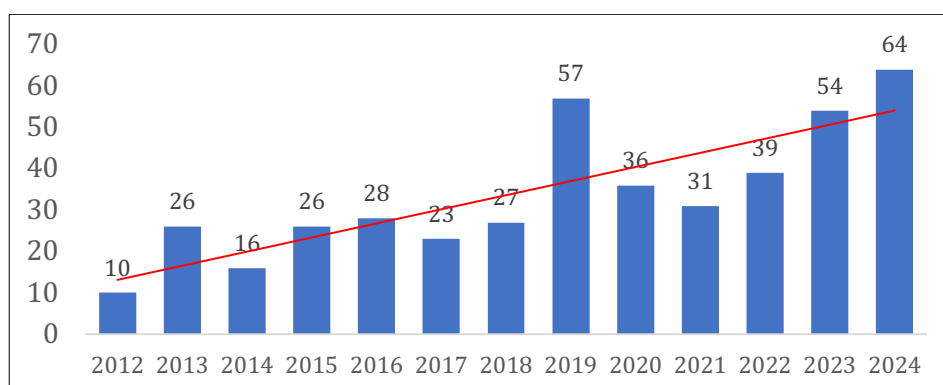


Gráfico 6. Evolução do número de candidaturas a exame de titulação por via clássica

O Census 2024 identifica um total de 425 médicos em processo de titulação, sendo 35,8% pela FVC e 64,2% pela via do IFE. Destaca-se que a região Norte detém o maior número de IFE (113) e LVT o maior número de titulandos pela FVC.

## **Glossário:**

*A/A – Alentejo / Algarve*

*ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde*

*AIMINT – Associação de Internos de Medicina Intensiva*

*CA – Conselho de Administração*

*CDCr – Circuito do doente crítico*

*CFT – Capacidade Formativa Total*

*CH – Centro Hospitalar*

*CNIM – Conselho Nacional Internato Médico*

*CNPG – Comissão Nacional Pós-Graduação*

*COMMI – Colégio de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos*

*CPS – Contrato de Prestação de Serviços*

*DC – Direção Clínica*

*DE – Direção Executiva do SNS*

*DIM – Direção do Internato Médico*

*DGS – Direção Geral de Saúde*

*DS – Diretor de Serviço*

*Fup – Follow up*

*FVC - formação pela via clássica*

*HC – Hospital de Cascais*

*HL – Hospital da Luz*

*IFE – Interno de formação específica*

*INE – Instituto Nacional de Estatística*

*IP – Idoneidade Formativa Parcial*

*IPOP – Instituto Português de Oncologia Porto*

*IPOL – Instituto Português de Oncologia Lisboa*

*IT – Idoneidade Formativa Total*

*LVT – Lisboa e Vale do Tejo*

*MET / EMI – Medical Emergency Team / Emergência Médica Intra hospitalar*

*MI – Medicina Intensiva*

*Nível 0 – doente com critérios de admissão em enfermaria convencional, necessidade de observação clínica regular*

*Nível I – doente com situação clinicamente estável, mas em risco de deterioração clínica e com necessidade de vigilância em monitorização convencional – não invasiva.*

*Nível II – doente com necessidade de suporte até uma falência de órgão, tendo como limite a Ventilação Não Invasiva no suporte respiratório, podendo ter necessidade de monitorização invasiva (pressões arteriais); doente em “step down” oriundo de nível III com evolução favorável em recuperação de disfunções de órgãos, com necessidade de planos de cuidados não exequíveis em enfermaria convencional*

*Nível III – doente com necessidade de monitorização invasiva e múltiplos suportes de falências de órgãos*

*OM – Ordem dos Médicos*

*Outreach – Conceito de atividade fora dos limites da enfermaria / espaço assistencial tradicional*

*RA – Regiões Autónomas (Madeira e Açores)*

*RRHNMI – Rede de Referência Hospitalar Nacional em Medicina Intensiva*

*SAM – Serviço de Ação Médica*

*SE – Sala de Emergência*

*SMI – Serviço de Medicina Intensiva*

*SMR – Standardized Mortality Ratio*

*SNS – Serviço Nacional de Saúde*

*Step-down – movimento de passagem de doente de nível de cuidados superior para nível de cuidados inferior (exemplo nível III / II)*

*SU – Serviço de Urgência*

*UCI – Unidade de Cuidados Intensivos*

*UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios*  
*UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*  
*ULS – Unidade Local de Saúde*  
*ULSA – Unidade Local de Saúde da Arrábida – Setúbal*  
*ULSA – Unidade Local de Saúde do Algarve – Faro / Portimão*  
*ULSAA – Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo – Portalegre*  
*ULSAA – Unidade Local de Saúde do Alto Ave – Guimarães / Fafe*  
*ULSAC – Unidade Local de Saúde do Alentejo Central – Évora*  
*ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho*  
*ULSAR – Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho – Barreiro*  
*ULSAS – Unidade Local de Saúde Amadora-Sintra*  
*ULSAS – Unidade Local de Saúde Almada-Seixal – Almada*  
*ULSB – Unidade Local de Saúde de Braga*  
*ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo – Beja*  
*ULSC – Unidade Local de Saúde de Coimbra*  
*ULSCBC – Unidade Local de Saúde da Cova da Beira - Covilhã*  
*ULSCB – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco*  
*ULSDL – Unidade Local de Saúde Dão – Lafões - Viseu*  
*ULSEDV – Unidade Local de Saúde entre Douro e Vouga – Vila da Feira / Oliveira de Azeméis*  
*ULSET – Unidade Local de Saúde da Lezíria – Santarém*  
*ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda*  
*ULSL – Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo – Vila Franca de Xira*  
*ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano*  
*ULSLC – Unidade Local de Saúde de S. José – Lisboa*  
*ULSLN – Unidade Local de Saúde de Lisboa Norte – Lisboa*  
*ULSLO – Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental – Lisboa*  
*ULSLO – Unidade Local de Saúde Loures – Odivelas - Loures*  
*ULSM – Unidade Local de Matosinhos*  
*ULSMT – Unidade Local de Saúde do Médio Tejo - Abrantes*  
*ULSN – Unidade Local de Saúde do Nordeste – Bragança*  
*ULSRA – Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro – Aveiro*  
*ULSRL – Unidade Local de Saúde da Região de Leiria*  
*ULSSA – Unidade Local de Saúde de S. António*  
*ULSSJ – Unidade Local de Saúde de S. João – Porto*  
*ULSTMAD – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro*  
*ULSTS – Unidade Local de Saúde de Tâmega e Sousa – Paredes / Penafiel*  
*ULSVNGE – Unidade Local de Saúde de Vila Nova de Gaia – Espinho*  
*VVIF – Visitas de Verificação de Idoneidade Formativa*

## **ANEXOS**

Inquérito de idoneidade formativa (portal OM)

Julho de 2024

COMMI