



## Breves considerações sobre os modelos estruturais das unidades intermédias. Da “enfermaria plus” aos “cuidados intensivos low-cost”.

Pedro Vita<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Intermédia Médico-Cirúrgica, Serviço de Cuidados Intensivos, Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

<sup>2</sup>Autor correspondente: Largo Prof. Abel Salazar S/N 4099-001 Porto | pmvita@icbas.up.pt

As unidades intermédias vieram preencher o espaço que separa o nível de cuidados da tradicional enfermaria para as unidades de cuidados intensivos. A criação destas unidades impulsionada pela necessidade de uma melhor utilização de recursos, permite uma maior rotatividade e redução do número de admissões em cuidados intensivos, bem como uma diminuição na taxa de readmissões, conduzindo assim a uma redução de custos.[1] Previamente ao advento das unidades intermédias, estima-se que cerca de 35% dos doentes em cuidados intensivos eram doentes de baixo risco, admitidos fundamentalmente para monitorização da sua evolução clínica.[2] Existem, no entanto, vários modelos em implementação no nosso país, com diferentes graus de diferenciação, criando um espectro tão diversificado quanto o espaço que procuram preencher. Podemos ir das “enfermarias plus”, unidades cuja diferença para uma enfermaria clássica é mínima, até as “unidades intensivas low-cost” com telemetria, oximetria de pulso, pressões arteriais invasivas e venosas centrais e suporte ventilatório não-invasivo, apresentando um rácio enfermeiro:doente de 1:3. Nos hospitais diferenciados, as unidades intermédias podem funcionar segundo um sistema de step-up ou de step-down e podem ser de natureza mista ou subespecializada (cardíaca, respiratória, neurológica, pós-cirúrgica). Podem desempenhar um papel muito relevante nos hospitais sem cuidados intensivos, assumindo-se como as unidades mais diferenciadas.[3]

Os modelos estruturais podem ser definidos tendo por base os seguintes elementos:

1. Tipos de patologias e critérios de admissão [4];
2. Localização face ao Serviço de Urgência;
3. Tipo de ligação aos Cuidados Intensivos (independente, anexa, integrada);
4. Equipa própria *versus* elementos a tempo parcial;
5. Equipa centrada no Internista com apoio multidisciplinar *versus* gestão por especialidade;
6. Rácio enfermeiro:doente;
7. Número de camas;
8. Capacidades de monitorização e telemetria;
9. Técnicas realizadas e equipamentos disponíveis nas unidades;
10. Acesso a meios de imagem (local, disponibilidade 24/7) e analíticos.

Por conseguinte, e dada a heterogeneidade dos modelos possíveis, pode ser grande a variabilidade do conceito a que chamamos Unidade Intermédia. Como projecto para 2014 da nossa Associação, iremos efectuar um inquérito nacional para caracterizar as unidades intermédias.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cheng DCH, Byrick RJ, Knobel, E. Structural models for intermediate care areas. *Crit Care Med* 1999; 27 (10): 2266-2271.
2. Lucena JF, Alegre F, Rodil R et al. Results of a retrospective observational study in intermediate care staffed by hospitalists: impact on mortality, co-management and teaching. *J Hosp Med* 2012; 7: 411-415.
3. Alfonso-Megido J, Fernández C. Unidad de cuidados intermedios dependiente de medicina interna en un hospital sin unidad de cuidados intensivos. *Rev Clin Esp* 2007; 207(3): 144-146.
4. Society of critical care medicine. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. *Crit Care Med* 1998; 26(3): 607-610.