

Internal Medicine and Specialized Care Units: Medical Intermediate Care Units

A Medicina Interna e as Unidades de Cuidados Diferenciados: Unidades de Cuidados Intermédios Médicos

Jorge Almeida¹ , Telma Palheira¹, Fernando Friões² 

Introdução

A Medicina Interna tem, historicamente, assumido um papel central na abordagem tanto do doente agudo como do doente crónico complexo. Esta dupla vocação distingue a especialidade, permitindo-lhe atuar com eficácia nos contextos mais exigentes da prática clínica hospitalar. A resposta a essa mesma exigência tem de ser sustentada numa formação profunda e alargada, numa visão integradora da doença e na adaptação contínua às necessidades dos serviços e dos doentes.

Neste contexto, os Serviços de Medicina Interna desenvolveram, de forma estruturada, diversas unidades de cuidados diferenciados, concebidas para dar resposta a situações clínicas específicas, integradas na lógica global de abordagem do doente crítico e/ou complexo. Entre estas, destacam-se as Unidades de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM), dirigidas a doentes críticos com patologia médica e as unidades de carácter mais específico, como as Unidades de AVC, as Unidades de Dor Torácica e as Unidades de Insuficiência Cardíaca. As consultas especializadas e a atividade assistencial transversal, integrada ou em cogestão com outros serviços hospitalares, acompanharam este desenvolvimento dos serviços de Medicina Interna.

Apesar da emergência de novas especialidades focadas na medicina do doente crítico, a Medicina Interna em Portugal preservou e consolidou a sua intervenção nesta área. Com base nas competências próprias da especialidade, os Serviços de Medicina Interna têm criado, desenvolvido e sustentado estruturas clínicas diferenciadas, com equipas próprias e métodos adequados ao acompanhamento permanente de doentes em risco de deterioração rápida, mas que não requerem ventilação invasiva, nem a admissão imediata ou previsível num curto espaço de tempo em unidades de cuidados intensivos.

A pandemia de COVID-19 veio validar e reforçar esta função estruturante da Medicina Interna no SNS, com as UCIM a desempenharem um papel determinante na gestão de recursos, na continuidade de cuidados e na articulação funcional entre os diferentes níveis de complexidade assistencial.

Evolução do Conceito de Cuidados Intermédios e Papel da Medicina Interna

As Unidades de Cuidados Intermédios surgiram como resposta à necessidade de cuidados diferenciados para doentes instáveis que, não estando em falência multiorgânica iminente, requerem vigilância e intervenção mais intensa do que aquela que pode ser oferecida numa enfermaria convencional. Este conceito, embora hoje amplamente reconhecido, teve uma evolução desigual nos diversos sistemas de saúde.

Nos Estados Unidos, na década de 60 do século passado, emergiram áreas de vigilância permanente com cuidados de enfermagem diferenciados. Nos anos 80, no Reino Unido, criaram-se as *High Dependency Units*, com uma função clara de suporte a doentes instáveis e como áreas de transição (*step-down*) dos Cuidados Intensivos, com o objetivo de diminuir a pressão sobre estas unidades.

Apesar da proliferação do conceito, o modelo americano manteve-se heterogéneo e fragmentado, sem um desenvolvimento generalizado e conseqüente de Unidades de Cuidados Intermédios Médicas, fora de estruturas cirúrgicas ou perioperatórias. Apenas em 1998, o American College of Critical Care Medicine publicou as primeiras linhas de orientação para admissão e alta em unidades de cuidados intermédios para adultos. Estas, nunca tendo chegado a ser amplamente implementadas, só foram revistas em 2017.

No Reino Unido, o conceito evoluiu de forma mais sistemática. Em 2007, o Royal College of Physicians propôs a criação de Unidades Médicas Agudas para doentes críticos sem diagnóstico definido, localizadas em articulação direta com os serviços de urgência e de internamento. Estas unidades visavam a estabilização clínica e a definição precoce do percurso terapêutico, com um horizonte temporal de até 72 horas. Em 2018, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publicou linhas de orientação neste contexto (NICE *guideline* 94), em que consolidou estes princípios, aproximando-os fortemente de um modelo de UCIM que, de forma não organizada, vinha a ser implementado em Portugal.

Por sua vez, a Intensive Care Society e a Faculty of Intensive Care Medicine (ambas do Reino Unido) foram refinando a definição da tipologia de cuidados a doentes críticos: em 2013 classificaram os vários níveis de cuidados disponíveis, de acordo com a tipologia de necessidades dos doentes, em camas de cuidados de nível 1 (alta dependência), nível 2 (cuidados intermédios) e nível 3 (cuidados intensivos). Esta

¹Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário S. João, ULS São João, Porto, Portugal

²Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM), do Hospital Universitário S. João, ULS São João, Porto, Portugal

definição foi atualizada em 2022, no documento de consenso, das referidas sociedades (versão 2.1). Neste modelo, surgem então conceitos como *enhanced care*, com fusão parcial entre cuidados de enfermaria e unidades de vigilância elevada (camas de nível 1). Assim, reservadas a doentes críticos e em espaços contíguos, ficariam as camas de cuidados de nível 2 e de nível 3. Estas estruturas, onde as tipologias de camas se podem alterar consoante as necessidades, ficariam sob a tutela dos Serviços de Cuidados Intensivos. As mesmas sociedades, em 2024, validaram definitivamente esta linha estratégica em novo documento de consenso.

Outros países seguiram caminhos semelhantes. Na Alemanha, por exemplo, a German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine definiu em 2010 e atualizou em 2023 a sua própria classificação em três níveis de cuidados intensivos, todos com suporte ventilatório invasivo disponível, mas diferenciados, entre si, pela capacidade técnica e organizacional.

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos adotou a classificação por níveis, mas a tradução informal destes conceitos originou designações pouco claras, como "unidades de nível 2 ou 3" ou "doentes de nível 2", sem correspondência direta com o modelo original.

Entretanto, a Medicina Interna afirmou-se como especialidade com competências próprias e diferenciadas na abordagem do doente agudo e crítico, estruturando, no seio dos seus próprios serviços, as Unidades de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM), dirigidas a doentes que, não estando em falência multiorgânica iminente, requerem vigilância e intervenção mais ativas do que aquela que pode ser oferecida numa enfermaria convencional. Estas unidades mantêm uma identidade funcional e formativa própria, distinta das Unidades de Cuidados Intensivos e adaptada à realidade da patologia médica, garantindo continuidade e articulação

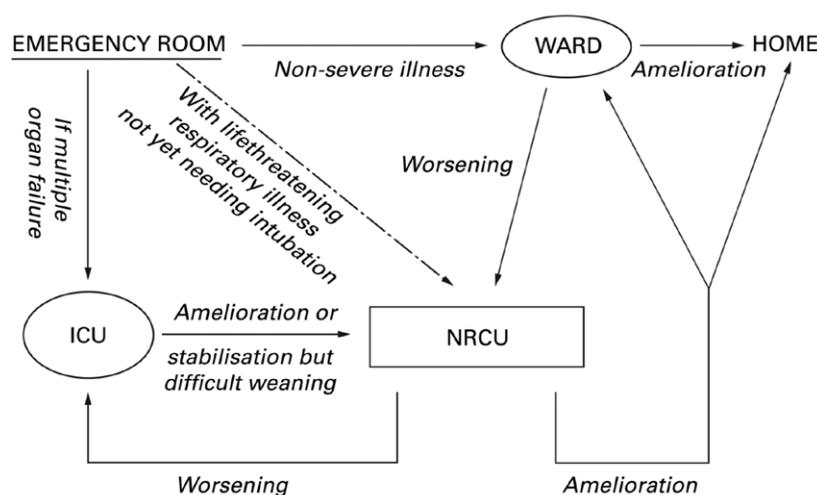
de cuidados dentro de um mesmo serviço com a enfermaria convencional, o Serviço de Urgência e mesmo com o ambulatório, com um melhor e mais eficiente aproveitamento dos recursos hospitalares.

Como explicitado previamente, a terminologia usada e as linhas estruturais que a Medicina Intensiva adotou não se adaptam nem aos serviços de Medicina Interna, na sua globalidade, nem à realidade do nosso País e hospitais. Assim, com a criação da especialidade de Medicina Intensiva (2018), tornou-se necessário clarificar a posição da Medicina Interna na abordagem do doente com um índice de gravidade elevado. Esta necessidade impôs, no seio das entidades representativas dos Internistas, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e também o Colégio da Especialidade de Medicina Interna, a reflexão que levou à criação deste documento.

Estrutura, Funcionamento e Critérios de Admissão das Unidades de Cuidados Intermédios Médicos

As Unidades de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) são estruturas diferenciadas, dedicadas ao acompanhamento de doentes agudos com patologia médica complexa. Devem estar integradas nos Serviços de Medicina Interna e devem funcionar sob a sua direção médica, com autonomia técnica e equipa própria. Idealmente, devem localizar-se em continuidade ou proximidade com as enfermarias de Medicina Interna, assegurando a articulação funcional com os serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos e com as restantes estruturas de cuidados diferenciados, como unidades de AVC, de dor torácica ou de insuficiência cardíaca (Fig. 1).

As UCIM não devem ser confundidas com Unidades Polivalentes, já que o doente cirúrgico não se enquadra no âmbito das suas competências. A sua vocação centra-se na patologia



NRCU corresponderia à UCIM (Unidades de Cuidados Intermédios Médicos)
Adaptado de Nava *et al* (ref 22)

Figura 1: Exemplo de localização e fluxograma de articulação entre vários níveis de Cuidados disponíveis.

médica aguda ou crónica agudizada, reforçando a continuidade assistencial que é própria da Medicina Interna.

As UCIM devem dispor de entre 6 e 20 camas, sendo o intervalo ideal entre 11 e 15 camas. Cada cama deve dispor de 15 a 20 m² de área, com monitorização contínua, acesso direto visual por parte da equipa de enfermagem e capacidade de isolamento, quando necessário. Será conveniente a existência de instalações sanitárias próprias.

A estrutura deve permitir:

- Monitorização não invasiva contínua (PA, SpO₂, ECG);
- Monitorização invasiva (pressão arterial, PVC) em pelo menos 75% das camas;
- Equipamento para ventilação não invasiva (VNI), oxigenoterapia de alto fluxo, equipamentos de tosse assistida (cough assist device), dispositivos para avaliação de volume vesical (blader scan[®]) e ecografia *point-of-care*;
- Realização de gasimetrias;
- Aspiração de secreções, bombas perfusoras (mínimo 3 por cama) e sistemas de alarme centralizados com registo contínuo. O responsável médico da UCIM deve ter o grau de consultor de Medicina Interna, preferencialmente, com a titulação da subespecialidade de Urgência e Emergência Médica do Adulto.

A equipa médica deve ser composta por especialistas em Medicina Interna, com formação em Suporte Avançado de Vida (SAV), VNI, ecografia clínica e acessos vasculares e frequência de estágio em cuidados intensivos (mínimo 3 meses).

Exige-se a presença permanente na unidade 24 horas por dia, 7 dias por semana, garantindo pelo menos duas visitas clínicas diárias; quando necessário, no período noturno e no fim-de-semana, a escala pode ser assegurada por internos de formação específica (sob supervisão) e especialistas do Serviço de Medicina Interna com formação adequada, nomeadamente, estágio prévio na UCIM; nestes casos, é desejável a disponibilidade de um sistema de consultadoria permanente, pela equipa médica da unidade. Devem assegurar o apoio e a consultadoria a outros setores do Serviço de Medicina Interna e também aos restantes serviços do hospital, incluindo Serviço de Urgência, no que respeita ao doente crítico de foro eminentemente médico. A atividade no internamento de Medicina Interna deve ser exclusiva na UCIM e complementada no ambulatório, como é fundamental na especialidade. Deve ser fomentada a diferenciação técnica e a realização de formações em áreas de desenvolvimento emergente e que possam contribuir para a afirmação do serviço e da especialidade.

A coordenação de enfermagem deve ser assegurada por um Enfermeiro-Gestor ou por um especialista em enfermagem médico-cirúrgica ou Especialista em reabilitação, preferencialmente com competência no doente crítico. O rácio mínimo é de 1 enfermeiro por 3 doentes, com reforço em períodos de maior exigência.

Outros requisitos, no âmbito de recursos humanos, incluem:

Pelo menos 30% da equipa de enfermagem deve ter formação em SAV, com a presença de, pelo menos, um enfermeiro por turno, com esta diferenciação; disponibilidade de terapêutica de reabilitação (com enfermeiro especialista em reabilitação no mínimo 6 dias/semana; 20 min/doente); um técnico auxiliar de saúde por cada 5 doentes; apoio administrativo (assistente técnico) em exclusivo, 5 dias/semana.

As UCIM destinam-se preferencialmente a doentes com patologia médica, que:

- Têm risco de deterioração rápida ou disfunção de órgão vital;
- Têm necessidade de monitorização intensiva ou terapêutica com VNI, oxigenoterapia de alto fluxo, suporte aminérgico;
- Permanecem em estratégia de step-down de Cuidados Intensivos;
- Ingressaram para vigilância pós-procedimento (ex. endoscopia, TIPS, esclerose de varizes);
- Poderão ter necessidade de intervenções terapêuticas ou diagnósticas frequentes (ver Tabela 2 – linhas de orientação para admissão em Cuidados Intermédios, de 2017 da American College of Critical Care Medicine).

São critérios de exclusão para admissão em UCIM:

- Necessidade de ventilação invasiva (imediate ou eminente a curto prazo) ou outros critérios para admissão imediata em Unidade de Cuidados Intensivos (disfunção múltipla de órgãos/proteção da via aérea);
- Doentes cujas condições clínicas comprometam o prognóstico vital a curto prazo, tornando inadequadas as intervenções diagnósticas ou terapêuticas invasivas.

A decisão de admissão deve ser sempre individualizada, sendo da responsabilidade do coordenador da UCIM ou do responsável em cada turno.

O plano terapêutico e a estratégia em caso de falência, devem estar definidos nas primeiras 24 horas.

A transferência para a enfermaria deve ser realizada preferencialmente entre as 07h00 e as 21h59, garantindo continuidade de cuidados e reorganização eficiente da unidade.

Indicadores de Qualidade, Produção e Formação

As UCIM, pela sua natureza diferenciada, devem dispor de indicadores específicos de desempenho, ajustados à sua missão e à complexidade dos doentes que acolhem. Estes parâmetros devem ser monitorizados de forma contínua e utilizados para efeitos de auditoria clínica, melhoria contínua e planeamento de recursos.

Indicadores recomendados:

1. Duração média de internamento: idealmente entre 3 e 5 dias;

Tabela 1: Tradução de Guidelines para admissão em Unidades de Cuidados Intermédios, publicadas em 2017 no American Journal of Critical Care (ref 20).

Monitorização/geral	Medição de sinais vitais de 2/2 horas ou 1/1 hora ou contínua; colheita de exames biológicos de 2/2 horas ou 1/1 hora (ex – glicose); oximetria de pulso contínua e monitorização ECG contínua; monitorização da pressão arterial ou venosa invasiva.
Respiratório	PaO ₂ » 60 mmHg ou SpO ₂ » 90 mmHg; necessidade de aspiração secreções 2/2 horas ou 1/1 hora; tratamento com nebulizações de 2/2 horas ou menos; oxigenioterapia de alto fluxo nasal ou facial; necessidade de VNI (CPAP ou BPAP) de novo ou contínuo; infusão de prostaciclina; cuidados com traqueostomia (encerrada há menos de 24 horas).
Cardiovascular	- Hipertensão arterial – urgência ou emergência hipertensiva; necessidade de terapêutica parentérica para HTA (labetalol, esmolol, nicardipina, nitroglicerina) - Insuficiência Cardíaca, Sepsis, Síndrome Coronário Agudo – EAM, sem ou com supradesnívelamento de ST, estável hemodinamicamente; necessidade de suporte aminérgico (dopamina, Noradrenalina, dobutamina) - Arritmias – arritmias graves com risco de vida; terapêutica antiarrítmica em bólus ou em perfusão contínua (labetalol, adenosina, metoprolol, diltiazem, amiodarona, esmolol)
Gastrointestinal	Hemorragia digestiva após hemóstase; encefalopatia hepática porto-sistémica grau III; monitorização após esclerose de varizes esofágicas; monitorização após TIPS; insuficiência hepática aguda.
Renal	Hemodiálise intermitente; hemodiálise por intoxicação farmacológica aguda; técnicas de ultrafiltração contínua (se disponível); alterações hidroeletrólíticas com risco de desenvolver arritmias; alterações hidroeletrólíticas que requeiram monitorização e exames analíticos frequentes.
Metabólico	Doenças metabólicas que requeiram monitorização com testes frequentes e intervenção terapêutica também frequente (ex: cetoacidose diabética, coma hiperosmolar, hiperglicemia não cetónica, coma mixedematoso, hipertiroidismo, insuficiência supra renal aguda...)
Hematológico	Infusão de trombolíticos em doentes estáveis, como na TEP aguda
Neurológico	Vigilância de estado neurológico, com exame neurológico de 2/2 horas, no mínimo; alteração (depressão) do estado de consciência com risco de aspiração de conteúdo gástrico; síndrome de abstinência alcoólica aguda (com necessidade e perfusão de benzodiazepinas inclusive); intoxicação opiáceos (com uso de perfusão de naloxona); analgesia controlada pelo doente e bombas epidurais para controle de dor, pelo doente;
Outras	Exames endoscópios com e sem sedação; exames com broncofibroscopia com suporte ventilatório não invasivo; cateterização e terapêutica na bainha arterial ou venosa

2. Taxa de mortalidade ajustada pelo risco; taxa de reinternamento nas primeiras 48 horas;
3. Plano terapêutico e estratégia de tipologia de cuidados definidos em $\geq 89\%$ dos casos nas primeiras 24 horas;
4. Taxa de transferência para Cuidados Intensivos.

As UCIM devem ter um plano formativo para Internos de Formação Específica (IFE) em estágio de Cuidados Intermédios, aprovado pelo Colégio da Especialidade de Medicina Interna (CEMI), com orientador de estágio e tutor clínico, que garanta a supervisão direta da atividade em cada turno. Devem ser realizadas reuniões clínicas formativas semanais.

Duração dos estágios:

- IFE de Medicina Interna: mínimo de 3 meses, idealmente até 6 meses;
 - IFE de outras especialidades: mínimo de 1 mês.
- Rácio máximo: 1 interno por cada 2-3 camas.

A formação de enfermeiros em estágio da UCIM, será regulada por um plano de formação que regulamente o estágio e os seus objetivos, da competência do Enfermeiro

Responsável e validado pelo Coordenador da UCIM. O tutor designado para a formação de enfermeiros em estágio, assegura a formação máxima de 2 enfermeiros por turno, sem ter atividade assistencial designada nesse período. Os estágios terão a duração mínima de 1 mês.

As UCIM devem integrar na sua missão a promoção da investigação clínica, com a consequente tradução em produção e divulgação científicas.

Propõe-se que num prazo de 3 anos exista uma normalização de regras em todas as UCIM já existentes e a criar, respeitando, naturalmente, as especificidades institucionais.

O doente crítico não pertence a nenhuma especialidade em exclusivo. O doente médico com doença complexa, aguda ou crónica agudizada, deve ser avaliado e tratado em unidades de alta diferenciação, onde estão incluídas as UCIM inseridas nos Serviços de Medicina Interna. O contexto histórico e o aprofundamento do conceito de Medicina Interna com uma área de intervenção alargada, mas profunda, concorrem para o desenvolvimento deste tipo de unidades e para a manutenção dos internistas como protagonistas maiores nos cuidados ao doente grave. ■

Acknowledgements / Agradecimentos

Os autores agradecem aos AHGS de Medicina Interna, Dra. Maria João Lima e Dr. António Oliveira e Silva a revisão do texto.

Contributorship Statement

JA – Data collection and manuscript drafting

TP – Critical review

FF – Manuscript drafting and critical review

All authors approved the final draft.

Declaração de Contribuição

JA – Recolha de dados e redação do manuscrito

TP – Revisão crítica

FF – Redação do manuscrito e revisão crítica

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; without external peer review.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; sem revisão externa por pares.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

Corresponding Author / Autor Correspondente:

Jorge Almeida - jorge.salmeida@ulssjoao.min-saude.pt

Diretor do Serviço de Medicina Interna do Hospital Universitário S. João Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto

Received / Recebido: 25/07/2025

Accepted / Aceite: 08/08/2025

Published ahead of print / Publicado em ahead of print: 2025/00/00

Publicado / Published:

REFERÊNCIAS

- Almeida J. Internal Medicine in Centro Hospitalar Universitário S. João and the COVID-19 Pandemic. *Med Interna*. 2020; doi:10.24950/rspm/COVID19/J.Almeida/CHUSJOAOS/2020.
- Guidelines on admission and discharge for adult Intermediate Care Units. *Crit Care Med*. 1998;26:607-610.
- Force, Report of the Acute Medicine Task. Acute medical care: the right person, in the right setting, first time. London: Royal College of Physicians of London; 2007.
- National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. (NICE Guideline, No. 94.) Chapter 24, Assessment through acute medical units. [accessed June 2025] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564929/>
- Prin M, Wunsch H. The Role of Stepdown Beds in Hospital Care. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190:1210-6.
- Core Standards for Intensive Care Units. 2013. [accessed June 2025] Available from: <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/Project/critical-care-core-standards-for-icuds.pdf>
- Faculty of Intensive Care Medicine. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services. Version 2.1. 2022. [accessed June 2025] Available from: <https://www.ficm.ac.uk/standards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services>
- Intensive Care Society. Levels of Adult Critical Care. Consensus Statement. Second Edition 2024. [accessed June 2025] Available from: https://www.cc3n.org.uk/uploads/9/8/4/2/98425184/2021-03__levels_of_care_second_edition.pdf
- Waydhas C, Riessen R, Markewitz A, Hoffmann F, Frey L, Böttiger BW, et al. Recommendations on the structure, personal, and organization of intensive care units. *Front Med*. 2023;10:1196060. doi: 10.3389/fmed.2023.
- ACSS. Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. RT 13/2019. Lisboa: ACSS; 2024.
- Waydhas C, Herting E, Kluge S, Markewitz A, Marx G, Muhl E, et al. Intermediate care units : Recommendations on facilities and structure. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2018;11333-44. doi: 10.1007/s00063-017-0369-7.
- Guerreiro L, Calisto R, Barreto JV. I. Intermediate Care in Pandemic Time: An Introduction and Two Testimonies. *Med Interna*. 2020; doi: 10.24950/rspm/COVID19/ULSM/S/2020. <https://revista.spmi.pt>
- Confalonieri M, Trevisan R, Demisar M, Lattuada L, Longo C, Cifaldi R, et al. Opening of a Respiratory Intermediate Care Unit in a General Hospital: Impact on Mortality and Other Outcomes. *Respiration*. 2015;90: 235-42. doi:10.1159/000433557.
- Masa JF, Utrabo I, Gomez de Terreros J, Aburto M, Esteban C, Prats E, et al. Noninvasive ventilation for severely acidotic patients in respiratory Intermediate Care Units. *BMC Pulm Med*. 2016; 16: 97. doi: 10.1186/s12890-016-0262-9.
- Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M, et al. Costs of the COPD. Differences between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. *Respir Med*. 2005;99:894-900. doi: 10.1016/j.rmed.2004.11.014.
- Changes in Hospital Costs After Introducing an Intermediate Care Unit: A Comparative Observational Study. [accessed June 2025] Available from: <http://ccforum.com/content/1273/R68>
- Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, Moreno R, Valentin A, Guidet B, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Crit Care*. 2014;18:551. doi: 10.1186/s13054-014-0551-8.
- Matute-Villalón M, Moisés J, Embid C, Armas J, Fernández I, Medina M, et al. Role of respiratory intermediate care units during the SARS-CoV-2 pandemic. *BMC Pulm Med*. 2021;21:228. doi: 10.1186/s12890-021-01593-5.
- López-Jardón P, Martínez-Fernández MC, García-Fernández R, Martín-Vázquez C, Verdeal-Dacal R. Utility of Intermediate Care Units: A Systematic Review Study. *Healthcare*. 2024;12:296. doi: 10.3390/healthcare12030296.
- Simpson CE, Sahetya SK, Bradsher RW 3rd, Scholten EL, Bain W, Siddique SM, et al. Outcomes of Emergency Medical Patients Admitted to an Intermediate Care Unit with Detailed Admission Guidelines. *Am J Crit Care*. 2017;26:e1-e10. doi: 10.4037/ajcc2017253.
- UCIM da Medicina 1 faz 35 anos na vanguarda do tratamento de doentes críticos [accessed June 2025] Available from: <https://www.chlc.min-saude.pt/noticias/ucim-da-medicina-1-faz-35-anos-na-vanguarda-do-tratamento-de-doentes-criticos/>
- Nava S, Confalonieri M, Rampulla C. Intermediate respiratory intensive care units in Europe: a European perspective. *Thorax*. 1998;53:798-802. doi: 10.1136/thx.53.9.798.
- Regulamento nº 743/2029. Ordem dos Enfermeiros. DR, 2ª série, Nº 184. 25 set 2019.
- WellSky Long-Term Care. [accessed June 2025] Available from: <https://experience.care/blog/what-is-an-intermediate-care-unit/>
- Langhorne P, Ramachandra S; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4:CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub4.