

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**1,2,3... REANIMAÇÃO!**

Joana Vidal Castro

Orientador  
Dr. António Marques da Silva

Porto 2012 / 2013

## RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, inserida no 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, escolhi realizar um estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica. O estágio teve como objetivos conhecer melhor a realidade da emergência médica em Portugal, tomar consciência das principais situações de emergência do foro médico e traumatológico, apreender técnicas “life-saving” essenciais na manutenção da vida no doente grave, conhecer os protocolos de atuação e aplicar os algoritmos de Suporte Avançado de Vida, situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente e tomar consciência da importância do trabalho em equipa na emergência médica.

O estágio decorreu entre 23/10/2012 e 26/05/2013, com um total de 84 horas, distribuídas pelos meios da Delegação Norte do INEM – 24 horas nas ambulâncias de Suporte Básico de Vida, 24 horas nas ambulâncias de Suporte Imediato de Vida, 24 horas nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e 12 horas no Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Participei em 30 ativações nos diversos meios, das quais 22 resultaram de doença súbita, 7 de trauma e 1 por outro motivo.

O presente relatório inclui a descrição das ativações presenciadas e procedimentos efetuados, bem como a sua análise e reflexão final.

Os objetivos delineados foram atingidos e esta experiência demonstrou-se deveras enriquecedora, não só a nível dos conhecimentos apreendidos, mas também da diversidade de situações e emoções vividas. Considero que foi, sem dúvida alguma, uma experiência muito gratificante, motivadora, enriquecedora, e uma mais valia na minha formação.

## **ABSTRACT**

Within the course "Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio", set in the 6th year of the Masters Course in Medicine at Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar I chose an internship at the Instituto Nacional de Emergência Médica. The internship aimed to a better understanding of the reality of medical emergency in Portugal, awareness of major medical and traumatological emergencies, learning "life-saving" techniques essential in sustaining life in seriously ill patients, knowing the protocols and apply the logarithms of Advanced Life Support, place the physician's role in the evaluation and treatment of the emerging patient and become aware of the importance of teamwork in medical emergencies.

The internship took place between 23/10/2012 and 26/05/2013, with a total of 84 hours in the North Delegation of INEM - 24 hours in Basic Life Support ambulances, 24 hours in Immediate Support life ambulances, 24 hours in Reanimation and Medical Emergency Vehicles and and 12 hours in the Guidance Center for Emergency Patients. I have participated in 30 activations, of which 22 resulted from sudden illness, 7 from trauma and 1 for another reason.

This report includes a description of the witnessed activations and performed procedures, as well as its summary analysis and final reflection.

The objectives outlined have been met and this experience proved to be truly enriching, not only in terms of knowledge acquired, but also the diversity of situations and emotions experienced. I think it was a very rewarding and enriching experience in my medical training.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC – Auscultação Cardíaca  
ACP – Auscultação Cardiopulmonar  
AP – Auscultação Pulmonar  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
Bpm – Batimentos por minuto  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
Cpm – Ciclos por minuto  
DAE – Desfibrilhador Automático Externo  
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio  
ECG – Eletrocardiograma  
EV – Endovenoso  
FA – Fibrilhação Auricular  
FC – Frequência Cardíaca  
FR – Frequência Respiratória  
GNR – Guarda Nacional Republicana  
HSA – Hospital de Santo António  
HSJ – Hospital São João  
HTA – Hipertensão Arterial  
IC – Insuficiência Cardíaca  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
Min – Minuto  
MV – Murmúrio Vesicular  
PCR – Paragem Cardiorespiratória  
PMA – Posto Médico Avançado  
PSP – Polícia de Segurança Pública  
SatO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SDR – Sinais de Dificuldade Respiratória  
SF – Soro Fisiológico  
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica  
SIV – Suporte Imediato de Vida  
SU – Serviço de Urgência  
TA – Tensão Arterial

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VHC – Vírus da Hepatite C

VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **AGRADECIMENTOS**

Deixo aqui os meus sinceros agradecimentos a todos os que tornaram esta Tese de Mestrado possível.

Ao meu orientador Dr. António Marques, pela oportunidade única proporcionada.

A todos os profissionais do INEM com quem me deparei, pela amabilidade e disponibilidade demonstradas.

E um especial agradecimento à minha família e amigos, pelo apoio incondicional e por me ajudarem a atingir os meus objetivos.

## ÍNDICE

RESUMO.....	II
ABSTRACT .....	III
ABREVIATURAS E SIGLAS .....	IV
AGRADECIMENTOS.....	VI
ÍNDICE .....	VII
INTRODUÇÃO.....	1
MOTIVAÇÕES .....	1
OBJETIVOS DO ESTÁGIO .....	1
FUNCIONAMENTO DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR .....	2
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica .....	2
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica .....	2
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes .....	3
MEIOS.....	3
DISCUSSÃO .....	8
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES.....	8
ANÁLISE.....	30
REFLEXÃO.....	33
CONCLUSÃO.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	38
Anexo I – Declaração de Realização de Estágio – 2012 .....	39
Anexo II – Declaração de Realização de Estágio - 2013 .....	40
Anexo III – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 5º turno.....	41
Anexo IV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 8º turno .....	42
Anexo V – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 1º turno .....	43
Anexo VI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 2º turno .....	44
Anexo VII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 3º turno .....	45

Anexo VIII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 4º turno .....	46
Anexo IX – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 6º turno .....	47
Anexo X – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 7º turno .....	48
Anexo XI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 9º turno .....	49
Anexo XII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 10º turno .....	50
Anexo XIII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 11º turno .....	51
Anexo XIV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 12º turno .....	52
Anexo XV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 13º turno .....	53
Anexo XVI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 14º turno .....	54
Anexo XVII – Algoritmo de Suporte Básico de Vida do European Resuscitation Council .....	55
Anexo XVIII – Algoritmo de Suporte Avançado de Vida do European Resuscitation Council .....	56

## **INTRODUÇÃO**

A Unidade Curricular “Dissertação / Projeto / Relatório de Estágio”, inserida no plano de estudos do curso Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto pretende que os alunos elaborem uma proposta de trabalho de autoaprendizagem, sob orientação de um tutor. Neste contexto, escolhi realizar um estágio extracurricular no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e posterior elaboração de relatório de estágio.

## **MOTIVAÇÕES**

A minha escolha pela elaboração de um estágio na área da medicina de emergência pré-hospitalar foi uma decisão fácil, pois esta área sempre me fascinou e ao longo da minha formação não tive contacto com esta vertente da medicina. Interessou-me a oportunidade de contactar de perto com a realidade da emergência pré-hospitalar no nosso país. Sentia que os meus conhecimentos relativamente a esta matéria eram parcos e achei que esta era uma boa oportunidade para complementar a minha formação nesta importante área médica. Este estágio proporcionava a hipótese de aquisição de importantes competências na área da Emergência Médica, nomeadamente:

- Liderança e gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente;
- Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma;
- Trabalho em equipa;
- Responsabilidade e ética profissional.

## **OBJETIVOS DO ESTÁGIO**

O estágio realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica tem como principais objetivos:

- Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo-o como fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a este tipo de doentes;

- Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;
- Apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave;
- Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida;
- Tomar consciência da importância do trabalho de equipa na Emergência Médica.

### FUNIONAMENTO DA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

#### *SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica*

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) foi criado em Portugal em 1981. O SIEM é composto por várias entidades, com um objetivo comum: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são os Bombeiros, a Cruz Vermelha, o INEM, a GNR, a PSP e os Hospitais e Centros de Saúde. O SIEM compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM, 2009).

#### *INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica*

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) foi criado em 1981, através do Decreto Lei n.º 234/81 de 3 de agosto.

Segundo o Artigo 3.º do Decreto Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, o INEM tem como missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a:

- a) Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência.;
- b) Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- c) Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;

- d) Formação em emergência médica;
- e) Planeamento civil e prevenção;
- f) Rede de telecomunicações de emergência.

O INEM é um organismo com jurisdição sobre o território continental, e que dispõe de três serviços desconcentrados, as delegações regionais – Delegações Regionais do Norte, do Centro e do Sul (Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro, 2012).

O INEM é, assim, o organismo responsável por coordenar o funcionamento do SIEM em Portugal Continental. O sistema começa quando alguém liga 112 – o Número Europeu de Emergência. A PSP faz o atendimento das chamadas, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde, esta é reencaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

#### *CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes*

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes recebem as chamadas de situações urgentes ou emergentes relativas à área da saúde. O seu funcionamento é garantido 24 horas por dia por profissionais qualificados, médicos e técnicos, com formação específica para realizar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro.

Os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro, selecionando-os criteriosamente de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência e disponibilidade. Além disso, os CODU selecionam e preparam a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino (INEM, 2011)

O INEM tem três CODU em funcionamento: Porto, Coimbra e Lisboa.

#### *MEIOS*

##### Motociclos

Os motociclos de emergência médica permitem a chegada mais rápida do primeiro socorro ao local onde se encontra o doente, devido à sua agilidade no meio do trânsito citadino. Este veículo é tripulado por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE),

e transporta um Desfibrilhador Automático Externo (DAE), oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar, entre outros materiais de Suporte Básico de Vida (SBV). Isto permite ao TAE realizar medidas iniciais para a estabilização da vítima. (INEM, 2009).



Figura 1 – Motociclo de emergência médica

#### Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV)

As ambulâncias SBV são tripuladas por dois TAE do INEM. Permitem a rápida deslocação de uma equipa de emergência pré-hospitalar para o local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas e o transporte assistido para a unidade hospitalar. (INEM, 2011).



Figura 2 – Ambulância de Suporte Básico de Vida

### Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)

As ambulâncias SIV, tripuladas por um enfermeiro e um TAE, são um meio que possibilita cuidados de saúde diferenciados à vítima, nomeadamente manobras de reanimação. As ambulâncias SIV dispõem da carga de uma ambulância SBV, bem como de um monitor desfibrilhador e de diversos fármacos. (INEM, 2009).



Figura 3 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

### Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER)

As VMER são veículos de intervenção pré-hospitalar que têm como missão o transporte rápido de uma equipa médica ao local da ocorrência. A VMER é tripulada por um enfermeiro e um médico, e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). O seu principal objetivo é a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas em situações de emergência. (INEM, 2009).



Figura 4 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Helicópteros de Emergência Médica

Os helicópteros são tripulados por dois pilotos, um enfermeiro e um médico, e estão equipados com material de SAV. Este meio é usado no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. (INEM, 2009).



Figura 5 – Helicóptero de Emergência Médica

## Outros

Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) – transporta um psicólogo do INEM e intervém com as vítimas no local da ocorrência, em situações como acidentes de viação, mortes inesperadas ou traumáticas, abuso/violação física ou sexual, entre outras. (INEM, 2009).

Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) – é utilizada em situações multivítimas. Está equipada com material igual ao da VMER, possibilita a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA) e o tratamento de oito vítimas em simultâneo. (INEM, 2009).



Figura 6 – Viatura de Intervenção em Catástrofe

Hospital de Campanha – é ativado em situações de catástrofe, ataque terrorista ou acidente multivítimas, e tem equipamento que lhe assegura completa autonomia logística. (INEM, 2009).



Figura 7 – Hospital de Campanha

## **DISCUSSÃO**

O presente relatório de estágio deriva da realização de dois períodos de estágio de observação no Instituto Nacional de Emergência Médica. (Anexos I e II) Cada um destes períodos foi composto por um total de 42 horas, repartidas por turnos de 6 horas, tendo sido realizado um turno no CODU Norte e dois turnos nos meios SBV, SIV e VMER. Na totalidade foram efetuados dois turnos no CODU Norte, quatro turnos no meio SBV, quatro turnos no meio SIV e quatro turnos no meio VMER, perfazendo um total 84 horas de estágio. Os turnos foram efetuados nos seguintes locais: quatro turnos na SBV Porto 1, dois turnos na SIV de Vila do Conde, dois turnos na SIV de Gondomar, três turnos na VMER do Hospital de Santo António e um turno na VMER do Hospital Pedro Hispano.

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

#### ***CODU Norte (5º e 8º turnos)***

***17-11-2012 e 09-03-2013, 8h-14h***

O estágio no CODU foi efetuado em duas áreas: no atendimento e no acionamento. No atendimento recebem-se as chamadas de emergência, efetuando-se a sua triagem através de um algoritmo revisto por médicos, e as chamadas de passagem de dados dos diferentes meios. No acionamento faz-se a ativação dos meios necessários para cada ocorrência, com base na proximidade, disponibilidade e diferenciação de cada meio INEM. Verifiquei que, por vezes, os operadores tinham alguma dificuldade na caracterização dos sintomas e quadros clínicos aquando do atendimento das chamadas de emergência. Uma forma de melhorar a triagem e combater estas dificuldades poderia passar por uma maior formação de conhecimentos e terminologia médica e maior apoio dos médicos nesta importante fase da emergência médica. Foi também possível verificar que a grande maioria da população desconhece o tipo de informação que tem de fornecer quando efetua uma chamada de emergência. Isto faz com que a triagem seja mais complicada e demorada. (Anexos III e IV).

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 14h02

Informação CODU: Masculino, 54 anos, dispneia

Local: Avenida Serpa Pinto, Matosinhos

Hora de chegada ao local: 14h06

À chegada ao local, a vítima encontrava-se sentada num cadeirão, com dispneia e sinais de dificuldade respiratória (SDR). Referiu agravamento da dispneia de base. Os bombeiros, primeiro meio a chegar ao local, tinham iniciado oxigenoterapia (15L/minuto) pois à sua chegada a vítima apresentava SatO<sub>2</sub> <50%.

Avaliação: Glasgow-15; TA-111/71 mmHg; FC-81 bpm; pele cianótica; SatO<sub>2</sub>(15L/min)-94%; AP: MV diminuído no hemitórax esquerdo.

Antecedentes pessoais: neoplasia do pulmão, insuficiência hepática, hipocoagulado, patologia valvular aórtica. Hábitos farmacológicos: Fentanilo, Megestrol, Levetiracetam, Pantoprazol, Alprazolam, Varfarina, Amitriptilina.

Atuação: avaliação de sinais vitais; administração de oxigenoterapia a 15L/min.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais.

Vítima transportada na ambulância dos bombeiros ao Hospital Pedro Hispano com esposa (médica), sem acompanhamento do médico da VMER.

Comentário: a vítima apresentava um agravamento da sua função respiratória, muito provavelmente devido à sua patologia de base. Como estávamos perante um caso de doença terminal em que o doente não desejava medidas invasivas foi administrada oxigenoterapia, com melhoria clínica. Nesta situação penso que o médico deveria ter acompanhado a vítima, pois apesar de a familiar ser médica, não implica que esteja familiarizada com os protocolos e algoritmos de atuação em emergência médica pré-hospitalar e que perante uma situação emergente seja capaz de atuar adequada e corretamente quando a vítima em questão é sua familiar.

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 14h15

Informação CODU: Feminino, 56 anos, tonturas

Local: Rua Costa Cabral, Porto

Hora de chegada ao local: 14h19

Vítima sentada, acordada, colaborante e orientada. Refere mal estar generalizado e ter sentido tonturas.

Avaliação: TA-159/86 mmHg; FC-79 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; Temperatura(axilar)-36,9°C; Glicemia capilar-114 mg/dL.

Antecedentes pessoais: Dislipidemia e depressão medicadas.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o Hospital de Santo António (HSA).  
Triagem de Manchester-verde

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais.

**2ª Ativação**

Hora de ativação: 16h02

Informação CODU: Masculino, 50 anos, alteração do estado da consciência

Local: Praça da República, Porto

Hora de chegada ao local: 16h04

À chegada, a vítima encontrava-se deitada no chão, consciente e pouco colaborante. Expetoração com raiados hemoptóicos. Referiu dor epigástrica. Tromboflebite dos membros inferiores.

Avaliação: TA-130/78 mmHg; FC-92 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; T(axilar)-39,3°C; glicemia capilar-106 mg/dL.

Antecedentes pessoais: Cirrose, Hepatite B. Desconhece-se hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: registo de dados.

Comentário: A vítima apresentava um síndrome de resposta inflamatória aguda ( $T > 38^{\circ}$  e  $FC > 90$ bpm), pelo que este caso foi importante para relembrar situações em que se deve suspeitar de sépsis e a importância de se transportar a vítima para o hospital, para que se possa proceder ao estudo aprofundado da sua condição clínica.

### **3ª Ativação**

Hora de ativação: 18h00

Informação CODU: Feminino, 43 anos, acidente de viação entre 2 veículos ligeiros

Local: Via de Cintura Interna, Porto

Hora de chegada ao local: 18h12

À chegada, já se encontravam no local agentes da autoridade e outra ambulância SBV. A vítima encontrava-se sentada na outra ambulância SBV, sem imobilização. Consciente, colaborante e orientada. Hematoma frontal esquerdo. Referiu dor na zona do hematoma.

Avaliação: TA-141/82 mmHg; FC-90 bpm;  $SatO_2$ -99%; glicemia capilar-123 mg/dL.

Antecedentes pessoais: depressão.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSA. Triagem de Manchester-amarelo

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação de sinais vitais.

Comentário: A vítima deveria ter sido imobilizada pela primeira equipa a chegar ao local. A vítima apresentava um hematoma na região frontal, pelo que poderíamos estar perante um traumatismo crânio-encefálico (TCE), não sendo também de excluir lesão vertebromedular. Em situação de trauma é mandatória a imobilização da vítima. O não cumprimento deste pressuposto pode ter consequências catastróficas para a mesma.

#### **4ª Ativação**

Hora de ativação: 18h52

Informação CODU: Feminino, 65 anos, queda da própria altura

Local: Estação de Campanhã, Porto

Hora de chegada ao local: 18h57

À chegada ao local, a vítima encontrava-se sentada numa cadeira, consciente, colaborante e orientada. Queda presenciada nas escadas rolantes. Apresentava duas pequenas escoriações, uma na região supraciliar direita e outra no couro cabeludo.

Avaliação: TA-155/100 mmHg; FC-78 bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; glicemia capilar-135 mg/dL.

Antecedentes pessoais: alergia penicilina. Hábitos farmacológicos: Codiovan, vastarel, tromalyt.

Atuação: avaliação de sinais vitais; limpeza das feridas com SF; imobilização com colar cervical; aplicação local de gelo; transporte em cadeira de rodas para a ambulância; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais, realização de exame neurológico sumário.

Comentário: a vítima já tinha sido mobilizada do local da queda e sentada. Constatou-se a falta de conhecimento da população em geral sobre como se deve proceder perante uma situação de trauma.

#### **3º Turno: VMER Santo António (Anexo VII)**

**29-10-2012, 14h-20h**

#### **1ª Ativação**

Hora de ativação: 16h45

Informação CODU: Masculino, 77 anos, alteração do estado da consciência

Local: Bonfim, Porto

Hora de chegada ao local: 16h49

À chegada ao local, a vítima encontrava-se deitada na cama. Segundo cuidadores, estaria menos reativa do que o habitual. Apresentava clínica de infeção respiratória há uma semana.

Avaliação: Glasgow-3; TA-65/45 mmHg; FC-100 bpm; SatO<sub>2</sub>-94%; glicemia capilar-107 mg/dL; AP: MV presente bilateralmente, com ronos dispersos; tempo de perfusão capilar-2segundos; T(axilar)-38,1°C; pele e pupilas sem alterações; oligúrico.

Antecedentes pessoais: demência vascular, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, hemiparésia direita sequelar, afasia sensitiva, algaliação crónica. Hábitos farmacológicos: omeprazol, ácido acetilsalicílico, lisinopril, sinvastatina, hidantina, beta-histina.

Atuação: avaliação de sinais vitais; ACP; administração de oxigenoterapia a 6L/min; instituição de acesso venoso; administração de SF 0,9% 100cc; entubação orotraqueal; administração de SF 0,9% 500cc; transporte acompanhado do médico na ambulância SBV para o Hospital S. João (HSJ); Triagem de Manchester-vermelho.

Reavaliação após administração de oxigenoterapia e de 100cc de SF: Glasgow-3; TA-62/35 mmHg; FC-105; SatO<sub>2</sub>(6L/min)-99%.

Tarefas efetuadas pela estagiária: colheita de sinais vitais, auxílio na instituição de oxigenoterapia.

Comentário: neste caso pude apreender técnicas de “life-saving”, nomeadamente a nível de suporte da oxigenação e ventilação, e identificação de desequilíbrio hemodinâmico. Foi uma ativação importante para compreender as indicações para entubação orotraqueal numa vítima com alteração do estado da consciência, bem como toda a sequência de procedimentos da entubação orotraqueal. Tratou-se também de uma boa oportunidade para presenciar técnicas de estabilização do doente emergente e situar o papel do médico como líder de equipa, responsável pelo tratamento e pela previsão de novos problemas.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 17h55

Informação CODU: Feminino, 81 anos, dispneia.

Local: São Mamede Infesta

Hora de chegada ao local: 18h00

À chegada já se encontrava no local uma ambulância dos bombeiros. Vítima consciente, colaborante e orientada no espaço e no tempo. Agravamento da dispneia, segundo os cuidadores. Clínica de infecção respiratória na última semana. Sem SDR. Administração de oxigenoterapia pelos bombeiros.

Avaliação: Glasgow 15; TA: 148/81 mmHg; FC: 105; SatO<sub>2</sub>: 97%; glicemia capilar 181 mg/dL; T(axilar)-36,4°; ACP- sem alterações.

Antecedentes pessoais: insuficiência venosa periférica. Desconhece-se medicação.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSJ na ambulância dos bombeiros sem acompanhamento médico.

Tarefas efetuadas pela estagiária: colheita de sinais vitais.

Comentário: em minha opinião este foi um caso em que não se justificava o envio da VMER.

### **3ª Ativação**

Hora de ativação: 18h28

Informação CODU: Feminino, 4 anos, queda

Local: Rendez-vous na rotunda AEP com ambulância SBV

Hora de chegada ao local: 18h35

Vítima prostrada. Segundo a mãe, teve há 1h30 um episódio de vômito alimentar após queda de 1 degrau. Na altura estaria bem mas, depois, ficou menos reativa.

Avaliação: Glasgow-15; TA-101/71 mmHg; FC-86 bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; pele e pupilas sem alterações; sem défices neurológicos aparentes; hematoma supraciliar esquerdo.

Antecedentes pessoais: foramen ovale patente, eczema atópico.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSJ na ambulância SBV com acompanhamento médico; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais.

Comentário: rendez-vous é a denominação usada pelos profissionais de emergência médica pré-hospitalar para identificar o local estratégico de encontro de um meio/equipa menos diferenciado com um meio mais diferenciado. Deste modo, o primeiro pode fazer uma rápida avaliação inicial da vítima e transportá-la até ao local combinado, onde a segunda equipa procederá à sua avaliação. Este é um bom método de poupança de tempo.

**4º Turno: SBV Porto 1 (Anexo VIII)**

**06-11-2012, 14h-20h**

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 15h34

Informação CODU: Feminino, 73 anos, alteração do estado da consciência

Local: Bonfim, Porto

Hora de chegada ao local: 15h41

À chegada da equipa SBV a vítima encontrava-se algo agitada, consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Referiu ter sentido tonturas.

Avaliação: TA-130/90 mmHg; FC-90 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-101 mg/dL.

Antecedentes pessoais: HTA, hipotiroidismo. Hábitos farmacológicos: irbesartan, indapamida, levotiroxina sódica, midazolam, trimetazina, beta-histina.

Atuação: avaliação de sinais vitais. A vítima rejeitou transporte para o hospital.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais e registo de dados.

Comentário: Nesta situação penso que não se justificaria a deslocação do meio SBV ao local. A hipótese diagnóstica mais provável é uma crise conversiva. Neste caso a triagem pode não ter sido bem efetuada, quer devido à má aplicação das perguntas por parte do operador quer por motivos alheios a este, nomeadamente falta de colaboração por parte de quem realiza a chamada. Penso que o mais adequado teria sido um reencaminhamento da chamada para a linha Saúde 24.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 17h04

Informação CODU: Masculino, 42 anos, alteração do estado da consciência

Local: Santo Ildefonso, Porto

Hora de chegada ao local: 17h10

À chegada ao local, a vítima encontrava-se no leito, prostrada. Segundo familiares, estaria desorientada desde a manhã e obstipada há 3 dias.

Avaliação: TA-126/64 mmHg; FC-82 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-114 mg/dL.

Antecedentes pessoais: VIH, VHC, encefalopatia hepática.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte da vítima em cadeira de rodas para a ambulância; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: avaliação de sinais vitais.

## **3ª Ativação**

Hora de ativação: 18h24

Informação CODU: Feminino, 92 anos, cefaleia

Local: Travessa Antero de Quental, Porto

Hora de chegada ao local: 18h26

Vítima consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Tumefação abdominal, com cerca de 20 centímetros de diâmetro, na região epigástrica. Refere cefaleias desde há uma semana.

Avaliação: TA-152/67 mmHg; FC-91 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-158 mg/dL.

Desconhece-se antecedentes médicos e hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-verde.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais, palpação abdominal.

Transportada para o Hospital de Santo António. Triagem de Manchester-verde.

**6º Turno: SIV Vila do Conde (Anexo IX)**

**21-12-2012, 8h-14h**

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 9h20

Informação CODU: Masculino, 61 anos, síncope

Local: Centro de Formação, Póvoa de Varzim

Hora de chegada ao local: 9h26

À chegada, a vítima estava sentada numa cadeira, acordada, orientada e colaborante. Referiu lipotímia após caminhada de 20 minutos.

Avaliação: TA-100/58 mmHg; FC-97 bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; glicemia capilar-172 mg/dL.

ECG: ritmo sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia aguda.

Antecedentes pessoais: três enfartes agudos do miocárdio (EAM); desconhece-se medicação habitual.

Atuação: avaliação de sinais vitais; realização de ECG; recusou transporte para o hospital.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na avaliação dos sinais vitais, registo de dados, interpretação de traçado de ECG.

**2ª Ativação**

Hora de ativação: 11h28

Informação CODU: Feminino, 67 anos, síncope

Local: Cabeleireiro, Póvoa de Varzim

Hora de chegada ao local: 11h34

À chegada a vítima estava sentada num cadeirão, consciente, agitada, pouco colaborante. Referiu mal estar geral e lipotímia.

Avaliação: TA-150/70 mmHg; FC-75 bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; glicemia capilar-157 mg/dL.

Antecedentes pessoais: depressão

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o hospital na ambulância dos bombeiros, sem acompanhamento da equipa SIV.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais.

**7º Turno: SIV Vila do Conde (Anexo X)**

**21-12-2012, 14h-20h**

Neste turno não se registaram ativações.

Comentário: Foi uma boa oportunidade para tomar conhecimento das diferenças de carga de uma ambulância SIV relativamente às ambulâncias SBV e estudar os protocolos e algoritmos de SIV.

**9º Turno: SBV Porto 1 (Anexo XI)**

**23-03-2013, 8h-14h**

Hora de ativação: 9h42

Informação CODU: Feminino, 85 anos, suspeita de crise convulsiva

Local: Rua Montes Burgos, Porto

Hora de chegada ao local: 9h48

À chegada a vítima estava deitada no leito, pouco reativa. Tinha sido administrada oxigenoterapia pelos cuidadores.

Avaliação: TA-168/84 mmHg; FC-85 bpm; SatO<sub>2</sub>(15L/min)-81%; FR-20 cpm; T(axilar)-36°C; glicemia capilar-158 mg/dL.

Antecedentes pessoais: fibrilhação auricular, insuficiência respiratória hipocápnica, insuficiência renal crónica, cardiopatia isquémica, anemia, dislipidemia. Hábitos farmacológicos: rivastigmina, furosemida, lisinopril, mononitrato de isossorbida, pantoprazol, solifenacina, bisoprolol, sinvastatina, complexo hidróxido férrico, nitroglicerina, risperidona.

Atuação: avaliação de sinais vitais; administração de oxigenoterapia a 15L/min; transporte para o HSJ; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais, registo de dados e deslocação da vítima para a maca.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 10h40

Informação CODU: Feminino, 83 anos, dispneia

Local: Rua da Constituição, Porto

Hora de chegada ao local: 10h46

Vítima consciente, colaborante, orientada. Referiu dispneia. Com pieira e SDR.

Avaliação: TA-133/84 mmHg; FC-121 bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; FR-31cpm; glicemia capilar-112 mg/dL.

Antecedentes pessoais: asma. Hábitos farmacológicos: onsudil

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: avaliação dos sinais vitais.

Comentário: neste caso seria útil a presença da VMER, pois a vítima apresentava francos sinais de dificuldade respiratória e pieira. A presença de um meio mais diferenciado beneficiaria a vítima, nomeadamente, um meio que possibilitasse a pronta administração de terapêutica farmacológica para alívio sintomático.

## **3ª Ativação**

Hora de ativação: 11h59

Informação CODU: Masculino, 67 anos, queda da própria altura

Local: Feira da Vandoma, Porto

Hora de chegada ao local: 12h10

À chegada a vítima já se tinha deslocado do local da queda e estava sentada, consciente, orientada no espaço e no tempo, pouco colaborante e agitada. Sem escoriações ou traumatismos evidentes. Queda presenciada de três metros em escadas.

Avaliação: TA-260/120 mmHg; FC-84 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-150 mg/dL.

Desconhece-se antecedentes pessoais e hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; recusou transporte para o hospital.

Reavaliação da TA(12h22)-182/103 mmHg.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio no registo dos dados da vítima.

#### **4ª Ativação**

Hora de ativação: 13h06

Informação CODU: Masculino, 40 anos, agressão

Local: Rua do Bolhão, Porto

Hora de chegada ao local: 13h08

Vítima com pequena escoriação no couro cabeludo. Consciente, orientada, pouco colaborante e agitada. Refere ter sido alvo de agressão com arma branca. VMER e autoridade chegam ao local dois minutos depois.

Desconhece-se antecedentes pessoais e hábitos farmacológicos.

Atuação: limpeza da ferida com SF; vítima recusa avaliação de sinais vitais; recusa transporte para o hospital.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio no registo de dados da vítima.

#### **5ª Ativação**

Hora de ativação: 13h39

Informação CODU: Feminino, 65 anos, alteração do estado da consciência, sonolência

Local: Rua João Batista Lavanha, Porto

Hora de chegada ao local: 13h49

À chegada a vítima encontra-se sentada. Consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Refere episódio de síncope presenciado e formigueiro nos membros inferiores. Realizou sessão de quimioterapia 2 dias antes.

Avaliação: TA-111/89 mmHg; FC-45 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-238 mg/dL.

Antecedentes pessoais: Carcinoma do ovário, colostomia.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte em cadeira de rodas para a ambulância; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais e transporte da vítima.

**10º Turno: SBV Porto 1 (Anexo XII)**

**23-03-2013, 14h-20h**

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 16h05

Informação CODU: Feminino, 90 anos, alteração do estado da consciência

Local: Calçada Boa Viagem, Porto

Hora de chegada ao local: 16h15

À chegada, a vítima encontrava-se deitada num sofá, pouco reativa. Familiares referem deterioração do estado da consciência nas últimas vinte e quatro horas.

Avaliação: TA-100/53 mmHg; FC-176 bpm; SatO<sub>2</sub>-65%; glicemia capilar-295 mg/dL; escala AVDS – estadio D.

Antecedentes pessoais: Demência, afasia. Hábitos farmacológicos: trazodona, lorazepam, quetiapina.

Atuação: avaliação de sinais vitais; administração de oxigenoterapia a 15L/min; colocação de tubo orofaríngeo; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-vermelho.

Reavaliação (16h28): FC: 143 bpm; SatO<sub>2</sub>(15L): 81%.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na determinação dos sinais vitais, administração de oxigenoterapia e transporte da vítima.

Comentário: Escala AVDS é uma escala usada pelos TAE para caracterizar o estado de consciência da vítima (A – alerta; V – resposta à voz; D – resposta à dor; S – sem resposta). Nesta situação a vítima poderia ter beneficiado da presença de um meio mais diferenciado no local, nomeadamente a VMER, pois encontrava-se hemodinamicamente instável e só reativa à dor. Foi uma boa oportunidade para perceber a importância das capacidades de trabalho de equipa, liderança e gestão em situações de pressão e ansiedade.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 17h32

Informação CODU: rendez-vous com Helicóptero INEM

Local: Heliporto Douro Azul, Porto

Hora de chegada ao local: 17h36

Vítima com TCE, acompanhada por equipa HELI, proveniente do Hospital de Chaves.

Desconhece-se antecedentes pessoais ou hábitos farmacológicos.

Atuação: transporte da vítima acompanhada pela equipa HELI para o HSA; Triagem de Manchester-vermelho.

Comentário: foi uma oportunidade de observar a carga e organização do meio HELI.

## **3ª Ativação**

Hora de ativação: 18h45

Informação CODU: Feminino, 63 anos, queda da própria altura

Local: Travessa das Antas, Porto

Hora de chegada ao local: 18h58

À chegada a vítima estava sentada numa cadeira. Tinha sido mobilizada pelos familiares antes da chegada da equipa SBV. Refere dor intensa no membro inferior esquerdo. Observa-se encurtamento e rotação externa do membro inferior esquerdo.

Avaliação: TA-125/64 mmHg; FC-80 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-122 mg/dL.

Antecedentes pessoais: HTA. Hábitos farmacológicos: trimetazidina, diazepam, bisoprolol, venlafaxina, ácido acetilsalicílico.

Atuação: avaliação de sinais vitais; imobilização com colar cervical, plano duro e maca de vácuo; transporte para o HSJ; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais, colocação do plano duro e maca de vácuo, e mobilização da vítima para a ambulância.

Comentário: esta ativação proporcionou a aplicação dos algoritmos e protocolos de trauma. Foi muito positiva a experiência de participar na imobilização da vítima. De salientar o desconhecimento dos familiares do modo de atuação em situações de trauma, especificamente a ignorância de que não se deve mobilizar a vítima.

#### **4ª Ativação**

Hora de ativação: 19h55

Informação CODU: Masculino, 86 anos, síncope

Local: Bairro da Azenha, Porto

Hora de chegada ao local: 20h02

À chegada, a vítima encontrava-se deitada na cama. Familiar referiu que a vítima está mais prostrada após toma de lorazepam na véspera. Sem outras queixas.

Avaliação: TA-131/90 mmHg; FC-112 bpm; SatO<sub>2</sub>-94%; T(axilar)-37,8°C; glicemia capilar-258 mg/dL; escala AVDS – estadio V.

Antecedentes pessoais: Demência. Desconhece-se hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; administração de oxigenoterapia a 3L/min; transporte para o HSJ; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: registo de dados da vítima.

## **5ª Ativação**

Hora de ativação: 21h03

Informação CODU: Masculino, 73 anos, dispneia

Local: Rua Cimo de Vila, Porto

Hora de chegada ao local: 21h09

À chegada a vítima encontrava-se deitada na cama, pouco reativa. Familiares referem ter ficado mais prostrada nas últimas horas.

Avaliação: TA-125/74 mmHg; FC-86 bpm; SatO<sub>2</sub>-71%; T(axilar)-36,4º; glicemia capilar-112 mg/dL; escala AVDS – estágio V.

Antecedentes pessoais: Carcinoma cerebral metastizado. Hábitos farmacológicos: morfina.

Atuação: avaliação de sinais vitais; administração de oxigenoterapia a 15L/min; transporte para o HSA; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais e registo dos dados da vítima.

## **11º Turno: SIV Gondomar (Anexo XIII)**

**24-03-2013, 8h-14h**

## **1ª Ativação**

Hora de ativação: 11h33

Informação CODU: Feminino, 33 anos, dor torácica

Local: Valbom

Hora de chegada ao local: 11h43

À chegada ao local, a vítima vem a pé até à ambulância. Estava consciente, colaborante, orientada e agitada. Referiu mal estar geral e ansiedade.

Avaliação: TA-113/78 mmHg; FC-77 bpm; SatO<sub>2</sub>-100%; glicemia capilar-117 mg/dL.

Desconhece-se antecedentes médicos ou hábitos medicamentosos.

Atuação: verificação de sinais vitais; transporte para o HSA na ambulância dos bombeiros sem acompanhamento da equipa SIV.

Tarefas realizadas pela estagiária: auxílio na avaliação dos sinais vitais.

Comentário: neste caso não me parece que a triagem da chamada de emergência tenha sido eficazmente realizada pelo CODU, pois a vítima não apresentava dor torácica. Sou da opinião de que não se justificava a ativação do meio SIV nesta situação.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 12h19

Informação CODU: Masculino, 15 meses, crise convulsiva

Local: Gondomar

Hora de chegada ao local: 12h21

À chegada, a vítima estava irrequieta e chorosa. A mãe refere uma convulsão. Tinha passado a noite internada no hospital por quadro febril e convulsão, mas entretanto tinha tido alta. Mãe administrou terapêutica prescrita na alta hospitalar antes da chegada da SIV.

Avaliação: TA-90/48mmHG; FC-153bpm; SatO<sub>2</sub>-99%; T(retal)-39°C; glicemia capilar-87 mg/dL.

Sem antecedentes médicos ou farmacológicos.

Atuação: verificação de sinais vitais; transporte na ambulância SIV para o HSJ; Triagem de Manchester-amarelo.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio no registo de dados.

## **12º Turno: SIV Gondomar (Anexo XIV)**

**24-03-2013, 14h-20h**

Neste turno não se registaram ativações.

**1ª Ativação**

Hora de ativação: 10h10

Informação CODU: Feminino, 84 anos, dor torácica.

Local: Pinheiro Manso, Porto

Hora de chegada ao local: 10h22

À chegada, a vítima encontrava-se sentada. Consciente, colaborante, orientada. Refere dor pré-cordial intensa desde há 10 minutos, sem irradiação.

Avaliação: Glasgow-15; TA-170/100 mmHg; FC-87 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%; glicemia capilar-153 mg/dL; ACP: sem alterações.

ECG: sinais de EAM anterolateral com supradesnivelamento do segmento ST.

Antecedentes pessoais: asma, insuficiência renal crónica, hipertensão arterial. Desconhece-se hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; monitorização com ECG; administração de oxigenoterapia, nitratos e ácido acetilsalicílico; transporte para o HSA na ambulância dos bombeiros acompanhada pelo médico; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: registo de dados da doente.

Comentário: nos casos de síndrome coronário agudo a avaliação clínica e o ECG deve ser efetuados nos primeiros 10 minutos de contacto com o doente, o que se verificou nesta situação. Deve também ser administrada medicação para alívio sintomático, limitação da lesão miocárdica e redução do risco de paragem cardíaca. A esta vítima foi intuitiva oxigenoterapia, nitratos e ácido acetilsalicílico, porém estaria igualmente preconizada a administração de morfina, clopidogrel e heparina. De salientar que nestes casos é importante o contacto com o hospital que vai receber a vítima, caso esta seja candidata a fibrinólise, o que foi realizado nesta situação. Nesta ativação verificou-se uma das principais situações de emergência do foro médico, síndrome coronário agudo. Foi importante o papel do médico como líder de equipa e controlador do stress.

## **2ª Ativação**

Hora de ativação: 11h21

Informação CODU: Feminino, 82 anos, dispneia.

Local: Gondomar

Hora de chegada ao local: 11h34

À chegada os bombeiros já estavam no local. Vítima pouco reativa. A fazer oxigenoterapia (15L/min) pois na avaliação dos bombeiros SatO<sub>2</sub>-54%.

Avaliação: Glasgow-8; TA-86/49 mmHg; FC-72 bpm; SatO<sub>2</sub>(15L)-98%; glicemia capilar-141 mg/dL; AP: MV diminuídos, roncos e crepitações bibasais.

Antecedentes pessoais: demência, alectuada há 8 anos. Hábitos farmacológicos: lisinopril, aminofilina, trazodona, bromazepam.

Atuação: avaliação de sinais vitais; aspiração de secreções; familiar recusa transporte.

Tarefas efetuadas pela estagiária: análise dos sinais vitais.

## **3ª Ativação**

Hora de ativação: 12h01

Informação CODU: Masculino, 50anos, acidente de viação, encarceramento.

Local: Rotunda das Areias, Rio Tinto.

Hora de chegada ao local: 12h06

VMER é o primeiro meio no local, pelo que se procede à correta sinalização do acidente. Vítima consciente, colaborante, orientado no espaço e no tempo. Vítima sai do veículo sem ajuda de terceiros. Refere dor no hiponcôndrio esquerdo.

Avaliação: Glasgow-15; TA-118/100 mmHg; FC-76 bpm; SatO<sub>2</sub>-98%, glicemia capilar-113 mg/dL; sem evidência de hematomas ou hemorragias.

Desconhece-se antecedentes médicos e hábitos farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para o HSA na ambulância dos bombeiros sem acompanhamento médico.

Tarefas efetuadas pela estagiária: avaliação de sinais vitais.

**14º Turno: VMER Santo António (Anexo XVI) 26-04-2013, 14h-20h**

### **1ª Ativação**

Hora de ativação: 16h10

Informação CODU: Feminino, 22 anos, hemorragia abundante.

Local: Rio Tinto

Hora de chegada ao local: 16h32

À chegada da VMER a vítima já se encontrava dentro da ambulância dos bombeiros. Consciente, colaborante e orientada. Amenorreia de doze semanas, com saco gestacional não evolutivo.

Avaliação: Glasgow-15; TA-120/89 mmHg; FC-77 bpm; SatO<sub>2</sub>(4L/min)-100%; glicemia capilar-104 mg/dL; hemorragia vaginal pouco abundante.

Sem antecedentes médicos ou farmacológicos.

Atuação: avaliação de sinais vitais; transporte para a Maternidade Júlio Dinis sem acompanhamento médico.

Tarefas efetuadas pela estagiária: verificação de sinais vitais.

### **2ª Ativação**

Hora de ativação: 18h02

Informação CODU: Feminino, 30 anos, dispneia sem melhoria com broncodilatadores.

Local: Rua de Vilar, Porto

Hora de chegada ao local: 18h05

Vítima consciente, colaborante, orientada. Refere dispneia após inalação de vapores de lixívia.

Avaliação: Glasgow-15; TA-122/74 mmHg; FC-97 bpm; SatO<sub>2</sub>-100%, glicemia capilar-118 mg/dL; AP: MV mantido, sibilos e roncos expiratórios dispersos; com SDR.

Antecedentes pessoais: Asma. Hábitos farmacológicos: broncodilatador em SOS.

Atuação: avaliação dos sinais vitais, AP, instituição de nebulização com brometo de ipratrópio e salbutamol a 15L/min, acesso venoso, metilprednisolona 125mL; transporte na ambulância SBV com acompanhamento médico para o HSA; Triagem de Manchester-laranja.

Tarefas efetuadas pela estagiária: auxílio na verificação dos sinais vitais, auscultação pulmonar e recolha de dados da vítima.

Comentário: esta ativação permitiu compreender e presenciar a aplicação do algoritmo de exacerbações agudas de asma.

## ANÁLISE

O estágio teve a duração de 84 horas, distribuídas da seguinte forma:

- SBV 24 horas;
- SIV 24 horas;
- VMER 24 horas;
- CODU 12 horas.

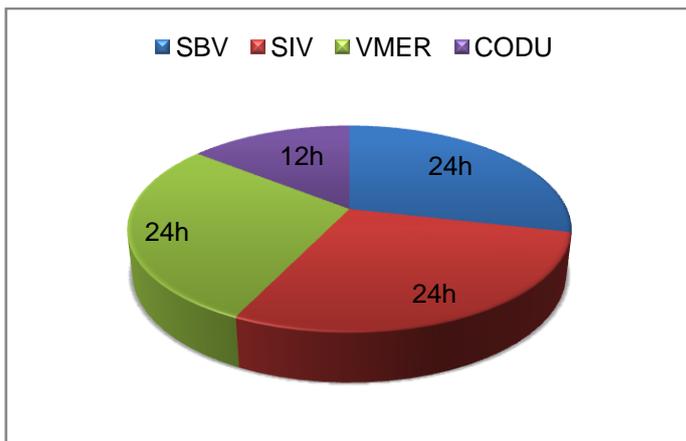


Gráfico 1 – Distribuição de horas de estágio por meio

O estágio terminou com um total de 30 ativações. Verificou-se um maior número de saídas no meio SBV, e o meio SIV foi o que teve menos ativações (Gráfico 2).

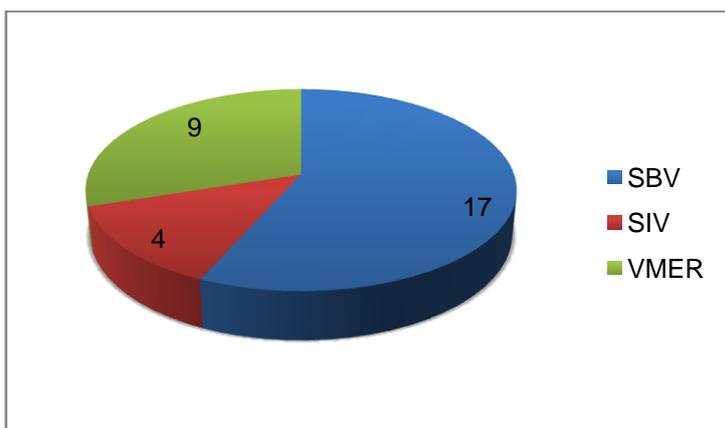


Gráfico 2 – Número de ativações por meio

O meio SBV foi o que apresentou uma maior média de saídas, com 1 saída a cada 1h25min. O meio VMER apresentou 1 saída a cada 2h40min, e o meio SIV apresentou uma média de 1 saída a cada 6h. Dado que o tempo de estágio foi dividido equitativamente pelos meios SBV, SIV e VMER, pode-se concluir que o meio SBV é o

que é solicitado mais vezes pelo CODU, seguido da VMER. A SIV foi o meio menos solicitado, o que poderá traduzir a sua menor utilidade em situações em que estejam disponíveis outros meios, nomeadamente a VMER. (Gráfico 3).

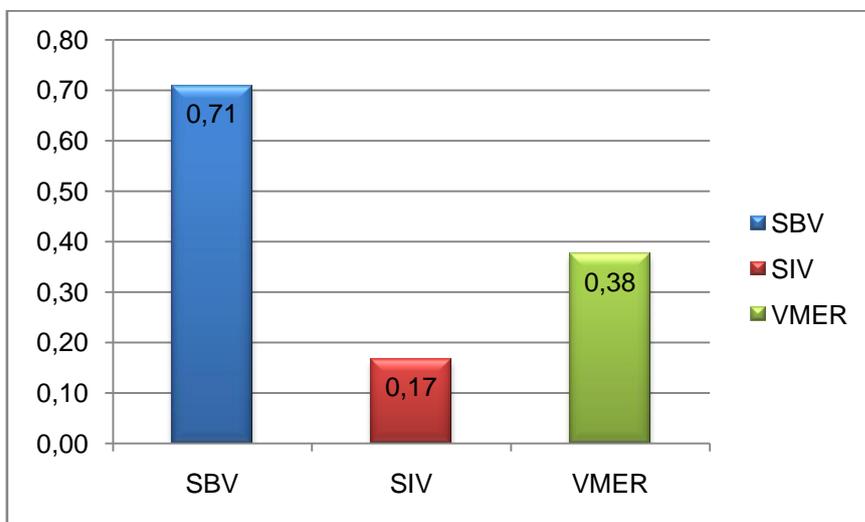


Gráfico 3 – Média de saídas por hora

Das 30 ativações presenciadas, 22 foram por doença súbita, 7 por trauma e 1 teve outro motivo (Gráfico 4).

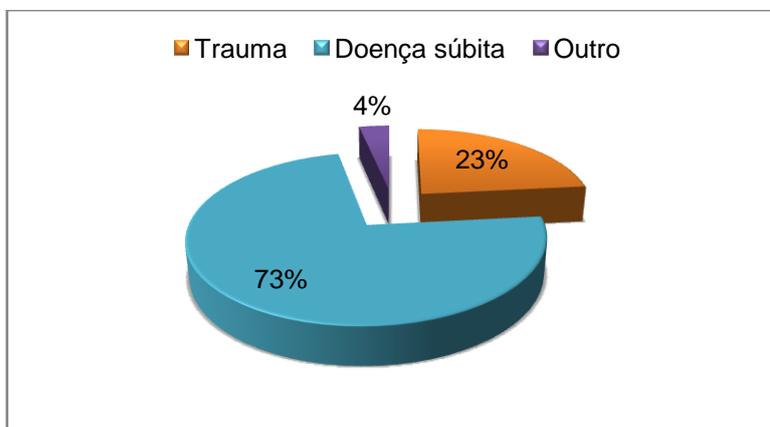


Gráfico 4 – Motivo das ativações

Nas ativações por doença súbita verificou-se uma variedade de manifestações clínicas. Os motivos de ativação por doença súbita mais frequentes foram dispneia e alteração do estado de consciência, ambos com 6 ativações presenciadas. Síncope motivou ativação de meio INEM por três ocasiões, enquanto dor torácica e crise convulsiva foram o motivo das saídas por duas vezes. Cefaleia, tonturas e hemorragia motivaram apenas uma ativação cada (Gráfico 5).

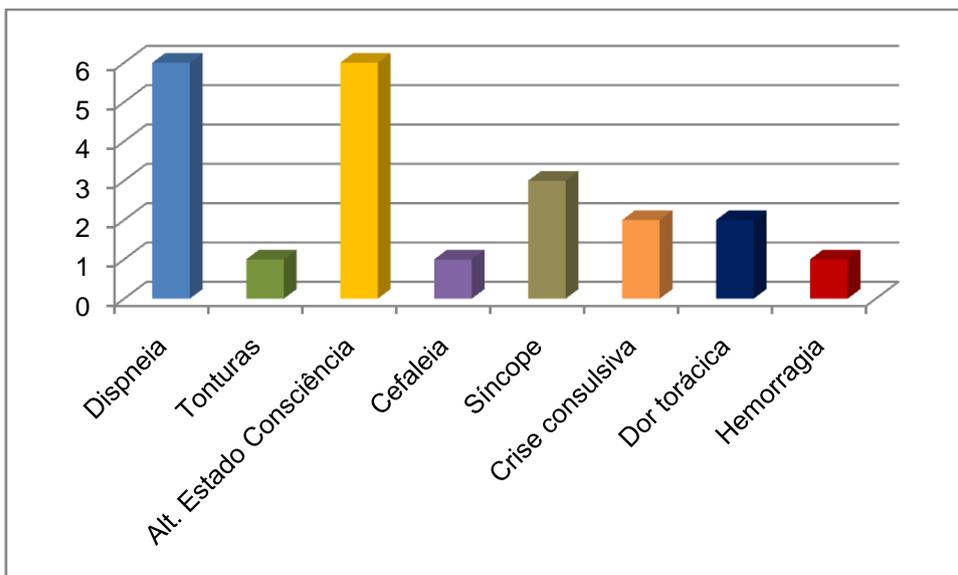


Gráfico 5 – Causas de ativação por doença súbita

Na análise dos motivos de ativação por meio, verifica-se um padrão semelhante entre eles. Os meios SBV e VMER apresentaram mais saídas por doença súbita, e o trauma foi o segundo motivo de ativação mais frequente. O meio SIV apresentou só ativações por doença súbita (Gráfico 6).

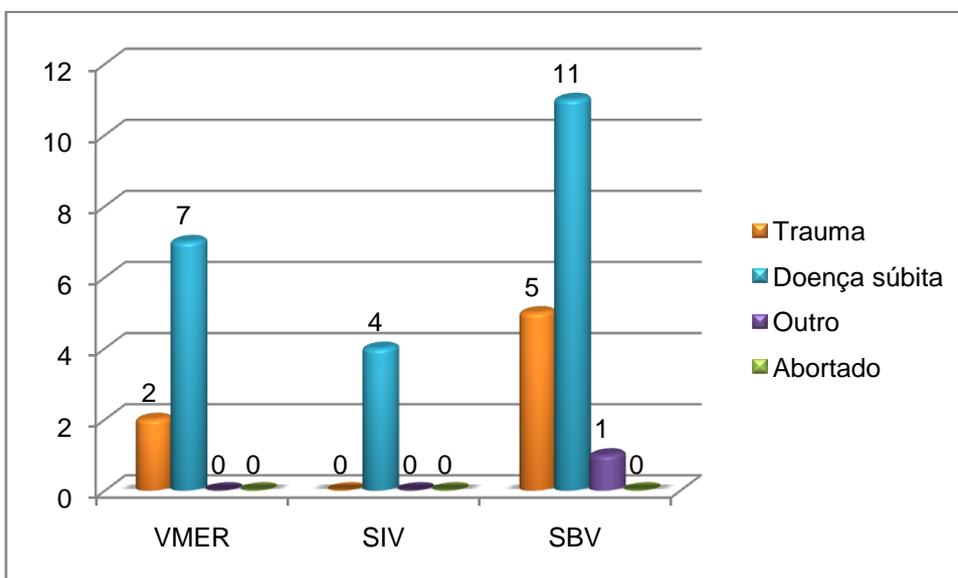


Gráfico 6 – Motivo das ativações por meio INEM

Na análise da triagem de Manchester por meio INEM, verificou-se que o meio SBV teve o maior número de vítimas tríadas com verde e amarelo. Na VMER verificou-se o transporte de vítimas tríadas com vermelho, laranja e amarelo, tendo o laranja ocorrido em duas ocasiões, e o vermelho e amarelo em uma ocasião cada. A SIV transportou

apenas um doente para o hospital, tendo sido triado como amarelo. Na SBV verificou-se que as vítimas transportadas foram triadas da seguinte forma: 6 amarelos, 4 laranjas, 2 verdes e 2 vermelhos. De salientar o elevado número de doentes não transportados em cada meio: 5 na VMER, 3 na SIV e 3 na SBV (Gráfico 7). Estes números são mais significativos nos casos da VMER e da SIV, pois também foram meios que apresentaram menor número de ativações. Um dos principais motivos para isto pode ser o facto de estes meios diferenciados não serem necessários nessas ativações, o que me fez refletir sobre o modo de funcionamento do CODU, a forma como é feito o atendimento das chamadas de emergência e a informação que as vítimas e seus familiares transmitem. Também é importante ressaltar que durante o estágio não foram presenciadas mortes.

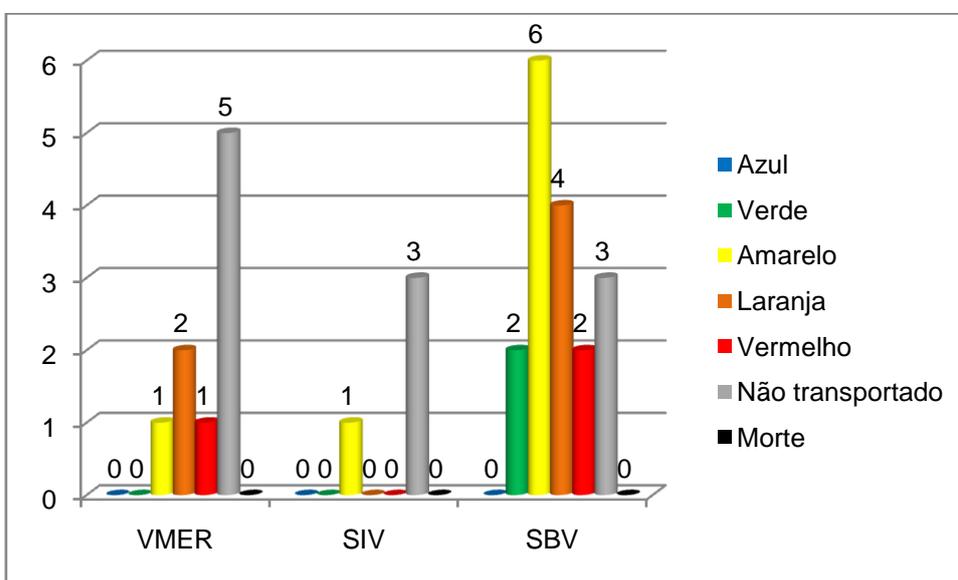


Gráfico 7 – Triagem de Manchester, não transportados e mortes por meio INEM

## REFLEXÃO

A realização deste estágio foi fundamental para conhecer e compreender a organização e funcionamento do SIEM e do INEM em Portugal. A sua adequada estruturação permite que o sistema funcione de forma eficaz. Na área do grande Porto, onde realizei o estágio, a distribuição e disponibilidade dos diversos meios assegura uma boa cobertura das ocorrências e em tempo útil.

O CODU, funcionando como elo de ligação entre os diferentes intervenientes, permite rentabilizar o tempo e meios disponíveis ao máximo. Os dois turnos realizados no CODU permitiram-me perceber a importância da rápida e correta aplicação do

algoritmo de triagem, até à expedita ativação dos meios adequados à ocorrência. Porém parece-me que apenas um turno de 6 horas no CODU seria suficiente. Penso que este sistema funciona bem, no entanto durante o estágio apercebi-me que apresenta algumas lacunas e pode ser melhorado. Poderia haver um maior investimento em formação na área médica para os operadores e um maior apoio por parte dos médicos no atendimento. Estas duas medidas fariam com que algumas situações clínicas fossem melhor identificadas e caracterizadas. Verifiquei também que a grande maioria das pessoas que telefonava para a emergência médica não sabia que tipo de informações tinha de fornecer, e em situações de emergência médica há maior ansiedade e stress, o que dificultava o fornecimento objetivo dos dados necessários. Uma forma de ultrapassar este problema poderá passar pela implementação de campanhas de informação da população ou mesmo pela abordagem desta temática nas escolas.

Os turnos nas ambulâncias SBV permitiram-me conhecer mais sobre a emergência pré-hospitalar não medicalizada. Foi possível tomar conhecimento dos protocolos de atuação e aplicar os algoritmos de SBV. O trabalho de equipa é fundamental neste meio, nomeadamente em situações de colaboração com meios mais diferenciados de assistência em emergência médica. Sendo este um meio menos diferenciado mas o que teve maior o número de ativações, penso que se poderia reduzir o número de horas de estágio neste meio, para aumentar as horas na VMER.

Os turnos nas ambulâncias SIV ajudaram-me a compreender a importância do SIV no socorro à vítima urgente/emergente e o seu papel como meio intermediário entre o SBV e o SAV. Para isto, foi fundamental o contributo e disponibilidade dos profissionais com que me deparei, já que presenciei poucas ativações neste meio.

Os estágios na VMER permitiram-me apreender os protocolos de atuação e os algoritmos de SAV e identificar as principais situações de emergência do domínio médico. A disponibilidade e o interesse dos profissionais com que contactei foram fundamentais para tal, pois tiveram a amabilidade de me mostrar e explicar os diversos protocolos de atuação de emergências médicas e também os algoritmos de SBV e SAV (Anexo XVII e XVIII). Também foi possível perceber a importância do trabalho de equipa na emergência médica, bem como o papel do médico na liderança e gestão das situações, na abordagem do doente emergente, tratamento, estabilização e antecipação de novos problemas. Penso que seria proveitoso aumentar o número de horas de estágio na VMER, para conseguir contactar com uma

maior variedade de situações de emergência, como paragens cardiorespiratórias (PCR), queimados e intoxicações.

Achei muito positiva a experiência com vítimas de trauma, dada a dificuldade de replicar este tipo de situações em simulação. O contacto direto com estas situações permitiu-me perceber melhor as técnicas aplicadas e a importância das mesmas.

Relativamente aos objetivos e competências a adquirir considero que foram todos atingidos.

O papel fundamental do médico na abordagem e no tratamento do doente emergente e na liderança de equipas que prestam cuidados a esse tipo de doente foi reconhecido nas 9 ativações da VMER e em 2 ativações de ambulância SBV em que houve apoio à VMER e ao HELI.

As principais situações de emergência do foro médico e traumatológico foram identificadas através do estágio no atendimento e acionamento no CODU e pelas 22 ativações por doença súbita e 7 por trauma.

Apreendi os protocolos de atuação de SBV em 17 ativações, de SIV em 4 ocasiões e de VMER em 9 ocasiões, sendo de salientar a via verde coronária, protocolo de trauma e o protocolo de dispneia.

Tive oportunidade de apreender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave – e técnicas de estabilização de doentes emergentes em situação de doença súbita e trauma. Além da observação e estudo destas técnicas tive também oportunidade de realizar alguns procedimentos, nomeadamente avaliação de sinais vitais, auscultação cardiopulmonar, glicemia capilar, leitura de ECG, palpação abdominal, colocação de sistema de oxigenoterapia, e imobilização com plano duro e colar cervical.

No total das 30 ativações, foi igualmente possível perceber a importância do trabalho de equipa na emergência médica, adquirir capacidades de responsabilidade e ética profissional, bem como ter consciência do valor das capacidades de liderança e gestão em situações de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente.

## CONCLUSÃO

Findado o Estágio de Observação no INEM, concluo que foi uma experiência muito enriquecedora e uma boa escolha para a realização da Tese de Mestrado. Tive a oportunidade de vivenciar em primeira mão a realidade portuguesa da emergência médica pré-hospitalar. A Emergência Médica é uma área pela qual nutro particular interesse e esta foi uma excelente oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos.

Os objetivos propostos foram atingidos e penso que adquiri competências fulcrais na área da emergência médica. O contacto com as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico, a compreensão de técnicas “life-saving” assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave, o reconhecimento da importância do trabalho de equipa na Emergência Médica e do papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente e na liderança das equipas que prestam cuidados a este tipos de doentes, foram apenas algumas das experiências proporcionadas pelo estágio e que considero muito positivas para a minha formação médica. Saliento também a aquisição de competências na área da Emergência Médica, como as de liderança em situações de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente, técnicas de reanimação e de estabilização de doentes emergentes em situação de doença súbita e trauma, trabalho em equipa, responsabilidade e ética profissional.

É de salientar que o estágio poderia ter mais horas ou haver um rearranjo na distribuição das horas por meio INEM, de modo a ser possível estagiar mais tempo no meio VMER. Esta alteração poderia fazer com que fossem presenciados outro tipo de situações que não ocorreram neste estágio, nomeadamente acidentes vasculares cerebrais (AVC), PCR, queimaduras ou intoxicações.

Penso que o Mestrado Integrado em Medicina não prepara convenientemente os alunos no domínio da emergência médica, com a exceção da Unidade Curricular Opcional de Medicina de Emergência, lecionada pela primeira vez no corrente ano letivo. O facto de ser um módulo opcional faz com que grande número alunos não a frequente. Eu frequentei este módulo quando já ia a meio do meu estágio no INEM, e demonstrou-se uma mais valia pois pude aplicar alguns dos conhecimentos adquiridos no tempo de estágio que me restava efetuar.

Concluindo, este estágio no INEM revelou-se uma experiência enriquecedora e produtiva para a minha formação profissional e pessoal.

## BIBLIOGRAFIA

Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. (2012). *Diário da República*, 1ª série, nº32 . Ministério da Saúde.

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Ambulâncias*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27944](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27944)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - CODU*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27856](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27856)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Helicópteros*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27977](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27977)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Hospital de Campanha*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28021](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28021)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Hospital de Campanha*. Obtido de [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28021](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28021)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - Motociclos de Emergência Médica*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27933](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27933)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - UMIPE*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27922](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27922)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - VIC*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27999](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27999)

INEM. (2009). *Carteira de Serviços - VMER*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=27966](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27966)

INEM. *Manual de VMER*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

INEM. (2009). *O SIEM*. Obtido de INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica: [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28164](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28164)

Madeira, S., Porto, J., Henriques, A., Nieves, F. V., Pinto, N., & Henriques, G. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica.

Nolan, J. P. (2010). *Guidelines for Resuscitation*. European Resuscitation Council.

## ANEXOS



Instituto Nacional de Emergência Médica

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que JOANA VIDAL DE CASTRO, portador do documento Identificativo n.º 13510818, residente na Rua Fernando Cabral, n.º 118, 2º Esq., realizou os estágios observação nos meios e local (CODU Norte) INEM, num total de 42 horas:

Datas / Turnos	Meios / Local
23 Outubro de 2012 / Tarde 29 Outubro de 2012 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
25 Outubro de 2012 / Tarde 06 Novembro de 2012 / Tarde	Ambulância de Emergência Médica
17 Novembro de 2012 / Manhã	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
21 Dezembro de 2012 / Manhã 21 Dezembro de 2012 / Tarde	Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Porto, Centro de Formação do INEM, 29 de Maio de 2013

A Responsável do Centro de Formação de Porto



(Enf.ª Adriana Machado)



Instituto Nacional de Emergência Médica

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que JOANA VIDAL DE CASTRO, portador do documento identificativo n.º 13510818, residente na Rua Fernando Cabral, n.º 118, 2º Esq., realizou os estágios observação nos meios e local (CODU Norte) INEM, num total de 42 horas:

Datas / Turnos	Meios / Local
09 Março de 2013 / Manhã	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
23 Março de 2013 / Manhã 23 Março de 2013 / Tarde	Ambulância de Emergência Médica
24 Março de 2013 / Manhã 24 Março de 2013 / Tarde	Ambulância de Suporte Imediato de Vida
25 Março de 2013 / Manhã 26 Abril de 2013 / Tarde	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Porto, 29 de Maio de 2013

A Responsável do Centro de Formação de Porto



(Enf.ª Adriana Machado)

Anexo III – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 5º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU**

ESTAGIÁRIO: João V. del Castro

OBJECTIVOS: Realização do relatório de estágio em emergência per-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 17/11/2012 Turno:  Manhã  Tarde CODU: Porto

Nº DE ACTIVAÇÕES:  Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João V. del Castro

O Médico Regulador Alina Aparício

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Observação da dinâmica e funcionamento do CODU.

Acompanhou e interessou-se por todos os desenvolvimentos no CODU

AD

Anexo IV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 8º turno



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU**

ESTAGIÁRIO: Jana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: \_\_\_\_\_

Data: 09/03/2013 Turno:  Manhã  Tarde CODU: Porto

Nº DE ACTIVAÇÕES:  Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Jana Vidal Castro  
O Médico Regulador Teodoro Martins

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Observação do funcionamento e dinâmica do CODU:  
- triagem  
- acionamento.

Realiza o registo das chamadas nos postos de triagem e acionamento.

Teodoro Martins

Anexo V – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 1º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana V. del Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar e no contexto da tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 23/10/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: UMER - P.H.

Nº DE ACTIVAÇÕES: 01 Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana V. del Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Observação do material utilizado no meio VMER.  
Observação de atuação do meio VMER na abordagem ao doente com insuficiência respiratória.

Anexo VI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 2º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no âmbito de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 25/10/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: Posto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 04 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Tsabel Catarina Fernandes Lopes

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participou em todas as atividades realizadas pela equipe SBV.

Bom trabalho. Costou muito ajudar nas tarefas pedidas pela equipa.

Tsabel

Anexo VII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 3º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Jeanne Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto da tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dz. António Marques de Silva

Data: 29/10/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VHER Sb António

Nº DE ACTIVAÇÕES: 03 Doença Súbita: 02 Trauma: 01 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Jeanne Vidal Castro  
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Lara Farufo

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p>Integração na dinâmica da equipa VHER.</p> <p>Observação do material utilizado no meio VHER.</p> <p>Participação na "check-list" das unidades.</p> <p>Articulação do meio VHER com outros meios de emergência pré-hospitalar menos diferenciados, nomeadamente participação em "Rendez-vous".</p>	<p>Demonstrou interesse e participou em todas as actividades da equipa VHER, desde a "rendez-vous" de campo até à avaliação do doente e transporte do mesmo até às instituições hospitalares.</p> <p>Lara Farufo 42972</p>

Anexo VIII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 4º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência por hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques de Silva

Data: 06/11/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: Porto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 03 Doença Súbita: 03 Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António Marques de Silva

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participação em todas as tarefas e dinâmicas da equipa SBV.

Demonstrou bastante interesse durante as reuniões, interagindo na avaliação com os vitimas.

Anexo IX – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 6º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergências pré-hospitalares no contexto da tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 21/12/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Vila Conde

Nº DE ACTIVAÇÕES: 02 Doença Súbita: 02 Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo João Silva

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Observação do material utilizado no meio SIV.  
Participação na "check-list".  
Participação nas reuniões da equipa SIV.

- Pontual
- Demonstrou interesse na actividade do INEM, nomeadamente em SIV
- Colaborou com dedicação nas rotinas da Base
- Demonstrou bons relacionamentos com a equipa

João Silva  
904061

Anexo X – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 7º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência per-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 21/12/2012 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Vila Conde

Nº DE ACTIVAÇÕES:  0 Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dr. António Marques da Silva / TAE Pedro Gomes

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

<p>Participação na realização de "check-list". Conhecimento dos protocolos de activação SIV.</p>	
--	--

Anexo XI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 9º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: João Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 23/03/2013 Turno:  Manhã  Tarde Meio: Posto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: 3 Trauma: 2 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Filipe Soares

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participou em todas as atividades propostas.

Participou em todas as atividades desenvolvidas. Bom trabalho em equipa.

Anexo XII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 10º turno



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Diz. António Marques de Silva

Data: 23/03/13 Turno:  Manhã  Tarde Meio: Ponto 1

Nº DE ACTIVACÕES: 5 Doença Súbita: 3 Trauma: 1 Outras: 1 Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Vidal Castro  
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo José / Filipe Soares

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Participação em todas as atividades realizadas pela equipe SBV.

• Estagiária demonstrou interesse nas atividades exercidas pela equipa, demonstrando, sobretudo, interesse pelo trabalho.  
 Avanço de alguns conhecimentos sobre a utilização e aplicação nos procedimentos de imobilização de vítimas em maca de vacuo.

Anexo XIII – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 11º turno



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: José Vidal Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 24/03/2013 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2 Doença Súbita: 2 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário José Vidal Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo PAULO SILVA /

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

In-tegração na dinâmica da  
equipe SIV.  
Realização de "check-list" e  
reposição de material em falta.  
Participação nas tarefas da  
equipe SIV.

• PARTICIPOU NAS ROTINAS DIÁRIAS / CHECK LIST;  
• DEMONSTRA INTERESSE, COMPROMENTO;  
• PARTICIPOU ATIVAMENTE NAS INTERVENÇÕES;  
• CUMPRE COM NORMAS DE SEGURANÇA

(RAS)

Anexo XIV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 12º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana V. de Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de base de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 24/03/2013 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES:  Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana V. de Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Realização de "check-list" das metas e de ambulância.  
Compreensão do papel de ambulância SIV enquanto meio intermédio entre SBV e SAV.

Sem saídas neste turno.

Anexo XV – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 13º turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: João V. del Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergências pré-hospitalares no contexto de fase de mestreado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques de Silva

Data: 25/03/13 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VTER St. António

Nº DE ACTIVACÕES: 3 Doença Súbita: 2 Trauma: 1 Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João V. del Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Realização de "check-list" e reposição do material em falta.  
Conhecimento dos protocolos de activação VTER.  
Observação de procedimentos de aspiração de via aérea, colocação de eléctrodos e leitura de ECG, auscultação cardio pulmonar.

3 Sinal -  
1- EAT  
2- Dignos  
3- Ac. Venob.  
➔

Anexo XVI – Ficha de realização de estágio em meio INEM – 14º turno



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Joana Videl Castro

OBJECTIVOS: Realização de relatório de estágio em emergência pré-hospitalar no contexto de tese de mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques da Silva

Data: 26/04/2013 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VIER Santa António

Nº DE ACTIVIDADES: 02 Doença Súbita: 02 Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Joana Videl Castro  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Helena Seabra OIC 48786

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

<p>Realização de "check-list" e reposição do material em falta de acordo com as indicações. Integração na dinâmica da equipa VIER. Participação em todas as actividades desenvolvidas pela equipa VIER.</p>	<p>A estagiária participou e colaborou activamente em todas as tarefas desenvolvidas pela equipa.</p>
---	---

# Suporte Básico de Vida do Adulto



\*ou número de emergência nacional

## Suporte Avançado de Vida

