

CICLO DE ESTUDOS

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

Estágio de observação em Emergência Médica, no Porto.

Luís Miguel Pires Pedro

M

2018



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

Estágio de observação em Emergência Médica, no Porto.

Luís Miguel Pires Pedro

6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 PORTO

luismppedro@hotmail.com

Sob a orientação de:

Assistente de Anestesiologia, Doutora Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva.

Sob co-orientação de:

Professor Associado Convidado, Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia, Doutor Humberto José da Silva Machado.

Porto 2018

Aluno

Luís Miguel Pires Pedro

Coordenador(a):

Doutora Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva



Co-ordenador(a):

Prof. Doutor Humberto José da Silva Machado



Porto, Maio de 2018

Resumo:

No decorrer da minha formação, no Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, foi crescendo, em mim, uma certa curiosidade e interesse, relativamente a situações de Emergência Médica Pré-hospitalar, ao ponto de equacionar a hipótese de, no futuro, vir a desempenhar funções médicas nesta área.

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde que coordena o funcionamento do SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica) no continente português. O objetivo desta entidade é garantir que qualquer sinistrado ou vítima de doença súbita receba uma pronta e correta prestação de cuidados de saúde em articulação com os vários intervenientes do SIEM, desde os cuidados de emergência médica no local de ocorrência, ao transporte assistido para o hospital adequado.

O estágio teve a duração de 81 horas de trabalho, distribuídas pelos seguintes meios: AEM (Ambulância de Emergência Médica), Ambulância SIV (Suporte Imediato de Vida), VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) e CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes).

Abstract

The training I had in the scope of the Master's subject in Medicine made me realize the interest in the pre-hospital medical emergency situations, to the point of considering the hypothesis of perform medical functions in this area in the future.

INEM (National institute of Medical Emergency) is the Ministry of Health entity that coordinates the operation of SIEM (Integrated System of Medical Emergency) in Portugal. INEM's goal is to ensure that any casualty or victim of sudden illness receives a prompt and correct health care provision in articulation with the different SIEM members. This intervention goes from the place of occurrence to the appropriate hospital-assisted transportation.

My internship lasted 81 hours distributed as follows: AEM (Medical Emergency Ambulance), SIV (immediate life support) Ambulance, VMER (Emergency and Resuscitation Medical Car) and CODU (Urgent Patient Guidance Center).

Agradecimentos

Agradecer à minha orientadora Dra. Lara Marcelo pela pronta disponibilidade que demonstrou em ser minha mentora, bem como pelo encorajamento que me dispensou desde o momento que manifestei a minha intenção de realizar este estágio. Além disso, de salutar a ajuda e dicas que me dispensou na realização do relatório, que constituíram, a meu ver, essenciais mais valias.

Ao meu co-orientador, Dr. Humberto Machado, fico grato pela imediata prontidão que manifestou em ser parte integrante deste capítulo do meu percurso.

Deixar, também, uma palavra de apreço e sincero agradecimento a todos os profissionais de Emergência Médica com quem tive o privilégio de privar, uma vez que, todos eles, deram o melhor de si de forma a que o meu estágio fosse o mais enriquecedor possível.

Finalmente, uma pequena menção aos meus familiares e amigos, que se revelaram fulcrais ao longo de toda esta caminhada.

Lista de abreviaturas e siglas

a.a. - Ar Ambiente
AEC - Alteração do estado de consciência
AEM - Ambulância de Emergência Médica
AIT - Acidente Isquémico Transitório
AP - Auscultação pulmonar
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BV - Bombeiros Voluntários
CHP - Centro Hospitalar do Porto
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DM II - Diabetes Mellitus tipo II
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG 12D - Eletrocardiograma de 12 derivações
FC - Frequência Cardíaca
FA - Fibrilhação Auricular
FR - Frequência Respiratória
GC - Glicemia Capilar
HTA - Hipertensão Arterial
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
MV - Murmúrio Vesicular
PCR - Paragem Cardio-Respiratória
SBV - Suporte Básico de Vida
SCA – Síndrome Coronário Agudo
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias
SpO2 - Saturação de O₂ mediada por oxímetro de pulso
TA - Tensão Arterial
TCE - Traumatismo Crânio Encefálico
TEPH - Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1. Motivações e objetivos do estágio	1
2. Contextualização	2
3. Emergência Médica Pré – Hospitalar em Portugal	3
3.1. Fases do SIEM	3
3.2. Meios INEM	4
4. Abordagem à Vítima	5
5. Resultados	6
5.1. Turnos CODU	6
5.2. Turnos VMER	6
5.3. Turnos SIV	13
5.4. Turnos AEM	15
6. Discussão	18
6.1. CODU	18
6.2. VMER	19
6.3. SIV	20
6.4. AEM	21
7. Conclusão	22
8. Anexos	
8.1. Anexo 1. Etapas do SIEM - estrela da vida	23
8.2. Anexo 2. Algoritmo de Avaliação Primária do Adulto	24
8.3. Anexo 3. Algoritmo de Avaliação Secundária do Adulto	25
8.4. Declaração de Realização de Estágio de Observação	26
9. Bibliografia	27

1. Motivações e objetivos do estágio

Desde que recordo o surgimento do meu interesse pela Medicina, que a ele associei uma curiosidade pela área da Emergência Médica. Ao longo do curso, foi-me dado a observar que esta área é um pouco menosprezada e até relegada para plano de alguma subalternidade, relativamente a outras áreas da medicina. Então, perante a possibilidade de realizar um estágio de observação em Emergência Médica Pré-Hospitalar, no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, não hesitei e avancei no sentido de satisfazer esta minha curiosidade.

O estágio, por mim realizado, teve lugar na Delegação Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e ao longo do seu decurso propus-me alcançar os objetivos que a seguir enumero:

- Compreender a estrutura organizativa do INEM, bem como o funcionamento de cada um dos seus meios;
- Conhecer a dinâmica de intervenção dos vários profissionais envolvidos na prestação de cuidados e tomar consciência da importância do trabalho em equipa;
- Contactar, num contexto de emergência pré-hospitalar, com situações de doença súbita e de trauma;
- Identificar as principais situações urgentes e emergentes e aprender a agir nessas mesmas situações;
- Aprender técnicas life-saving de reanimação e de estabilização de doentes críticos em contexto pré-hospitalar;
- Familiarizar-me com os protocolos de atuação e aplicar os algoritmos de Suporte Básico e de Suporte Avançado de Vida e Trauma.

No total realizei 81 horas de estágio, distribuídas da seguinte forma:

- 1 Turno no CODU (3h/turno);
- 4 Turnos de AEM (6h/turno);
- 4 Turnos de Ambulância S.I.V.(6h/turno);
- 5 Turnos de V.M.E.R.(6h/turno);

Passo agora a fazer uma breve descrição da estrutura e funcionamento da Emergência Médica Pré Hospitalar em Portugal e, posteriormente, referir-me-ei às ocorrências mais marcantes em que estive envolvido ao longo do estágio. À laia de

conclusão, farei um apanhado do aprendizado nesta minha experiência, com alusão, às ilações que considero mais dignas de destaque.

2. Contextualização

A Emergência Médica desenvolveu-se a partir das necessidades da prestação de socorro às vítimas durante os conflitos militares, na Europa e nos EUA, dando os primeiros passos nos modelos, ainda hoje seguidos: "Scoop and Run" e "Stay and Play", que serão, adiante, abordados. O advento, em Portugal, do que é hoje entendido como Emergência Médica, ocorreu em 1965, com a criação de um serviço de prestação de primeiros socorros. Em 1971, criou-se o SNA (Serviço Nacional de Ambulâncias) e em 1981, o INEM, que tem vindo a desenvolver subsistemas que visam dar resposta consentânea às necessidades da população.

Fazendo agora uma breve referência aos modelos anteriormente, mencionados, constato que ainda é tema de debate e controvérsia, se é preferível dar primazia à velocidade de resposta e transporte, chave do modelo "scoop and run" ou se é vantajoso iniciar o tratamento primário e estabilização do doente antes do transporte, teoria do modelo "stay and play"?⁽¹⁾

A prática clínica sugere que uma mescla entre os dois modelos, constituirá a forma mais correta de atuar, privilegiando um ou outro em função da especificidade de cada ocorrência.⁽²⁾

Constata-se que os diferentes modelos, possuem intervenientes com competências distintas, resultantes de níveis de formação diferentes e da existência de protocolos de atuação diversos.

Para concluir, referir, que a prestação de cuidados pré-hospitalares de alta qualidade é uma parte essencial de qualquer sistema de trauma, sendo fundamental para a sobrevivência do traumatizado. À medida que os sistemas de trauma se foram desenvolvendo, os cuidados pré-hospitalares evoluíram, o que permitiu uma série de técnicas, potencialmente vitais, passíveis de serem realizadas no terreno.

3. Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal

Criado em 1981, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) veio revolucionar o conceito de Emergência Médica em Portugal. Consiste num conjunto de ações coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. 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 2013). Dele, fazem parte: público, operadores das Centrais de Emergência 112, técnicos dos CODU, agentes da autoridade, bombeiros, tripulantes de ambulância, técnicos de ambulância de emergência, médicos e enfermeiros, pessoal técnico hospitalar, pessoal técnico de telecomunicações e de informática.⁽²⁾

3.1 Fases do SIEM

Atendendo ao símbolo da “Estrela da Vida” (Anexo 1), cada uma de suas pontas corresponde a uma fase do SIEM. É o correto desenrolar de cada uma destas fases que define o sucesso da abordagem a cada caso, função essa que está sob responsabilidade do CODU.^{(4) (5)}

Fase 1, de deteção - Momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente.

Fase 2, de alerta - Fase em que se contactam os serviços de Emergência, utilizando o Número Europeu de Emergência -112.

Fase 3, de Pré- Socorro - Conjunto de gestos simples que podem e devem ser realizados até à chegada do socorro.

Fase 4, de Socorro - Cuidados iniciais efetuados às vítimas de doença súbita ou acidente, com o objetivo de estabilizar.

Fase 5, de Transporte - Transporte assistido da vítima numa ambulância, até à unidade de saúde adequada.

Fase 6, de Tratamento – Corresponde ao tratamento no serviço mais adequado ao estado clínico da vítima. Esta, poderá ter necessidade de ser estabilizada para posterior transporte, mais seguro, para um hospital mais diferenciado.

3.2. Meios INEM

Para exercer a sua actividade, o INEM tem ao seu dispor diversos meios de emergência médica, sendo de destacar as Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), os Motociclos de Emergência Médica e o Helicóptero de Emergência Médica. ^{(2) (5)}

A AEM, cuja tripulação é constituída por dois Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), tem como intuito ocorrer de forma rápida ao local da ocorrência e assim, proceder à estabilização das vítimas e sequente transporte para o serviço de urgência mais pertinente.

A SIV, integra um Enfermeiro e um TEPH, que se encontram habilitados a prestar cuidados de saúde diferenciados, de forma a possibilitar a chegada de uma equipa capaz de proceder a suporte avançado de vida.

A VMER, diz respeito a um veículo de intervenção pré-hospitalar, com o objetivo de transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra a vítima. Equipa essa, da qual fazem parte um Enfermeiro e um Médico, habilitada a realizar suporte avançado de vida.

O Motociclo de Emergência Médica, trata-se de um meio que permite uma chegada rápida ao local, especialmente em meios urbanos, sendo tripulado por um TEPH.

O Helicóptero de Emergência Médica, munido de material de suporte avançado de vida, tem como função o transporte de doentes graves entre o local da ocorrência e um hospital ou entre hospitais. Poderão ter uma outra finalidade, isto é, o transporte de órgãos. A bordo do Helicóptero estão, habitualmente, dois Pilotos, um Médico e um Enfermeiro.

4. Abordagem à vítima

De forma a que condições, como o risco de vida, sejam priorizadas relativamente a outras, potencialmente menos graves, assume vital importância uma avaliação precisa da vítima. Assim, deve haver um enfoque nos achados da avaliação física e da informação colhida acerca do incidente e posterior aplicação de protocolos padronizados, face a cada situação específica. ^{(5) (6)}

Inicialmente, deve proceder-se a uma avaliação primária da vítima, que consiste no algoritmo de atuação ABCDE, isto é:

- A. *Airway*: Permeabilização da via aérea com controlo da coluna cervical;
- B. *Breathing*: Ventilação e oxigenação;
- C. *Circulation*: Assegurar a circulação com controlo da hemorragia;
- D. *Disability*: Disfunção neurológica;
- E. *Expose/Environment*: Exposição com controlo de temperatura.

Nota importante, este algoritmo e sua sequência (anexo 2) deverá ser respeitado e não avançar para o passo seguinte sem antes ter avaliado, com rigor, todas as situações que possam envolver o tópico anterior. Esta avaliação inicial, deverá ter a duração de 60-90 segundos, salvo as exceções, em que sejam necessárias determinadas intervenções.

Uma vez assegurada a estabilização da vítima com os respetivos sinais vitais normalizados, procede-se à avaliação secundária (anexo 3). Esta, consistirá em três itens: avaliação dos parâmetros vitais, recolha de informação diversificada que poderá ser de capital importância e ainda, um exame físico completo, sistematizado e rigoroso.

Em resumo, a avaliação primária terá como pretensão a identificação de situações passíveis de risco de vida e a avaliação secundária tenderá a fazer o diagnóstico de possíveis lesões menos significativas. (

5. Resultados

Nesta secção, descrevo todas as situações que observei e nas quais, sempre que oportuno, participei da forma mais ativa.

5.1. Turno CODU Norte 18/07/2017 (8H-11H)

O primeiro turno do estágio, por mim realizado, ocorreu no CODU, devido a aconselhamento recebido aquando da marcação do estágio com a justificação de que funcionava como ponto de partida, isto é, era o meio que coordenava toda a emergência médica, com a análise das diversas situações e direccionamento dos meios mais adequados a cada caso.

Teve a duração de 3 horas durante as quais tive a oportunidade de assistir à receção de 18 chamadas, dentro das quais 10 disseram respeito a doença súbita, 5 a trauma e as restantes 3 classificadas como outras.

5.2. Turnos VMER

-VMER HSA-CHP 17/05/2017 (8H-20H)

1ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12h35 **Chegada:**12h43 **Local:** Guifões, Matosinhos **Outros meios presentes:** AEM Porto 4

CODU: Feminino, 48 anos. Alteração do estado de consciência. (AEC)

AP: Acidente Vascular Cerebral (AVC) há cerca de 1 ano, com sequelas à direita.

Hábitos farmacológicos: Não conhecidos.

Descrição: Efetuada por cuidadora, possível perda de consciência, com convulsão.

Avaliação: A: sem alterações; B: Frequência Respiratória (FR): 16cpm; C: Frequência Cardíaca (FC):100bpm; Tensão Arterial (TA):148/105mmHg; Saturação de O₂ mediada por oxímetro de pulso (SpO₂):97%; Extremidades frias; Eletrocardiograma de 12 derivações (ECG 12D); D: Doente encontrada prostrada, pouco responsiva.

Cuidadora refere diminuição mais acentuada da força, à direita. Sem alteração das pupilas, sem afasia; Glicemia Capilar (GC): 84 mg/dL; E: sem alterações;

Atitudes: Transportada para Hospital Pedro Hispano, com acompanhamento médico.

HD: 1 - Síndrome Convulsivo

2 - Acidente Isquémico Transitório (AIT) / AVC

2ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**17h50 **Chegada:**17h59 **Local:** Avenida Vasco da Gama, bloco 26, casa 10, Ramalde **Outros meios presentes:** AEM Porto 2
CODU: Masculino, 51 anos. AEC.

AP: Deficiências cognitivas decorrentes de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) na infância, Tabagismo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) **Hábitos**

farmacológicos: Formoterol, budesonido, brometo de glicopirrónio.

Descrição: Dispneia em repouso concomitante com tosse com expetoração.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 24cpm; à auscultação pulmonar (AP), diminuição do Murmúrio Vesicular (MV) à esquerda com roncos dispersos. Sem cianose. C: FC:80bpm; TA:103/180 mmHg; SpO₂:92 %; D: GC: 118 mg/dL; E: sem alterações;

Atitudes: Transporte para o Centro Hospitalar do Porto (CHP), com acompanhamento médico.

HD: 1 - Pneumonia

2 - DPOC agudizada

- VMER HSA-CHP (17/7/2017)

3ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**8h20 **Chegada:**8h32 **Local:** São Pedro da Cova **Outros meios presentes:** Bombeiros Voluntários de São Pedro da Cova (BV)

CODU: Feminino, 49 anos. Paragem Cardio Respiratória (PCR)

AP: Oligofrenia, totalmente dependente para as atividades de vida diárias, sem vida de relação. **Hábitos farmacológicos:** sem hábitos farmacológicos.

Descrição: Aquando da nossa chegada, Suporte Básico de Vida (SBV) há cerca de 10 minutos por parte dos BV.

Avaliação: Cianose, rigidez, pupilas em midríase fixa. Ritmo: assistolia.

Atitudes: Atendendo ao grau de dependência do doente e ao tempo prolongado de PCR foram suspensas manobras. Contactado médico assistente para certificado de óbito.

HD: PCR não revertida.

4ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**14h12 **Chegada:**14h21 **Local:** Valbom

Outros meios presentes: BV de Valbom

CODU: Feminino, 78 anos. Dispneia.

AP: Doença de Alzheimer. **Hábitos farmacológicos:** Lorazepam, Sertralina.

Descrição: Desde há 2 dias com dispneia e tosse com expectoração, com agravamento progressivo desde então.

Avaliação: A: sem alterações; B: AP: MV presente bilateralmente, respiração ruidosa, com tiragem supra-clavicular e roncos difusos; FR: 22cpm C: FC: 100bpm; SpO₂ (a.a.):86%; TA:131/87 mmHg; Extremidades pálidas, frias, suadas e trémulas. D: GC: 124 mg/dL; E: T (timpânica): 38,0°C

Atitudes: Desobstrução da via aérea com aspiração de secreções; O₂ (10L/min) máscara de alta concentração registando-se subida da SpO₂: 97%; Nebulização de salbutamol e brometo de ipratrópio. Doente transportada para Hospital São João (HSJ), com acompanhamento médico.

HD: Infecção respiratória.

- VMER HSA-CHP (06/03/2018 8h-20h)

5ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**8h12 **Chegada:**8h33 **Local:** Rua de São

Brás, Baguim do Monte **Outros meios presentes:** BV Rio Tinto

CODU: Feminino, 56 anos. PCR

AP: Anemia; Patologia Cardíaca. **Hábitos farmacológicos:** Não conhecidos.

Descrição: Encontrada cerca das 8h em PCR, de tempo indeterminado. Vista pela última vez com vida na noite anterior, cerca das 00.00h. À nossa chegada, em SBV há 10 min.

Avaliação: Cianose, rigidez cervical e mandibular, pupilas em midríase fixa.

Observação de livores. Ritmo: assistolia.

Atitudes: Atendendo ao tempo incerto de PCR e sinais de morte evidente, já com bastante tempo de instalação. Suporte Avançado de Vida (SAV) não iniciado.

Óbito declarado às 8h35. Chamada autoridade ao local.

HD: PCR não revertida.

6ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**9h21 **Chegada:**9h30 **Local:** Rua Abade Baçal, 152, 3º esquerdo **Outros meios presentes:** AEM – Porto 4

CODU: Feminino, 80 anos. AEC.

AP: síndrome demencial; dependência total para as atividades de vida diárias;

Hábitos farmacológicos: sem hábitos farmacológicos.

Descrição: informações fornecidas por cuidadora que relata tosse de início há cerca de uma semana, concomitante com expectoração desde há 2 dias. Descrição de provável crise convulsiva e posterior prostração, o que motivou a chamada para a Emergência Médica.

Avaliação: A: patente, sangue na boca em pequena quantidade; B: AP com alguns rncos e sibilos; FR: 12cpm; C: FC: 108 bpm TA: 136/71mmHg SpO₂ (aa):84%,; D: prostrada, fácies de dor ao estímulo; E: T(Timpânica) 37,6 °C;

Atitudes: O₂ com máscara de alta concentração com elevação da SpO₂ para 98%. Transporte para CHP, com acompanhamento médico, onde foi triada com pulseira laranja.

HD: 1 - Crise convulsiva;
2 - Infecção Respiratória

7ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12h57 **Chegada:**13h00 **Local:** Rua Júlio Dinis, Cedofeita. Confeitaria Petúlia **Outros meios presentes:** AEM Porto 4

CODU: Feminino, 89 anos. Obstrução da via aérea/PCR;

AP: AVC recente sem sequelas, síndrome depressivo; **Hábitos farmacológicos:** apixabano quetiapina; mirtazapina.

Descrição: Obstrução da via aérea com pão e posterior PCR.

Avaliação: Ritmo: assistolia. Glasgow: 1;1;1; Palidez cutânea, em midríase.

Atitudes: Assistolia revertida com 4 ciclos de SBV e administração de 1 mg de adrenalina I.V. . Desobstrução da via aérea, aspirada grande quantidade de pão semi digerido da via aérea seguida de entubação endotraqueal e posterior ventilação com oxigénio suplementar. Transporte para CHP, sendo triada, diretamente, para a sala de emergência, com acompanhamento médico.

HD: PCR por obstrução total da via aérea.

8ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**13h53 **Chegada:**14h03 **Local:** Rua de Esteves, Rio Tinto **Outros meios presentes** BV Rio Tinto

CODU: Masculino, 55 anos. AEC.

AP: Diabetes Mellitus tipo II (DM II); Hipertensão Arterial (HTA); Consumo de drogas; DRC; Etilismo. **Hábitos farmacológicos:** Insulina Levemir®; afirma desconhecer as restantes.

Descrição: Contexto de prostração, sintomatologia associada a possível hipoglicemia. Nega toma de pequeno almoço e consumo de bebidas alcoólicas.

Avaliação: A: sem alterações; B: sem alterações; C: TA: 92/55 mmHg; Extremidades frias; D: GC 28 mg/dL à chegada. GC de 164 mg/dL 5 minutos após administração de glicose hipertónica; Glasgow às 14:05 de 2,3,5; Glasgow às 14:15 de 6,7,8. E: sem alterações;

Atitudes: Administração de glicose hipertónica (20%) I.V. com melhoria rápida do estado de vigília. Transporte para o HSJ pelos BV, sem acompanhamento médico

HD: Hipoglicemia.

9ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**15h43 **Chegada:**15h52 **Local** Rua Entre Paredes, Sé **Outros meios presentes:** BV Porto

CODU: Feminino, 85 anos. AEC.

AP: HTA; Patologia Cardíaca. **Hábitos farmacológicos:** não consegue especificar.

Descrição: Lipotimia sem aparente perda da consciência, sem movimentos involuntários visualizados. Nega dor ou dispneia.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 14cpm; C: **FC:** 58bpm; TA: 96/71 mmHg; SpO2: 93%; D: Glasgow: 4, 5, 6, GC:131mg/dL; E: sem alterações;
ECG 12 Derivações: bradicardia sinusal sem sinais de isquemia

Atitudes: Transporte para o CHP com acompanhamento médico.

10ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**17h40 **Chegada:**17h52 **Local** Rua Brás Oleiro, nº317, 2º esq. **Outros meios presentes:** BV-Rio Tinto

CODU: Masculino, 63 anos. PCR

AP: HTA; DM II; AVC há cerca de meio ano **Hábitos farmacológicos:** Gliclazida, Indapamida, Linagliptina; Irbersartan; Pantoprazol;

Descrição: Dor torácica concomitante com dispneia, aquando da chamada para a emergência médica. À nossa chegada, em PCR, em SBV há cerca de 15 minutos.

Avaliação: Ritmo: assistolia.

Atitudes: Entubação endotraqueal, ventilação, colocação de acesso venoso. Óbito declarado às 18h12min. Autoridade chamada ao local. Relatar, também, que a reacção da esposa, levou à ativação da equipa da UMIPE, para avaliação e apoio psicológico da mesma.

HD: PCR não revertida.

- VMER HSA-CHP (07/03/2018 8h-14h)

11ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**8h40 **Chegada:**8h50 **Local:** Travessa do Regado 53, Paranhos **Outros meios presentes:** BV de São Mamede de Infesta

CODU: Feminino, 84 anos. PCR

AP: Não conhecidos **Hábitos farmacológicos:** Não conhecidos.

Descrição: Encontrada cerca das 8.30h em PCR, de tempo indeterminado. Vista pela última vez com vida na noite anterior, cerca das 20.00h.

Avaliação: À nossa chegada, em decúbito ventral, com rigidez e livores cadavéricos.

Atitudes: Atendendo ao tempo incerto de PCR e sinais de morte evidente, SAV não iniciado.

Óbito declarado às 8h 55. Chamada autoridade ao local.

HD: PCR não revertida.

12ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**10h26 **Chegada:**10h36 **Local:** Rua Padre Araújo, Avintes **Outros meios presentes:** BV de Avintes

CODU: Masculino, 4 anos. Crise tónico-clónica generalizada.

AP: Paralisia facial; Epilepsia; **Hábitos farmacológicos:** Valproato de sódio e ácido valpróico, clobazam, lepicortinolo, omeprazol;

Descrição: Criança de 4 anos, com crises prévias de sintomatologia semelhante. Mãe relata que, desta vez, criança terá ficado mais prostrada do que o habitual.

Avaliação: A: sem alterações; B: sem alterações; C: sem alterações; D: à nossa chegada, inconsciente, em fase pós - ictal à chegada à ambulância; E: T (timpânica): 36,2°C;

Atitudes: Transporte para o Centro Hospitalar - Vila Nova de Gaia e Espinho., com acompanhamento médico. Equipa médica optou por não colocar acesso porque crise convulsiva já tinha terminado, criança estava estável, ainda que em fase pós ictal.

HD: Crise convulsiva.

13ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**12.30h **Chegada:**12h38 **Local** Rua Freire Andrade 53, Carvalhido **Outros meios presentes:** Ambulância AEM Porto 4

CODU: Masculino, 85 anos. PCR

AP: HTA; Fibrilhação Auricular (FA); Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); DPOC; Síndrome Apneia Obstrutiva do Sono grave; Neoplasia com metastização pulmonar. **Hábitos farmacológicos:** pantoprazol, diltiazem, acenocumarol, furosemida, sinvastatina, montelucaste.

Descrição: doente com carcinoma epidermóide do palato com metastização pulmonar. Disfagia desde há 2 meses, com aspirações frequentes. Aquando da nossa chegada, em SBV há 15 minutos.

Avaliação: Ritmo: assistolia.

Atitudes: óbito declarado às 12h45. Doente em fase paliativa daí não se iniciar SAV.

HD: PCR não revertida.

5.3. TurnosSIV Gondomar

(20/07/2017 8h-20h)

1ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**9h36min **Chegada:**9h43min **Local:** Rua das Oliveiras, nº 9, São Cosme, Gondomar

CODU: Masculino, 83 anos. Dor torácica.

AP: Tabagismo, dislipidemia, HTA, DM II, DPOC, Hiperplasia Benigna da Próstata

Hábitos farmacológicos: Esomeprazol, Tansulosina, Diazepam, Indapamida, Trazodona, Sitagliptina.

Descrição: Dor torácica em aperto, classificada como 4 em 10 segundo a escala analógica da dor, sem irradiação, refere que discussão com familiar terá despoletado a sintomatologia e destaca movimentos inspiratórios como fator agravante.

Avaliação: A: sem alterações; B: sem alterações; C: FC:80bpm; TA: 138/68 mmHg; D: GC: 196 mg/dL a; E: T (timpânica): 36,6 °C

ECG 12DEV: ritmo sinusal sem sinais de isquemia;

Atitudes: Doente transportado para HSJ com equipa SIV.

HD: 1 - Ansiedade

2 – Síndrome Coronário Agudo (SCA)

2ª ocorrência: Trauma **Ativação:**16h03min **Chegada:**16h07min **Local:** Rua Marques Leitão, Valbom

CODU: Masculino, 14 anos. TCE;

AP: Não tem. **Hábitos farmacológicos:** Não tem.

Descrição: atropelamento de jovem de 14 anos, por automóvel ligeiro.

Avaliação: À nossa chegada, hematoma na região frontal direita, fratura de dente incisivo direito e dor na região cervical. Tórax normal e bacia estável, sem sinais de hemorragia. A assinalar que, a caminho do hospital, se verificou uma alteração substancial do comportamento do doente, com aumento da agressividade, que culminou com um episódio de convulsão.

C: sem alterações; A(c): sem alterações; B: FR: 16cpm; C: FC: 114bpm; TA: 156/90 mmHg; SpO₂: 98%; D: GC: 136 mg/dL; E: sem alterações

Atitudes: Colocação de colar cervical e transferência posterior de doente para plano duro e consequente imobilização. Colocação de acesso venoso e administração de tramadol (50 mg), metoclopramida (10mg). Transporte para a urgência pediátrica do HSJ.

HD: TCE

- SIV Gondomar (13/03/2018 8h-20h)

3ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 8h54min **Chegada:** 9h05min **Local:** Rua Pinhal, nº 9 **Outros meios presentes:** VMER-CHP e BV de Valbom.

CODU: Masculino, 54 anos. PCR;

AP: úlcera péptica; **Hábitos farmacológicos:** Domperidona, sucralfato;

Descrição: Esposa refere que doente mencionava, já há alguns dias, queixas gástricas. Filho encontrou o pai caído, no corredor.

Avaliação: À nossa chegada, com evidências de vômitos, em assistolia.

Atitudes: SBV durante 10 minutos efetuado pelos BV e SAV pela equipa da VMER durante 18 minutos. Óbito declarado às 9h30min e posterior chamada da autoridade ao local.

HD: PCR, possível Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

4ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 9h48min **Chegada:** 9h55min **Local:** Rua Renascença Portuguesa, Alameda do Dragão

CODU: Masculino, 56 anos. Dor retroesternal;

AP: Fumador, HTA, Dislipidemia, EAM há cerca de 2 anos, realizou cateterismo;

Hábitos farmacológicos: Atorvastatina, Aspirina, Anti-hipertensor (não sabe especificar o nome);

Descrição: Dor retroesternal, ao subir a Alameda do Dragão, em aperto, classificada como 4 em 10 segundo a escala analógica da dor, sem irradiação.

Avaliação: A: sem alterações; B: sem alterações; C: TA: 150/80 mmHg. SpO₂: 98%; D: sem alterações E: sem alterações

ECG 12DEV: 86 bpm, bloqueio de ramo esquerdo. Doente não tinha consigo um ECG prévio.

Atitudes: Contactado o médico do CODU que ordenou toma de aspirina (300mg) e dinitrato de isossorbida (5mg) e posterior transporte para o CHP, onde o doente era seguido por Cardiologia.

HD: Doença cardíaca isquémica.

5ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**11h41min **Chegada:**11h52 **Local:** Rua São Miguel, Rio Tinto **Outros meios presentes:** VMER-HSJ

CODU: Masculino, 37 anos. Hematemeses.

AP: Patologia hepática vírica (não sabe especificar), etilismo; **Hábitos**

farmacológicos: Cianocobalamina (0,2 mg) + Cloridrato de piridoxina (200mg) + Dissulfureto de tiamina (100mg); xazepam, espironolactona, furosemida.

Descrição: Hematemeses desde 14h do dia anterior, em grande quantidade (conteúdo num balde). Chamada para linha de emergência médica efetuada pela tia.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 16cpm ; C: FC:120bpm; TA: 100/68 mmHg; Pele pálida e Ictérica; D: GC: 100 mg/dL a; E: sem alterações

Atitudes: Administrado bólus de NaCl 0,9%, metoclopramida 10mg IV e colocação de sonda nasogástrica , tendo-se verificado saída de conteúdo hemático vermelho.

Chamada VMER face à deterioração do estado do doente e posterior transporte para CHP, onde foi triado, diretamente, para a sala de emergência, acompanhado pelo médico.

HD: Hemorragia digestiva alta decorrente, possivelmente, de patologia hepática.

5.4. Turnos AEM

(18/07/2017 8h-20h)

1ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**9h22min **Chegada:**9h31min **Local:** Rua Pedro Hispano, 898, 3º esquerdo

CODU: Feminino, 45 anos. Suspeita de AVC

AP: EAM; AVC; História de patologia psiquiátrica **Hábitos farmacológicos:**

Topiramato; Sertralina; Omeprazol; Gabapentina; Sinvastatina; Clopidogrel; Diazepam.

Descrição: Doente sentada em sofá, refere tonturas e parestesias do membro superior e membro inferior direitos, aparentemente, em simultâneo. Sintomatologia com início cerca de hora e meia antes da nossa chegada, sem fator precipitante.

Refere alergias a ácido acetilsalicílico e penicilina.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 16cpm ; C: FC:100bpm; TA: 126/79 mmHg; SpO₂: 98% D: GC: 274 mg/dL; Sem alterações na fala; Aparente desvio da comissura labial, à direita; Aparente diminuição força no membro superior direito; E: T (timpânica): 35,8 °C

Atitudes: Transporte para o CHP.

HD: Possível AVC.

2ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**10h53min **Chegada:**11h05min **Local:** Rua António Costa Viseu,nº 142, Rio Tinto

CODU: Feminino, 19 anos. AEC

AP: Não tem **Hábitos farmacológicos:** Não tem

Descrição: À nossa chegada, consciente e orientada. Refere sensação de desmaio, acompanhada de náuseas. Faz referência a atropelamento no dia anterior, tendo recorrido ao SU do HSJ. Desde então, a fazer tramadol.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 18cpm ; C: FC:57bpm; TA: 123/79 mmHg; SpO₂: 99% D: GC: 110 mg/dL a; E: T (timpânica): 36,3 °C

Atitudes: Transporte para HSJ.

HD: 1 - Sintomatologia decorrente de traumatismo

2 - Efeitos secundários dos fármacos

3ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**13h08min **Chegada:**13h18min **Local:** Rua Castelo de Penedo, 68, Ramalde **Outros meios presentes:** VMER - CHP

CODU: Feminino, 86 anos. Parestesias membro inferior direito;

AP: AVC; Doença de Alzheimer; Hipoacúsia; FA hipocoagulada **Hábitos**

farmacológicos: Donezepilo; Mononitrato de Isossorbida; Furosemida; Bisoprolol;

Descrição: À nossa chegada, doente refere que iniciou, pelas 5h, dor, rubor e edema do membro inferior direito. Enaltece, também, fadiga desde há 2 dias.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 42cpm ; C: FC:164bpm; TA: 110/70 mmHg; SpO₂: 80%; Cianose distal. D: GC: 178 mg/dL a; E: T (timpânica): 37,1 °C

ECG 12 DEV: Fibrilhação auricular.

Atitudes: Pedido de VMER ao local. O₂ (15L/min) máscara de alta concentração.

Transporte para CHP com acompanhamento médico.

HD: 1 - Tromboembolismo Pulmonar

2 - Sépsis

(20/03/2018 8h – 20h)

4ª ocorrência: Trauma **Ativação:** 8h32min **Chegada:** 8h37min **Local:** Alameda Aquilino Ribeiro, 329

CODU: Masculino, 51 anos. Acidente de viação;

AP: - Hábitos farmacológicos: -

Descrição: homem de 51 anos, de bicicleta, embateu contra um carro sendo projetado para o chão.

Avaliação: C: sem alterações; A(c): sem alterações; B: FR: 24cpm; C: FC: 104bpm; TA: 140/93 mmHg; SpO₂: 99%; D: GC: 180 mg/dL; E: sem alterações
Apresentava escoriações na região frontal, mão direita, joelho direito e dor de localização cervical/torácica.

Atitudes: Transporte para o CHP, com acompanhamento dos TEPH.

HD: TCE

5ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 9h29min **Chegada:** 9h38min **Local:** Rua Bartolomeu Velho, Lordelo do Douro

CODU: Feminino, 86 anos. AEC;

AP: AVC sem aparentes sequelas, FA hipocoagulada, Hipotireoidismo, **Hábitos farmacológicos:** Lorazepam; Levotiroxina; Acenocumarol.

Descrição: Encontrada caída no chão, muito sonolenta, sem abertura espontânea dos olhos mas reativa à voz. Sobrinha refere que há cerca de três dias iniciou quadro com tosse e expetoração, com agravamento progressivo. Dispneia em repouso.

Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 24cpm ; C: FC: 40bpm; TA: 145/100 mmHg; SpO₂: 85%. D: GC: 208 mg/dL a; E: T (timpânica): 34 °C

Atitudes: O₂ (15L/min) máscara de alta concentração. Face à gravidade do quadro, contactou-se o CODU com o intuito de chamada de VMER ao local. Recebida ordem para transportar doente para CHP.

HD: 1- TCE

2 - Infecção respiratória

6ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:** 16h50min **Chegada:**17h01min **Local:** Rua Bairro Francos, bloco1, entrada 456, casa 20 **Outros meios presentes:** VMER - CHP **CODU:** Feminino, 90 anos. Dispneia;
AP: Dislipidemia; HTA; DM II; ICC **Hábitos farmacológicos:** Sinvastatina; Amlodipina; Metformina; Lisinopril + Hidroclorotiazida; Lorazepam;
Descrição: À nossa chegada, VMER já se encontrava no local. Doente com máscara de alta concentração de O₂. Dispneia em repouso.
Avaliação: A: sem alterações; B: FR: 37cpm ; C: FC:120bpm; TA: 110/70 mmHg; Pele pálida e sudorética. D: sem alterações; E: sem alterações
Realização de ECG 12DEV com supra de ST em V2,V3 e V4.
Atitudes: Médica da VMER já tinha atuado e procedido à administração da medicação: morfina (2mg I.V.) e furosemida (60mg I.V.).
HD: Edema agudo do pulmão/ EAM

6. Discussão

Neste ponto, procurarei abordar e refletir sobre as minhas experiências, ocorridas ao longo de todo o estágio e que compartimentarei de acordo com os diversos meios de INEM que tive a oportunidade de frequentar.

6.1. CODU

Ao contrário do, por mim, expectável, o turno realizado no CODU revelou-se bastante surpreendente e didático. Foi perceptível que é necessária uma grande capacidade de compreensão e comunicação, bem como capacidade de análise de todos os parâmetros envolvidos em cada chamada, para lidar com as diversas situações e várias personalidades. Além de todos estas competências, é necessário, também, um conhecimento aprofundado dos fluxogramas que permitem processar e direcionar os casos.

Considero, agora, pertinente fazer uma breve referência a fatores inerentes às pessoas que procedem à utilização da linha de emergência que dificultam o trabalho do operador, os quais despertaram a minha atenção ao longo das chamadas a que tive oportunidade de assistir. Assim, de destacar a ansiedade que a maioria das pessoas denota e que deturpa a sua capacidade de comunicação e de explicitação. Por outro lado, utilizadores frequentes do serviço de emergência possuem um conhecimento detalhado do sistema de tal forma que sabem como expor a situação com o intuito de obterem atendimento mais rápido. Por último, uma pequena alusão a

chamadas cuja gravidade não justificariam a utilização destes meios, o que acaba por sobrecarregar o sistema, assim como de casos em que a solicitação é feita apenas com objetivos recreativos.

Por todos estes motivos, assumo que o estágio no CODU constituiu uma agradável surpresa, desde o lidar com uma multiplicidade de situações, à possibilidade de percepcionar as variantes às quais é necessário atender ao longo de cada activação e, finalmente, ao facto de ter aprendido todo o processo que decorre desde a chamada até à activação do meio seleccionado.

6.2. VMER

Aqui, realizei 5 turnos, durante os quais ocorreram 13 ativações, todas elas decorrentes de doença súbita.

No 1º turno, perante a informação de que era a minha primeira experiência na área, a médica de serviço teve a amabilidade e preocupação de me inteirar de todo o equipamento e material da VMER. Deste modo, tive a oportunidade de me familiarizar com o equipamento de telecomunicações, com a mala médica, monitor desfibrilhador, saco de reanimação, saco de trauma, ventilador portátil, garrafas de oxigénio, aspirador de secreções, compartimentos frigorífico e aquecido, entre outros. Fui, também, alertado para o sistemático e importante controlo a que todo este material é sujeito, que tem como finalidade a reposição do que for utilizado ao longo das ativações, tendo tido a oportunidade de proceder à realização da *check list*.

Ao longo dos vários turnos, fui-me apercebendo da ampla diversidade de ativações e portanto, da variedade de ações e comportamentos que um médico tem de estar capacitado para realizar, face a situações tão diversas e delicadas. Assisti a procedimentos que, previamente, só tinha tido possibilidade de assistir em contexto de simulação, como sejam a realização de manobras de SBV e SAV, bem como a tomada de decisão de suspender as mesmas face à irreversibilidade da situação.

Outro momento marcante foi a participação na comunicação de notícias dolorosas, como é o caso do falecimento de familiares. Intei-me da carga emocional subjacente ao momento, bem como da importância que determinadas palavras e sua entoação podem ter na reação despoletada por tal acontecimento. Neste âmbito, de mencionar um caso, em que a reação da família motivou a equipa médica a intervir e a recorrer aos serviços da equipa de psicólogos do INEM.

Com o desenrolar do estágio e com a familiarização com os procedimentos, foi-me sendo dada a oportunidade de participar de forma ativa em algumas ocorrências. Assim, em situações apropriadas, tive oportunidade de proceder à monitorização de

sinais vitais, à realização de electrocardiogramas e interpretação de vários traçados. Neste capítulo, aprez-me destacar uma situação em que realizei manobras de SBV, mais propriamente, compressões torácicas, destacando-a como o momento mais marcante de todo o estágio.

Em suma, os turnos realizados na VMER foram bastante enriquecedores e facultaram-me uma percepção mais nítida da panóplia de situações com que um médico se depara na emergência médica pré-hospitalar, bem como, da pressão emocional inerente à maioria delas.

6.3. SIV

Neste meio, tive a oportunidade de realizar 4 turnos, ao longo das quais, participei em 5 ocorrências, constituindo 4 delas, situações de doença súbita e 1 decorrente de trauma.

Como já tinha sucedido na VMER, também aqui pude usufruir da grande disponibilidade dos profissionais, que tiveram a preocupação de me inteirar do material e equipamento presente na ambulância. De realçar, entre outros, um monitor de sinais vitais, um desfibrilhador manual, uma mala médica com fármacos de emergência e consumíveis para sua preparação e ainda a presença de vários tipos de dispositivos que possibilitam adequar a forma de transporte dos doentes, caso a caso. Além disso, os mesmos profissionais, prestaram-se a fazer uma explicação concisa e detalhada do papel da ambulância SIV no contexto da emergência médica hospitalar bem como um apanhado das situações com que lidam, mais frequentemente, neste meio.

Relativamente às ocorrências em que estive presente, uma vez mais, senti-me parte integrante da equipa, tendo tido oportunidade de participar na avaliação dos doentes no terreno e posterior discussão dos casos, com destaque para dois deles.

O primeiro, consistiu num atropelamento de um jovem de 14 anos, que, à nossa chegada, apesar de evidentes sinais decorrentes do trauma, mais propriamente, um hematoma de assinalável tamanho na região frontal, se encontrava estável e orientado. O meu destaque vai para a deterioração do seu estado num curto espaço de tempo. Tendo decorrido, não mais de 5 minutos, desde o momento em que o doente estava, aparentemente, estabilizado, até que, num ápice, aumentou os seus níveis de agressividade, acabando mesmo por convulsivar. Todo este quadro me surpreendeu pela rapidez inusitada, permitindo-me tirar a ilação de que ao nível do trauma, todo o cuidado é pouco e deve ser feita uma avaliação pormenorizada, sistematizada e seriada de todos os traumatizados. Além disso, uma análise pormenorizada da ocorrência gerou em mim uma discórdia relativamente ao modo de

atuação da equipa SIV e do CODU. Face ao tipo e gravidade do traumatismo e à idade da vítima, questiono-me se não teria sido mandatória a chamada de uma equipa VMER ao local.

O segundo caso, tratou-se de um doente de 37 anos, com patologia hepática vírica com hematemese. Aquando da nossa chegada, além da precariedade do estado do doente, que se encontrava taquicárdico, hipotenso e ictérico, o que me chamou mais a atenção foi a grande quantidade de conteúdo hemático presente no balde, decorrente de hematemese desde há cerca de 24 horas. A astúcia e experiência do enfermeiro de serviço, levou o mesmo, a pedir, prontamente, a presença da VMER. Este quadro fez-me refletir acerca das condições extremas a que, por vezes, os doentes se deixam chegar antes de procurarem ajuda médica, bem como, para a falta de apoio e suporte familiar, que, a existir, muito poderia contribuir para amenizar estes casos. Por outro lado, creio ser pertinente criticar a atuação da equipa SIV, mais especificamente, a colocação da sonda nasogástrica num doente com alta probabilidade de presença de varizes esofágicas.

Resumindo, considero que os turnos neste meio foram bastante proveitosos, destacando a importância do nível de alerta e a sagacidade que estes profissionais têm de possuir para evitar situações trágicas, bem como, para detetar casos potencialmente mais graves, que necessitem a chamada de meios mais especializados como a VMER.

6.4. AEM

Agora, neste meio, estive presente em 6 ocorrências, 5 delas devido a doença súbita e 1 decorrente de trauma.

Tal como nos outros meios, no primeiro turno tive a oportunidade de conhecer a estrutura e materiais disponíveis na ambulância. Também me informaram acerca do papel de um TEPH, detalhando as funções, tarefas e ações que estavam habilitados a realizar.

No respeitante às ações, por mim aqui desenvolvidas, pude participar, de forma ativa, na anamnese, exame físico e monitorização dos sinais vitais dos doentes. No início de cada turno realizei a *check list* do material da ambulância e ajudei na limpeza da mesma após o transporte de doentes para os variados hospitais.

Assim sendo, os turnos no meio AEM, permitiram-me ter uma perceção e compreensão realistas e fundamentadas acerca do desempenho e funções dos TEPH, bem como da sua essencial articulação com outros meios de emergência médica.

7. Conclusão

Como nota prévia, quero destacar que o estágio foi deveras proveitoso nas suas variadas vertentes. No contexto didático, da Emergência Médica Pré-Hospitalar, pude constatar que, além de todo um conhecimento teórico necessário, assume extrema importância a capacidade de lidar com situações ímpares, imprevisíveis e carregadas de tensão. No campo das relações interpessoais, aplaudo o ambiente saudável que encontrei em todas as equipas profissionais com que tive a oportunidade de privar, sendo de realçar o salutar respeito, cordialidade e cooperação existente entre as equipas dos distintos meios de Emergência Médica. Na minha pessoa, tenho a agradecer a todos os profissionais, que sempre se mostraram disponíveis e prontificados a transmitir-me o seu conhecimento e experiência e assim, tornaram este meu estágio, mais interessante e profícuo.

Relativamente às ilações relacionadas com as ocorrências em que tive oportunidade de estar presente, foi-me dado a observar e, com alguma recorrência, uma discrepância entre a informação fornecida pelo CODU e o cenário com que nos deparamos na chegada ao local, o que, na minha óptica, poder-se-á justificar por motivos vários. Falta de informação de grande parte da população face aos procedimentos que devem tomar para acionar a Emergência Médica, alteração do estado emocional das pessoas decorrente de situações mais susceptíveis e ainda, alarmismo, com o intuito de obter cuidados de forma mais célere. De assinalar, também, que me deparei com uma constante referência à falta de recursos humanos por parte dos profissionais do INEM, nomeadamente TEPH e, sobretudo, médicos e enfermeiros diferenciados no CODU.

Ao longo do estágio, procurei colocar, a mim mesmo, um desafio. Posteriormente à observação das diversas ocorrências e análise da atuação das diversas equipas profissionais, questionava-me se eu, atualmente, seria capaz de lidar com as mesmas situações. Confesso que por várias ocasiões me senti “um pouco à nora”, o que me levou a questionar a pouca importância que esta área assume no plano curricular, não tendo a menor dúvida de que um maior investimento neste âmbito da Emergência Médica Pré-Hospitalar constituiria um enorme enriquecimento para os jovens médicos.

Face a tudo isto e, referindo-me à possibilidade de um dia poder exercer funções nesta área, não tenho a mais pequena dúvida de que esta experiência veio reforçar esse desejo e de que, hoje me sinto mais habilitado e capaz de lidar com uma possível situação de emergência médica.

Anexos

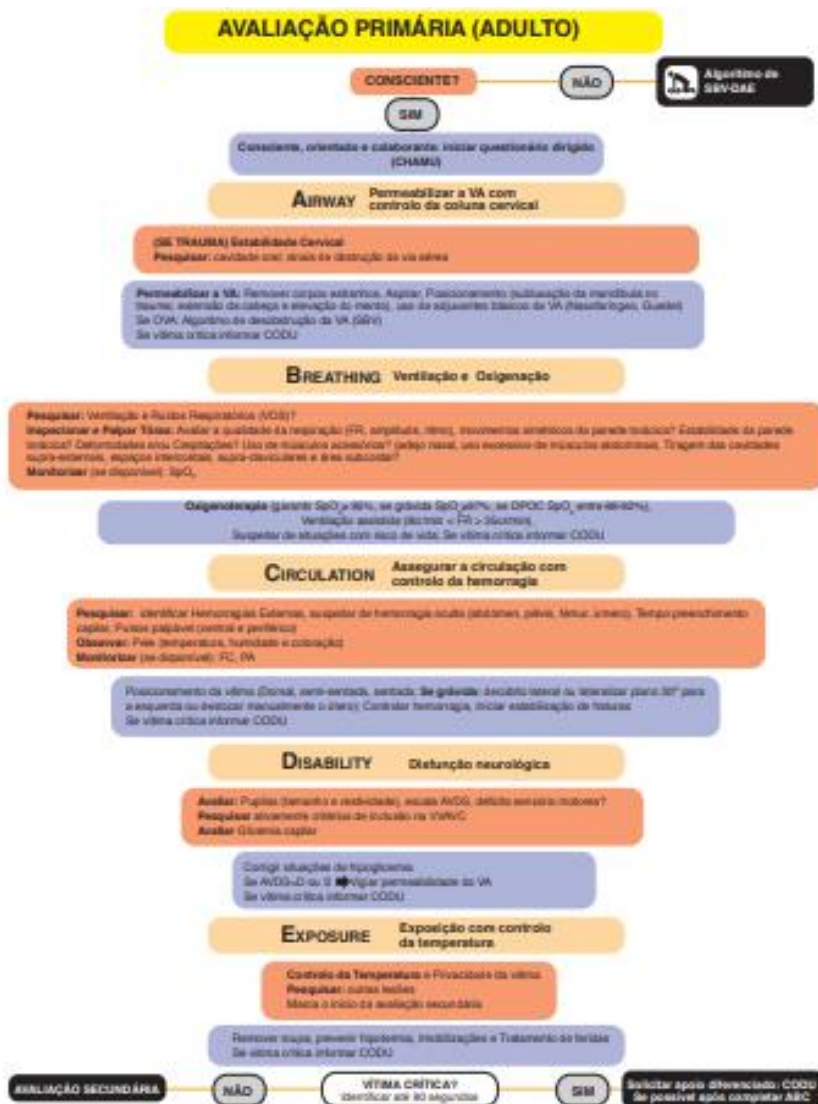
Anexo 1

Etapas do SIEM: estrela da vida



Anexo 2

Algoritmo de avaliação primária no adulto



Anexo 3

Algoritmo de avaliação secundária no adulto



Anexo 4

Declaração da realização de estágio de observação

**REPÚBLICA
PORTUGUESA**
SAÚDE

**SNS** SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

**INEM**

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Luis Miguel Pires Pedro**, com o Cartão do Cidadão nº 13242446, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo descriminados.

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	Ambulância de Emergência Médica	18.Julho.2017	14:00 - 20:00
		19.Julho.2017	8:00 - 14:00
		20.Março.2018	8:00 - 20:00
Observação	Centro de Orientação de Doentes Urgentes	18.Julho.2017	8:00 - 11:00
Observação	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	20.Julho.2017	8:00 - 20:00
		13.Março.2018	8:00 - 20:00
Observação	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	17.Maio.2017	14:00 - 20:00
		17.Julho.2017	14:00 - 20:00
		6.Março.2018	8:00 - 20:00
		7.Março.2018	8:00 - 14:00
Total de Horas			81

Centro de Formação da DR do Norte, 28 de Maio de 2018

O Assistente Técnico



Bibliografia

1. Smith, RM & Conn, AK. Prehospital care - Scoop and run or stay and play? Injury. 2009; 40 (Suppl 4):23-6.
2. Instituto Nacional de Emergência Médica - www.inem.pt.
3. European Society for Emergency Medicine - www.eusem.org
4. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. A Estrela da Vida – Símbolo do INEM. 2017; 6ª edição.
5. INEM. Manual SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica. 2013; 1ª Edição
6. INEM. Manual TAS/TAT: Abordagem à vítima. 2012; 1ª Edição.
7. INEM. Manual de Suporte Avançado de Vida. 2011; 2ª Edição.

