

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Emergência Médica Pré-Hospitalar

João Pedro Victorino Camilo

M

2018



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

João Pedro Victorino Camilo

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

jpedrocamilo@hotmail.com

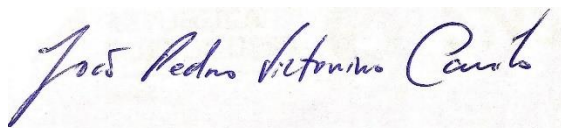
Sob a orientação de:

Prof. Doutor Humberto José da Silva Machado

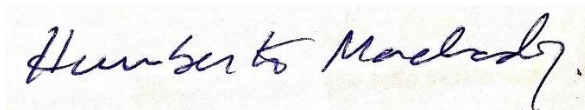
Assistente Graduado Sênior de Anestesiologia, Competência em Emergência Médica - Ordem dos Médicos, Mestre em Gestão de Saúde - ENSP, Univ. Nova Lisboa, Doutoramento Ciências Médicas - ICBAS, Univ. Porto, Diretor do Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar do Porto, Adjunto da Direção Clínica do Centro Hospitalar do Porto, Regente da Unidade Curricular: Anestesiologia e Medicina Peri-Operatória - 5º Ano Mestrado Integrado Em Medicina, Docente da Unidade Curricular: Terapêutica Geral I & II - 4º ano Mestrado Integrado em Medicina.

Porto 2018

Autor: João Pedro Victorino Camilo

A handwritten signature in dark ink on a light-colored background. The signature reads "João Pedro Victorino Camilo" in a cursive script.

Orientador: Prof. Doutor Humberto José da Silva Machado

A handwritten signature in dark ink on a light-colored background. The signature reads "Humberto José da Silva Machado" in a cursive script.

Data: 2018/05/30

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Humberto Machado, pelo seu dinamismo contagiante quer em sala de aula quer em contexto clínico. Fico-lhe grato pela pronta disposição em ser o meu mentor neste projecto e pela sua colaboração.

Ao Instituto Nacional de Emergência Médica e aos seus profissionais com quem tive a oportunidade de contactar, pela disponibilidade, pelo esclarecimento de dúvidas e sobretudo pela partilha de vivências. Cada activação é um novo desafio de elevada exigência técnica, científica, física e emocional. Exprimo por isso, a maior admiração pelo seu trabalho.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, pela oportunidade formativa.

À cidade do Porto, que me recebeu há seis anos atrás.

Aos que estiveram sempre ao meu lado.

RESUMO

Ao longo do Mestrado Integrado em Medicina, sempre tive desejo de conhecer o funcionamento das equipas de Emergência Médica Pré-hospitalar nutrindo um especial interesse pela possível carreira nesta área.

Após 80h de estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), elaborei um relatório contendo uma descrição crítica das actividades desenvolvidas em diferentes meios de emergência pré-hospitalar, incluindo as decisões tomadas e as minhas reflexões pessoais.

Como objectivos, determinei adquirir uma visão global da actividade do INEM, conhecer o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico, conhecer e aplicar protocolos e algoritmos de atuação incluindo técnicas de reanimação e estabilização, desenvolver competências de gestão, trabalho de equipa e capacidade de decisão.

Como objectivos específicos, defini contactar com as seguintes ocorrências pré-hospitalares: alteração do estado de consciência (4), paragem cardiorrespiratória (2), dispneia (2), dor torácica (2), dor abdominal / problemas urinários (2), acidente de viação (2), queda (2), situação de acidente / mergulho / afogamento (1), criança doente (1), diabetes (1), decisão de não transporte (1), negligência / maus tratos (1), obstrução da via aérea (1), parto (1), queimadura / eletrocussão (1), problema psiquiátrico / suicídio (1), intoxicação (1). Durante os turnos no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), conhecer a dinâmica de funcionamento no: atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio e acompanhamento de meios de socorro.

Nas 72 horas igualmente repartidas por: Ambulância de Emergência Médica (AEM), Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), participei na abordagem a 26 vítimas, 21 de *Doença Súbita*, 4 de *Trauma*, 1 classificada como *Outros* e \emptyset *Abortadas*. Nas 8 horas de estágio no CODU acompanhei a actividade relativa ao atendimento de 28 chamadas de emergência.

Os objectivos deste estágio foram atingidos, ficando a percepção de que esta modalidade de estágio deveria ser transversal a todos os estudantes de medicina.

ABSTRACT

Throughout the Master's Degree in Medicine, I have always had the desire to know the operation of the Pre-hospital Medical Emergency teams, feeding a special interest for a possible career in this area.

After an 80-hour internship at the National Medical Emergency Institute (INEM), I produced a report containing a critical description of the activities carried out in different emergency means of transportation, including the decisions made and my personal reflections.

As objectives, I determined to acquire a global vision of INEM's activity, to know the role of the physician in the approach and treatment of the emerging patient, to identify the main medical and trauma emergency situations, to know and apply protocols and algorithms of actuation including techniques of resuscitation and stabilization, develop management skills, teamwork and decision-making skills.

As specific objectives, I decided to contact the following prehospital occurrences: altered consciousness (4), cardiac arrest (2), dyspnoea (2), chest pain (2), abdominal pain / urinary problems (2), traffic collision (2), fall (2) accident / diving / drowning (1), sick child (1), diabetes (1), non-transportation decision (1), neglect / violence (1), childbirth (1), burn / electrocution (1), psychiatric problem / suicide (1), intoxication (1). During shifts at the Urgent Patient Orientation Center (CODU), to know the dynamics of functioning in: care, screening, counseling, selection and sending and monitoring of distress.

In the 72 hours also distributed by: Medical Emergency Ambulance (AEM), Immediate Life Support Ambulance (SIV) and Medical Emergency and Reanimation Vehicles (VMER), I participated in the approach to 26 victims, 21 of *Sudden Disease*, 4 of *Trauma*, 1 classified as *Others* and \emptyset *Aborted*. During the 8-hour internship at CODU, I followed the activity related to the attendance of 28 emergency calls.

The objectives of this stage were achieved, with the consideration that this contact should be extended to all medical students.

LISTA DE ABREVIATURAS

® Marca Registada

∅ zero/nenhuma

% por cento

°C Graus celsius

ACP Auscultação cardiopulmonar

AEM Ambulâncias de Emergência Médica

AVC Acidente Vascular Cerebral

AVD's Actividades de Vida Diárias

Bpm Batimentos por minuto

BV Bombeiros Voluntários

BVPV Bombeiros Voluntários da Póvoa do Varzim

CAPIC Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CHP Centro Hospitalar do Porto

CODU Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU – Mar Centro de Orientação de Doentes Urgentes – Mar

Cpm Ciclos por minuto

CVP Cruz Vermelha Portuguesa

DAE Desfibrilhação Automática Externa

DD Decúbito dorsal

DL Decreto-Lei

DM Diabetes Mellitus

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECG Electrocardiograma

EPH Emergência Pré-hospitalar

FA Fibrilhação Auricular

FC Frequência Cardíaca

FiO₂ Fracção inspirada de oxigénio

FR Frequência Respiratória

FV Fibrilhação Ventricular

GNR Guarda Nacional Republicana

h hora

HBP Hipertrofia Benigna da Próstata

HPH Hospital Pedro Hispano

HPV Hospital da Póvoa do Varzim

HSJ Hospital de São João

HTA Hipertensão Arterial
IC Insuficiência Cardíaca
INEM Instituto Nacional de Emergência Médica
IPO Instituto Português de Oncologia
IRC Insuficiência Renal Crónica
IV Intravenoso
L/min Litro por minuto
mg miligrama
mg/dL miligramas por decilitro
MH Medicação habitual
mmHg milímetros de mercúrio
MP Ministério Público
O₂ Oxigénio
O(nº)V(nº)M(nº) Indicadores “abertura ocular”, “melhor resposta verbal”, “melhor resposta motora” e respectiva pontuação da Escala de Coma de Glasgow
PA Pressão Arterial
PCR Paragem cardiorrespiratória
PLS Posição Lateral de Segurança
PSP Policia de Segurança Pública
RHA Ruídos Hidroaéreos
SAV Suporte Avançado de Vida
SBV Suporte Básico de Vida
SF0,9% - Soro Fisiológico na concentração de 0,9%
SIEM Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV (Ambulâncias de) Suporte Imediato de Vida
SpO₂ Saturação capilar periférica de oxigénio
SU Serviço de Urgência
SV's Sinais Vitais
TAE Técnicos de Ambulâncias de Emergência
TAS Tripulante de Ambulância de Socorro
Temp. Temperatura
TIP (Ambulâncias de) Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico
TOTE Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência
UMIPE Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência
V2 2ª derivação pré-cordial no electrocardiograma
VHC+ Hepatite Crónica por Vírus da Hepatite C

VIH+ Seropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana

VMER Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	1
2. DESENVOLVIMENTO	4
2.1. Centro de Orientação de Doentes Urgentes	5
2.2. Meios de Emergência	7
2.2.1. AEM	8
2.2.1.1. Porto 4 – 28/09/2017 (14-20h)	8
2.2.1.2. Porto 4 – 04/10/2017 (14-20h)	12
2.2.1.3. Porto 4 – 28/01/2018 (08-20h)	14
2.2.2. SIV	21
2.2.2.1. Gondomar – 3/10/2017 (14-20h)	21
2.2.2.2. Póvoa do Varzim – 11/10/2017 (14-20h)	22
2.2.2.3. Póvoa do Varzim – 23/01/2018 (14-20h)	23
2.2.2.4. Póvoa do Varzim – 15/01/2018 (14-20h)	25
2.2.3. VMER	28
2.2.3.1. CHP – 25/09/2017 (14-20h)	28
2.2.3.2. CHP – 29/09/2017 (14-20h)	29
2.2.3.3. CHP – 17/02/2018 (08-20h)	30
3. DISCUSSÃO	34
4. ANEXOS	37
4.1. ANEXO I – Figura 1 – A Estrela da Vida®	38
4.2. ANEXO II – Gráfico 1 – Comparação entre o número de ocorrências inicialmente propostas e as efetivas quanto à sua tipologia	39
4.3. ANEXO III – Fichas de realização de estágio	40
4.4. ANEXO IV – Declaração comprovativa da realização do estágio	53
5. BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUÇÃO

No quotidiano, quando alguém sofre uma alteração súbita do estado de saúde, a população espera uma assistência médica rápida e eficiente, valorizando o médico pelas suas competências e experiência na abordagem ao doente súbito.

Para dar resposta às necessidades da população considero um dever enquanto futuro médico maximizar a formação na área de emergência médica pré-hospitalar. Para tal, nada como entrar no quotidiano das equipas de EPH para compreender tecnicamente o seu trabalho e sentir de perto as suas vivências.

Na assistência às vítimas de acidente ou doença súbita, o INEM enquanto organismo do Ministério da Saúde é responsável por coordenar o funcionamento do SIEM, onde outras entidades são incluídas (PSP, GNR, Bombeiros, CVP, Hospitais e Centros de Saúde), unindo esforços para respeitar a concretização das 6 fases sequenciais de assistência a doentes emergentes (Deteção, Alerta, Pré-Socorro, Socorro no local do acidente, Cuidados durante o transporte, Transferência e tratamento definitivo) simbolicamente representadas pela Estrela da Vida® (Anexo I - Figura 1).^{6, 12, 14}

Ligando “112”, a PSP ou GNR atende e tria a chamada para o CODU – uma rede de telecomunicações com sede física que centraliza e coordena a actividade do SIEM, constituída por equipa de TOTE e médicos que aconselham, selecionam e enviam o meio de socorro apropriado em função da situação clínica das vítimas, proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência. Entretanto, o CODU é também responsável pelo acompanhamento das equipas de socorro no terreno através das informações clínicas recebidas, selecionando e preparando a receção hospitalar dos doentes, em função de critérios clínicos, geográficos e dos recursos da unidade de saúde de destino.¹⁴

Os meios de socorro disponíveis para dar resposta à população, incluem: Ambulâncias de Emergência Médica, tripuladas por dois TAE com formação de TAS, DAE e Condução de Emergência; Ambulâncias SIV, localizadas em unidades de saúde e tripuladas por TAE e enfermeiro; Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, tendo uma base hospitalar e equipamento para SAV do foro médico e traumatológico, são tripuladas por enfermeiro e médico; Ambulâncias TIP, tripuladas por TAE, enfermeiro e médico, realizam transporte inter-hospitalar de emergência a vítimas dos 0 aos 18 anos; Motociclos de Emergência Médica, tripulados por TAE e equipados com DAE, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, permitindo uma rápida chegada à vítima em ambiente urbano; Helicópteros de emergência médica, equipados com material de SAV e tripulados por enfermeiro, médico e dois pilotos, permitem o transporte de vítimas entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde; Veículos de intervenção UMIPE, conduzidos por elementos com curso de condução de emergência, transportam um psicólogo para situações específicas que requerem o seu apoio. Como

subsistema, existe o CODU – Mar, que presta aconselhamento médico em situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações, podendo acionar evacuação e encaminhamento hospitalar.^{14, 19}

DESENVOLVIMENTO

2.1. CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES (CODU)

Durante os turnos no CODU-Norte, conheci a organização física, o modo de funcionamento e o papel de cada elemento da equipa. Tive oportunidade de ouvir o atendimento, triagem e aconselhamento de um total de 28 chamadas 112 (24 de doença súbita e 4 de trauma), durante as quais observei a aplicação do programa informático TETRICOSY® e de presenciar a selecção e acionamento dos meios INEM. Algumas das chamadas atendidas por serem classificadas como não emergentes, eram encaminhadas para a Linha de Saúde 24, solução que poupa a mobilização de meios que ficam assim disponíveis para ocorrências emergentes. O inverso também ocorreu com uma chamada recebida desta linha convertida numa activação com meio INEM.

Apercebi-me que a informação nem sempre é fácil de obter ao atender uma chamada 112, sobretudo a localização da ocorrência, e que mesmo questionada múltiplas vezes sobre o local, a população tende a descrever pormenorizadamente o evento ou desconhece mesmo o local onde se encontra. É um fenómeno que dificulta o trabalho dos TOTE e que tem repercussões na demora de activação do meio.

Presenciei chamadas das equipas no terreno para passagem de dados e compreendi a sua utilidade na melhor caracterização da ocorrência e na actualização de dados por discrepância com o fluxograma inicial.

Acompanhei também a recepção de pedidos de ajuda diferenciada, de alteração de destino e assisti a algumas situações particulares como o *ponto de encontro* (ou o chamado *rendez vous*) entre diferentes meios durante o transporte da vítima para o hospital, a fim de evitar o afastamento excessivo dos meios em relação às suas bases.

Assisti ainda ao acionamento do CAPIC com mobilização da UMIPE para uma situação de atropelamento de criança presenciada pela mãe.

Reparei que em todo o processo, o elemento médico presente é soberano nas decisões e na prioridade atribuída a cada situação.

2.2. ACIONAMENTO DOS MEIOS DE EMERGÊNCIA

2.2.1. AMBULÂNCIA DE EMERGÊNCIA MÉDICA (AEM)

2.2.1.1. AEM PORTO 4 – 28 DE SETEMBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #1

15:18

Informação do CODU:

Masculino, 83 anos. Dispneia.

Local:

Cedofeita, Porto. Centro Social. (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima sentada numa cadeira, consciente, orientada e comunicativa com discurso lentificado. Cianose labial. Funcionários presentes no local.

16:35

Antecedentes patológicos:

Cardiopatía valvular, DPOC, HTA, obesidade e DM. Sem informação sobre medicação habitual. Doente traz no bolso um inalador de brometo de ipratrópio.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 164/70mmHg; FC: 57bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 126mg/dL; SpO₂ (21%): 80%; Sem défices motores ou sensitivos.

16:37

Actuação:

Inicia-se O₂ a 3L/min, conseguindo-se estabilizar SpO₂ em 97%.

Transferência para ambulância com cadeira de evacuação.

Saída do local e Transporte:

AEM

16:57

Destino:

CHP

17:20

Comentário:

Neste caso, o facto de os funcionários da instituição não conhecerem a medicação habitual da vítima sugere uma má adesão ao plano terapêutico, facilitadora de um quadro de exacerbação de uma DPOC de base. A recuperação para valores de SpO₂ normais após a administração de O₂ reforça a hipótese deste quadro. Nesta activação tive oportunidade de efetuar a transferência da vítima na cadeira de evacuação.

Informação do CODU:

Feminino, 43 anos. Queda.

Local:

Trindade, Porto. Pastelaria (acesso difícil)

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito lateral direito no pavimento da cozinha, consciente, orientada e comunicativa. Outro funcionário presente, alega ter testemunhado queda de escadote de uma altura de cerca de 2 metros, tendo a vítima embatido no pavimento duro com o hemicorpo direito.

17:52

Antecedentes patológicos:

Depressão. Medicada com alprazolam 0,5mg em SOS à noite.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 119/56mmHg; FC: 67bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 110mg/dL; SpO₂ (21%): 97%; queixas de dor 5/10 na região da crista ilíaca direita. Não se observam sinais de hemorragia. Sem défices motores ou sensitivos.

17:57

Actuação:

Vítima imobilizada com colchão de vácuo e colar cervical sobre plano rígido.
Transferência para ambulância em maca.

Saída do local e Transporte:

AEM

18:22

Destino:

CHP

18:35

Comentário:

Nesta ativação apercebi-me da dificuldade em transferir a vítima. O acesso à cozinha era feito por corredores estreitos com ângulos que dificultavam a passagem da maca e do restante equipamento. Houve necessidade de mobilizar arcas frigoríficas e caixas de bebidas do caminho. Nesses minutos refleti na implicação que este aspecto teria no prognóstico da vítima, caso fosse crucial uma evacuação mais rápida.

Informação do CODU:

Masculino, 30 anos. Convulsões.

Local:

Piolho, Porto. Cafeteria (acesso fácil)

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito dorsal no pavimento junto ao balcão. Um dos funcionários tenta introduzir uma colher metálica na cavidade oral desta. A pedido da equipa retira objecto, abandona-a e descreve que a vítima sofreu perda consciência e terá iniciado crise convulsiva durante 10 segundos.

18:50

Antecedentes:

Vítima assume que está confusa e refere que ia a caminho de Santiago de Compostela não fornecendo mais informação.

Avaliação:

Consciente. Confuso. Amnésia retrógrada. Glasgow 14 (O4V4M6); PA: 122/70mmHg; FC: 58bpm; FR: 16cpm; Temp. auricular: 36,3°C Glicémia capilar: 108mg/dL; SpO₂ (21%): 98%; nega dor. Sem mordedura de língua. Dentes íntegros. Não se observam sinais de hemorragia ou lesões cutâneas. Sem défices motores ou sensitivos.

18:55

Actuação:

Transferência para ambulância em cadeira de evacuação.

Saída do local e Transporte:

AEM

19:00

Destino:

CHP

19:03

Comentário:

Neste caso reconheci que a população civil por querer ajudar as vítimas pode cometer erros. Pela proximidade de idade à vítima gerou-se alguma empatia que me fez imaginar como valorizaria a sensação de confiança nas equipas de EPH, num estado confusional.

Informação do CODU:

Masculino, 40 anos, dor abdominal.

Local:

Bonfim, Porto. Moradia (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima obesa encontrada encostada ao balcão da cozinha gemendo. Mobiliza-se autonomamente. Nega história recente de trauma.

19:32

Antecedentes patológicos:

Nega

Avaliação:

PA: 155/86mmHg; FC: 87bpm; FR: 20cpm; SpO₂ (21%): 98%; Dor na região lombar direita 7/10 sem irradiação anterior ou testicular. Nega hematúria. Não tomou qualquer medicação.

19:35

Actuação:

Transferência para ambulância.

Saída do local e Transporte:

AEM

19:45

Destino:

HSJ

19:58

Comentário:

Neste caso, um dos aspetos que notei foi a diferença entre a informação obtida pelo CODU e a que foi obtida junto da vítima, nomeadamente a localização da dor. Colocando-me na posição da vítima reflito se esta não pensará porque é que num primeiro contacto com técnicos de saúde não poderá receber analgesia.

2.2.1.2. AEM PORTO 4 – 4 DE OUTUBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #5

16:15

Informação do CODU:

Feminino, 90 anos. Dor abdominal.

Local:

Massarelos, Porto. Apartamento R/C. Acesso fácil.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima sentada no sofá da sala, consciente e orientada.

16:20

Antecedentes patológicos:

MH: AAS, sinvastatina, lorazepam, omeprazol.

Seguida em consulta de Cirurgia Geral, desconhecendo causa.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 113/70mmHg; FC: 82bpm; FR: 18cpm regular; Glicémia capilar: 246mg/dL; SpO₂ (21%): 96%; Temp. auricular: 38,8°C. Pele e mucosas ictéricas. Abdómen distendido e timpanizado. RHA presentes em todos os quadrantes. Nega dor. Última refeição às 13h. Nega alterações na cor da urina ou dejeções. Evacuuou hoje fezes moldadas. Dependente na mobilização.

16:30

Actuação:

Transferência em cadeira de evacuação para ambulância.

Saída do local e Transporte:

AEM

16:50

Destino:

CHP

17:15

Comentário:

Neste caso, tive oportunidade de colaborar com a equipa realizando o exame objectivo descrito e transferindo a vítima na cadeira de evacuação.

Informação do CODU:

Feminino, 89 anos. Queda.

Local:

Campo Alegre. Lar de idosos. 3º andar, escadas estreitas (acesso difícil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima consciente e orientada em DD na cama. Funcionária presenciou queda da vítima da cama para o chão.

18:00

Antecedentes patológicos:

MH: levotiroxina

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 105/72mmHg; FC: 88bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 126mg/dL; SpO₂ (21%): 95%; Temp.: 36,2°C. Com membros inferiores em extensão, observa-se MID com menor comprimento e moderada dor à mobilização. Sem défices sensitivos ou alterações da perfusão periférica.

18:10

Actuação:

Imobilização em maca de vácuo e transferência em maca.

Saída do local e Transporte:

AEM

18:25

Destino:

CHP

18:38

Comentário:

Neste caso tive oportunidade de colaborar com a equipa na imobilização da vítima em maca de vácuo e na transferência em maca pelas escadas. Valorizei neste momento a importância das equipas de EPH apresentarem uma condição física apta para lidar com este tipo de situações oferecendo uma transferência segura à vítima.

2.2.1.3 AEM PORTO 4 – 28 DE JANEIRO DE 2018 (8 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #7

09:02

Informação do CODU:

Masculino, 83 anos. Queda no domicílio.

Local:

Campo Alegre. 5º andar com elevador (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Recebidos à porta pela irmã da vítima com comportamento desadequado rindo-se. Apartamento sujo e desarrumado, com cheiro fétido, tapetes rasgados e húmidos de urina, mobiliário destruído. Vítima emagrecida em decúbito dorsal no pavimento da sala, vestido com pijama húmido e sujo em condições de higiene deplorável. Enquanto a vítima se queixa, a irmã mantém comportamento de riso e refere que activou pedido de ajuda só para que os ferimentos decorrentes do acidente fossem tratados no local. Vítima queixa-se que foi empurrada.

09:20

Antecedentes patológicos: (Fonte: documentos espalhados na sala).

Esquizofrenia. HBP. Medicação: Haldol (posologia desconhecida), Bromazepam 3mg, Midazolam 15mg, Finasteride 5mg, Tansulosina 0,4mg. Adesão duvidosa à terapêutica prescrita.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 124/71mmHg; FC: 77bpm; FR: 19cpm; Glicémia capilar: 96mg/dL; SpO₂ (21%): 98%; Sem défices motores ou sensitivos. Sem outras alterações. Escoriações nos joelhos e palmas das mãos.

09:35

Actuação:

Atualização de dados ao CODU que mobilizou PSP ao local. Fomos informados que se trata de um caso social já notificado ao Ministério Público (MP) e que aguarda resolução. Informados também que a irmã da vítima tem diagnóstico psiquiátrico. Realizado tratamento das feridas, trocada roupa e fralda da vítima.

10:00

Saída do local e Transporte:

AEM

10:25

Destino:

CHP

10:50

Comentário:

Este foi um caso que me marcou pela extrema degradação da condição e dignidade humana. Embora desconheça as datas de notificação ao MP e os passos jurídicos necessários à mobilização de apoio social, o que presenciei requer uma resposta urgente que vai além dos esforços das equipas de EPH na sinalização destas situações.

ACTIVAÇÃO #8**11:27****Informação do CODU:**

Masculino, 74 anos. Dor abdominal.

Local:

Massarelos, Porto. 1º andar com escadas (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito lateral no leito queixosa pelo sucedido. À inspeção apresenta catéter de nefrostomia exteriorizado e saco colector com vestígios hemáticos. Refere que deliberadamente o puxou por sentir desconforto no local. Esposa presente no local.

11:35**Antecedentes patológicos:**

Seguido no IPO – Porto por carcinoma da bexiga, já submetido a exérese. Colocação de nefrostomia há 4 dias. Medicado com cotrimoxazol e paracetamol.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 145/90mmHg; FC: 68bpm; FR: 18cpm; Glicémia capilar: 96mg/dL; SpO₂ (21%): 98%; Apirético. Nega dor. Sem défices motores ou sensitivos. Sem outras alterações.

11:45**Actuação:**

Realizada limpeza com SF 0,9% e proteção do ex-local de inserção do tubo de nefrostomia com compressas esterilizadas. Vítima transfere-se sozinha para ambulância.

Saída do local e Transporte:

AEM

12:05**Destino:**

HSJ

12:20

Comentário:

Neste caso, embora o hospital mais próximo fosse o CHP, reconheci a importância de actualizar dados ao CODU relativamente ao local onde a vítima habitualmente é seguida, para que o encaminhamento médico seja eficiente.

ACTIVAÇÃO #9**13:25****Informação do CODU:**

Feminino, 98 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Cedofeita, Porto. 3º andar sem elevador, com escadas estreitas (acesso difícil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima no leito em DD. Consciente, prostrada com afasia global. Filha presente no local informa que vítima habitualmente deambula com supervisão e que desde a manhã de hoje não se levantou.

13:40**Antecedentes patológicos:**

Doença de Parkinson, Hipotireoidismo, HTA, Obesidade, FA, IRC, IC
Medicação habitual: levotiroxina 75, carbidopa/levodopa 100/25, furosemida 40, pantoprazol 20, carvedilol 6,25.

Avaliação:

Glasgow 12 (O3V4M5) ausência de resposta verbal; PA: 121/60mmHg; FC: 87bpm; FR: 20cpm; Glicémia capilar: 152mg/dL; SpO₂ (21%): 91%; Temp.: 36,2°C. Não cumpre ordens. Sensibilidade e tónus muscular preservados. Sem desvio conjugado do olhar, reactividade pupilar mantida simétrica e consensual. Sem desvios da comissura labial.

13:45**Actuação:**

Iniciada oxigenoterapia 2L/min por cânulas nasais.

Saída do local e Transporte:

Evacuação por escadas com cadeira de evacuação.

14:03

AEM

Destino:

CHP

14:20

Comentário:

Neste caso, uma vez mais lidámos com obstáculos arquitetónicos à evacuação de vítima obesa, com recurso as técnicas que requerem uma boa condição física para a sua correcta execução.

ACTIVAÇÃO #10**14:33****Informação do CODU:**

Feminino, 65 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Quinta Amarela, Porto. 2º andar sem elevador (acesso fácil). Quarto alugado.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima deambulando dentro do quarto, chorosa, verbalizado ideação suicida e cefaleias. Grita com vizinhos presentes nas escadas do prédio acusações obscenas que são recíprocas.

14:40**Antecedentes patológicos:**

Depressão (seguida no HML), HTA.

Medicação habitual: bisoprolol, triantereno, losartan 100.

Avaliação:

Consciente, orientada no tempo e espaço. Glasgow 15; PA: 150/80mmHg; FC: 130bpm; FR: 18cpm; Glicémia capilar: 122mg/dL; SpO₂ (21%): 98%; Temp.: 36,5°C. Hálito etanólico. Nega alterações da percepção ou actividade alucinatória. Humor depressivo.

14:45**Actuação:**

Fechada a porta do quarto. Realizada abordagem à vítima com atitude calma, sugerindo transporte até ao HSJ para observação por Psiquiatria que vítima aceitou.

Saída do local e Transporte:

AEM

14:52**Destino:**

HSJ

15:10**Comentário:**

Neste caso, reflecti sobre a versatilidade de situações às quais os técnicos de EPH têm de dar resposta, entre a exigência de capacidades físicas numa activação, ao apelo à inteligência emocional no accionamento seguinte.

Informação do CODU:

Masculino, 10 anos. Acidente.

Local:

Via pública junto à entrada da Casa da Música, Porto.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima de queda por acidente de skate sentada no pavimento, consciente, orientado, calmo e colaborante, junto à entrada do edifício. Mãe da vítima presente. Cerca de 20 pessoas em redor da vítima comentando o tempo de demora da chegada do meio de socorro. Mobilizada vítima para o interior da ambulância para proceder à avaliação.

15:47

Antecedentes patológicos:

Nega.

Avaliação:

Palidez cutânea. Glasgow 15; PA: 80/50mmHg; FC: 95bpm; FR: 18cpm; Glicémia capilar: 127mg/dL; SpO₂ (21%): 97%; Temp.: 36,3°C. Apresenta laceração com cerca de 2cm na região parietal esquerdas Sem défices motores ou sensitivos. Sem desvios conjugados do olhar. Reactividade pupilar simétrica e consensual. Sem náuseas ou vômitos.

15:52

Actuação:

Limpeza da ferida com SF, proteção com compressas estéreis secas e gelo local. Explicada à vítima e mãe a importância do uso de capacete.

Saída do local e Transporte:

AEM

15:55

Destino:

HSJ

16:05

Comentário:

Nesta activação, lidei com alguns sentimentos de revolta face aos comentários dos civis que ignorei assim como a equipa o fez. Passei a encarar o interior da ambulância como um abrigo que isola a vítima e a equipa do ambiente que se pode tornar hostil ao adequado socorro no local da ocorrência.

Informação do CODU:

Feminino, 90 anos. Dispneia súbita.

Local:

Avenida da Boavista, Porto. 1º andar em prédio com elevador (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima acamada, já monitorizada pela equipa da VMER-CHP no local. Filha presente no local.

18:21

Antecedentes patológicos:

HTA, Estenose Aórtica.

Avaliação:

Glasgow 7 (O2V1M4); PA: 133/66mmHg; FC: 114bpm; FR: 10cpm; Glicémia capilar: 240mg/dL; SpO₂ (FiO₂ 80% por máscara):88%; Temp.: 36,3°C.

18:25

ACP: crepitações presentes em todos os campos pulmonares.

Actuação:

Colaboração na canalização de acesso venoso periférico e administração de 20mg de furosemida IV pela equipa VMER.

2ª Avaliação:

Vítima entra em FV que evolui para assistolia.

18:32

2ª Actuação:

Não são iniciadas manobras SBV/SAV por ordem médica. Verificação de óbito.

Saída do local:

18:52

Comentário:

Neste caso tive oportunidade de assistir à Decisão de Não Reanimação, aproveitando para refletir sobre o papel do médico por vezes difícil ao pesar as consequências de não atuar (morte), comparativamente aos benefícios de investir na reanimação de vítima idosa com co-morbilidades que diminuem a perspetiva de uma qualidade de vida digna.

Informação do CODU:

Masculino, 54 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Batalha, Porto. Via pública.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima alcoolizada a cantar sentada no pavimento. Turistas responsáveis pelo accionamento presentes no local.

19:25

Antecedentes patológicos:

Desconhecidos.

Avaliação:

Glasgow 14 (O4V4M6); PA: 131/84mmHg; FC: 106bpm; FR: 20cpm; Glicémia capilar: 120mg/dL; SpO₂ (21%): 96%; Temp.: 35,8°C. Extremidades frias. Sem lesões visíveis. Sem défices motores ou sensitivos. Não especifica quantidade de álcool consumida. Nega consumo de outras substâncias. Aceita ajuda médica. Ao solicitar identificação, vítima assume atitude agressiva que reverte com abordagem calma e assertiva.

Actuação:

Transferência para interior da ambulância. Aquecimento da vítima com manta térmica e ar condicionado.

Saída do local e Transporte:

AEM

19:48

Destino:

CHP

20:12

Comentário:

Segundo a equipa AEM, o caso descrito representa uma situação bastante comum no seu quotidiano, com vítimas já conhecidas por acionamentos anteriores nas mesmas circunstâncias (alcoolizadas), o que facilita a sua identificação.

2.2.2. AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA (SIV)

2.2.2.1. SIV GONDOMAR – 3 DE OUTUBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #14

18:07

Informação do CODU:

Feminino. 56 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Gondomar. Moradia. Acesso fácil.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito lateral esquerdo no sofá da sala. Consciente e orientada, recusa avaliação. Filho e nora da vítima presentes no local referem que ao chegar a casa há cerca de 20 minutos, vítima alterava períodos de irresponsividade alternada com agressividade verbal. Vítima tem relação conflituosa com a nora.

18:17

Antecedentes patológicos:

HTA, DM, dislipidemia.

Avaliação:

Glasgow 15; Recusa avaliação dos SV's. Eupneica, sem sinais de dificuldade respiratória. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Aparência cuidada com boa higiene. Discurso coerente e fluido sem sinais de humor depressivo ou impulsividade.

18:20

Actuação:

Vítima recusa transporte e assina termo de responsabilidade. Explicado ao filho a necessidade de vigilância da vítima nomeadamente na acessibilidade aos fármacos habituais e de objectos passíveis de serem lesivos.

Saída do local e Transporte:

18:42

Comentário:

Embora o quadro descrito pelo filho da vítima sugira um comportamento consciente e demonstrativo, não é desvalorizado o potencial para evoluir para comportamentos de autoagressão ou agressão a terceiros, o que remete para a importância de vigilância de comportamentos.

2.2.2.2. SIV PÓVOA DO VARZIM – 11 DE OUTUBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #15

17:05

Informação do CODU:

Feminino, 64 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Vila do Conde. Pastelaria. (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima sentada à mesa a ler jornal, consciente e orientada, calma e comunicativa com familiares presentes no local. Estes referem ter testemunhado alteração transitória do estado de consciência e vômito de conteúdo alimentar após ingestão de gelado e café com dois pacotes de açúcar.

17:20

Antecedentes patológicos:

HTA e DM diagnosticado desde data desconhecida.

Desconhece e não cumpre medicação.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 138/70mmHg; FC: 70bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 220mg/dL; SpO₂ (21%): 98%. Sem défices motores ou sensitivos.

17:22

Actuação:

Vítima recusa transporte e assina termo de responsabilidade. Explicada necessidade de seguimento médico e adesão a terapêutica prescrita.

Saída do local:

17:30

Comentário:

Este contacto deixou um sentimento de ambiguidade. Apesar da desejada reversão do motivo de accionamento, este foi um exemplo de uma vítima com assumido desinteresse pelo seu estado de saúde no quotidiano, mas mobilizador de recursos de emergência médica. Criou-me particular incómodo a atitude de passividade e desdém da vítima e família para com a equipa que minutos antes circulava em condução de emergência.

2.2.2.3. SIV PÓVOA DO VARZIM – 23 DE JANEIRO DE 2018 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #16

17:34

Informação do CODU:

Feminino, 22 meses. Convulsão febril.

Local:

Azurara, Vila do Conde. Moradia (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito dorsal no tapete da sala. Mãe no local, relata episódio de febre (39,5°C) e prostração na vítima, tendo administrado 125mg de paracetamol rectal às 17h15 e 15 minutos depois vomita conteúdo alimentar e inicia convulsão. Nega factores desencadeantes.

17:45

Antecedentes patológicos:

Desconhecidos

Avaliação:

Glasgow 11 (O3V3M5); ECG: taquicardia sinusal; PA: 90/48mmHg; FC: 180bpm; FR: 24cpm; Glicémia capilar: 103mg/dL; SpO₂ (21%): 80%; Temp. timpânica: 39,1°C. AP: crepitações em todos os campos. AC: S1 e S2 normofonéticos. Pupilas simétricas e reactivas.

17:47

Actuação:

Administrado 5mg de diazepam + 125mg de paracetamol rectal e O₂ a 2L/min.

Saída do local e Transporte:

Durante o transporte, Glasgow 5 (O1V1M3), inicia período de apneia (3s) e nova crise convulsiva de 10s seguida de 2º vômito alimentar. Cianose periférica, SpO₂ 77% (sob O₂ a 2L/min). Colocação da vítima em PLS. Aspiração de conteúdo vomitado e secreções da orofaringe. Oxigenoterapia 15L/min por máscara de alto débito. Não se consegue canalizar acesso venoso periférico.

18:05

18:25

Destino:

HSJ

18:28

Comentário:

Esta ocorrência marcou-me por duas particularidades. A primeira por se tratar de uma criança de 22 meses em situação crítica. A segunda pelo agravamento do quadro que obrigou a técnicas cuja execução se tornou um desafio durante o transporte, nomeadamente no acesso venoso. Refleti na hipótese de criar acesso intraósseo a poucos minutos de chegar ao HSJ.

Informação do CODU:

Masculino, 56 anos. PCR

Local:

Esposende, junto aos BV. 1º andar com escadas.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em PCR com rigidez muscular no chão do quarto em decúbito dorsal. Bombeiro efetuando repetidas leituras com DAE que não desfibrila. Família presente no local refere que falou com a vítima pela última vez cerca das 11h de hoje. Entretanto chega VMER de Viana do Castelo.

19:12

Antecedentes patológicos:

Desconhecidos

Avaliação:

ECG: assistolia; pupilas midriáticas; pele fria, rigor mortis completo.

19:15

Actuação:

Devido ao tempo prolongado de PCR, não são iniciadas manobras SAV.

Verificação de óbito.

19:40

Saída do local:

19:45

Comentário:

Nesta ocorrência observei que o facto de a verificação de óbito ser um acto médico, implica que as tentativas de reanimação cessem só após decisão médica.

2.2.2.4. SIV PÓVOA DO VARZIM – 15 DE FEVEREIRO DE 2018 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #18

14:15

Informação do CODU:

Feminino, 89 anos. PCR.

Local:

Póvoa do Varzim. Moradia. 1º andar com escadas (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima consciente e dispneica em decúbito dorsal no leito. BV Póvoa do Varzim e 2 filhas presentes no local.

14:20

Antecedentes patológicos:

Patologia cardíaca, não se conseguindo obter mais informação.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 150/111mmHg; FC: 115bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 103mg/dL; SpO₂ (21%): 89%; Temp. timpânica: 36,7°C. AP: crepitações difusas; AC: S1 e S2 normofonéticos.

14:25

Actuação:

Transferência para ambulância em cadeira de evacuação.

Nebulização de 0,5mg de salbutamol por máscara de oxigénio a 3L/min.

Saída do local e Transporte:

Ambulância SIV.

14:30

Destino:

HPV

14:43

Comentário:

Nesta situação, tive oportunidade de colaborar quer na transferência da vítima quer na preparação e administração dos fármacos.

Informação do CODU:

Masculino, 65 anos. Pedido de transporte secundário.

Local:

HPV - SU

Chegada ao local e 1º contacto:

Doente orientado, calmo e colaborante.

16:13

Antecedentes patológicos:

Neoplasia do pulmão

Avaliação:

PA: 141/85mmHg; FC: 86bpm; FR: 19cpm; SpO₂ (2L/min): 97%; AP: crepitações difusas; AC: S1 e S2 normofonéticos.

Actuação:

Transferência para ambulância na maca.

Saída do local e Transporte:

Ambulância SIV

16:20

Destino:

HPH

16:55

Comentário:

Não concordo com a mobilização de meios técnicos de EPH para a realização de transporte secundário. Antes da realização deste estágio considerava que os meios seriam activados em situações emergentes e não em transporte inter-hospitalar de doentes clinicamente estáveis. Reflecti na implicação que a indisponibilidade do meio poderia ter em situações emergentes na sua área de abrangência, podendo ser necessária a mobilização de meios geograficamente periféricos que sofreriam igualmente redução na sua capacidade de resposta.

Informação do CODU:

Masculino, 81 anos. Atropelamento.

Local:

N13, junto ao Tourigalo. Póvoa do Varzim.

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima consciente e comunicativa em decúbito dorsal no pavimento da estrada, junto à passadeira. BVPV no local e a iniciar imobilização com colar cervical e plano rígido. Cerca de quinze civis no local verbalizam ameaças físicas ao condutor do ligeiro alegadamente responsável pelo atropelamento que acabou por se trancar dentro da viatura. Civis descrevem que a vítima iniciou travessia pela passadeira quando sofreu embate pelo ligeiro, sendo projetada cerca de 5 metros. Trânsito condicionado. Entretanto chega GNR.

18:30

Antecedentes patológicos:

Desconhecidos.

Avaliação:

Orientada no tempo e espaço. Glasgow 15. PA: 195/87mmHg; FC: 78bpm; FR: 18cpm; Glicémia capilar: 144mg/dL; SpO₂ (21%): 93%. Pupilas reactivas e simétricas. Sem alterações da sensibilidade. Pele corada, fria e húmida (exposição a chuva). Escoriação na região frontal e antebraço direito. Hematoma lateral na perna esquerda. ACP sem alterações. Bombeiros negam alteração do estado de consciência da vítima até à nossa chegada.

18:35

Actuação:

Imobilização e transferência da vítima para o interior da ambulância. Ligado aquecimento e colocado lençol térmico. Limpeza das escoriações.

Saída do local e Transporte:

Ambulância SIV

19:00

Destino:

HPH

19:30

Comentário:

Tive oportunidade de colaborar activamente nas técnicas de imobilização e transferência. A exposição da vítima a precipitação intensa obrigou a especial cuidado na manutenção da sua temperatura corporal. Reflecti assim na importância de maximizar o conforto oferecido à vítima durante o seu transporte.

2.2.3. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)

2.2.3.1. VMER SANTO ANTÓNIO – CHP 25 DE SETEMBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #21

16:45

Informação do CODU:

Masculino, 40 anos. Enforcamento

Local:

Campanhã, Porto. Apartamento em 3º andar sem elevador (acesso difícil)

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima obesa com períodos de agitação psicomotora em decúbito dorsal no átrio do 3º piso do prédio. Veste um fato de treino e está rodeado por 3 civis e um agente policial. Um dos civis é familiar e refere que encontrou a vítima em enforcamento com cabo de plástico tendo impedido a consumação do acto.

17:02

Antecedentes patológicos:

Asma, Síndrome depressiva, desconhecem-se hábitos farmacológicos

Avaliação:

Glasgow 6 (O2V2M2); pupilas em midríase; PA: 109/41mmHg; FC: 113bpm; FR: 26cpm irregular e superficial; Glicémia capilar: 206mg/dL; Temp.: 36,2°C; SpO₂ (21%): 68%; pele cianótica; sem estigmas visíveis de constrição no pescoço; entretanto inicia crise convulsiva que reverte espontaneamente em menos de 10 segundos.

17:05

Actuação:

O₂ a 15L/min em máscara de alto débito com subida de SpO₂: 97%. Criados 2 acessos venosos periféricos. Entubação endotraqueal. Administradas 400mg de propofol IV + 150mg de fentanil IV + 400ml de SF 0,9% em perfusão IV (manter acessos). Iniciada ventilação manual com O₂ acoplado. Realizada imobilização da vítima sob plano duro e aplicado colar cervical. Transferência e monitorização na ambulância SIV – Porto 1 presente no local.

Saída do local e Transporte:

Ambulância SIV – Porto 1, com médico. Ventilação manual, mantendo EtCO₂: 40mmHg (capnografia) e SpO₂ (FiO₂: 60%): 88%.

17:55

Destino:

HSJ

18:12

Comentário:

Esta saída foi uma das mais marcantes quer pelas características da vítima quer pela participação na sua estabilização. Reconheci a vantagem em possuir destreza na técnica de entubação na abordagem da via aérea na estabilização da vítima contra o factor tempo.

2.2.3.2. VMER SANTO ANTÓNIO – CHP 29 DE SETEMBRO DE 2017 (14 ÀS 20H)**ACTIVAÇÃO #22****15:39****Informação do CODU:**

Feminino, 59 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Bonfim, Porto. Passeio da via pública (acesso fácil)

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima consciente e orientada. Refere ter sentido visão turva tendo-se sentado. Almoçou.

15:42**Antecedentes patológicos:**

Síndrome depressiva, Dislipidemia. Desconhece medicação habitual.

Avaliação:

Glasgow 15; PA: 115/77mmHg; FC: 87bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 143mg/dL; SpO₂ (21%): 98%. Pele corada e hidratada. Sem alterações motoras ou sensitivas. Sem outras queixas ou sinais clínicos relevantes.

15:44**Actuação:**

Transferência para ambulância AEM presente no local.

Saída do local e Transporte:

AEM – Porto 4

15:55**Destino:**

HSJ

Comentário:

Pelo facto da vítima se encontrar clinicamente estável, optou-se por não medicalizar o transporte na AEM-Porto 4. Tive oportunidade de colaborar no preenchimento da ficha de observação médica.

2.2.3.3. VMER SANTO ANTÓNIO – CHP 17 DE FEVEREIRO DE 2018 (8 ÀS 20H)

ACTIVAÇÃO #23

10:14

Informação do CODU:

Feminino, 58 anos. Crise convulsiva. Pedido de apoio pela AEM – Porto 5.

Local:

Campo Alegre. Apartamento quarto num 2º andar (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito lateral esquerdo na cama. Filha presente alega que a 1ª crise convulsiva ocorreu pouco depois da vítima ter ingerido o pequeno-almoço, tendo-a medicado com 5mg diazepam rectal. O fármaco surtiu efeito, mas cerca das 9h vítima apresentou nova crise convulsiva que motivou a activação. Sob oxigenoterapia a 2L/min iniciada pela equipa AEM-Porto 5 presente no local.

10:18

Antecedentes patológicos:

Dependente nas AVD's. Seguida no CHP em Neurocirurgia por tumor cerebral desde 2002, epilepsia desde 2008 e hidrocefalia em 2011. Medicação habitual: diplexil 500mg, hidantina 100mg, lepicortinol 5mg; viterra. Alergia a paracetamol.

Avaliação:

Obesidade, edema dos membros, prostração. Pele pálida e hidratada, Glasgow 10 (O4V2M4); pupilas reativas; PA: 125/65mmHg; FC: 79bpm; FR: 17cpm; Glicémia capilar:136mg/dL (última refeição: 8h15); SpO₂ (FiO₂ 28%): 99%; ritmo sinusal no ECG. Presenciada nova crise convulsiva durante a avaliação.

10:20

Actuação:

Canalizado acesso venoso periférico, administradas 5mg de diazepam IV que reverteram quadro convulsivo.

Saída do local e Transporte:

Com médico, na AEM – Porto 5.

10:29

Destino:

CHP

10:45

Comentário:

Nesta situação tive possibilidade de colher bastante informação sobre os antecedentes patológicos, medicamentosos e alérgicos. Algo que é útil para orientar a abordagem à vítima e estruturar o raciocínio clínico. Infelizmente nem sempre as equipas de EPH contam com uma boa fonte de informação no local da ocorrência.

Informação do CODU:

Masculino, 52 anos. Alteração do estado de consciência.

Local:

Campo Alegre. Apartamento num 2º andar com escadas (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima em decúbito lateral esquerdo no chão do WC. Esposa e filha presentes no local alegam que a vítima se levantou cerca das 9h de hoje e que se trancou no WC. Cerca de 15 minutos depois, refere ter ouvido um estrondo que julgou ser oriundo de fora de casa, desvalorizando o ruído. Referem que só aperceberam da vítima na posição descrita perto do meio-dia, altura em que activaram o meio de socorro.

12:08

Antecedentes patológicos:

Sarcoidose, sem mais informação.

Avaliação:

Sonolência. Pele pálida e suada, Glasgow 13 (O4V3M6); pupilas reativas simétricas; PA: 120/78mmHg; FC: 95bpm; FR: 12cpm eupneico; Glicémia capilar:136mg/dL; SpO₂ (21%): 93%; ECG de 12 derivações com supra ST isolado em V2. Temperatura auricular: 38,4°C. ACP: sem alterações. Sem hálito etanólico. Sem incontinência. Sem perda de integridade cutânea ou hematomas. Embora pouco colaborante, a vítima mobilizou-se com ajuda para cadeira de evacuação, mostrando mobilidade sem assimetrias.

12:10

Actuação:

Por se ter apurado durante a abordagem da vítima que a esposa está medicada com diazepam em comprimidos e que a caixa do fármaco está acessível, foi canalizado acesso venoso periférico e administrou-se 0,25mg de flumazenil IV não se obtendo qualquer reversão do quadro. Mantem-se acesso com fluidoterapia (SF0,9%). Oxigenoterapia a 2L/min.

Saída do local e Transporte:

Com médico na AEM – Porto 4 presente no local.

12:15

Destino:

CHP

12:20

Comentário:

Nesse caso, ficou a sensação de que uma relação conflituosa com os familiares poderá ter atrasado o reconhecimento e accionamento. Tive oportunidade de discutir com a equipa o quadro apresentado e possíveis etiologias.

ACTIVAÇÃO #25**12:31****Informação do CODU:**

Feminino, 84 anos. Dispneia. Institucionalizada.

Local:

Leça do Bailio. Lar de Idosos quarto num 2º andar com elevador (acesso fácil)

Chegada ao local e 1º contacto:

Vítima deitada em cama de pressão altera na companhia de duas funcionárias do Lar e dois bombeiros voluntários da corporação de Leça do Bailio.

12:40**Antecedentes patológicos:**

HTA, acamada. Medicação habitual: clopidogrel 75mg/dia, Co-aprovel 300mg/dia, domperidona 1cp/dia, omeprazol 20mg/dia, laevolac 1/dia.

Avaliação:

Vítima emagrecida, anquilosada e prostrada com dispneia e roncos. Pele pálida e hidratada, Glasgow 11 (O3V4M4); pupilas reativas; PA: 124/74mmHg; FC: 107bpm; FR: 24cpm; Glicémia capilar:170mg/dL; SpO₂ (21%): 77%; ritmo sinusal no ECG. ACP com roncos dispersos em todos os campos pulmonares.

12:41**Actuação:**

Realizada aspiração por sonda de secreções purulentas em grande quantidade. Oxigenoterapia a 6L/min por máscara. Reavaliação de SpO₂ (FiO₂ 44%): 86%.

12:45**Saída do local e Transporte:**

BV de Leça do Bailio presentes no local.

13:02**Destino:**

HPH

Comentário:

Neste caso reflecti sobre a ausência de equipas de enfermagem permanentes, em instituições que servem uma população com grande potencial para sofrer deterioração do estado saúde.

Informação do CODU:

Masculino, 48 anos. Crise convulsiva

Local:

Lordelo de Ouro, Porto. Apartamento num R/C (acesso fácil).

Chegada ao local e 1º contacto:

Civis na rua pedem ajuda a uma situação de trauma por rixa (que não a que motivou o accionamento). A equipa decide ir ao número de porta exacto conforme informação do CODU, encontrando vítima em decúbito dorsal na cama na companhia de dois filhos que negam crise convulsiva, mas que descrevem ter observado tremores em todo o corpo.

14:55

Antecedentes patológicos:

Epilepsia, ex-toxicodependente em programa de metadona. VIH+, VHC+, seguido em infeciologia no HSJ. Desconhece outra medicação.

Avaliação:

Consciente, orientado e colaborante. Pele corada e hidratada, Glasgow 15; pupilas mióticas; PA: 124/74mmHg; FC: 75bpm; FR: 16cpm; Glicémia capilar: 130mg/dL; SpO₂ (21%): 99%; ritmo sinusal no ECG; sem mordedura de língua, ou outras lesões visíveis; mobiliza os membros sem assimetria.

15:00

Actuação:

Transferência com ajuda para AEM-Porto 5 presente no local.

Saída do local e Transporte:

AEM – Porto 5

15:10

Destino:

HSJ

Comentário:

Na mesma rua ocorrera outro acionamento por vítima de esfaqueamento numa rixa. Ao passar perto do local dessa ocorrência, os civis apelaram naturalmente à nossa presença junto da vítima por não ter ainda chegado o respectivo meio de socorro. Foi uma situação que me fez reflectir na capacidade de decisão em abordar uma outra vítima que não a da activação inicial num cenário de multivítimas e nas implicações que essa decisão poderá ter na eficaz gestão dos meios de socorro pelo CODU, sem prejuízo para qualquer vítima. Entretanto, valorizei com esta situação o grau de responsabilidade assumido pelos TOTE na cuidadosa obtenção de dados que permitam a localização exacta da ocorrência.

DISCUSSÃO

O principal objectivo do estágio foi atingido. Consegui uma visão global da actividade do INEM contactando diversas situações de emergência em diferentes meios de socorro. Conheci de perto o trabalho desenvolvido e as dificuldades dos profissionais de emergência, entrando numa realidade cujo contacto reafirmo como essencial para o conhecimento da abordagem pré-hospitalar no âmbito académico.

Durante as 8 horas de estágio no CODU conheci a dinâmica do atendimento, triagem aconselhamento e accionamento de meios de 28 chamadas de emergência, o acompanhamento das equipas de socorro no terreno e a selecção e preparação da receção hospitalar das vítimas. Nesse sentido, os objectivos no âmbito do CODU foram igualmente atingidos.

Relativamente aos meios de emergência, para que os objectivos específicos fossem adequados ao contexto, fundamentei a sua definição tendo por base a distribuição das tipologias das ocorrências pré-hospitalares em Portugal continental no ano de 2017.¹⁸

Foram abordadas no total 26 vítimas, das quais 21 apresentavam *Doença Súbita*, 4 apresentavam *Trauma*, 1 foi classificada como *Outros* e \emptyset *Abortadas*. Embora na prática, o número de ocorrências efetivas tenha sido igual ao proposto, contactei com múltiplas tipologias nas activações #7 (*queda + problema psiquiátrico + maus tratos*), #10 (*alteração do estado de consciência + problema psiquiátrico*), #11 (*acidente + criança doente*), #12 (*dispneia + PCR*), #14 (*alteração do estado de consciência + problema psiquiátrico*), #15 (*alteração do estado de consciência + relacionada com diabetes*) e #16 (*criança doente + convulsões*). Entretanto, a tipologia *convulsões*, embora não tenha sido considerada nos objectivos iniciais acabou por ocorrer em quatro acionamentos. Estas circunstâncias representaram um acréscimo de experiências comparativamente às expectativas iniciais. Ainda assim, tipologias como *dor torácica*, *obstrução da via aérea*, *parto*, *queimadura/eletrocussão*, *intoxicação* ou *decisão de não transporte*, não ocorreram durante o estágio (Anexo II – Gráfico 1). Estes resultados refletem a imprevisibilidade que caracteriza a actividade do INEM.

Rentabilizando o tempo disponível nas bases durante os períodos sem activações, foi possível conhecer em pormenor a viatura e o seu interior, participando na verificação e renovação do seu equipamento e fármacos. A pedido das equipas, foi também utilizado esse tempo para treinar a manipulação do equipamento de cada meio de emergência, nomeadamente a maca da ambulância SIV e AEM, cadeiras de evacuação e dispositivos de imobilização, técnicas essas que foram oportunamente aplicadas nas activações posteriores.

Reflecti sobre a reduzida autonomia que as equipas de emergência dos meios de AEM possuem no âmbito da administração de fármacos cuja utilização poderia ser, em última instância, *lifesaving*. Este facto tem lógica, no sentido em que a ausência de determinada

competência técnica impede a sua realização. No entanto, de acordo com artigo 10.º do DL n.º 19/2016, o médico coordenador do CODU pode delegar competências ao técnico que se encontra junto da vítima.⁵

Acredito que o investimento em equipamento de captação vídeo para as equipas transmitirem em directo do local de ocorrência para a central CODU, possa melhorar a comunicação com o médico responsável. Desse modo, analisando as imagens recebidas em pelas equipas no terreno, o médico incluído numa equipa multidisciplinar, teria capacidade de decidir e delegar atitudes melhor fundamentadas que beneficiariam a vítima ainda no local de ocorrência.

Observar e participar na actividade do INEM, deixou-me a imagem de uma organização capaz de mobilizar recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos com eficácia, dando resposta às mais variadas situações emergentes em saúde. Contudo, considero que existe capacidade para tornar a sua actividade mais eficiente, quer junto dos profissionais, intensificando a sua formação, quer junto da população civil, através de novas e regulares campanhas de sensibilização sobre o modo como se deve transmitir a informação ao TOTE durante chamada de emergência e com um incremento das acções de formação em socorrismo, SBV e utilização do DAE nas escolas e locais de trabalho, em todo o território nacional.

ANEXOS

ANEXO I



Figura 1 – A Estrela da Vida® - Símbolo internacional dos Serviços de Emergência Médica.¹²

ANEXO II

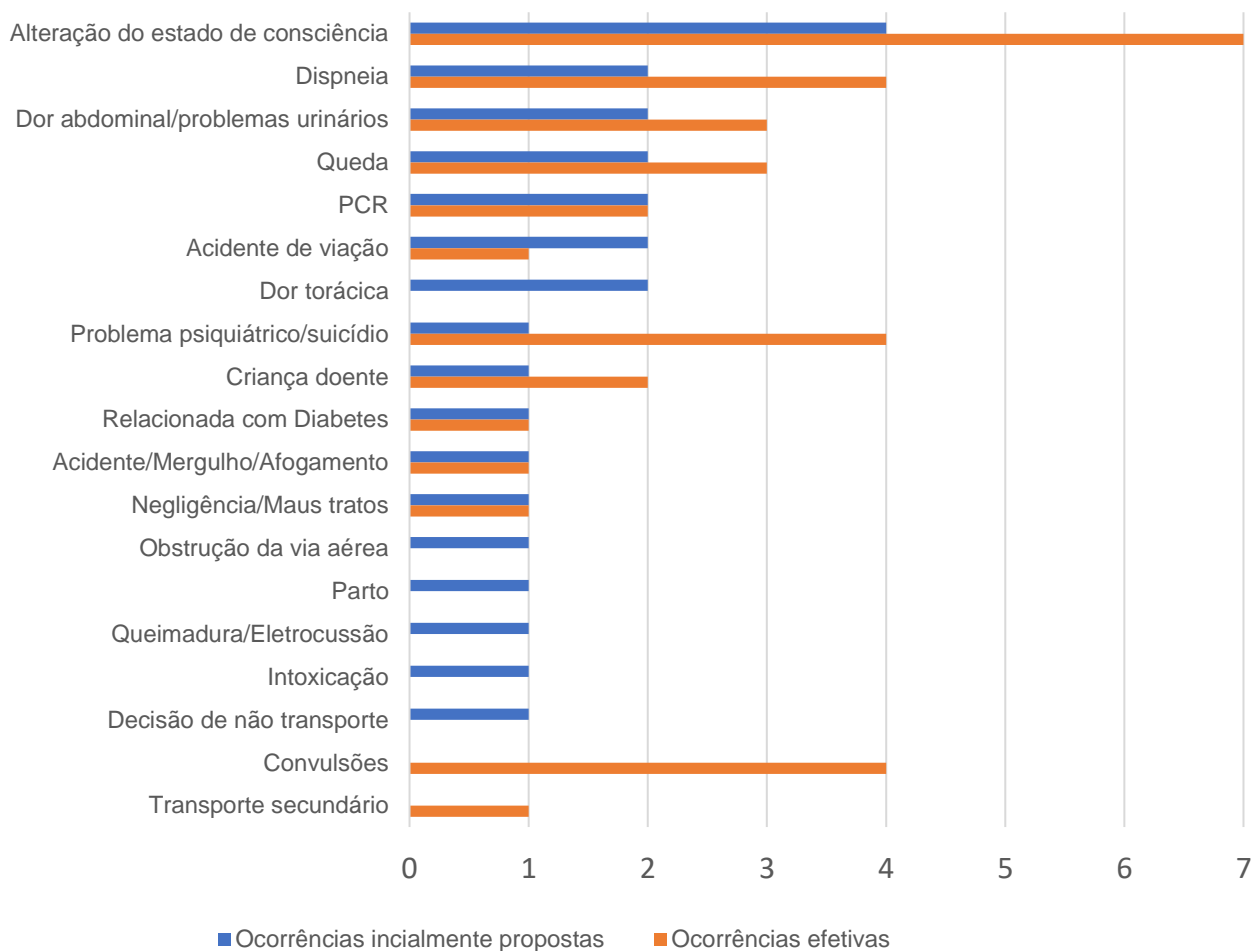


Gráfico 1 – Comparação entre o número de ocorrências inicialmente propostas e as efetivas quanto à sua tipologia.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (1/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO PROGRAMA CURRICULAR DO 6º ANO

Coordenador do Estágio: Dr. HUMBERTO MACHADO

Data: 25/09/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER - CHP

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário: João Pedro Victorino Camilo
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Jozé Lito

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
# 1645 ♂, 40a, ENFORCAMENTO → SECHS	Demonstrar a vontade e sua capacidade de mudança e adaptação de emergência. JL 18/09/17

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (2/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO MIM - IEBAS

Coordenador do Estágio: Dr. HUMBERTO MACHADO

Data: 26/9/2017 Turno: Manhã Tarde CODU: MONTE

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

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

O Orientador / Responsável de Turno Bruno Silva 94805

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

ORIENTADOR

O estagiário acompanha o atendimento, registo de dados e acurramento de meios através do SIADEN.

Bruno Silva 94805

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (3/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

INEM

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CARLOS

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO DE MEDICINA ZONAS

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado

Data: 28/9/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: AEM - Posto 4

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 3 Trauma: 1 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário: João Pedro Victorino Carlos
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: António Sousa Horta

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Empty box for the supervisor's observations.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (4/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INCLUIDO NO PLANO CURRICULAR DO 6º ANO
DOCUMTO DE MEDICINA - IZBAS.

Coordenador do Estágio: Dr. HUBERTO MACHADO

Data: 29/9/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: UMER - CTP

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 1 Trauma: — Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Juliana Lopes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1 saída - atkeacd de estado de consciencia, q 59 anos.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (5/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INCLUIDO NA PLANO CURRICULAR DO 6º ANO DO CURSO DE MEDICINA - FZBAS

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado

Data: 3/10/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - GONDOMAR

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário *João Pedro Victorino Camilo*

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *[Signature]* (96103)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Empty box for the supervisor's observations.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (6/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORIANO CARILHO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO PLANO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA - ZBAS

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado

Data: 4/10/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: AEM - Ponto 4

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

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victoriano Carilho
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Marco Se. MKS - 94232

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Empty box for the supervisor's observations, containing a signature.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (7/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORIANO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO DE MEDICINA – ICBAJ

Coordenador do Estágio: Dr. HUBERTO MACEDO

Data: 11 / 10 / 2017 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV – PAVÃO DO JARDIM

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 Doença Súbita: 1 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victoriano Camilo

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luís Mats

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Boa relação com a equipa
- Demorou a iniciar
- Boa relação com a equipa
- Boa comunicação

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (8/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM CURRICULAR - CURSO MIM 12AS

Coordenador do Estágio: Dr. Ivo Alberto Machado

Data: 23/1/2018 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Povoação Varzim

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

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo PEDRO BARCEL (96217-1825)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

João revela uma excelente atitude em ambiente pré-hospitalar. Estabelece uma comunicação empática e eficaz. Revelou-se uma ajuda essencial nos socorros. É detentor de um perfil que se adequa a todas as necessidades das profissões de emergência. A equipa agradece a maiores sucessos.

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (9/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: João Pedro Victorino Camilo

OBJECTIVOS: Estágio INEM integrado no curso de Medicina 6º ano - FCBS

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado

Data: 27/01/2018 Turno: Manhã Tarde CODU: Norte

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

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

O Orientador / Responsável de Turno António Afonso (AFM)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

ORIENTADOR

Percurso:
Atendimento e acompanhamento
chamadas 112.
Passagem dados clínicos
das vítimas por parte dos
meios, orientação e acompanhamento
Acompanhamento e acompanhamento
dos meios.
António Afonso

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (10/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO DE MEDICINA 6º ANO -ICBAS

Coordenador do Estágio: DR. HUMBERTO MACHADO

Data: 28/01/2017 Turno: Manhã Tarde Meio: AEM - PORTO 4

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: Trauma: 1 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

⊖ Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Humberto Machado

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Boa integração com equipa e
rótinas.
Excelente postura e elevada atitude.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO DE MEDICINA 6º ANO - ICBAS

Coordenador do Estágio: Dr. HUMBERTO MACHADO

Data: 28/1/2018 Turno: Manhã Tarde Meio: ACR - ponto 4

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1 2 3 Doença Súbita: 0 1 2 Trauma: 0 1 2 Outras: 0 1 2 Abortadas: 0 1 2

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Brando Borges 94790

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

--	--

--	--

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (12/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM INTEGRADO NO CURSO DE HEMODIÁLISE

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado

Data: 15/2/2018 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - PÓVOA VARZEM

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3 Doença Súbita: 1 Trauma: 1 Outras: 1 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Boa relação curricular
- Realizou actividade nas salas
- Manipulou bem o material de vidros.
->

ANEXO III – Fichas de realização de Estágio (13/13)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: JOÃO PEDRO VICTORINO CAMILO

OBJECTIVOS: ESTÁGIO INEM NO ÂMBITO DO CURSO MIA - ICBAS, 6º ANO

Coordenador do Estágio: DR. HUMBERTO MACHADO

Data: 17/2/2018 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER - STº ANTÓNIO

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 4 Trauma: — Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário João Pedro Victorino Camilo

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Participa na avaliação sistemática dos doentes.
Boa capacidade de comunicação e de trabalho em equipa.

Carolina Fátima
55009

ANEXO IV - Declaração comprovativa da realização do estágio – 2017/2018



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **João Pedro Victorino Camilo**, com o número de identificação 12929288, realizou os estágios em meios INEM, abaixo descritos:

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	Ambulância de Emergência Médica	28.Setembro.2017	14:00 - 20:00
		04.Outubro.2017	14:00 - 20:00
		28.Janeiro.2018	08:00 - 20:00
Observação	Centro de Orientação de Doentes Urgentes	26.Setembro.2017	16:00 - 20:00
		27.Janeiro.2018	16:00 - 20:00
Observação	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	03.Outubro.2017	14:00 - 20:00
		11.Outubro.2017	14:00 - 20:00
		23.Janeiro.2018	14:00 - 20:00
		15.Fevereiro.2018	14:00 - 20:00
Observação	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	25.Setembro.2017	14:00 - 20:00
		29.Setembro.2017	14:00 - 20:00
		17.Fevereiro.2018	08:00 - 20:00
Total de Horas			80

Centro de Formação da DRN, 21 de março de 2018



BIBLIOGRAFIA

1. Circular Normativa: 1/2015 – GLO de 27 de março Verificação das instalações das entidades dependentes de alvará para a atividade de transporte de doentes.
2. Circular Normativa: 1/2016 – GLO de 20 de janeiro Verificação das características dos veículos de transporte de doentes e seus equipamentos.
3. Circular Normativa: 2/2016 – GLO de 20 de abril. Utilização de veículos destinados ao transporte de doentes por entidades não proprietárias.
4. Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. 2012.
5. Decreto-Lei n.º 19/2016 de 15 de abril Revisão da Carreira de TAE do INEM Regime da Carreira Especial de TEPH.
6. Decreto-Lei 34/2012 de 14 de fevereiro. Diário da República N.º 32, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
7. Decreto-Lei: 38/1992 de 28 de março Normas básicas de enquadramento da atividade de transporte de doentes.
8. Decreto-Lei 124/2011, de 29 de dezembro Lei Orgânica do Ministério da Saúde.
9. Decreto-Lei 184/2012 de 8 de agosto. Diário da República N.º 153, 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
10. European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation. 2015
11. Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. Relatório de Integração VMER e SIV. 2013.
12. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. A Estrela da Vida – Símbolo do INEM. 2017; 6ª edição.
13. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa. 2012; Versão 2.
14. Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. Sistema Integrado de Emergência Médica. 2013; 1ª edição.
15. Lei 12/1997 de 21 de maio Regula a atividade de transporte de doentes por Corpos de Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa.
16. Lei: 14/2013 de 31 de janeiro Altera a Lei: 12/1997 de 21 de maio.
17. Lei 48/1990, de 24 de agosto - Lei de Bases da Saúde.
18. Portal do Instituto Nacional de Estatística (INE). Ocorrências pré-hospitalares (N.º) por Local (NUTS - 2013) e Tipologia; 2017; INEM. Lisboa. <https://www.ine.pt>; disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009032&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt. Consultado pela última vez 2018/03/05.
19. Portaria: 260/2014 de 15 dezembro Regulamento de Transporte de Doentes.

20. Regulamento n.º 102/2017 II de 22 de fevereiro. PCI - Paramédicos de Catástrofe Internacional.