

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Emergência Médica Pré-Hospitalar

Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

M

2022



Emergência Médica Pré-Hospitalar

Relatório de estágio

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de
Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Francisco Miguel Casanova De Carvalho Leitão

Aluno do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Rua de Jorge
Viterbo Ferreira nº228, 4050-313

Endereço eletrónico: up201308141@up.pt

Orientador: Dr. António Marques

Médico Anestesiologista – Assistente Graduado Sénior

Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência

Adjunto do Diretor Clínico – Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professor Catedrático Convidado - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do
Porto

Afiliação: Centro Hospitalar Universitário do Porto. Largo do Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto,
Portugal

Endereço eletrónico: amarques@chporto.min-saude.pt

Coorientadora: Professora Doutora Isabel Almeida

Médica Internista – Assistente Graduada Sénior

Diretora do Serviço de Urgência - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Professora Catedrática Convidada - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do
Porto

Afiliação: Centro Hospitalar Universitário do Porto. Largo do Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto,
Portugal

Endereço eletrónico: diretora.su@chporto.min-saude.pt

Porto, Maio de 2022

UNIVERSIDADE DO PORTO, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Porto, Maio de 2022

O autor:

Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

O orientador:

Departamento de Anestesiologia,
Cuidados Intensivos e Emergência
Dr. António Marques
Director do Departamento

25/05/22



Dedicatórias

Ao Porto, minha cidade, meu Porto de abrigo.

“Todos os recantos me encantam, as varandas, as flores à janela, a roupa a secar nos estendais, o perfume da vida das tuas ruas, as tuas linhas brutas e caóticas, pouco pensadas que te dão tanto charme e carácter.” Querido Porto por Gustavo Carona

Ao ICBAS e à UP, que foram a minha casa durante estes anos.

À Rita, que não estando presencialmente, sempre me acompanhou e me acompanhará em cada etapa iniciada e concretizada.

À Prof.^a Doutora Corália Vicente pelo precetorado ao longo destes sete anos. Postura sempre assertiva, nunca recusando pedidos de ajuda. Nunca houve um nós e um eles, sempre lutando por uma comunidade académica integrativa e capaz de formar não apenas alunos, mas Seres Humanos.

Aos meus Pais, pela compreensão, pela ajuda e por me fazerem acreditar que não se tratava apenas de um sonho longínquo, mas sim concretizável. Pela Educação. Pela Formação. Pelo Amor.

À Francisca, pelo apoio incondicional e pela compreensão ao longo deste percurso que nem sempre foi fácil.

À Família do Coração, Fátima Barbosa, Paula Mosa, Samir Karmali, Nuno Carvalho, Vasco Carvalho, Tomás Carvalho, Fátima Carvalho e José Carvalho, por todo o suporte e ajuda, tendo sempre uma palavra motivadora, transmitindo confiança, em qualquer que fosse o momento.

Aos Amigos, Catarina Veiga, Diogo Sousa, Renato Pereira, Miguel Martins, Tiago Heber, Bruno Borges, Diogo Almeida, Pedro Portilha, Pedro Silva, Filipe Vaqueiro, Ricardo Mourão, Gonçalo Felgueiras e Diogo Barreto, por todas as horas de estudo, todas as conversas noturnas a pensar o presente e o futuro e por todas as opiniões sinceras e impactantes.

Agradecimentos

O meu mais sincero agradecimento ao Dr. António Marques pela orientação, tempo e disponibilidade e pela transmissão de vários e úteis conhecimentos para a realização do estágio e relatório. Pela partilha de histórias e ensinamentos, que se revelarão certamente úteis na minha vida profissional e pessoal.

À Prof.^a Doutora Isabel Almeida pela disponibilidade prestada durante a elaboração da tese.

Ao INEM, pela oportunidade de realização do estágio. A todas as equipas que acompanhei ao longo dos turnos pela integração em cada saída e pela sua disponibilidade em esclarecer qualquer dúvida, em particular ao Dr. Francisco Seixas pelos conhecimentos médicos transmitidos, mas sobretudo pelo privilégio de o ver atuar na Arte de Cuidar, sem dúvida uma inspiração para o meu futuro como profissional.

Ao Renato, por todo o auxílio prestado durante a realização do estágio e relatório.

Resumo

A Emergência Médica Pré-Hospitalar é um campo de estudo cada vez mais relevante nos cursos de medicina em Portugal. Sendo um ramo diferenciado da medicina, a Emergência Médica Pré-Hospitalar caracteriza-se por várias especificidades, nomeadamente, a prestação de cuidados médicos fora do hospital, onde os recursos são limitados e o ambiente não é controlado, observando-se uma diversidade de contextos de atuação, onde a rapidez de chegada e atuação são dois dos principais imperativos.

A prestação e cuidados de Emergência Médica Pré-Hospitalar, em Portugal, é responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica, tendo ao seu dispor vários tipos de meios diferenciados, distribuídos por todo o território nacional. Um desses meios é a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), um meio de transporte que é tripulado por um médico e um enfermeiro e que está equipado para que se possa realizar Suporte Avançado de Vida. Deste modo, com o objetivo de desenvolver novos conhecimentos e aprofundar competências já adquiridas, realizou-se um estágio observacional de 84 horas, nos meios de emergência pré-hospitalar. Durante o período de estágio, realizaram-se 60 horas nas VMER, 30 horas em ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e 6 horas no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

No final do estágio, foram contabilizadas um total de 24 ativações: 21 por doença súbita, 2 por trauma e tendo uma das ativações sido abortada. Os principais motivos de ativação foram dor torácica (não tendo sido identificada qualquer ocorrência de enfarte agudo do miocárdio) e a alteração do estado de consciência, com 5 ativações cada. Outros motivos registados foram dor abdominal, crise convulsiva e síncope. Em nenhuma das ativações foi iniciado o suporte avançado de vida, tendo sido este um dos pontos negativos do estágio.

Na amostra de indivíduos do total de ativações, houve tantos indivíduos do sexo masculino como feminino (12 em cada grupo), observando-se uma tendência para idades acima dos 60 anos. Dos 13 transportes realizados, 7 necessitaram de acompanhamento médico. Na sequência de ativações da VMER, realizaram-se 7 transportes com acompanhamento médico, 6 transportes sem acompanhamento médico e 3 situações sem necessidade de transporte. Registaram-se 4 mortes no local devido a paragem cardiorrespiratória. No que concerne à média de ativações, no meio SIV foi de 1 por turno, enquanto que no meio VMER foi de 2,1 ativações por turno.

Embora o número de ativações registadas tenha sido convergente com a média de ativações diárias em cada meio, as situações em que a intervenção médica foi decisiva foram escassas. Todavia, os objetivos propostos para o estágio foram cumpridos na sua maioria, revelando ser uma mais-valia na formação de um estudante de medicina.

Abstract

Prehospital Emergency Medicine is an increasingly relevant field of study in medical courses in Portugal. As a differentiated branch of medicine, Prehospital Emergency Medicine is characterized by several specificities that differentiate it from others, namely the provision of medical care outside the hospital, where resources are limited and the environment is not controlled, observing a diversity of contexts of action, where speed of arrival and action are two of the main imperatives.

The provision of Prehospital Medical Emergency care in Portugal is the responsibility of the National Institute of Medical Emergency, which has different types of resources distributed throughout the country. One of the options available is the Medical Vehicle for Emergency and Reanimation, which is a means of transportation that is driven by a nurse who is accompanied by a doctor and is equipped to perform Advanced Life Support.

Aiming to increase knowledge as well as to improve skills previously acquired in this area, an observational training of 84 hours was carried out in the means of pre-hospital emergency. The observational training counted with 60 hours in the Medical Vehicles for Emergency and Resuscitation, 30 hours of Immediate Life Support and 6 hours at the Urgent Patient Orientation Centre.

At the end of the internship, a total of 24 activations were recorded, of which 21 were due to sudden illness, 2 were due to trauma and one of the activations was aborted. Among the main reasons for activations, chest pain (although no occurrence of acute myocardial infarction was identified) and altered state of consciousness stood out, with 5 activations each. Other reasons recorded were abdominal pain, seizures and syncope. In none of the activations the basic life support was initiated, which was one of the negative aspects of this internship.

Of the population observed in the total of the activations, 12 individuals were men and 12 were women, with a trend towards advanced ages (over 60 years). In 13 transports carried out, 7 required medical follow-up. In the specific case of the VMER, 7 transports were carried out with medical escort, 6 transports without medical escort and 3 situations did not require transportation. Four deaths due to cardiorespiratory arrest were also registered on site. With regard to the average number of activations, it was found that in the SIV the average activation is 1 per shift. In the VMER environment, the average is 2.1 activations per shift.

Despite the number of activations recorded having converged with the average of activities in progress, the circumstances in which the medical intervention was proposed were scarce. Nevertheless, they were proposed for internship, so the objectives were mostly fulfilled, revealing to be once again of great utility in the training of a medical student.

Lista de abreviaturas

AAS- Ácido Acetilsalicílico	HTA- Hipertensão Arterial
AC-Auscultação Cardíaca	HTP-Hipertensão Pulmonar
AEC-Alteração do Estado de Consciência	IC- Insuficiência Cardíaca
AEM- Ambulância de emergência médica	INEM- Instituto Nacional De Emergência Médica
AP-Auscultação Pulmonar	MID-Membro inferior direito
AS- Ambulância de Socorro	NA-Não Avaliado
AVC-Acidente Vascular Cerebral	NC-Não conhecido
BAV-Bloqueio Auriculoventricular	PCR-Paragem Cardio-Respiratória
Bpm- Batimentos por minuto	PEM- Postos de Emergência Médica
BV-Bombeiros voluntários	PIRL-Pupilas isocóricas e reativas à Luz
Capic- Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise	PR-Postos de Reserva
CCO- Consciente, colaborante e orientado	SA- Sem alterações
CHUSJ-Centro Hospitalar Universitário São João	SAV-Suporte Avançado de Vida
CHUPorto-Centro Hospitalar Universitário Do Porto	SBV-Suporte Básico de Vida
CHVNGE- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho	SHEM- Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
CN- Cânula Nasal	SIEM- Sistema Integrado de Emergência Médica
CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes	SIV-Suporte Imediato de Vida
Cpm- Ciclos Por minuto	SU- Serviço de Urgência
DAE- Desfibrilhação Automática Externa	TA- Tensão Arterial
DM- Diabetes <i>Mellitus</i>	TEPH- Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
DRC- Doença Renal Crónica	TIP- Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio	UMIPE- Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
ECG- Eletrocardiograma	VA- Via aérea
FA-Fibrilhação Auricular	VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe
FC- Frequência Cardíaca	VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana
FR- Frequência Respiratória	VMER-Viatura Médica de Emergência
GCS- <i>Glasgow Coma Scale</i>	VMIR- Viatura Médica de Intervenção Rápida
	VPPB-Vertigem Postural Paroxística Benigna

Índice

Introdução	1
A Emergência Médica	2
A Emergência Médica em Portugal	3
SIEM	5
INEM	6
Missão e Valores Inem.....	6
CODU	7
Meios INEM	8
Métodos.....	11
Resultados.....	12
SIV Gondomar.....	12
VMER CHPORTO	15
Estágio CODU.....	36
Discussão	37
Recomendações.....	39
Conclusões	41
Gráficos.....	42
Figuras.....	47
Anexos	50
Bibliografia	65

Lista de Figuras

Figura 1: Estrela da Vida INEM.....	47
Figura 2: Ambulância de Emergência Médica (AEM)	47
Figura 3: Ambulância de Suporte Imediato de Vida	48
Figura 4: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).....	48
Figura 5: Helicóptero de Emergência Médica	48
Figura 6: Motociclo de Emergência Médica.....	49
Figura 7: Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico	49

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Turnos por nº de Ativações	42
Gráfico 2: % de Turnos por nº de Ativações	42
Gráfico 3: Nº de ativações por Tipo	43
Gráfico 4: Tipo de Ativações por Doença Súbita	43
Gráfico 5: Nº de Ativações por Sexo	44
Gráfico 6: Nº de Ativações por Intervalo de Idades	44
Gráfico 7: Necessidade de Acompanhamento nos Transportes	45
Gráfico 8: Distribuição da VMER por atuação relativamente ao transporte da vítima.....	45
Gráfico 9: Média de ativações por turno	46

Introdução

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, sendo o resultado do estágio realizado como trabalho final do curso. A escolha pela opção estágio justifica-se quer pela oportunidade de contactos mais práticos, sendo a ferramenta ideal para fazer a ponte entre a teoria aprendida durante a formação médica geral e a prática profissional, tendo como objetivo o enriquecimento de competências pessoais e profissionais num contexto real. A área escolhida foi, então, a Emergência Médica Pré-Hospitalar, área com especial interesse a nível pessoal.

Deste modo, a realização do estágio no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) teve os seguintes objetivos: i) compreender o funcionamento do Sistema Integrado em Emergência Médica (SIEM) ; ii) aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso a situações reais; iii) aprofundar conhecimentos na área da emergência médica; iv) reconhecer situações graves de emergência médica e traumatológica; v) aprender a abordar e lidar com casos emergência médica com recursos limitados; vi) compreender a atuação do médico na abordagem de um doente em contacto de emergência pré-hospitalar; vii) conhecer e aplicar os protocolos de atuação e os algoritmos existentes; viii) aprender e utilizar técnicas *life-saving*, fundamentais na abordagem ao doente grave; ix) adquirir competências de trabalho em equipa e de gestão em situações de elevada pressão; x) compreender melhor o meu interesse nesta área podendo vir ou não a ter impacto na minha decisão de escolha da especialidade.

O presente estágio decorreu entre 22 de novembro e 18 de dezembro de 2021, sendo constituído por um total de 84 horas, divididas por 10 turnos em Viatura VMER de 6 horas cada, 3 turnos SIV de 6 horas cada, 1 turno no Centro de Orientação de Doentes Urgentes de 6 horas.

O relatório que aqui se apresenta encontra-se organizado por capítulos, iniciando-se com uma breve explicação dos motivos que levaram a escolher a realização de estágio, os seus objetivos e onde este decorreu. De seguida realiza-se uma breve contextualização sobre o SIEM e a entidade responsável pela sua coordenação - o INEM. Apresenta-se ainda a descrição das atividades desenvolvidas no âmbito do estágio. No capítulo da discussão, procede-se a uma breve análise estatística das ativações e saídas testemunhadas bem como a algumas observações efetuadas durante o contexto do estágio. Apresentam-se ainda recomendações, onde se encontram referidas algumas limitações do estágio e algumas sugestões para melhorar o estudo no âmbito da Emergência Médica Pré-Hospitalar. Por fim, são apresentadas as conclusões numa reflexão final acerca da experiência que foi a realização do estágio.

A Emergência Médica

Nas últimas décadas a emergência médica tem vindo a estabelecer-se no mundo, como um serviço único e independente. A grande maioria dos países que apostam no desenvolvimento de novos sistemas de atendimento em emergência, assentam em políticas de reconhecimento de que a medicina de emergência incorpora um conjunto único de conhecimentos que requer médicos especializados em emergência. Através de uma rede global de medicina de emergência, incluindo organizações internacionais e instituições académicas, tem sido possível, um desenvolvimento mais rápido da medicina de emergência em todo o mundo. A permuta de informações, através de diversas modalidades, como conferências internacionais, programas de intercâmbio, entre outras, tem desempenhado um papel vital no desenvolvimento de sistemas de emergência mais capazes¹.

Os supracitados desenvolvimentos ao nível da comunicação internacional, alteraram as perspetivas sobre a emergência médica e a prestação de cuidados de emergência em grande parte do mundo, sendo que existem dois principais modelos de resposta a situações de emergência que predominam. O primeiro modelo procura trazer o paciente para o hospital (modelo Anglo-saxónico) e o segundo modelo procura trazer o hospital ao paciente (modelo Franco-Alemão). O primeiro modelo mencionado oferece mais importância ao ambiente pré-hospitalar, onde os cuidados de emergência são iniciados por técnicos ou paramédicos, sendo a continuidade dos cuidados realizados no departamento de emergência hospitalar, aqui já com a intervenção de médicos emergencistas. No primeiro modelo a Medicina de Emergência é reconhecida como uma especialidade, sendo exercida pelos médicos de emergência médica presentes nos hospitais. Alguns exemplos de Países que adotaram este modelo são a Austrália, Canadá, China, Irlanda, Israel, Japão, Reino Unido e Estados Unidos da América. No segundo modelo citado, os médicos e técnicos são enviados para o local do sinistro procurando proporcionar um nível de atendimento de emergência mais diferenciado antes da chegada do paciente ao hospital. Este tipo de medicina de emergência é praticada em grande parte no ambiente pré-hospitalar, onde os médicos prestam a maior parte dos cuidados. Neste modelo a medicina de Emergência não é uma especialidade oficialmente reconhecida e é geralmente exercida por médicos Anestesiologistas. Alguns exemplos de Países que utilizam este modelo, são a Áustria, Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Noruega, Suécia e Portugal¹.

O segundo modelo tem como principal lacuna o facto de frequentemente os técnicos não serem sujeitos às mesmas horas de contacto e treino do primeiro. Além disso, não têm as mesmas competências legais, não tendo assim a mesma garantia de qualidade dos cuidados médicos do primeiro sistema. A principal justificação encontrada é a falta de autonomia dos técnicos de emergência do sistema Franco-Alemão, o que faz com que estes tenham de esperar pela chegada do médico para poderem atuar de forma mais diferenciada com medidas de *“life-saving”*

adequadas, prolongando assim o tempo de resposta efetiva, que se traduz muitas vezes em longos tempos de resposta e altos números de mortalidade. No entanto, não parecem existir estudos que efetivamente comprovem a superioridade de um modelo sobre o outro, uma vez que os dois modelos não podem ser diretamente comparados, dado o facto de as informações dos pacientes da maioria dos países europeus não estarem facilmente acessíveis.

Deste modo, atualmente, a grande maioria dos países adotou novos sistemas de atendimento de emergência, usando o primeiro modelo como referência, pelo que, à medida que cada vez mais países procuram melhorar os seus sistemas de atendimento de emergência, a especialidade de emergência médica desempenhará um papel cada vez mais preponderante no que concerne à atuação nos cuidados de medicina de emergência, promovendo um crescente desenvolvimento desta especialidade¹.

A Emergência Médica em Portugal

No nosso país, os atuais Serviços Médicos de Emergência Pré-hospitalar são relativamente recentes, sendo que na sua essência estes serviços, compreendem um sistema centrado no paciente que permite um acesso rápido e eficaz na estabilização e transporte de vítimas para o serviço de saúde mais adequado².

Os primeiros serviços de primeiros socorros pré-hospitalares, em Portugal, remontam à década de sessenta, momento em que é introduzido o número nacional de socorro (anteriormente o “115”), que servia numa primeira fase para auxiliar sinistrados ou vítimas de outros incidentes, para os quais era ativada uma ambulância tripulada por polícias que efetuava o transporte do doente para o hospital mais perto. Já na década de setenta é desenvolvido o Serviço Nacional de Ambulâncias com o objetivo de garantir a direção, gestão e efetividade das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como ao respetivo transporte. Posteriormente, na década de oitenta, é criado o Gabinete de Emergência Médica que objetivava o desenvolvimento e organização de um Sistema Integrado de Emergência Médica, o qual cria as premissas que viriam a sustentar a criação, em 1981, do Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal, primeiro organismo de coordenação das atividades de Emergência Médica e parte integrante do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde³.

O Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal recebe assim as principais estruturas organizacionais estabelecidas anteriormente pelo Sistema Integrado de Emergência Médica. Organiza ainda vários tipos de formação de forma a melhorar o sistema de socorro nacional, abrangendo equipas médicas, equipas da Polícia de Segurança Pública e equipas dos bombeiros. Além disso, leva à criação do Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência na

dependência do Primeiro-Ministro, passando a acompanhar comitativas políticas e outras entidades internacionais.

Já em 1987 é criado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes com obrigações de ponto central de orientação, coordenação e sistematização das metodologias de socorro, sendo o ponto central de receção das chamadas de emergência, que passam a ser atendidas por médicos que orientam cada caso vinte e quatro horas por dia. Apenas em 1989 surgiu o primeiro veículo com pessoal médico e capacitado para fornecer SAV, na altura designada por Viatura Médica de Intervenção Rápida (VMIR), que viria a ficar sediada em Lisboa na sede do INEM⁴.

Já no início da década de noventa surge o Centro de Orientação de Doentes Urgentes orientada para o apoio aos doentes no mar, o CODU-Mar, cujo departamento oferece simultaneamente auxílio em questões de evacuação marítima e de acolhimento em terra e os técnicos de telecomunicações de emergência passam a exercer funções no centro supracitado, deixando os médicos de atender chamadas e ativar os meios de emergência. Concomitantemente, é definido um novo sistema nacional de planeamento civil de emergência que assegura também a participação portuguesa na Organização do Tratado do Atlântico Norte. Ainda nesta altura surge o Centro de Orientação de Doentes Urgentes Norte e surge a implementação de um sistema de informação geográfica no CODU e a rede de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação alarga-se aos hospitais de Leiria, Guarda, Viseu, Aveiro, Setúbal, Faro e Centro Hospitalar de Coimbra^{3, 4}.

No início do novo século, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes já compreendiam cerca de setenta por cento da população, momento em que é desenvolvido o Centro de Intervenção e Planeamento de Situações de Exceção, organização não formal focada no planeamento na área da catástrofe, a qual tinha disponíveis três viaturas de Intervenção em Catástrofe, localizadas no Porto, em Coimbra e em Faro, iniciando-se ainda o processo de desativação das ambulâncias operadas pela Polícia de Segurança Pública. Simultaneamente, é criado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise, dirigido à população e às equipas de emergência. Ainda neste ano, é adotada a mota como veículo de intervenção e nesta altura, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes já abrangem a totalidade da população nacional, assegurando um dos grandes objetivos do Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal, que assentava na premissa de que todas as chamadas referentes à saúde fossem atendidas e analisadas por profissionais de saúde com formação específica³.

Já na segunda década dos anos dois mil, o Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal adquiriu e colocou em atividade três novos helicópteros e recebeu a Certificação do Sistema de Gestão da Qualidade no âmbito da formação em emergência médica e acreditação de entidades para a formação, passando também a reconhecer aos doentes transportados em ambulâncias do instituto o direito de serem acompanhados por familiar ou por pessoa da sua

relação. Este passo representa uma maior abertura ao cidadão por parte dos serviços prestados pelo instituto.

É nesta altura que se dá ainda início à inclusão dos meios de emergência pré-hospitalar na rede de serviços de urgência, permitindo a sua gestão conjunta por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal e restantes serviços de urgência hospitalares, bem como o desenvolvimento do Centro de Orientação de Doentes Urgentes Nacional, colocando-se um fim às diferenças regionais no atendimento das chamadas de emergência. Mais recentemente, com os últimos avanços tecnológicos e o investimento no Centro de Orientação de Doentes Urgentes Nacional, o tempo de atendimento das chamadas foi altamente reduzido, e deu-se o estabelecimento do processo de acreditação do Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal de acordo com o modelo nacional e oficial de acreditação do Ministério da Saúde. Este processo permite ao mesmo ser avaliado externamente na sua capacidade para alcançar padrões internacionais^{3, 4}.

SIEM

Na década de oitenta, foi criado o Gabinete de Emergência Médica que objetivava o desenvolvimento e organização de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). O SIEM compreende uma ativação de procedimentos integrados e coordenados entre hospitais, dentro dos hospitais e com todas as associações hospitalares envolvidas da qual resulta uma ação ágil e diligente entre diversos mecanismos sistémicos da saúde em Portugal, a fim de promover uma ação célere, assente numa economização de meios em situações de emergência médica, especificamente no que concerne a ações pré-hospitalares, no consequente transporte da vítima, na admissão hospitalar e na respetiva adequação da transmissão de todos os dados elementares respeitantes ao doente em questão.

O SIEM é composto por 6 fases, sendo a primeira a fase de deteção, que integra o instante em que existe um alerta de uma ou mais vítimas quer seja por doença súbita ou acidente; a segunda fase corresponde à fase de alerta, integra o contacto com os serviços de emergência, utilizando o Número Europeu de Emergência - 112; a terceira é a fase do pré-socorro, compreende o agrupamento das primeiras ações que podem e devem ser efetuadas até à chegada do socorro; a fase do socorro é a quarta fase e compreende as ações primárias efetuadas aos pacientes, a fim de os estabilizar, diminuindo assim as hipóteses de morbi-mortalidade associadas ao motivo de ativação; a quinta fase é o transporte, que corresponde à deslocação acompanhada do paciente em viaturas com idiossincrasias bem definidas, desde a localização do sinistro até ao local de saúde mais apropriado, certificando a ininterrupção dos cuidados médicos necessários; e por fim, a fase do tratamento que corresponde à sexta fase, que compreende o tratamento prestado no serviço

de saúde mais adequado ao estado clínico do paciente. Em determinados casos poderá ainda ser necessária a atuação preliminar de um estabelecimento de saúde onde são prestados cuidados determinantes para a estabilização da vítima, a fim de garantir um transporte mais estável e eficiente para um hospital mais diferenciado para a condição clínica do doente.

Tais etapas acima citadas foram representadas pela figura “Estrela da Vida” (figura 1), que compreende uma estrela de seis vértices com um bastão e uma serpente no centro, este último representando a cura e a sabedoria, também presente no símbolo da Medicina, onde representa a cura ou renascimento. Esta figura é comumente utilizada para representar os técnicos de emergência médica e socorristas, sendo também denominada de cruz da vida, os seus vértices representam as funções ou ações do Serviço de Emergência Médica, já descritos anteriormente como as fases do SIEM.

No que concerne aos intervenientes do sistema integrado de emergência médica, este envolve os cidadãos comuns, os operadores das centrais de emergência médica, os técnicos dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, os agentes da autoridade, os bombeiros, os elementos que acompanham o processo de transporte, os técnicos de ambulância de emergência, os médicos e enfermeiros envolvidos, a equipa técnica hospitalar e, por fim, o pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

INEM

O Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal surge em 1981, como o primeiro organismo de coordenação das atividades de Emergência Médica. Nos dias de hoje funciona como uma entidade de gestão das atividades de Emergência Médica, e parte integrante do Sistema Nacional de Saúde. Constitui um organismo público integrado na administração indireta do Estado, dotado de independência administrativa e monetária. Tem a competência de coordenar o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir às vítimas a célere e eficaz prestação de cuidados de saúde e a sua missão, visão e valores são estabelecidos pelo respetivo planeamento estratégico para o triénio, permitindo uma orientação e previsão a curto, médio e longo prazo^{3,4}.

Missão e Valores Inem

O Plano Estratégico do Instituto Nacional de Emergência Médica para o triénio 2020-2022 estabelece como missão responder de forma adequada às necessidades dos cidadãos portugueses e sustentar o funcionamento eficaz e profícuo do Sistema Integrado de Emergência Médica. Tem como visão conceptualizar o melhor futuro desejado para o INEM, assente numa planificação

inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência médica. O Instituto Nacional de Emergência Médica assume-se como uma marca de excelência no setor da saúde e sustenta os seus valores em políticas de ambição, humanismo, inovação, ética, competência, eficiência e responsabilidade, sendo que, no que respeita mais especificamente ao plano estratégico 2020-2022, este assenta nas premissas orientadoras do Ministério de Saúde, bem como em referências internacionais que traduzem as boas práticas implementadas na área da emergência médica, tendo sempre presente a sua missão, a sua visão e os seus valores, no que concerne à sua estratégia global de crescimento.

Deste modo, o INEM gere a sua atividade visando sempre a promoção de uma cultura de cidadania, quer através da disseminação das suas práticas e da disponibilização de informação aos utentes, tornando o cidadão mais responsável em relação à saúde, quer através da aposta na formação profissional e no reforço das competências dos seus profissionais, promovendo o seu desenvolvimento e a cidadania ativa numa cultura que valorize a participação de todos⁵.

CODU

Presentemente, e como na maioria dos países europeus, o número europeu de emergência - 112, é agora o número de telefone comum para aceder a todos os serviços de emergência, incluindo bombeiros, polícia, entre outros serviços que atuam nos diferentes tipos de emergências, sendo que, quando a chamada está relacionada com a saúde, a Polícia de Segurança Pública ou a Guarda Nacional Republicana, transferem-na para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes – CODU.

O CODU tem hoje quatro instalações diferentes: Porto, Coimbra, Lisboa e Faro. Tem a responsabilidade de proceder à triagem e supervisão de cada caso clínico, através de uma equipa de profissionais (médicos, psicólogos e técnicos de emergência) treinados e formados especificamente para este atendimento, a qual decide qual a ação mais apropriada, dependendo da urgência e especificidade de cada situação. Se a situação clínica for considerada não urgente, faz a transferência de chamada para outros meios do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente para a linha “SNS24”. Pelo contrário, se efetivamente se tratar de uma situação de emergência, é enviada uma equipa de emergência, que poderá ser composta por médico, enfermeiro ou técnicos de emergência, no meio mais adequado para a sua atuação.

O INEM presta também orientação e apoio noutros campos da emergência, possuindo para isso meios específicos e adaptados a cada uma das diferentes áreas de atuação. O Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar (CODU-Mar) presta aconselhamento médico e supervisão na evacuação da vítima, em situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. O

Centro de Informação Antivenenos (CIAV) tem como função o aconselhamento em caso de exposição a produtos tóxicos, sendo um importante meio não só para o auxílio de cidadãos comuns, como também para profissionais de saúde em exercício das suas funções. O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) é responsável pela atuação nos casos de emergência psicológica.

Através da segura utilização dos respetivos meios de telecomunicações ao seu dispor, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes têm capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro no local das ocorrências e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, selecionar e preparar a receção hospitalar das diferentes vítimas^{5, 6}.

Meios INEM

Na perspetiva de oferecer um melhor funcionamento dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, o Instituto Nacional de Emergência Médica tem à sua disposição diversos meios de comunicação e de atuação no terreno.

As ambulâncias de emergência médica (AEM) (Figura 2) integram dois TEPH conseguindo fazer uma deslocação de forma rápida ao local da ocorrência. Os principais objetivos das AEM são a estabilização clínica das vítimas e o seu transporte. Estão equipadas com dispositivos que auxiliam na monitorização, reanimação e estabilização das vítimas. Neste momento, o CODU tem ao seu dispor 56 AEM em todo o território continental dividindo-se por 18 na região Norte, 12 na região Centro e 26 na região sul.

As ambulâncias de socorro (AS) são idênticas às AM, no entanto estão integradas em Postos de Emergência Médica (PEM) e em Postos Reserva (RES). Funcionam tanto em corporações de bombeiros como delegações da cruz vermelha, resultando do acordo do INEM com estes parceiros do SIEM. As equipas do PEM e RES são compostas por elementos da proteção civil ou elementos do SIEM que têm formação adequada para atuar em situações de emergência pré-hospitalar certificadas pelo INEM. Neste momento as ambulâncias em PEM são no seu total 371: 121 região Norte, 90 região Centro e 160 na região Sul. Relativamente às AS localizadas em RES são 116 no total sendo contabilizadas 48 na região Norte, 41 na região Centro e 27 na região Sul.

As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)(Figura3) constituem um meio de socorro composto por um enfermeiro com formação em suporte imediato de vida e um TEPH com formação de DAE. A equipa de emergência que constitui a SIV está habilitada para proceder à administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos validados sob supervisão de um médico do CODU, atuando assim na dependência direta dos Centros de

Orientação de Doentes Urgentes. Estão localizadas em unidades de saúde, tendo como principais objetivos a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e o transporte de doentes críticos entre hospitais. Neste momento a rede SIV é constituída por 41 ambulâncias, 19 na região Norte, 9 na região Centro e 13 na região Sul.

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) (Figura 4) foram concebidas para o transporte veloz de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente, permitindo assim uma deslocação do paciente em viaturas de socorro, desde a localização do sinistro até ao local de saúde mais apropriado, assegurando assim a ininterruptão dos cuidados médicos necessários. São constituídas por um médico e um enfermeiro com formação, ministrada pelo INEM, em emergência médica, dispondo de equipamento para SAV em situações do foro médico ou traumatológico. O equipamento padrão inclui um desfibrilhador manual com capacidade de monitorização e estimulação, eletrocardiograma de doze derivações, equipamento para controlo avançado das vias aéreas, sucção, terapia com oxigénio, imobilização de fraturas, vários medicamentos, monitor de sinais vitais, oximetria de pulso e um ventilador automático portátil, entre outros. Tal como as ambulâncias, as VMER atuam diretamente com o CODU, tendo uma base hospitalar, ou seja, estão localizadas num hospital e têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. A rede VMER conta agora com 44 viaturas: 14 na região Norte, 10 na região Centro e 20 na região Sul.

A Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), compreende um veículo de intervenção, concebido para transportar um psicólogo para junto de quem necessita de apoio psicológico, como por exemplo, sobreviventes de acidentes graves, menores não acompanhados ou familiares de vítimas de acidente ou doença súbita fatal. A equipa da UMIPE é constituída por um TEPH e um psicólogo, que tal como os restantes meios deste instituto, atua na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes, tendo por base as Delegações Regionais e as orientações da Ordem dos Psicólogos. Em território nacional existem 4 UMIPE: 1 na região Norte, 1 na região Centro e 2 na região Sul.

O Serviço de Helitransporte de Emergência Médica (SHEM) (Figura 5) é o meio mais diferenciado, atuando apenas em casos de emergência. A equipa que atua neste meio é composta por dois pilotos, um médico e um enfermeiro, que se encontram nas bases do INEM junto das aeronaves. O SHEM tem dois tipos de missões diferentes, uma primária e outra secundária. A primária inclui a emergência médica pré-hospitalar propriamente dita, tendo vantagem relativamente a outros meios, quer do ponto de vista da rapidez de colocação de uma equipa médica no local da ocorrência, quer no transporte da vítima para o hospital de forma célere. O

SHEM atua sobretudo em zonas do País onde os meios terrestres têm mais dificuldade de ser velozes na resposta, muitas vezes justificada pela fraca qualidade das vias de acesso ao locais de ocorrência ou pela distância das VMER a esse mesmo local. Por outro lado o SHEM tem também uma missão secundária que inclui o transporte de doentes críticos entre diferentes unidades de saúde. Neste caso, a grande maioria dos doentes é transportada visto que precisam de cuidados mais diferenciados que aquela unidade não lhes consegue oferecer. São 4 os helicópteros em território nacional, sendo as bases em Macedo de Cavaleiros, Viseu, Évora e Loulé.

Os Motociclos de Emergência Médica (MEM) (Figura 6) são tripulados por um TEPH e são capazes de fazer uma deslocação rápida ao local de ocorrência sobretudo em meios citadinos. A sua principal função é a de avaliação e estabilização inicial da vítima, sendo que em situações excecionais de acidentes multivítimas podem proceder à triagem primária. A rede MEM tem ao seu dispor 9 motociclos, estando localizados 3 na região Norte, 1 na região Centro e 5 na região Sul.

O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) (Figura 7) tem como principal função a prestação de cuidados a prematuros, recém-nascidos e crianças em estado clínico grave, sendo capazes de estabilizar e transportar para as unidades de saúde onde existem cuidados intensivos pediátricos. O TIP dispõe de ambulâncias equipadas de forma diferenciada para a sua missão e de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um TEPH. São 4 os veículos disponíveis, 1 na região Norte, 1 na região Centro e 2 na região Sul.

Além dos meios supracitados, o INEM dispõe ainda de meios específicos para atuar em situações de multivítimas, nomeadamente, quatro Viaturas de Intervenção em Catástrofe com posto médico avançado, estando localizadas no Porto, em Coimbra, Lisboa e Faro, assim como um Hospital de Campanha modular com capacidade de atendimento médico e cirúrgico^{3, 7}.

Métodos

Na perspectiva de realização do estágio, foi contactado o INEM - Delegação do Norte, tendo sido feito o pedido de realização do estágio que foi aceite. O planeamento inicial compreendia a realização de 81 horas de estágio, estando estas distribuídas por 1 turno de 3 horas no CODU, 9 turnos de 6 horas cada em VMER, 2 turnos de 6 horas cada em SIV e 2 turnos de 6 horas cada em AEM. Após contacto com o centro de formação do INEM, foi-me negada a hipótese de realização do estágio em AEM, por alterações da política de estágios devido à COVID-19. Assim, a planificação do estágio foi alterada, tendo decorrido entre o dia 22 de novembro de 2021 e o dia 18 de dezembro de 2021. No total foram contabilizadas 84 horas de estágio divididas da seguinte forma: 10 turnos VMER de 6 horas cada, 3 turnos SIV de 6 horas cada e 1 turno CODU de 6 horas.

Resultados

SIV Gondomar

Estágio 1 (22/11/2021: 14:00-20:00) – 1 Ativação

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	64 Anos	Motivo	Dor Abdominal	
Hora de ativação		16:51				
Hora de saída		16:51		Local pré-saída	Base SIV Gondomar	
Hora de chegada		17:06		Local de saída	Gondomar/Jovim	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		84 bpm		SpO2	98% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		18 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		118/72 mmHg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		36,2°C		Glicemia	112	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-HTA -Dislipidemia -Doença renal crónica		Medicação Habitual	- Polimedicada (NC)	Sinais e Sintomas	-CCO -Dor abdominal em região mesogástrica com irradiação para o hipogastro, 2 horas de evolução, intensidade 5/10, sem fatores agravantes ou de alívio.
Alergias	NC		Última Refeição	15:30h	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação		-Monitorização Sinais Vitais. -Foi realizada a passagem de dados para o médico do CODU Norte, tendo decidido após avaliação clínica, que a doente seria transportada pelos BV presentes no local para o CHUPorto				
Transporte		AEM (BV Gondomar)		Triagem		NA

Estágio 2 (25/11/2021: 14:00-20:00) - 1 Ativação

Ativação nº 1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	86 Anos	Motivo	Síncope	
Hora de ativação		15:20				
Hora de saída		15:23		Local pré-saída	Base SIV Gondomar	
Hora de chegada		15:30		Local de saída	Valbom	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		83 bpm		SpO2	96% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		16 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		128/86 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		36,0°C		Glicemia	144	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	- FA -Anemia -HTA -Dislipidemia		Medicação Habitual	- Polimedicada (NC)	Sinais e Sintomas	-CCO - Sem sintomas na chegada ao local.
Alergias	NC		Última Refeição	13:00h	Monitorização	NA
Atuação						
Atuação	-Monitorização Sinais Vitais. -Na chegada ao local, já estavam presentes os BV. A vítima encontrava-se a preencher o termo de responsabilidade, visto ter recusado o transporte para o hospital.					
Transporte	NA			Triagem	NA	

Estágio 3 (06/12/2021: 14:00-20:00) - 1 Ativação

Ativação nº 1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	83 Anos	Motivo	AEC	
Hora de ativação		15:31				
Hora de saída		15:35		Local pré-saída	Base SIV Gondomar	
Hora de chegada		15:45		Local de saída	Baguim do Monte	
Hora chegada ao hospital		17:05		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		115 bpm		SpO2	91% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		16 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		145/60 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 12(O5,V2,M5)
Temperatura		36,7°C		Glicemia	144	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Esquizofrenia -Demência -HTA -DM tipo II -Dislipidemia	Medicação Habitual	Telmisartan +Amlodipina -Lansoprazol -Quetiapina -Lorazepam -Vidagliptina +metformina -Tapentadol -Ác. Valproico -Sinvastatina	Sinais e Sintomas	- Filha percecionou uma maior prostração da mãe comparativamente e com o seu estado basal. -Edema de novo nas mãos e pé, sem sinais inflamatórios, sinal de Godet +.	
Alergias	NC	Última Refeição	13:00h	Monitorização	ECG: SA	
Atuação						
Atuação	-Monitorização Sinais Vitais. -CN, O2 (3L/min), com saturação periférica de 96-98%. -Após contacto com o médico do CODU, foi decidido transporte da doente para o CHUP.					
Transporte	SIV			Triagem	Amarelo	

VMER CHPORTO

Estágio nº1 (24/11/2021: 14:00-20:00) – 3 Ativações

Ativação nº 1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masculino	Idade	55 Anos	Motivo	AEC	
Hora de ativação		14:40				
Hora de saída		14:44		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		14:48		Local de saída	Trindade	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		NA	SpO2	NA		
Frequência respiratória		NA	Pele	NA		
Pressão arterial		NA	Pupilas	NA	GCS	14(O4,V4,M6)
Temperatura		NA	Glicemia	NA		
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	NA		Medicação Habitual	NA	Sinais e Sintomas	Discurso confuso e repetitivo, desorientado.
Alergias	NC		Última Refeição	13:00h	Monitorização	NA
Atuação						
Atuação		-Na chegada ao local, já estavam presentes os TEPH da AEM Porto 1, que tentaram abordar a vítima, tendo esta recusado, colocando-se em fuga.				
Transporte		Não Transportado		Triagem		NA

Ativação nº2

Dados da Ativação 2					
Sexo	Feminino	Idade	81 Anos	Motivo	PCR
Hora de ativação		15:23			
Hora de saída		15:24		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto
Hora de chegada		15:38		Local de saída	Ermesinde
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA
Avaliação Primária					
Sinais Vitais			Via aérea	NA	
Frequência cardíaca	NA		SpO2	NA	
Frequência respiratória	NA		Pele	NA	
Pressão arterial	NA		Pupilas	NA	GCS NA
Temperatura	NA		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária					
Antecedentes Pessoais	-Doença Cardíaca não especificada -DM tipo II -Obesidade	Medicação Habitual	- Polimedicada	Sinais e Sintomas	-Sinais de Morte: Rigidez cadavérica e livores. -Último contacto há mais de 24h.
Alergias	NC	Última Refeição	NA	Monitorização	NA
Atuação					
Atuação	-Na chegada ao local, já estavam presentes os BV em manobras de SBV, que foram suspensas e foi verificado o óbito. -Após a verificação de óbito foi comunicada a notícia à família. -Aguardamos no local a chegada da autoridade policial.				
Transporte	NA		Triagem	NA	

Ativação nº3

Dados da Ativação 3						
Sexo	Masculino	Idade	17 Anos	Motivo		Dor Torácica
Hora de ativação		17:26				
Hora de saída		17:30		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		17:34		Local de saída	Trindade	
Hora chegada ao hospital		18:00		Hospital de destino	CHUSJ	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		126 bpm		SpO2	89% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		36 cpm		Pele	Pálida e Fria	
Pressão arterial		124/99 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		36,0°C		Glicemia	124	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Asma	Medicação Habitual	- Salbutamol (SOS)	Sinais e Sintomas	-CCO. -Dor epigástrica 1h de evolução, intensidade 7/10. -Uso de musculatura acessória da respiração. -AP+AC: Taquicárdico	
Alergias	NC	Última Refeição	14:00H	Monitorização	ECG: Taquicardia Sinusal	
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -CN, O2 3L/min → Sat 100% -Transportado para o CHUSJ.					
Transporte	Transporte c/médico		Triagem		Amarelo	

Estágio nº2 (27/11/2021: 14:00-20:00) – 2 Ativações

Ativação nº1

Dados da Ativação 1							
Sexo	Masculino	Idade	57 Anos	Motivo	Trauma - Queda da própria altura		
Hora de ativação		16:32					
Hora de saída		16:34		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto		
Hora de chegada		NA		Local de saída	Ermesinde		
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA		
Avaliação Primária							
Sinais Vitais				Via aérea	NA		
Frequência cardíaca		NA		SpO2	NA		
Frequência respiratória		NA		Pele	NA		
Pressão arterial		NA		Pupilas	NA	GCS	NA
Temperatura		NA		Glicemia	NA		
Avaliação Secundária							
Antecedentes Pessoais	NA		Medicação Habitual	NA	Sinais e Sintomas	NA	
Alergias	NA		Última Refeição	NA	Monitorização	NA	
Atuação							
Atuação		-Ativação Abortada por proximidade ao local da VMER do CHUSJ, que ficou disponível após a ativação.					
Transporte		NA		Triagem		NA	

Ativação nº 2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Feminino	Idade	90 Anos	Motivo	AEC	
Hora de ativação		17:58				
Hora de saída		17:58		Local pré-saída	Trindade	
Hora de chegada		18:05		Local de saída	Rio Tinto	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		105 bpm		SpO2	98% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		16 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		120/58 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 11(O4/V2/M5)
Temperatura		36,5°C		Glicemia	120	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Anasarca no contexto de hipoproteinemia multifatorial. -Neoplasia Intestinal -Cardiopatía Hipertensiva -Sinais indiretos de HTP -DM tipo II -Anemia		Medicação Habitual	-Metformina + vidagliptina. -Ferro + Ac.Fólico -Monoprost Suspendeu: -Apixabano -Digoxina -Furosemda	Sinais e Sintomas	- Não responde a instruções desde as 12h. -Prostração
Alergias	NC		Última Refeição	11:30	Monitorização	ECG: Taquicardia sinusal
Atuação						
Atuação		-Monitorização -Doente esteve internada durante uma semana para estudo de anemia ferropriva, tendo tido alta há 2 dias. Durante o internamento foi diagnosticada uma lesão intestinal, sendo admitida esta como a principal etiologia da anemia. Suspendeu a medicação supracitada. -Após avaliação clínica, foi discutido com a família o quadro da doente. Após decisão conjunta a doente foi transportada para o CHUPorto.				
Transporte		Transporte s/médico		Triagem		NA

Estágio nº3 (29/11/2021: 14:00-20:00) - 1 Ativação

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	57 Anos	Motivo	Crise convulsiva	
Hora de ativação		14:40				
Hora de saída		14:42		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		14:52		Local de saída	Campo 24 de Agosto	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		72 bpm		SpO2	99% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		18 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		139/78 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		36,5°C		Glicemia	89	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Quadro depressivo crónico (seguida no Hospital de Magalhães Lemos) -Défice de Proteína C		Medicação Habitual	- Acenocumarol -Antidepressivo (NC)	Sinais e Sintomas	-CCO - Síncope com duração de segundos (referida pela própria); não presenciada. - Memória preservada
Alergias	NC		Última Refeição	13:00	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação	-Monitorização -Na chegada ao local, já se encontrava na AEM acompanha pelo BV. -Após avaliação clínica decidido transporte para o CHUPorto.					
Transporte	Transporte s/médico			Triagem	NA	

Estágio nº4 (02/12/2021: 14:00-20:00) - 4 Ativações

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	61 Anos	Motivo	Dor Torácica	
Hora de ativação		14:49				
Hora de saída		14:50				
Hora de chegada		14:56		Local de saída	Canidelo-Gaia	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHVNGE	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		95 bpm		SpO2	98% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		16 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		184/99 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	94	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-3 Cateterismos, último realizado há 3 meses. -Enfarte agudo do miocárdio há 5 anos		Medicação Habitual	-Polimedicada (NC)	Sinais e Sintomas	-CCO -Dor torácica em aperto desde há 2 meses, de intensidade 3/10, hoje piorou estando no momento da chegada em 5/10.
Alergias	NC		Última Refeição	8:00h	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -Na chegada ao local, já se encontrava na AEM acompanha pelos BV. -Após avaliação clínica, foi decidido transporte para o CHVNGE.				
Transporte		Transporte c/ médico		Triagem		Laranja

Ativação nº 2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Feminino	Idade	71 Anos	Motivo	Síncope + Vômito	
Hora de ativação		16:49				
Hora de saída		16:51		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		16:58		Local de saída	Mercado do Bolhão	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHVNGE	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		92 bpm		SpO2	98% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		16 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		130/70 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	146 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-NA	Medicação Habitual	-NA	Sinais e Sintomas	-CCO. -Vômito de conteúdo alimentar + síncope (testemunhada)	
Alergias	NC	Última Refeição	14:00h	Monitorização	ECG: SA	
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Na chegada ao local, estava sentada e acompanhada por um familiar. -Após avaliação clínica, foi decidido em conjunto com a vítima e familiar, não ser transportada para o hospital.					
Transporte	Não Transportado			Triagem	NA	

Ativação nº 3

Dados da Ativação 3						
Sexo	Masculino	Idade	78 Anos	Motivo	Trauma - Queda 2m de Altura	
Hora de ativação		17:52				
Hora de saída		17:54		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		18:00		Local de saída	Gondomar (Rendez-vous Freixo)	
Hora chegada ao hospital		18:45		Hospital de destino	CHPORTO	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		84 bpm		SpO2	90% (10L/min)	
Frequência respiratória		14 com		Pele	Fria, Cianose Periférica	
Pressão arterial		125/72 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 14
Temperatura		NA		Glicemia	154 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-DM tipo II -Dislipidemia		Medicação Habitual	-Sinvastatina -Metformina -Esomeprazol	Sinais e Sintomas	-CCO - Queda de 2m de altura, s/sinais de TCE -Extremidades Frias e cianóticas -Tempo de preenchimento capilar >3s -Dor na face lateral do MIE, que agrava com a mobilização.
Alergias	NC		Última Refeição	15:00h	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -Na chegada dos BV ao local a vítima já se tinha mobilizado, não foi colocada no plano duro. -Foi pedido <i>rendez-vous</i> por parte dos BV, por bradicardia (45bpm) e disartria que quando chegamos ao local não se verificou. - O2 suplementar (10L/min) -Colocação de acessos Venosos Periféricos na mão esquerda e braço direito.				
Transporte		Transportado c/médico		Triagem		NA

Ativação nº4

Dados da Ativação 3						
Sexo	Masculino	Idade	88 Anos	Motivo	PCR	
Hora de ativação		19:24				
Hora de saída		19:26		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		19:31		Local de saída	Areosa	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	NA	
Frequência cardíaca		NA		SpO2	NA	
Frequência respiratória		NA		Pele	Fria + Cianose	
Pressão arterial		NA		Pupilas	Mídiase Fixa Bilateral	GCS NA
Temperatura		NA		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-DM tipo II -HTA -Demência Vascular -BAV 1º Grau		Medicação Habitual	-Sinvastatina 20mg/dia -Valsartan + Hidroclorotiazida 160mg + 12.5mg -Vidagliptina 50 mg -AAS, 100 mg -Ác. Fólico + Ferro	Sinais e Sintomas	-Rigidez, corpo frio e cianótico.
Alergias	NC		Última Refeição	15:00h	Monitorização	ECG: Assistolia
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Na chegada ao local, os BV estavam manobras de SBV e aspiração de secreções. -Após avaliação clínica e tendo em conta a idade e as comorbilidades foi decidido suspender as manobras de SBV e não foi iniciado SAV. -Verificação de óbito. -Após verificado o óbito foi comunicada a notícia à família. -Aguardou-se a chegada da autoridade policial.					
Transporte	NA		Triagem		NA	

Estágio nº5(03/12/2021: 14:00-20:00) - 1 Ativação

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masculino	Idade	74	Motivo	Trauma cortante	
Hora de ativação		14:50				
Hora de saída		14:52		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		14:55		Local de saída	Gaia-Canidelo	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHVNGE	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		75 bpm		SpO2	97% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		18 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		141/85 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	75 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Dislipidemia -VPPB	Medicação Habitual	-Polimedicado(NC)	Sinais e Sintomas	-CCO. -Fácies de dor. -Corte perfurante no punho direito com máquina industrial, sem hemorragia ativa, sem laceração da artéria radial.	
Alergias	NC	Última Refeição	13:00	Monitorização	NA	
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Na chegada ao local já se encontravam os BV, que já tinham feito a ligadura do punho do doente. -Transportado para o CHVNGE					
Transporte	Transportado s/ médico			Triagem	NA	

Estágio nº6 (09/12/2021: 14:00-20:00) - 2 Ativações

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masculino	Idade	62	Motivo	AEC	
Hora de ativação		19:27				
Hora de saída		19:28				
Hora de chegada		19:30				
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		58 bpm		SpO2	100% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		12 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		125/72 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 10(O2/V3/M5)
Temperatura		NA		Glicemia	75 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-NA	Medicação Habitual	-NA	Sinais e Sintomas	-Doente sonolento, encontrado sentado no comboio. -Não respondia a comandos, sem abertura ocular espontânea, conseguindo localizar a dor. -AP+AC: Bradicárdico	
Alergias	NC	Última Refeição	NA	Monitorização	ECG: Bradicardia Sinusal	
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Após avaliação primária foi transportado para a AEM, onde após estimulação dolorosa, recuperou para um Glasgow de 13(O3/V4/M6), sendo encaminhado para o CHUPorto sem médico. Tinha na sua posse, Lorazepam, Diazepam e narcóticos.					
Transporte	Transportado S/Médico			Triagem	NA	

Ativação nº2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Masculino	Idade	46 anos	Motivo		Dor Torácica
Hora de ativação		19:55				
Hora de saída		19:57		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		20:02		Local de saída	Praça dos Poveiros	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		121 bpm		SpO2	88% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		22 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		171/108 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	156 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Indigência desde há vários anos.		Medicação Habitual	-Não faz	Sinais e Sintomas	-CCO. -Dor torácica em aperto, de início há 6 meses, que agravou durante o dia de hoje, piorou com a subida de uma rua íngreme, no momento de intensidade 3/10. -Dispneia desde há 1 mês para médios esforços. -Uso dos músculos acessórios da respiração. -AP+AC: Taquicárdico
Alergias	NC		Última Refeição	15:00h	Monitorização	ECG: Taquicardia Sinusal
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -O2 (10L/min) com saturação periférica de 99%. -PA de 147/101 e FC de 102 após início de oxigenoterapia. -Após evolução clínica favorável, foi transportado para o CHUP, sem acompanhamento médico.				
Transporte	Transportado S/médico			Triagem	NA	

Estágio nº7 (10/12/2021: 14:00-20:00) - 3 Ativações

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masculino	Idade	72 anos	Motivo	PCR	
Hora de ativação		15:48				
Hora de saída		15:50			Local pré-saída	Base VMER CHU Porto
Hora de chegada		15:59		Local de saída	S. Mamede de Infesta	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	NA		
Frequência cardíaca	NA		SpO2	NA		
Frequência respiratória	NA		Pele	NA		
Pressão arterial	NA		Pupilas	NA	GCS	NA
Temperatura	NA		Glicemia	NA		
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-DPOC GOLD 4D -Dislipidemia -Doença Hepática Crónica -DM tipo II -Hiperplasia Benigna da Próstata -AVC -Anemia ferropriva		Medicação Habitual	-Fluticasona + Salmeterol -Brometo de tiotrópio -Sitagliptina -Salbutamol -Pantoprazol -Aspirina -Levetiracetam -Hidróxido de magnésio -Bisacodilo -Sulfato ferroso + Ác. Fólico	Sinais e Sintomas	-PCR não testemunhada, último contacto há mais de 30 minutos.
Alergias	NC		Última Refeição	15:00h	Monitorização	ECG: Assistolia.
Atuação						
Atuação	-Na chegada ao local já se encontravam os BV em manobras de SBV. -Tendo em conta as comorbilidades, o tempo de paragem estimado e o grau de dependência do doente, foi decidido suspender as manobras de SBV e não iniciar SAV. -Verificação do óbito.					
Transporte	NA		Triagem		NA	

Ativação nº2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Feminino	Idade	76 anos	Motivo	AEC	
Hora de ativação		17:30				
Hora de saída		17:32		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		17:45		Local de saída	Devesas - Gaia	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHVNGE	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		68 bpm		SpO2	88% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		22 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		110/72 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 8(O1/V1/M6)
Temperatura		NA		Glicemia	100 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-NC	Medicação Habitual	-NC	Sinais e Sintomas	-Encontrada em casa pela vizinha. -Doente responde a comandos, sem resposta ocular ou verbal. -AP+AC: SA	
Alergias	NC	Última Refeição	NC	Monitorização	ECG:SA	
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -O2 (10L/min), saturação de 100%. -Transporte com acompanhamento médico para o CHVNGE				
Transporte		Transporte C/ Médico		Triagem	Laranja	

Ativação nº3

Dados da Ativação 3						
Sexo	Feminino	Idade	98	Motivo	Hematêmeses	
Hora de ativação		18:38				
Hora de saída		18:40		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		18:42		Local de saída	Praça da Galiza	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	NA	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		67 bpm		SpO2	100% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		14 cpm		Pele	Palidez cutânea	
Pressão arterial		148/75 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Doença Cardíaca de Base -Pacemaker há 3 anos		Medicação Habitual	-Polimedicada	Sinais e Sintomas	-CCO. -Vómitos de conteúdo biliar desde há 2 semanas, após as refeições. -Sinais de insuficiência venosa periférica
Alergias	NC		Última Refeição	17:00	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -112 foi ativado pela cuidadora. Na chegada ao local a doente referiu que não queria ser transportada para o hospital. A equipa do INEM explicou os sinais de alarme à cuidadora e à doente, tendo sido respeitada a vontade da doente. -Não foi assinado o termo de responsabilidade.					
Transporte	Não Transportado			Triagem	NA	

Estágio nº8 (14/12/2021: 8:00-14:00)- 2 Ativações

Ativação nº 1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Feminino	Idade	59 Anos	Motivo	Dor Torácica	
Hora de ativação		9:31				
Hora de saída		9:33				
Hora de chegada		9:42		Local de saída	Alfândega do Porto	
Hora chegada ao hospital		10:24		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca	84 bpm		SpO2	99% (FiO2 0,21)		
Frequência respiratória	16 cpm		Pele	Corada e Hidratada		
Pressão arterial	141/81 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS	15
Temperatura	NA		Glicemia	NA		
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Doença Cardíaca de Base (Não sabe especificar)	Medicação Habitual	-Ramipril -Sertralina -Trazodona	Sinais e Sintomas	-CCO. -Dor retroesternal em peso, de início na noite do dia anterior após discussão familiar, que piorou quando acordou. AP+AC: SA	
Alergias	NC	Última Refeição	24:00	Monitorização	ECG: SA	
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Após avaliação clínica da doente, foi decidido transporte para o CHUPorto.					
Transporte	Transportado S/Médico		Triagem	NA		

Ativação nº 2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Masculino	Idade	80 Anos	Motivo	Síncope	
Hora de ativação		13:10				
Hora de saída		13:12		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		13:20		Local de saída	Massarelos	
Hora chegada ao hospital		13:40		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	Patente e permeável	
Frequência cardíaca		61 bpm		SpO2	100% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		12 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		100/61 mmHg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		NA		Glicemia	105 mg/dl	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Doença Cardíaca de Base (Não sabe especificar) -HBP		Medicação Habitual	-Rivaroxabano -Propafenona	Sinais e Sintomas	-CCO -Doente estava em casa quando teve sensação de desmaio com recuperação imediata. -AP+AC: SA
Alergias	NC		Última Refeição	10:00	Monitorização	ECG: BAV 1º Grau
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -Após avaliação clínica do doente, foi decidido transporte para o CHUP.				
Transporte		Transportado C/Médico		Triagem	Amarelo	

Estágio nº9 (16/12/2021: 14:00-20:00) - 2 Ativações

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masculino	Idade	3 Anos	Motivo	Crise convulsiva febril	
Hora de ativação		18:30				
Hora de saída		18:32		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		18:45		Local de saída	Afurada	
Hora chegada ao hospital		19:00		Hospital de destino	CHUPorto	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		84 bpm		SpO2	100% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		24 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		100/61 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		38,9°C		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Prematuridade (27s+2d) -Atraso Global Do Desenvolvimento -Bronquiolite há 1 ano -Crise febril há 1 ano		Medicação Habitual	-NA	Sinais e Sintomas	-Sonolento, fala com a tia, não estabelecendo contacto com a equipa do INEM. -Tosse seca desde há 2 semanas. -Estava em casa acompanhado pela tia e pela prima, quando iniciou crise convulsiva tónico-clónica generalizada, com duração de 4 minutos. -AP: MV presente com sibilos e roncos dispersos em ambos os campos pulmonares. -AC:SA
Alergias	NC		Última Refeição	14:00	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação	-Monitorização -Paracetamol 200mg PO -Transporte para o CHVNGE					
Transporte	Transportado C/Médico			Triagem	Laranja	

Ativação nº2

Dados da Ativação 2						
Sexo	Fem	Idade	40 Anos	Motivo	Dor torácica	
Hora de ativação		19:40				
Hora de saída		19:51		Local pré-saída	Base VMER CHU Porto	
Hora de chegada		19:54		Local de saída	Avenida da Boavista	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUSJ	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais			Via aérea	Patente e permeável		
Frequência cardíaca		99 bpm		SpO2	99% (FiO2 0,21)	
Frequência respiratória		22 cpm		Pele	Corada e Hidratada	
Pressão arterial		172/80 mm/Hg		Pupilas	PIRL	GCS 15
Temperatura		38,9°C		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-Quadro depressivo major desde há vários anos, seguida no CHUSJ -Perturbação da Personalidade Borderline		Medicação Habitual	-Diazepam -Venfalaxina -Trazodona		Sinais e Sintomas -CCO. -Encontrava-se na cama, bastante chorosa e queixosa. -Dor torácica retroesternal constante, em aperto, de início há 2 horas e intensidade 6/10. -Náuseas sem vômito e tonturas desde há 2 horas -Dispneia em repouso de início concomitante com a dor, ausente na observação da equipa Vmer. -AP+AC:SA
Alergias	NC		Última Refeição	15:00h	Monitorização	ECG: SA
Atuação						
Atuação	-Monitorização. -Após avaliação clínica da doente foi decidido transporte para o HGSJ dado ser o hospital onde é seguida na consulta externa de Psiquiatria.					
Transporte	Transportado C/Médico			Triagem	NA	

Estágio nº10 (17/12/2021: 14:00-20:00) - 1 Ativação

Ativação nº1

Dados da Ativação 1						
Sexo	Masc	Idade	83 Anos	Motivo	PCR	
Hora de ativação		8:07				
Hora de saída		8:09		Local pré-saída	Base VMER CHUPorto	
Hora de chegada		8:12		Local de saída	Rua da Boavista	
Hora chegada ao hospital		NA		Hospital de destino	CHUSJ	
Avaliação Primária						
Sinais Vitais				Via aérea	NA	
Frequência cardíaca		NA		SpO2	NA	
Frequência respiratória		NA		Pele	NA	
Pressão arterial		NA		Pupilas	NA	GCS NA
Temperatura		NA		Glicemia	NA	
Avaliação Secundária						
Antecedentes Pessoais	-VIH -Caquexia -Doença Cardíaca não especificada		Medicação Habitual	-Polimedicado	Sinais e Sintomas	-PCR não testemunhada, último contacto às 22h do dia anterior
Alergias	NC		Última Refeição	21:00h	Monitorização	ECG: Assistolia.
Atuação						
Atuação		-Monitorização. -Na chegada ao local os BV estavam em manobras de SBV. -Tendo em conta as comorbilidades, o grau de dependência do doente e o traçado eletrocardiográfico, foi decidido suspender as manobras de SBV e não iniciar SAV. -Verificação do óbito.				
Transporte		NA		Triagem		NA

Estágio CODU

Foi realizado um turno de 6 horas no CODU Norte, onde foi possível acompanhar o trabalho de um médico do CODU. Foram ouvidas as chamadas entre as equipas INEM no terreno e o médico do CODU. Foi também possível ouvir as chamadas entre os TEPH e o médico CODU. Durante as comunicações são decididos os protocolos a iniciar e os meios a enviar.

O caso mais marcante foi a supervisão de uma ocorrência, onde houve uma PCR num doente de 26 anos vítima de um acidente de mota, tendo sido o óbito verificado no local. Durante a supervisão desta ocorrência foram ativados a VMER e a AEM mais próxima, e tendo em conta a idade da vítima e a presença dos familiares no local do acidente, foi também ativada a UMIPE.

Discussão

Ao longo de todo o estágio contabilizou-se um total de 24 ativações, sendo 21 na VMER e 3 na SIV. Obteve-se uma média de 1,85 ativações por turno, sendo que em todos os turnos realizados houve, pelo menos, uma ativação e no turno com mais ativações foram contabilizadas 4. No gráfico 1 é possível observar o número de turnos por ativação. Relativamente à percentagem de turnos por número de ativações, registaram-se 47% dos turnos com apenas uma ativação, duas ativações em 30% dos turnos, 15% e 8% dos turnos com três e quatro ativações respetivamente, como pode ser analisado no gráfico 2.

As ativações são classificadas pelo INEM em três principais tipos: doença súbita, trauma e ativações abortadas. No que concerne ao tipo de ativações, 88% foram por doença súbita, sendo que o trauma ocupa uma percentagem significativamente menor, tendo-se registado 2 ativações, correspondendo assim a apenas 8% da totalidade das ativações. Tal pode explicar-se pelo facto dos estágios terem sido realizados em ambientes predominantemente urbanos, VMER do CHPorto e SIV Gondomar, onde se observa uma maior prevalência de ativações por doença súbita. Ao mesmo tempo, as ativações devido a trauma têm vindo a diminuir consideravelmente ao longo dos anos, devido às medidas de prevenção e proteção do trauma, nomeadamente nos acidentes de viação e às medidas de segurança no trabalho implementadas e fiscalizadas nos últimos anos. Foi também registada uma ativação, que foi abortada durante a deslocação para o local da ocorrência, o que corresponde a 4% do total das ativações. No gráfico 3, é possível observar a percentagem de ativações por tipo.

Analisando as 21 ativações por doença súbita contabilizadas na VMER, destacam-se dois principais motivos: a dor torácica e a alteração do estado de consciência (AEC), com 5 ativações cada. A dor torácica é um dos motivos mais frequentes de ativação por doença súbita, sendo o enfarte agudo do miocárdio (EAM) a entidade que mais frequentemente exige uma rápida atuação. No entanto, das ativações triadas pelo CODU como dor torácica, não foi identificada qualquer ocorrência em que o EAM fosse a provável etiologia da dor. Tal como a dor torácica, a AEC pode ter várias etiologias, sendo o acidente vascular cerebral (AVC) a entidade que mais frequentemente exige uma rápida atuação. Outro motivo de doença súbita registado com muita frequência na VMER, são as paragens cardiorrespiratórias (PCR), visto que sempre que é triada uma PCR pelo CODU é ativada a VMER. O Suporte Avançado de Vida (SAV) é iniciado caso o médico decida investir no doente. Contabilizou-se um total de 4 ativações em 21 registadas na VMER, no entanto em nenhuma das ativações foi iniciado SAV, tendo sido um ponto negativo deste estágio, já que era um protocolo que tinha curiosidade em observar. Outros motivos registados foram a dor

abdominal, a crise convulsiva e a síncope. No gráfico 4, é possível observar os principais motivos de ativação por doença súbita.

Relativamente aos traumas, apenas se observaram dois, sendo que um foi devido a uma queda de 2 metros de altura e outro devido ao corte perfurante em contexto de acidente de trabalho.

Foi analisada a idade e o sexo das vítimas de todas as ativações. Observou-se o mesmo número de vítimas do sexo masculino como do sexo feminino, 12 respetivamente, como se pode observar no gráfico 5. No que respeita à distribuição do número de ativações por intervalo de idades, observa-se uma tendência para as idades mais avançadas, ou seja, com mais de 60 anos. Há que fazer referência que a maior frequência de vítimas se encontra no intervalo de idades entre os 80 e os 99 anos, confirmando a tendência de envelhecimento demográfico da sociedade portuguesa e, como esperado, uma maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde pelas pessoas incluídas neste intervalo de idades. No gráfico 6, é possível observar o número de ativações por intervalo de idades.

Analisou-se, também, a necessidade de acompanhamento em ambulância, nomeadamente, do médico assistente da VMER. Dos 13 transportes realizados, foi necessário o acompanhamento de um médico em 7 dos transportes, sendo que noutros 6 essa necessidade não esteve presente, conforme ilustra o gráfico 7.

No caso específico da VMER, foram efetuados 7 transportes com acompanhamento médico, 6 transportes sem acompanhamento médico e em 3 situações não foi necessário transporte para o serviço de urgência. Foram registadas 4 mortes no local da ocorrência devido a PCR e uma ativação abortada que não consta da análise representada no gráfico 8.

Por fim calculou-se a média de acionamentos por turno em cada um dos diferentes meios: VMER e SIV. Como se pode ver pelo gráfico 9, no meio SIV a média de ativação é de 1 por turno. Já no meio VMER a média é de 2,1 ativações por turno. O relatório anual dos meios de emergência de 2020 do INEM, contabiliza uma média de duas ativações diárias por ambulância SIV, o que converge com a média do número de ativações por dia contabilizadas ao longo do estágio realizado. Relativamente à VMER, o mesmo relatório supracitado contabiliza uma média de 5 ativações por dia em cada viatura. Uma vez que um turno na VMER dura 6 horas e tendo a média de ativações da VMER sido de 2,1 ao longo do estágio, é possível afirmar que também aqui houve convergência com a estatística do INEM.

Recomendações

Realizado o estágio consegue traçar-se dois diferentes tipos de recomendações para o futuro. O primeiro é relativo à organização e estruturação do estágio e o outro prende-se no funcionamento do próprio SIEM.

Em primeiro lugar recomenda-se um contacto mais precoce com a Emergência Médica Pré-Hospitalar por parte dos alunos de medicina do ICBAS. De facto, e apesar de o plano curricular incluir uma disciplina dedicada exclusivamente a este ramo da medicina, esta caracteriza-se por ser marcadamente teórica, não havendo lugar ao contacto prático com esta área de diferenciação tal como acontece com tantas outras. Seria proveitoso que fosse dada a oportunidade de realizar estágios observacionais em meios do INEM, durante a frequência da unidade curricular supracitada.

Por outro lado, o tipo de ativações foi maioritariamente por doença súbita, visto que os estágios foram realizados em meios urbanos. Seria importante no futuro que os alunos que realizem este modelo de estágio escolham meios com localizações diferentes para que possam ter um número maior de ativações por trauma, já que também não há muito contacto durante o curso.

Relativamente ao INEM existem algumas medidas que, a serem tomadas, poderiam facilitar de alguma forma o funcionamento do mesmo. A primeira é relativamente à literacia da população para a saúde. O INEM tem no seu plano estratégico de 2020-2022 o objetivo de formar alunos do 3º ciclo e Secundário em SBV e DAE, algo que, se for conseguido e mantido ao longo dos próximos anos, aumentará de forma exponencial o número de cidadãos com esta mesma formação e poderá aumentar o interesse em saúde das populações mais jovens, traduzindo-se não só numa melhor e mais rápida atuação dos cidadãos na prestação de primeiros socorros, como também se poderá revelar uma medida importante na aplicação de uma medicina mais preventiva.

No caso específico das ativações por PCR em que é verificado o óbito no local da ocorrência, a cadeia de responsabilidade apresenta algumas debilidades. Do ponto de vista legal, o médico da VMER após verificação do óbito, tem que permanecer no local até à chegada da autoridade policial, para que seja garantida a ausência de manipulação do corpo da vítima assim como do ambiente circundante. Em todas as ocorrências registadas, a autoridade policial demorou mais de 60 minutos para chegar ao local, o que fez com que o INEM tenha o seu meio mais diferenciado inativo durante aquele período. Seria assim importante, desenvolver um protocolo que pudesse libertar o médico da VMER e, conseqüentemente, o meio desta responsabilidade, com vista a aumentar a disponibilidade da VMER para ocorrências em que o médico poderá ter um papel fundamental na sua atuação.

Algo que foi também percebido durante o estágio foi a dificuldade de decisão do médico relativamente ao acompanhamento ou não de determinados doentes, quando é decidido o transporte destes para o hospital. Assim, seria fundamental desenvolver um algoritmo a ser seguido pelos médicos no local, de forma a auxiliar na decisão de acompanhamento da vítima ao hospital.

Por fim, de todas as ocorrências verificadas ao longo do estágio no meio VMER, o médico decidiu iniciar terapêutica farmacológica em apenas uma das vítimas. É importante perceber se o sistema de emergência pré-hospitalar em Portugal deverá ou não seguir um modelo mais parecido com o modelo anglo-saxónico onde os seus técnicos desempenham um papel preponderante. Desta forma seria recomendável aumentar e melhorar a formação dos TEPH de modo a aumentar a disponibilidade dos meios mais diferenciados para situações em que a sua atuação possa fazer a diferença.

Conclusões

O presente estágio foi realizado no âmbito da Emergência Médica Pré-hospitalar, tendo sido realizado no INEM, entidade responsável pela organização e execução do socorro em emergência médica pré-hospitalar em todo o território nacional. Apesar de ao longo dos anos, através do desenvolvimento de várias políticas e da aplicação de medidas cada vez mais progressivas, tendo como consequência um serviço com mais qualidade, mais rápido e mais eficaz, existem ainda pontos que necessitam de ser melhorados. Durante a realização do estágio no meio VMER foram raras as vezes em que o papel do médico foi fundamental, motivando assim uma reflexão relativa à gestão dos recursos do INEM e ao modelo de emergência pré-hospitalar implementado em Portugal.

Os objetivos propostos inicialmente para realização do presente estágio foram globalmente cumpridos, ainda que não na sua totalidade, permitindo assim complementar a teoria aprendida ao longo da formação médica base com a prática e a experiência relativas as situações reais de emergência. Foi possível aplicar na prática competências teóricas, profissionais e pessoais, especialmente num cenário em que a intervenção é caracterizada por elevados níveis de pressão e num percurso académico que foi prejudicado pela falta de contacto clínico com doentes durante dois anos, devido à evolução da pandemia em Portugal.

Em suma, o presente estágio representou uma verdadeira mais-valia em todo o meu percurso académico, uma vez que a Emergência Médica Pré-hospitalar é um ramo da medicina com cada vez mais importância no âmbito do ensino da medicina e a realização deste estágio permitiu complementar a formação teórica adquirida ao longo do curso de medicina, permitindo assim reforçar a minha confiança em situações futuras de emergência.

Gráficos

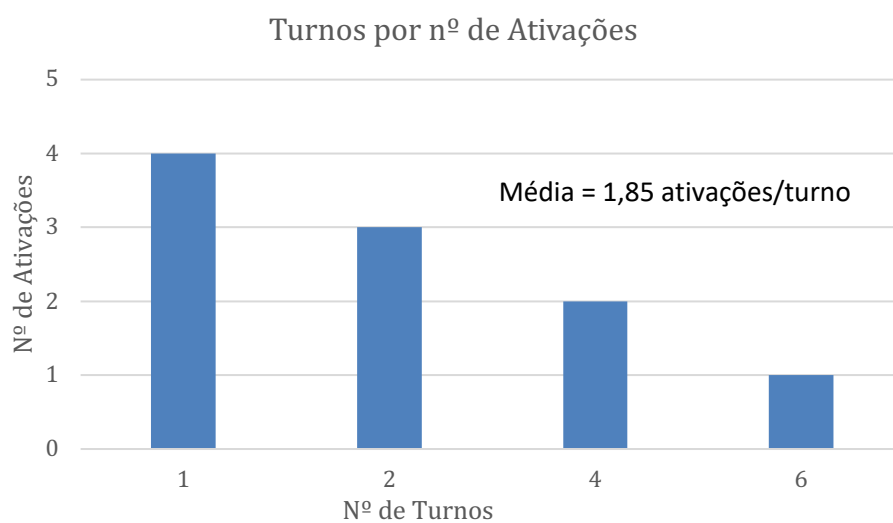


Gráfico 1: Turnos por número de Ativações

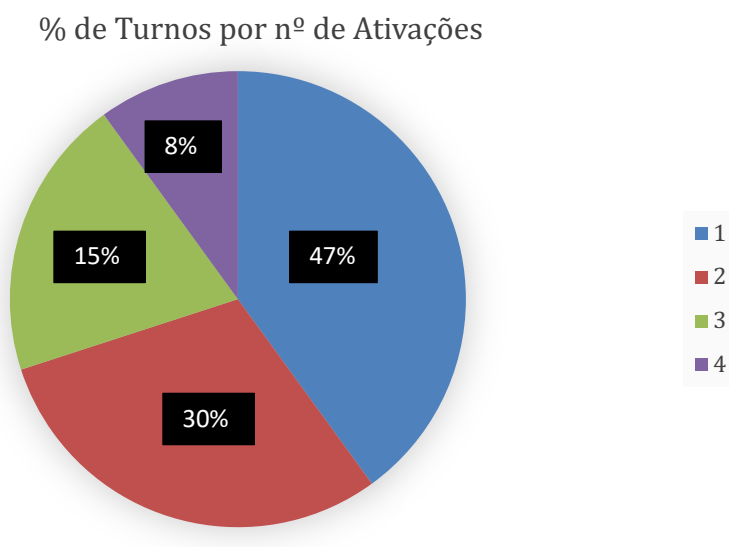


Gráfico 2: Percentagem de turnos por número de ativações

Númerode Ativações por Tipo

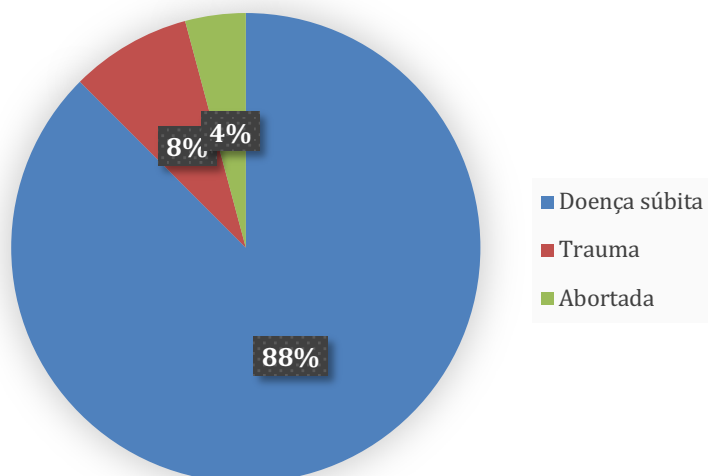


Gráfico 3: Número de ativações por tipo

Ativações por Doença Súbita

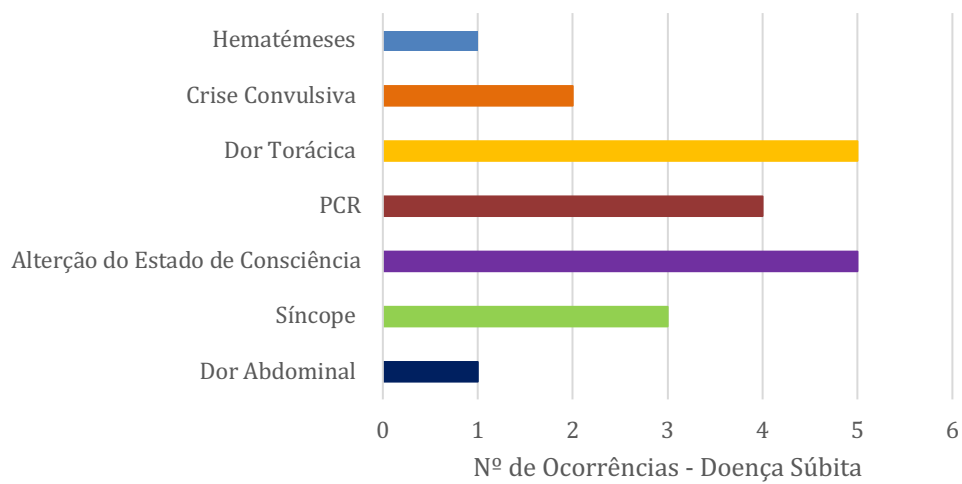


Gráfico 4: Tipo de ativações por doença súbita

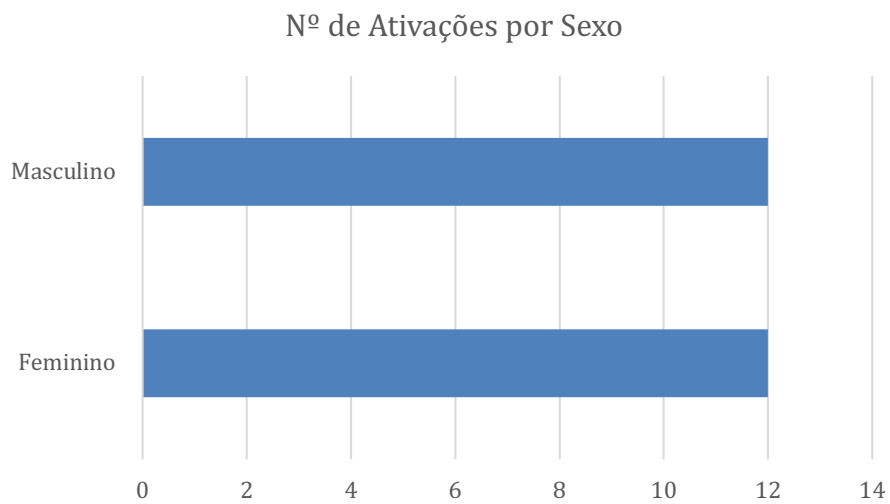


Gráfico 5: Número de ativações por sexo

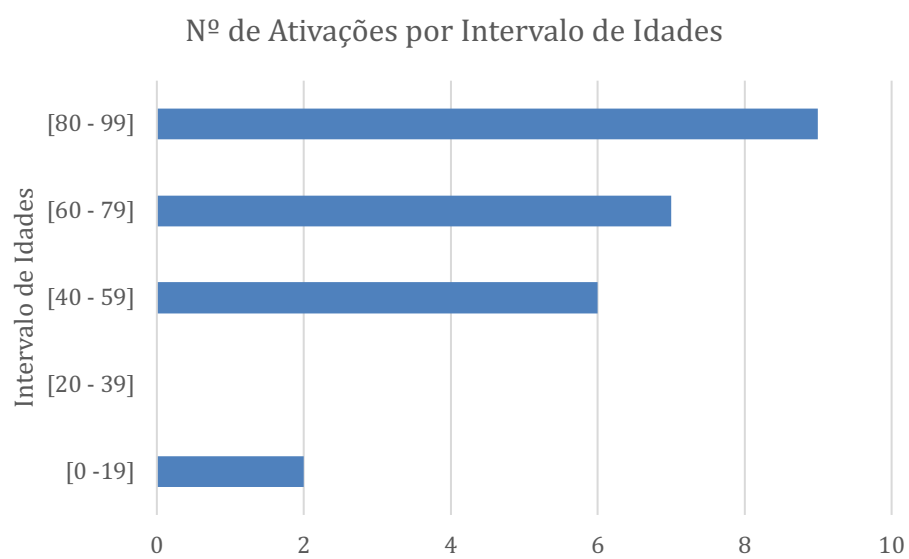


Gráfico 6: Número de ativações por intervalo de idades

Necessidade de Acompanhamento nos Transportes

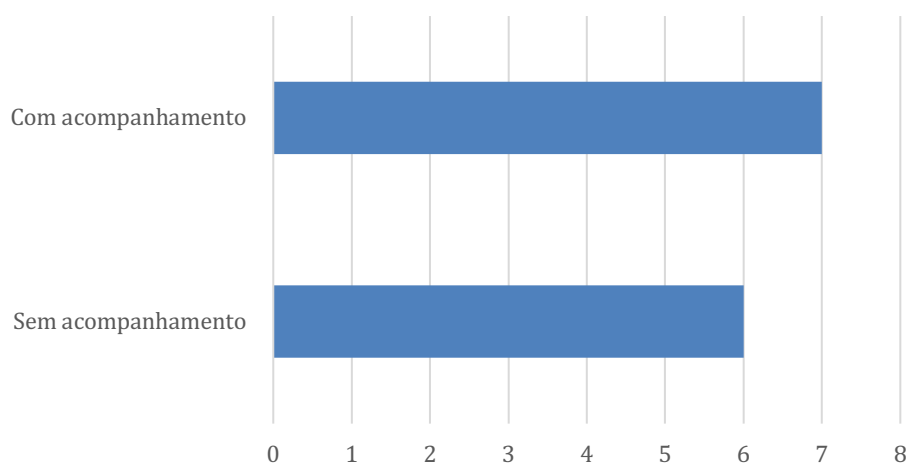


Gráfico 7: Necessidade de acompanhamento nos transportes

Distribuição das saídas da VMER por atuação relativamente ao transporte da vítima

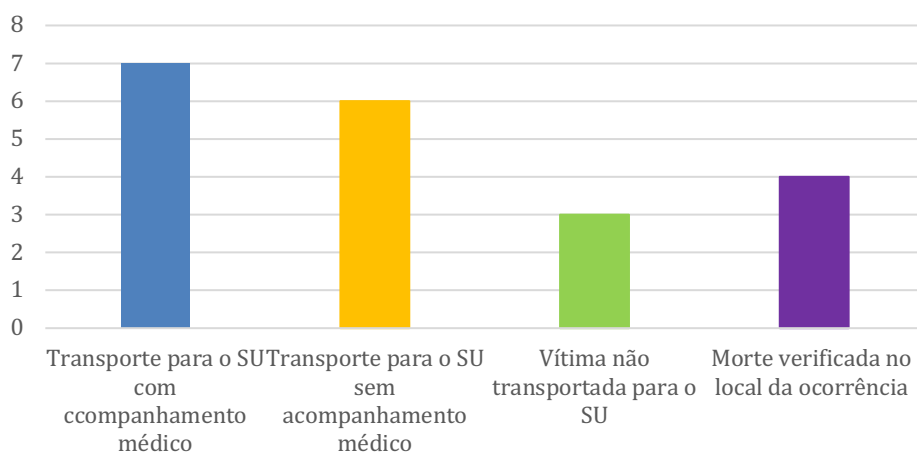


Gráfico 8: Distribuição da VMER por atuação relativamente ao transporte da vítima

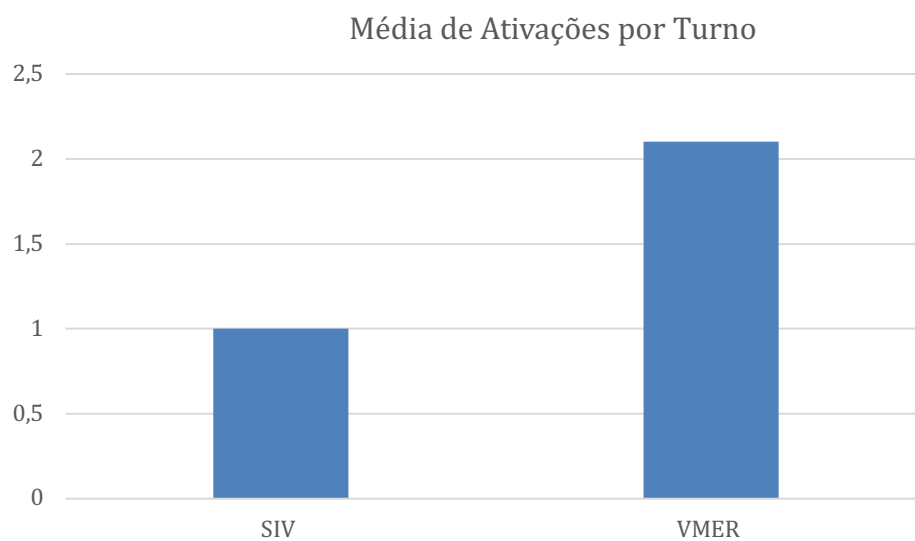


Gráfico 9: Média de ativações por turno

Figuras



Figura 1: Estrela da Vida INEM³



Figura 2: Ambulância de Emergência Médica (AEM)³



Figura 3: Ambulância de Suporte Imediato de Vida³



Figura 4: Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)³



Figura 5: Helicóptero de Emergência Médica³



Figura 6: Motociclo de Emergência Médica³



Figura 7: Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico³

Anexos

Anexo I – Ficha de realização de estágio 1 na SIV Gondomar



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM MEDICINA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 22/11/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SIV Gondomar

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leitão

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRE-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 24/11/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VIGIL

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3 Doença Súbita: 3 Trauma: ☐ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Inês Maria Azeiteiro

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Corrova de Carvalho Zeito

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 25/11/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SIV-Gondomar

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Zeito
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Jorge Santos

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 27/11/2021

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário

Francisco Leitão

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Luísa de Sousa

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Muito interessado, foi feita questão relativa ao caso e à logística pré-hospitalar. Interessado nas áreas da fisiologia, emergência pré-hospitalar e trauma, demonstrar conhecimento teórico assim do esperado para o ano de frequência. Parabéns!



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 29/11/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leite

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo AZ

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leites

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 02/12/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leites
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Sara Ribeiro

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 03/12/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: UBER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1

Doença Súbita: ☐

Trauma: 1

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Francisco Leitão

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Laura Elora Ferreira Louche

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 06/12/2021

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: SIV-Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1

Doença Súbita: 1

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Francisco Leitão

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Fátima Luísa Rodrigues Lobo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Motivado, interessado, com
seleção e empenho no
estágio.

Q.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: Estágio de observação em emergência médica pré-hospitalar

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 09/12/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leite

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo 61986

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 10/12/2023

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 3

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Francisco Leitão

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Dr. Francisco Afonso Sáez de Almeida Seixas

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 14/12/2021 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leite
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Cristina Torga 04 62141

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

	Mostrou interesse e conhecimentos sobre a medicina pré-hospitalar. Participou na abordagem e transporte de doentes.
--	---



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA - DR. HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 16 / 12 / 2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leite

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo António Palmeira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

--	--



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leite

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 17/12/2021 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Leite

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Álvaro Mendes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Francisco Miguel Casanova e Carvalho Zeito

OBJECTIVOS: ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO EM EMERGÊNCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 18/12/2021 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: NORTE

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

Assinaturas: O Estagiário Francisco Zeito

O Orientador / Responsável de Turno Isabelo Pereira do O. Ribeiro

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

ORIENTADOR

--	--

Anexo XV - Declaração de realização de estágio INEM Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que Francisco Miguel Casanova de Carvalho Leitão, com o Cartão do Cidadão nº 14160573, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo discriminados.

Tipo	Meio	Data	Horário	
Formativo : Académico	Centro de Orientação de Doentes Urgentes	18.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	6.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		25.Novembro.2021	14:00 - 20:00	
		22.Novembro.2021	14:00 - 20:00	
	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	17.Dezembro.2021	8:00 - 14:00	
		16.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		14.Dezembro.2021	8:00 - 14:00	
		10.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		9.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		3.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		2.Dezembro.2021	14:00 - 20:00	
		29.Novembro.2021	14:00 - 20:00	
		27.Novembro.2021	14:00 - 20:00	
		24.Novembro.2021	14:00 - 20:00	
Total de Horas			84	

Centro de Formação da DR do Norte, 2 de Maio de 2022



Bibliografia

1. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med*. 1999 Jan;33(1):97-103.
2. Mateus B. Emergência Médica Pré-hospitalar – Que realidade. Lisboa: Lusodidacta; 2007.
3. Instituto Nacional de Emergência Médica. O SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica). 1ª Edição. Lisboa: INEM, 2013.
4. Gomes E, Araújo R, Soares-Oliveira M, Pereira N. International EMS systems: Portugal. *Resuscitation*. 2004 Sep;62(3):257-60.
5. Instituto Nacional de Emergência Médica. Plano Estratégico INEM 2020 / 2022. Lisboa: INEM; 2020.
6. Instituto Nacional de Emergência Médica. Relatório Anual Codu. Lisboa: INEM; 2020.
7. Instituto Nacional de Emergência Médica. Relatório de Atividades dos Meios de Emergência Médica. Lisboa: INEM; 2020.