

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio em Emergência Pré-Hospitalar

Dina Silva Salgueiro

M

2022



ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

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

Dina Silva Salgueiro

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua Estado da Índia nº190 4º esq frt, 4430-094 Vila Nova de Gaia

Endereço eletrónico: silvasalgueirodina@gmail.com

Orientadora: Drª Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva

Assistente Hospitalar Graduada em Anestesiologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Afiliação: Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Endereço eletrónico: laramarcelo@gmail.com

Coorientador: Professor Doutor Humberto José Silva Machado

Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto

Prof. Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Afiliação: Centro Hospitalar Universitário do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Endereço eletrónico: hjs.machado@gmail.com

Assinatura do Estudante

Dina Silva Salgueiro

Assinatura do Orientador

Lauro Faria

Assinatura do Coorientador

Humberto Machado

RESUMO

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, em Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica, que visa garantir a pronta e correta prestação de cuidados de saúde às vítimas de acidente ou doença súbita. A prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM. ⁽¹⁴⁾

A escolha deste estágio prendeu-se pelo desejo de vivenciar um elevado número de situações de abordagem ao doente crítico, de situações de emergência, onde a tomada de decisão e a ação do médico é fulcral. Esta área é pouco aprofundada durante o curso de medicina, porém, creio que a prática permite ter uma visão e vivências únicas.

O estágio decorreu entre 27 de dezembro de 2021 e 13 de março de 2022, sob a orientação da Dra. Lara Marcelo, coordenadora da equipa da Viatura médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP). No total foram 84 horas de atividades (11 turnos na VMER e 3 turnos na ambulância de Suporte Imediato de Vida - SIV - de Gondomar) com 19 ocorrências.

Considero que os objetivos por mim traçados, foram globalmente atingidos, conseguindo relacionar a prática com os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo destes 6 anos, refletindo sobre estas competências e oportunidades.

Ter a oportunidade de integrar equipas de profissionais nesta área permitiu-me crescer enquanto pessoa, ser humano e futura médica. As expectativas iniciais foram largamente superadas e a ambição de ser cada vez mais competente, na longa caminhada que ainda tenho que percorrer que só agora se está a iniciar.

Este documento está estruturado em três partes principais: numa primeira parte é apresentada uma descrição sumária acerca do INEM; de seguida são descritos os acionamentos; por último uma reflexão crítica sobre o estágio.

ABSTRACT

The National Institute of Medical Emergency (NIME) is an organization of the Health Ministry that is responsible for coordinating the functioning of a Medical Emergency Integrated System, in Continental Portugal. The main goal is to guarantee the prompt and correct delivery of health care to victims of accidents and sudden illness. The delivery of assistance at scene of occurrence, the assisted transport to an adequate hospital and interaction between the various sectors of the System, are the main tasks of the NIME. ⁽¹⁴⁾

The choice of this internship was based on the desire to experience a high number of situations of approach towards the critical patient and emergency situations, where decision making and medical intervention is of utmost importance. This is an area that is not very deepened during the Medicine course, however, I believe that the experience enables us to acquire unique visions and experiences.

The internship occurred from 27 December 2021 until 13 March 2022, supervised by Dr Lara Marcelo, coordinator of the Emergency and Reanimation Medical Vehicle team (MERV), at Porto Hospital Centre and University (PHCU). There were a total of 84 hours of activities (11 shifts with MERV and 3 shifts with the Gondomar's Immediate Life Support Ambulance - ILS) with a total of 19 incidents.

I consider that the goals I had defined were globally achieved. It was possible to relate the clinical practice with the theoretical knowledge acquired over the past 6 years, that also reflected upon these competences and opportunities.

Having had the opportunity to integrate professional teams in this area, has allowed me to grow as a person, as a human being and as a future doctor. The initial expectations were by far outweighed, as well as the ambition to be even more competent throughout this journey, that has only just begun.

This document is structured in three principal parts: firstly, a detailed summary of the INEM will be presented; secondly, the actions will be described; finally, a presentation of a critical analysis about the internship.

AGRADECIMENTOS

À Dr^a Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva, Assistente Graduada em Anestesiologia, orientadora deste relatório de Estágio.

Ao Professor Assistente Graduado Sênior de Anestesiologia, Doutor Humberto José da Silva Machado, co-orientador.

Aos médicos que me acompanharam nas saídas da VMER, que demonstraram disponibilidade, paciência e partilha de conhecimento, numa área tão específica e fundamental.

Aos enfermeiros, técnicos do INEM ou Bombeiros que demonstraram que o trabalho de equipa é um marco importantíssimo na emergência Pré-hospitalar.

A todos: professores do ICBAS, família, amigos, colegas de trabalho, colegas de curso, que de formas mais ou menos objetivas, deixam marcas positivas e indissociáveis em todo o percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AEC - Alteração do estado de consciência
AEM - Ambulância de Emergência Médica
AEST- Atividade Elétrica sem Pulso
AIT - Acidente Isquémico Transitório
AP - Auscultação Pulmonar
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BV - Bombeiros Voluntários
CHUP - Centro Hospitalar e Universitário do Porto
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DM II - Diabetes Mellitus tipo II
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG 12D - Eletrocardiograma de 12 derivações
FC - Frequência Cardíaca
FA - Fibrilhação Auricular
FR - Frequência Respiratória
GC - Glicémia Capilar
HTA - Hipertensão Arterial
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
MR – Médico Regulador
MV - Murmúrio Vesicular
PCR - Paragem Cardio-Respiratória
SBV - Suporte Básico de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV - Suporte Imediato de Vida
SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias
SpO2 - Saturação de O₂ mediada por oxímetro de pulso
PA - Pressão Arterial
TCE - Traumatismo Crânio Encefálico
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA	3
3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA.....	4
3.1 Meios do Instituto Nacional de Emergência Médica.....	6
3.2 Acionamento/Comunicação dos meios e acompanhamento da vítima.....	9
4. ABORDAGEM À VÍTIMA.....	10
5. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	12
6. VIAS VERDES PRÉ-HOSPITALAR.....	13
7. RESULTADOS	13
8. DISCUSSÃO	23
9. RECOMENDAÇÕES	26
10. CONCLUSÃO.....	28
11. BIBLIOGRAFIA	29
12. ANEXOS.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 – Estrela da Vida.....	4
Figura 2 – Cadeia de Sobrevivência.....	12
Gráfico 1 – Motivos de Ativação.....	24

1. INTRODUÇÃO

No decorrer do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, em parceria com o Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CHUP), insere-se a Unidade Curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, onde o objetivo principal é analisar criticamente o percurso individual do estágio, tendo em conta as estruturas e funções dos locais de acolhimento. Perante a possibilidade de realizar um estágio numa área médica de interesse, optei pelo Estágio de Observação em Emergência Pré-Hospitalar no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Foi executada uma rotação entre os vários serviços disponibilizados pelo INEM, com duração total de 84 horas, repartidas pelos serviços: Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) - 18 horas; Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) - 66 horas. Não foi possível a realização do estágio nos centros de orientação de doentes urgentes (CODU), bem como na Ambulância de Emergência Médica (AEM) como previsto, dadas as restrições criadas pela Pandemia COVID19.

A curiosidade em conhecer o papel do médico no contexto pré-hospitalar, de vivenciar realidades profissionais em contextos diferentes surge do desejo e da necessidade de saber atuar de forma adequada perante situações com o doente crítico, quer em contexto profissional, quer familiar ou circunstancial.

O relatório de estágio é um elemento-chave no processo de desenvolvimento de competências do aluno no estágio, uma vez que, permite uma reflexão crítica, dos momentos vivenciados ao longo do mesmo e perceber se as atividades desenvolvidas, as intervenções e o desempenho foram de encontro aos objetivos inicialmente traçados:

- Identificar as instituições e intervenientes no SIEM, explicando as diversas interações, missão e objetivos específicos;
- Observar, *in situ*, a atuação das equipas de emergência pré-hospitalar, especificando as suas intervenções e ações diferenciadoras;
- Demonstrar conhecimento dos protocolos de atuação médicos e inerentes a outros profissionais, distinguindo o papel diferenciador do médico;
- Ajustar os recursos, à avaliação do doente, na particularidade das situações de emergência pré-hospitalar;
- Reconhecer de forma precoce as pessoas vítimas de doença súbita/trauma, numa abordagem rápida e sistematizada (ABCDE ou XABCDE);

- Atuar em situações de emergência, mobilizando os conhecimentos adquiridos, perante a(s) pessoa(s) em estado crítico, em contexto de trauma ou por doença súbita/agudizada;

- Reconhecer a pessoa vítima de peri paragem ou Paragem Cardiorrespiratória (PCR) e atuar de acordo com algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV);

- Desempenhar competências de comunicação, trabalho de equipa, éticas e legais na atuação do médico, em contexto de emergência pré-hospitalar;

- Assegurar o transporte do doente em ambulância com características, tripulação e carga bem adequadas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários.

A vivência das diversas experiências a nível profissional, académico, mas também a nível pessoal, humano e pedagógico enriquecem e contribuem para aperfeiçoar a minha conduta como futura médica.

Neste relatório começo por fazer uma breve descrição da estrutura e funcionamento da Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal, seguindo com o registo das ocorrências nos turnos realizados, concluindo com uma reflexão crítica sobre esta experiência no INEM.

2. SISTEMA INTEGRADO DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O primeiro serviço de emergência pré-hospitalar foi criado em 1965, em Lisboa. Era constituído por ambulâncias tripuladas por polícias, encarregados de transportar a vítima para o hospital. Mais tarde, em 1971, surgiu o Serviço Nacional de Ambulâncias com a finalidade de coordenar os primeiros socorros e o transporte para os hospitais. Esta reforma aumentou o número e nível dos serviços prestados. Contudo, reconhecida a necessidade de alargar o esquema montado, foi criado o Gabinete de Emergência Médica, em 1980, com a finalidade de projetar um organismo coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica. Daqui resultou a fundação do INEM em 1981, destinado a assegurar o funcionamento, em território continental, do referido sistema. Em 1989, em Lisboa, a primeira viatura médica estava apta a prestar Suporte Avançado de Vida (SAV). O INEM é então o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no território de Portugal Continental. Sempre que o CODU aciona um meio de emergência, procura que o mesmo seja o adequado e o que esteja mais próximo do local da ocorrência, já que a rapidez no atendimento pode determinar o sucesso ou insucesso da intervenção. ⁽¹⁾

O SIEM corresponde a um grupo de entidades que realizam ações organizadas e estabelecem entre si uma relação que permite uma resposta rápida, eficaz e económica às necessidades nas emergências médicas. Deste sistema fazem parte o INEM, a PSP, a Guarda Nacional Republicana, os Bombeiros, a CVP, as Unidades de Saúde e a população. O SIEM apresenta 6 fases na emergência médica que correspondem a cada uma das pontas da Estrela da Vida. A cruz de seis barras é uma adaptação do Símbolo de Identificação Médica da Associação Médica Americana. Há ainda, ao centro da cruz, a cobra e o bastão de Asclepius, que, segundo a mitologia grega, este tinha a arte da cura e após a sua morte era assim representado. Desde então a representação de Asclepius passou a ser o símbolo da medicina. ^(2,3)

Cada uma das barras da estrela da vida representa uma função da emergência médica:



Figura 1: Estrela da Vida

- 1) **Deteção:** momento em que um indivíduo nota a existência de uma situação de risco e necessária intervenção de socorro. Ele mesmo, possuindo conhecimentos básicos de primeiros socorros, pode desenvolver ações que evitem o agravamento da ocorrência.
- 2) **Alerta:** após a deteção, se a situação não for de fácil controle, a fase de contato às linhas de emergência é crucial.
- 3) **Pré-socorro:** conjunto de ações simples, transmitidas via telefone, que podem ser realizadas até à chegada do socorro especializado.
- 4) **Socorro no local do acidente:** início do atendimento às vítimas, com o objetivo de melhorar ou evitar o agravamento da situação.
- 5) **Cuidados durante o transporte:** após o atendimento inicial, se houver a necessidade de transporte para uma unidade de saúde, a vítima tem assegurada a continuação de seu tratamento em uma infra-estrutura hospitalar mais adequada.
- 6) **Transferência e tratamento definitivo:** nesta fase a vítima é encaminhada ao serviço de saúde mais adequado à situação.⁽³⁾

3. INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde ao qual cabe definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde, em segurança e qualidade.^(2,5)

A prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.), são as principais atribuições do INEM. São, ainda, da competência do INEM um conjunto de atribuições no que respeita à formação em emergência médica, estando a seu cargo a definição, coordenação e certificação dos elementos do SIEM, planeamento civil e prevenção e rede de telecomunicações de emergência. O INEM, através do Número Europeu de Emergência - 112, organização fundamental para a cadeia de sobrevivência, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

O atendimento das chamadas 112 cabe à PSP, nas centrais de emergência. Em território continental sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM. Existem quatro CODU em Portugal que se encontram localizados nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, cada um a atuar a nível nacional. ⁽²⁾

O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia, em todo o território do continente, por uma equipa de profissionais qualificados (Médicos e Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar - TEPH) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, acionamento e acompanhamento dos meios de emergência adequados. Contactando também as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino. O TETRICOSY® -TElephonic TRIage and COunseling SYstem consiste na ferramenta essencial para proceder à triagem telefónica, adotado em Maio de 2012, englobando algoritmos de apoio à decisão, otimizando o tempo e eficiência da elaboração dos planos de resposta para cada situação. Desta forma incorporou uma “estandardização de procedimentos”. Os meios são selecionados de forma criteriosa de acordo com a situação clínica das vítimas, a proximidade e acessibilidade ao local da ocorrência e os meios disponíveis. É importante salientar, que após o acionamento dos meios, o trabalho dos médicos nos CODU reside no acompanhamento das equipas de socorro no local. Onde, além da receção hospitalar que articula antecipadamente, através das vias verdes, tem também a importante tarefa de validar protocolos de atuação a não médicos. Foi com o objetivo de rentabilizar a capacidade de atendimento do CODU para situações compatíveis com as de uma linha de emergência, que, a partir de 2012, através do Protocolo de articulação entre a linha de Saúde 24 e a linha de Emergência Médica do INEM, o CODU passou a transferir para a linha de Saúde 24 as chamadas catalogadas como não emergentes, onde não ocorre envio de meios. ⁽⁶⁾

O CODU divide-se em vários sub-sistemas:

- **CODU – MAR:** O CODU Mar do INEM é um serviço telefónico de aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. Uma equipa de médicos assegura, 24 horas por dia, informações sobre os cuidados a prestar, formas de proceder e terapêutica a administrar. Se necessário, pode acionar a evacuação do doente e organizar o acolhimento em terra e posterior encaminhamento para o serviço hospitalar adequado. ⁽³⁾

- **Centro de Informação Antivenenos (CIAV):** Trata-se de um centro médico de informação toxicológica único e opera a nível nacional, que fornece informações sobre o diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos, a qualquer hora. Fornece ainda esclarecimentos sobre efeitos secundários dos medicamentos, substâncias cancerígenas, mutagénicas e teratogénicas. ⁽³⁾

- **Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC):** Intervém ao nível das necessidades psicossociais tanto da população como dos profissionais do INEM. É constituído por uma equipa de psicólogos com formação específica. O CODU pode ainda acionar as Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) que tem base nas delegações regionais e transporta o profissional até ao local de ocorrência. ⁽³⁾

3.1 Meios do Instituto Nacional de Emergência Médica

De forma a proceder à prestação de socorro de uma forma rápida e eficaz tendo em conta a diversidade de situações de emergência médica, o INEM dispõe de vários meios para a assistência pré-hospitalar de diferentes características que disponibiliza atendendo às necessidades das ativações. ⁽⁴⁾

A **VMER** é o meio mais diferenciado de emergência pré-hospitalar com equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV), possibilita o transporte rápido de uma equipa formada por um médico e um enfermeiro ao local da ocorrência. Têm base sediada num hospital. ⁽⁴⁾ O seu funcionamento é assegurado 24 horas por dia, atuando na dependência exclusiva do CODU. Pressupõe a extensão na comunidade do serviço de urgência, desempenhando várias funções no contexto do SIEM, sendo a sua área de atuação a área de influência do CHUP, no entanto, a sua operacionalidade é sempre da responsabilidade do CODU, podendo ser ativada para zonas limítrofes. Assim, a área de atuação é muito vasta, podendo ter tempos de chegada superiores a 30 minutos. Nestas situações se a condição da vítima o permitir, a VMER tenta fazer “rendez-vous”

com os bombeiros ou ambulância SIV. O “rendez-vous” consiste no transporte da vítima, após uma estabilização primária, em direção à viatura médica, ou seja, o encontro é feito no trajeto, num local onde seja possível a intervenção da equipa médica. Esta estratégia permite a redução do tempo de chegada do suporte avançado de vida (Anexo 1) às vítimas que necessitam de intervenção. A VMER pode ser ativada logo que a chamada é triada, ou por pedido de apoio diferenciado feito pelas equipas de primeira intervenção (ambulâncias de Posto de Emergência Médica (PEM) ou ambulâncias de Suporte Básico de Vida (AEM) ou outros, quando chegam ao local da ocorrência ou por pedido de apoio de diferentes unidades de saúde, nomeadamente nos Centros de Saúde. Dos materiais e equipamentos constam; a mala médica, que contém a mala de medicação, onde se encontram todos os medicamentos de urgência/emergência; a mala de trauma, com todo o material necessário para prestação de cuidados a politraumatizados (adultos e crianças); a mala da via aérea, com todo o material necessário para permeabilização da via aérea; uma mala de reserva (com material extra); um monitor desfibrilhador; um aspirador; um ventilador; uma seringa perfusora; duas garrafas de Oxigénio; um colete de extração; material de proteção individual (luvas, óculos, batas,...); frigorífico; videolaringoscópio; sistema de ventilação não invasiva o CPAP Boussignac; sistema de aquecimento de soros e um dispositivo automático de compressões torácicas - LUCAS®; mala Pediátrica.

As ambulâncias **SIV** localizam-se em unidades de saúde com Serviço de Urgência Básica e são tripuladas por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH). Possibilita cuidados diferenciados como manobras de reanimação até à chegada da VMER com capacidade de prestação de SAV. Realiza ainda o transporte de doente crítico adulto inter-hospitalar. A atuação da equipa SIV implica a adequação do protocolo e procedimentos em função da situação clínica encontrada, posteriormente, toda a informação recolhida e após estabilizada a vítima é transmitida ao Médico Regulador (MR) do CODU, para validação das intervenções interdependentes. Neste contacto é solicitado também ao MR apoio diferenciado, sempre que se justifique é o enfermeiro da SIV o responsável pela tomada de decisão e subseqüentes intervenções, de acordo com o estabelecido nos protocolos de atuação dos meios SIV, solicitando validação de procedimentos ou terapêuticas ao MR, sempre que necessário. É realizada a avaliação secundária da vítima de acordo com o protocolo utilizado, sendo que a decisão do destino, tipo de transporte e acompanhamento será sempre uma tomada de decisão partilhada entre o enfermeiro SIV e o MR.

As **AEM** estão sediadas em bases do próprio INEM e integram uma equipa de dois TEPH's que têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência pré-hospitalar ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e o transporte

assistido para o serviço de urgência mais adequado ao seu estado clínico. Os TEPHs possuem ensino Secundário obrigatório e à posteriori uma formação ministrada pelo INEM em várias áreas. Os Postos de Emergência Médica situados em corporações de Bombeiros ou da Cruz Vermelha Portuguesa, também estão sob ativação do CODU, com tripulação formada de acordo com os produtos pedagógicos fornecidos/certificados pelo INEM ⁽⁴⁾

As **Ambulâncias de Socorro** pertencentes ao SIEM têm como missão assegurar a deslocação rápida de uma tripulação com formação em técnicas de emergência médica ao local da ocorrência e no mínimo tempo possível, em complementaridade e articulação com os outros meios de emergência médica pré-hospitalar bem como o eventual transporte para a unidade de saúde mais adequada ao estado clínico da vítima. ⁽⁴⁾

A **Mota** INEM é um meio mais ágil, vocacionado para o trânsito citadino, que permite chegar rapidamente ao local onde se encontra o doente. A carga da mota inclui, entre outros equipamentos, Desfibrilhador Automático Externo (DAE), oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar, para possibilitar ao TEPH adotar as medidas iniciais necessárias à estabilização da vítima, até que estejam reunidas as condições para o seu transporte. ⁽⁴⁾

O **Helicóptero** é utilizado no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de SAV, sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos. ⁽⁴⁾

O **Transporte Inter-hospitalar Pediátrico** é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde, podendo em situações excecionais, fazer transportes primários, como apoio a equipas VMER. As ambulâncias que asseguram os transportes secundários dispõem de uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um TEPH. Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade, permitindo o seu transporte para hospitais onde existam unidades diferenciadas com capacidade para o seu tratamento. O serviço tem uma cobertura nacional e funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. ⁽⁴⁾

A **Viatura de Intervenção em Catástrofe** é acionada em situações de exceção, no caso de acidente grave ou catástrofe dos quais resultam multi-vítimas. Possui variado material de SAV e Trauma, permitindo o tratamento de 8 vítimas simultaneamente. ⁽⁴⁾

O **Hospital de Campanha** é acionado em situações de catástrofe ou calamidade, acidente multi-vítimas ou em caso de ataque terrorista. É constituído por 17 tendas insufláveis, fazendo parte uma estrutura hospitalar, zona de alojamento da equipa, zona de suporte e zona de comando da operação. Alguns módulos deste hospital foram utilizados nos parqueamentos dos Centros hospitalares no âmbito da Pandemia Covid19⁽⁴⁾

A **Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência** é acionada para o local das ocorrências onde seja considerada necessária a sua intervenção, como é o caso da assistência a vítimas de sinistros ou a seus familiares e amigos, apoio na gestão destas ocorrências, nomeadamente, o apoio no início do processo de luto na sequência de morte inesperada e/ou traumática, situações de risco iminente de suicídio, emergências psiquiátricas que impliquem risco de vida para o próprio ou para outros e intervenção com vítimas de abuso/violação sexual. Estas equipas são integradas nos dispositivos de resposta do INEM a situações de exceção, nomeadamente, incêndios, inundações, explosões, catástrofes naturais e humanas, entre outras.

(4)

3.2 Acionamento/Comunicação dos meios e acompanhamento da vítima

O acionamento dos meios pode ser feito através de equipamento rádio (SIRESP), chamada ou mensagem telefónica e via Icare/Iteams (sistemas informáticos), estando este confirmado após comunicação de status, via SIRESP, clicando na tecla 1. A ativação através de rádio encontra-se cada vez mais em desuso, dada a maior facilidade e rapidez da utilização do telemóvel ou software de comunicação de dados (Icare/ Iteams). No entanto, realço a importância e fiabilidade dos meios de rádio, em que numa situação de catástrofe são o único meio disponível. No momento da ativação, são transmitidos aos tripulantes os dados essenciais acerca da situação de emergência em causa. Desses dados constam, sexo da vítima, idade, resumo breve daquilo que motivou a chamada 112 e morada, procurando-se que esta informação seja transmitida da forma mais célere possível. Após a receção destes dados, os meios dirigem-se para o local da ocorrência em marcha de emergência.

A equipa desloca-se até à vítima, sendo efetuada a primeira avaliação utilizando Metodologia A,B,C,D,E (A- Airway; B-Breathing; C- Circulation; D-Disability e E-Exposure). Em caso de acompanhamento à unidade de saúde, e ao chegar à mesma, é transmitida toda a informação relevante para a continuidade dos cuidados à equipa responsável que acolhe a vítima, sendo os dados da ocorrência preenchidos e enviados em verbete em papel ou eletrónico. O regresso à base, após a entrega da vítima na unidade hospitalar adequada à sua condição clínica, é geralmente realizado com o Status Disponível (designação rede SIRESP), o que implica que as equipas possam

ser ativadas para nova ocorrência em qualquer momento. Todo o material de consumo clínico e terapêutico utilizados devem ser repostos assim que o meio retorna à base. É garantida pelas equipas a correta limpeza e desinfecção dos equipamentos utilizados, após cada saída, cumprindo os desígnios definidos no âmbito da segurança do doente. As equipas que efetuam o turno da manhã são responsáveis pela verificação diária da operacionalidade dos diferentes equipamentos existentes e das suas condições de funcionamento, p. ex., mochilas; garrafas de oxigénio; aspirador; seringa perfusora; ventilador; frigoríficos, etc); e pela operacionalidade da viatura (combustível, pneus, iluminação, etc). Compete também às equipas que asseguram o turno da manhã a realização de uma check-list de acordo com o protocolo de trabalho existente. Também nos restantes turnos é aconselhável a verificação e operacionalidade dos equipamentos, consumíveis e viatura médica.

4. ABORDAGEM À VÍTIMA

Atualmente, exige-se do SIEM muito mais do que o transporte rápido de vítimas para a unidade de saúde mais próxima. Apesar de raras, as situações em que não é possível estabilizar a vítima com os recursos existentes no local devem ser imediatamente identificadas pela equipa de emergência pré-hospitalar (equipa de EPH). Nestas situações, o transporte imediato para a unidade de saúde mais próxima com um meio mais diferenciado, poderá ser a atitude mais correta. Um número significativo de ocorrências envolve apenas uma vítima, frequentemente no seu domicílio ou local de trabalho. No entanto, a equipa de EPH deve estar preparada para intervir na via pública ou em situações com mais de uma vítima (ex. acidente de viação com multi-vítimas, intoxicação alimentar numa escola, entre outras). Uma avaliação precisa da vítima é das competências mais importantes desempenhada pela equipa de EPH. Para estabelecer o melhor plano de abordagem à vítima e para definir as prioridades de tratamento, a equipa de EPH depende dos achados na avaliação física e da informação colhida (história da vítima e/ ou do incidente). O desenvolvimento de uma rotina de avaliação sistematizada para todas as vítimas assegura que as condições com risco de vida (“lifethreatening”) serão abordadas de forma prioritária em relação a outras que, sem constituírem critérios de gravidade clínica, podem estar presentes de forma mais dramática (as denominadas lesões distrativas).⁽⁷⁾

O algoritmo de abordagem à vítima é apresentado no anexo 1.

A Abordagem inicial da vítima inclui as seguintes etapas:

A). **Preparação:** A caminho do local de ocorrência (após o acionamento do meio de emergência pelo CODU);

B). Avaliação do Local e Segurança;

- A apresentação/envolvência da vítima pode determinar a utilização de medidas de proteção universal específicas por parte da equipa de EPH;
- Identificar riscos de segurança potenciais para a vítima, terceiros ou para a(s) equipa(s) de EPH;
- Determinar o número de vítimas e categorizando-a(s) como: vítima de doença súbita ou vítima de trauma.

C). Avaliação Primária;

A base da abordagem à vítima deve ser a avaliação primária (ABCDE ou XABCDE) que permitirá identificar ou excluir situações com risco de vida, definindo o conceito de vítima crítica com ABC alterados ou sub compromisso.⁽⁷⁾

X: Controlo de hemorragia externa exsanguinante

Airway: Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical;

Breathing: Ventilação e Oxigenação;

Circulation: Assegurar a Circulação;

Disability: Disfunção Neurológica;

Expose/Environment: Exposição com controlo de Temperatura.

Em situações de TRAUMA a decisão de categorizar a vítima como crítica deverá ter por base não só a avaliação XABCDE, mas também o mecanismo de lesão. Os seguintes mecanismos/evidências podem potenciar e/ou aconselhar a que a vítima seja abordada como crítica:

- Impacto violento na cabeça, pescoço, tronco ou pélvis;
- Incidente de aceleração e/ou desaceleração súbita (colisões, explosões e outros; sobretudo se resultante desse incidente existir alguma vítima cadáver);
- Queda superior a 3 vezes a altura da vítima;
- Queda que envolva impacto com a cabeça;
- Projeção ou queda de qualquer meio de transporte motorizado ou a propulsão;
- Acidentes de mergulho em águas rasas. ⁽⁷⁾

D). Avaliação Secundária;

A avaliação secundária só deve iniciar-se após conclusão da avaliação primária, em vítimas estáveis demonstrando normalização de sinais vitais (quando alterações ABCDE controladas).

E). Transporte;

- Para uma Unidade de Saúde adequada às necessidades específicas da vítima;
- O início do transporte da vítima para a Unidade de Saúde deve ser o mais precocemente possível. (Se vítima Crítica até 7-10 minutos);
- Reavaliar a vítima regularmente, seguindo o esquema ABCDE. ⁽⁷⁾

5. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um acontecimento súbito, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. No que concerne à atuação em caso de PCR, o INEM segue as recomendações do European Resuscitation Council (ERC), desde a instituição dos cuidados de SBV aos cuidados pós-reanimação. ⁽⁷⁾

Constitui-se assim, como fundamental a intervenção rápida de quem presencia uma PCR, com base em procedimentos específicos e devidamente enquadrados pela designada Cadeia de Sobrevivência. A Cadeia de Sobrevivência interliga os diferentes elos, que se assumem como vitais, para o sucesso da reanimação: **ligar 112, Reanimar, Desfibrilhar e Estabilizar**. Os procedimentos preconizados, quando devidamente executados, permitem diminuir substancialmente os índices de morbilidade e mortalidade associados à PCR e aumentar, de forma significativa, a probabilidade de sobrevivência da vítima. ^(7,9)



Figura 2: Cadeia de Sobrevivência ⁽⁷⁾

Como a maioria das PCR ocorre fora do ambiente hospitalar, um marco importante foi a implementação do Desfibrilhador Automático Externo (DAE). O DAE, utilizado em paragens cardiorrespiratórias, tem como função identificar o ritmo cardíaco e distinguir os desfibrilháveis de não desfibrilháveis de modo automático e com utilização por leigos. A Fibrilhação Ventricular (FV) é um ritmo desfibrilhável presente em 90% das paragens cardíacas, que pode ser facilmente reversível na aplicação de DAE nos primeiros cinco minutos após PCR. Este equipamento tem a capacidade de efetuar a leitura automática do ritmo cardíaco através de pás adesivas em contacto com o tórax da vítima. Este equipamento é hoje obrigatório em determinados locais de acesso público, nomeadamente nos estabelecimentos de dimensão relevante. Assim, é possível reverter o ritmo desfibrilhável antes da chegada dos meios diferenciados. ^(8,9)

6. VIAS VERDES PRÉ-HOSPITALAR

As Vias Verdes (VV), nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar sistemas de resposta rápida, são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, “tempo é vida”. A necessidade de implementar sistemas de resposta rápida decorre da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades normalmente utilizados para estes processos e da sua relevância em termos de Saúde Pública. Cada uma das VV radica num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para VV AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a VV Coronária, Cirurgia Geral/Ortopedia para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sépsis. ^(10,11)

7. RESULTADOS

A permissão para a realização deste estágio foi-me concedida na Delegação Regional do Norte do INEM. Inicialmente tinha proposto ao INEM a realização de um estágio de 81 horas, composto por 14 turnos, dos quais 1 no CODU, 9 na VMER, 2 na SIV e 2 na AEM. Por motivos pandémicos não foi possível seguir esta proposta, tendo sido realizados 11 turnos na VMER de Santo António (CHUP) e 3 turnos na SIV de Gondomar, que perfazem um total de 84 horas. Cada turno teve a duração de 6 horas.

O estágio teve início dia 27 de dezembro de 2021 com término dia 13 de março de 2022.

Turnos VMER Santo António (CHUP)

Turno 1: 27/12/2021 – 08h00-14h00

1ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:09h50 **Chegada:**10h12 **Local:** Mafamude, Vila Nova de Gaia

Outros meios presentes: AEM

CODU: Feminino, 70 anos. (PCR)

AP: Síndrome Depressivo

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos

Descrição: Efetuada pelo irmão que encontrou a vítima em PCR pelas 9h45.

Avaliação: Rigidez cadavérica em posição fetal.

Atitudes: Atendendo ao tempo incerto de PCR e sinais evidentes de morte. Não se iniciou SAV.

Óbito verificado às 10h12. Chamada autoridade ao local

HD: PCR não revertida.

2ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:12h05 **Chegada:**12h20 **Local:** Mafamude, Vila Nova de Gaia

Outros meios presentes: BV

CODU: Feminino, 83 anos. (Dispneia)

AP: Síndrome demencial

Descrição: Efetuada pela cuidadora. Recusa alimentar no dia anterior com possível aspiração do vómito.

Avaliação: Respiração ruidosa; AP: crepitações grosseiras; FR:20cpm; FC: 70bpm; PA: 135/88 mmHg; SpO2: 98%; T (timpânica): 35°C;

Atitudes: Posicionamento com elevação do tronco e/ou decúbito lateral; aspiração do conteúdo alimentar e máscara de oxigénio simples. Doente ficou estável em casa.

HD: Dispneia por aspiração de vómito

Turno 2: 05/01/2022 – 08h00-14h00

3ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:09h03 **Chegada:**09h30 **Local:** Mafamude, Vila Nova de Gaia

Outros meios presentes: BV

CODU: Masculino, 51 anos. (PCR)

AP: HTA, DM II, Dislipidemia, Obesidade.

Hábitos farmacológicos: Sinvastatina; Amlodipina; Metformina; Lisinopril.

Descrição: À chegada dos BV doente consciente, a referir desconforto precordial indefinido. Pedido de apoio diferenciado.

Avaliação: À chegada da VMER em PCR em FV.

Atitudes: Início de SAV, cumpridos 2 ciclos entrando em ritmo sinusal. Degeneração em TV monomórfica com sinais de gravidade (hipotensão sustentada mas com pulso central palpável). Realizada cardioversão sincronizada (3 choques). Administrada uma perfusão de Amiodarona IV 300 mg, com ritmo sinusal sustentado. Por se manter inconsciente, foi abordada a via aérea com 50 µg fentanil, 6 mg de midazolam, 50 mg de rocurónio

Doente transportada para Hospital São João com equipa VMER (HSJ).

FC: 70bpm; FR: 12cpm; TA: 126/81 mmHg; ETCO₂: 40 mmHg.

ECG: Infra ST em AVF e SUPRAST em V3-V5. Pupilas simétricas e mióticas. GC: 367 mg/dl

HD: PCR revertida.

Turno 3: 07/01/2022 – 08h00-14h00

4ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:10h36min **Chegada:**10h43min **Local:** Matosinhos

Outros meios presentes: BV

CODU: Masculino, 51 anos. Dor torácica.

AP: Tabagismo, Obesidade.

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos.

Descrição: Dor torácica retroesternal em aperto, com 1hora de evolução, intensidade 6/10, sem irradiação.

Avaliação: À nossa chegada, doente demonstrava-se agitado, ansioso. Hemodinamicamente estável. FC:80bpm; TA: 138/68 mmHg; GC: 196 mg/dl; ECG 12DEV: ritmo sinusal sem sinais de isquemia; T (timpânica): 36,6°C

Atitudes: Doente transportado para CHUP por a VMER.

HD: Angina de peito, Ansiedade, EAM com ou sem SST.

5ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:12h55min **Chegada:**13h00min

Local: Porto

CODU: Masculino, 36 anos. Reação ao contraste.

AP: Sem antecedentes.

Descrição: Reação alérgica ao contraste durante a realização de TAC abdominal.

Avaliação: VA patente, edema dos lábios e palpebral, eupneico, sem SDR. SpO2: 99%, sem broncoespasmo, hemodinamicamente estável e bem perfundido. Apirético.

Atitudes: Radiologista deu indicação para administração de 200mg de hidrocortisona e 2 mg de clemastina.

Doente transportado para o CHUP por a SIV.

HD: Reação alérgica ao produto de contraste.

Turno 4: 08/01/2022 – 08h00-14h00

6ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:08h15 **Chegada:**08h25

Local: Baguim do Monte, Rio Tinto

Outros meios presentes: BV

CODU: Feminino, 88 anos. (PCR)

AP: Parkinson e doença cerebrovascular com AIT e AVC recentes.

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos.

Descrição: Encontrada em PCR pelos familiares por volta das 08h00.

Avaliação: Em manobras de SBV, à nossa chegada.

Ritmo identificado à chegada: assistolia.

Atitudes: Óbito verificado às 08h25. Chamada autoridade ao local.

HD: PCR não revertida.

Turno 5: 13/01/2022 – 14h00-20h00

7ª ocorrência: Doença Súbita **Ativação:**15h01 **Chegada:**15h10 **Local:** Picaria, Porto.

Outros meios presentes: AEM

CODU: Masculino, 77 anos. Alteração do Estado de Consciência - AEC.

AP: HTA; Patologia prostática.

Hábitos farmacológicos: não consegue especificar.

Descrição: AEC após refeição. Vômito presenciado com melhoria clínica. AEC frequentes após a refeição desde que iniciou nova medicação para a hipertensão.

Avaliação: ECG 12 Derivações: Sem sinais de isquemia.

Glasgow: 15; FR: 16; FC: 60bpm; TA: 98/64 mmHg; SpO2: 99%; GC:114mg/Dl; Temp. 36.2°C

Atitudes: Transporte para o Hospital de São João acompanhado pela VMER.

HD: AEC por crise vaso vagal.

8ª ocorrência: Trauma

Ativação:17h01 **Chegada:**17h04

Local: Porto.

Outros meios presentes: AEM

CODU: Masculino, 21 anos. Trauma

AP: Sem antecedentes.

Hábitos farmacológicos: Fumador de 30 cig/dia e consumo de Haxixe diário.

Descrição: Trauma torácico com perfuração do hemitórax esquerdo anterior (infraclavicular) e lateral (infra axilar) com arma branca. À nossa chegada vítima deitada na cama. Perda de esfíncteres vesical.

Avaliação: Respiração superficial. Assimetria com diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda, percussão com macicez na base esquerda. Pálido e suado, com extremidades frias e mal profundidas. Pulso radial não palpável e pulso braquial filiforme. Taquipneia superficial com saturação de O2 não avaliável na primeira abordagem por má perfusão. Penso fechado em 3 lados sobre as lesões torácicas. Pouco colaborante e agressivo.

Glasgow: 12; FR: 28; FC: 101bpm; TA: 125/60 mmHg; SpO2: 80%; Temp. 36.2 °C; pupilas mióticas.

Atitudes: Colocação de acesso endovenoso e máscara de alta concentração de oxigénio. Colocação de penso de 3 lados sobre as duas lesões penetrantes. Administração de ketamina IM 50 mg, ácido tranexâmico 1 g e bólus rápido de soro fisiológico.

Transporte para ambulância em lona e posterior transporte para sala de emergência do HSJ, acompanhado pela VMER.

HD: Hemopneumotórax

Turno 6: 14/01/2022 – 08h00-14h00

9ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:08h45 **Chegada:**09h00

Local: Baguim do Monte, Rio Tinto

Outros meios presentes: BV

CODU: Masculino, 70anos. (PCR)

AP: DRC, Neoplasia do sigmoide com invasão vesical, a realizar quimioterapia

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos.

Descrição: Encontrado em PCR pelo neto.

Avaliação: Encontrado pelos bombeiros em PCR que iniciam manobras de SBV durante 20 minutos.

Ritmo inicial de paragem: assistolia.

Atitudes: Atendendo ao tempo de PCR e antecedentes opta-se por suspender reanimação.

Verifica-se o óbito. Chamada da autoridade ao local.

HD: PCR não revertida.

Turno 7: 07/02/2022 – 08h00-14h00

10ª ocorrência: Pedido de Apoio Diferenciado

Ativação:11h45 **Chegada:**11h4

Local: Miragaia, Porto.

Outros meios presentes: AEM

CODU: Feminino, 17 anos. Pedido de apoio diferenciado.

AP: Doente com COVID 19, no 7º dia de isolamento

Hábitos farmacológicos: NA

Descrição: À chegada doente mostra-se ansiosa e preocupada com o aumento da FC referindo algumas vertigens.

Avaliação: ECG 12 Derivações: Taquicardia sinusal sem sinais de isquemia.

Glasgow: 15; FR: 20; FC: 145bpm; TA: 144/89 mmHg; SpO2: 99%; Temp. 36.2ºC

Atitudes: Diazepam 5 mg sublingual. Transporte para o CHUP acompanhado pela VMER.

HD: Crise de ansiedade

Turno 8: 15/02/2022 – 08h00-14h00

11ª ocorrência: Trauma

Ativação:15h11 **Chegada:**15h20

Local: Cedofeita, Porto.

Outros meios presentes: BV

CODU: Feminino, 53 anos. Trauma

AP: Depressão, Polineuropatia.

Hábitos farmacológicos: Alprazolam, quetiapina e gabapentina.

Descrição: Queda de um degrau no local de trabalho. Amparada por colega de trabalho. Crise de pânico após o sucedido.

ECG 12 Derivações: Ritmo Sinusal, sem sinais de isquemia

Glasgow: 15; FR: 17; FC: 95bpm; TA: 180/90 mmHg; SpO2: 99%; Temp. 36.2°C

Atitudes: Transporte da doente para o HSJ pelos BV.

HD: Crise de ansiedade após pequeno trauma

12ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:17h50 **Chegada:**18h10

Local: Constituição, Porto.

Outros meios presentes: BV

CODU: Feminino, 86anos. (PCR)

AP: HTA, Disritmia e IC

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos.

Descrição: Encontrado em PCR pelo familiar

Avaliação: PCR não presenciada, em rigidez cadavérica.

Atitudes: Verificação do óbito.

HD: PCR não revertida.

13ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:18h56 **Chegada:**19h13

Local: Porto.

Outros meios presentes: BV

CODU: Masculino, 48anos. Dor torácica.

AP: Depressão

Hábitos farmacológicos: Lorazepam 2,5 mg

Descrição: Dor torácica desde há 5 dias sem irradiação. À chegada ao local doente encontra-se muito ansioso mas com uma dor com intensidade 5/10 com melhoras ao longo do tempo.

Avaliação:ECG 12 Derivações: Ritmo Sinusal sem sinais de isquemia.

Glasgow: 15; FR: 14; FC: 92bpm; TA: 144/89 mmHg; SpO2: 99%; Temp. 36.4°C

Atitudes: Diazepam 5mg sublingual. Doente transportado para HSJ pelos BV.

HD: Crise de Ansiedade

Turno 9: 23/02/2022 – 08h00-20h00

14ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:08h15 **Chegada:**08h26

Local: Gondomar

Outros meios presentes: AEM

CODU: Feminino, 72anos. (PCR)

AP: HTA, Disritmia e IC

Hábitos farmacológicos: Desconhecidos.

Descrição: Encontrado em PCR pelo familiar

Avaliação: PCR não presenciada, em rigidez cadavérica.

Atitudes: Verificação do óbito.

HD: PCR não revertida.

15ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:09h44 **Chegada:**09h48

Local: Hospital Fernando Pessoa (Gondomar)

Outros meios presentes: SIV e BV

CODU: Feminino, 72 anos. Obstrução da via aérea/PCR;

AP: Asma; HTA; Depressão; Fratura das costelas em agosto de 2021.

Hábitos farmacológicos: Bisacodilo; Clonazepam; Furosemida; Lactulose; Levotiroxina sódica; Lorazepam; Metamizol; Metoclopramida; Mirtazapina; Pantoprazol.

Descrição: Obstrução da VA com alimentos e posterior PCR. Estado prévio: doente parcialmente dependente, cognitivamente íntegra, numa unidade de cuidados continuados para recuperação pós-cirúrgica. Enquanto se alimentava sozinha obstrução total da via aérea com pão. Iniciou quadro clínico de dispneia, SDR e dessaturação. À chegada da SIV PCR presenciada. Iniciado SAV com DAE. Desobstrução da via aérea pela equipa da SIV com posterior ventilação eficaz com máscara facial e insuflador manual. À nossa chegada, 10 min de SAV em AESP. Nova avaliação de ritmo com recuperação de pulso. Sem recuperação de consciência. Pupilas midriáticas, simétricas e reativas. Procedeu-se à sedação e intubação oro traqueal. Após intubação sons pulmonares presentes bilateralmente, menos audíveis à direita. Roncos dispersos. Nova aspiração da via aérea com saída ainda de fragmentos alimentares.

Avaliação: ECG 12DEV, à chegada: Taquicardia sinusal. Glasgow: 3; Palidez cutânea, em midríase. FR com insuflador manual: 11; FC: 150bpm; TA: 100/65 mmHg; SpO2: 94%; GC:350mg/Dl; Temp. 36.2°C

Atitudes: Desobstrução da via aérea, aspirada grande quantidade de pão semi digerido da via aérea seguida de intubação orotraqueal e posterior ventilação com oxigênio suplementar. Administração endovenosa de hidrocortisona 200 mg, fentanilo 50 µg e propofol 20mg. Transporte para HSJ pela SIV, acompanhada pela VMER. Entrou diretamente para a sala de emergência.

HD: PCR devido a obstrução da via aérea.

Turno 10: 13/03/2022 – 08h00-14h00

16ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:11h45 **Chegada:**11h01

Local: Gondomar.

Outros meios presentes: SIV, BV

CODU: Feminino, 88 anos. (PCR)

AP: HTA; IC; Dislipidemia.

Hábitos farmacológicos: Furosemida e sertralina.

Descrição: Jantou na noite passada onde se encontrava bem-disposta. Ida à urgência do CHUP há 3 dias por IC descompensada. Encontrada esta manhã pelos familiares já sem sinais de vida.

Avaliação: Vítima em rigidez cadavérica.

Ritmo à chegada: assistolia.

Atitudes: Verificação do óbito. Chamada da autoridade ao local.

HD: PCR não revertida.

Turnos SIV Gondomar

Turno 1 SIV Gondomar: 16/02/2022 – 08h00-14h00

17ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:08h59 **Chegada:**09h01

Local: Valbom.

Outros meios presentes: VMER, BV

CODU: Masculino, 58 anos. PCR

AP: HTA, Dislipidemia.

Hábitos farmacológicos: Não sabe especificar.

Descrição: Utente terá referido falta de ar e dor no peito à esposa e entra em PCR na sua presença. BV fazem SBV 10 minutos. À chegada da VMER: ritmo inicial - desfibrilhável (FV). SIV é o ultimo meio a chegar ao local.

Atitudes: Algoritmo de SAV, Acesso Venoso Periférico. Administração de adrenalina 1mg/4min, 300mg de amiodarona e alteplase e transporte para HSJ pelos BV, acompanhado pela VMER.

HD: PCR revertida.

18ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:11h45 **Chegada:**11h50

Local: Gondomar.

Outros meios presentes: BV

CODU: Feminino, 32 anos. Reação Alérgica.

AP: Espondilite Anquilosante.

Hábitos farmacológicos: Medicação Biológica

Descrição: Provável reação adversa à segunda dose da vacina Pfizer. Cerca de 10 minutos depois da toma da vacina apresenta mau estar associado a astenia. Refere aperto torácico, tonturas e sensação de pernas pesadas. No término da saída, após ter sido retirada a oxigenoterapia a doente refere dormência labial e sensação de aperto na garganta como um corpo estranho.

Avaliação: VA patente, eupneica, sem SDR. SpO2: 99%, hemodinamicamente estável e bem perfundida. Apirética.

ECG: Ritmo sinusal.

Glasgow: 15; FR: 16; FC: 16bpm; TA: 120/79 mmHg; SpO2: 99%; GC:95mg/Dl; Temp. 35.7°C

Atitudes: Colocação de acesso venoso periférico. Administração de cloreto de sódio 0,9% EV e 200mg hidrocortisona EV. Transporte para o HSJ pelos BV.

HD: Reação Alérgica ap

Turno 2 SIV Gondomar: 24/02/2022 – 08h00-14h00

19ª ocorrência: Doença Súbita

Ativação:13h01min **Chegada:**13h07min

Local: Fânzeres

Outros meios presentes: - BV

CODU: Feminino, 81 anos. AEC;

AP: HTA, Síndrome Demencial.

Hábitos farmacológicos: Bisoprolol, memantina, ácido acetilsalicílico, rivastigmina, lercanidipina, quetiapina e lorazepam.

Descrição: Vítima consciente e orientada. Após avaliação, família recusa transporte e assina documento.

Avaliação: Glasgow: 11; FR: 16; FC: 57bpm; TA: 129/69 mmHg; SpO2: 97%; GC:105mg/Dl; Temp. 36°C

Atitudes: Exame objetivo da vítima.

HD: Lipotimia.

8. DISCUSSÃO

No que respeita às intervenções, a prática colaborativa entre os elementos das equipas foi notória. Durante o estágio o modelo adotado variou de acordo com a situação e contexto, em grande maioria no modelo “stay and play” mas em situações particulares em que a ponderação da celeridade da chegada ao hospital beneficiaria a vítima adotou-se o modelo “scoop and run”.

Existem diversos sistemas e modelos de atendimento pré-hospitalar. O modelo Português baseou-se nos modelos Norte-Americano e o modelo Francês (Mateus, 2007). No primeiro, conhecido por princípio de “*scoop and run*”, ocorre uma abordagem à(s) vítima(s) no menor tempo possível, com recurso aos procedimentos essenciais e efetivando o transporte para um hospital adequado o mais rapidamente possível. No segundo, o princípio tem por base um atendimento mais diferenciado no local, até a estabilização da vítima - princípio conhecido como “*stay and play*”.

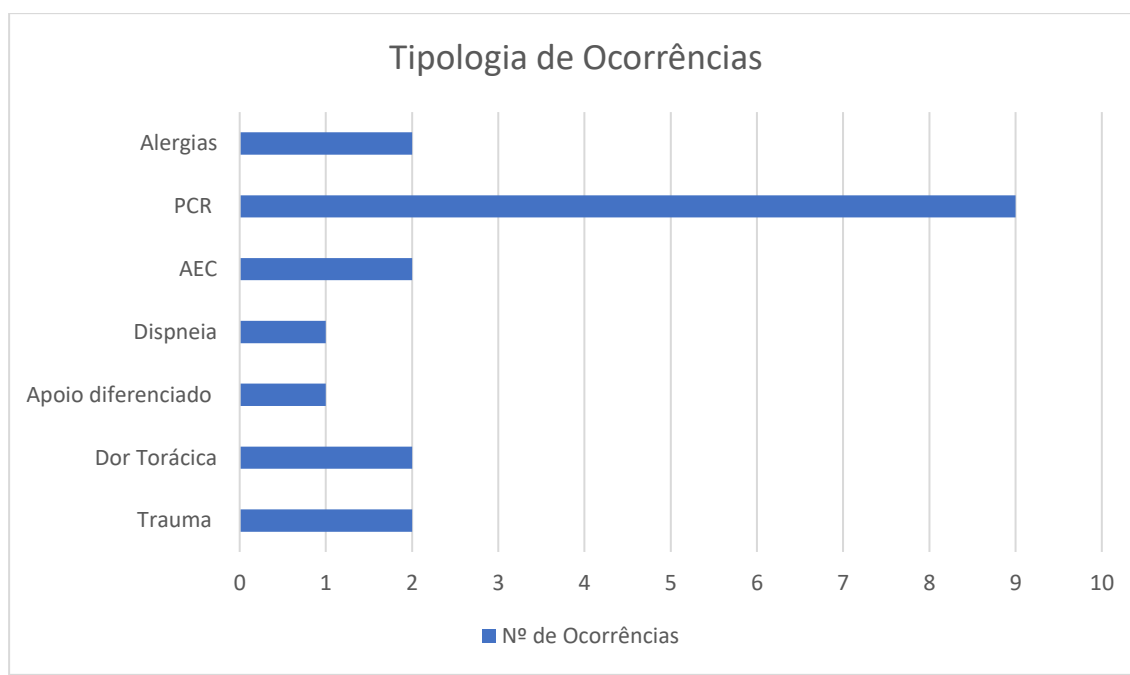


Gráfico 1: Motivos de ativação

De acordo com o gráfico verifica-se que o principal motivo de acionamento da VMER e SIV é a Paragem cardiorrespiratória (PCR). A PCR é um acontecimento súbito, constituindo-se como uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. Afeta entre 55-113 pessoas /100 000 habitantes, estimando-se entre 350 000-700 000 indivíduos afetados por ano, só na Europa. A análise efetuada aos equipamentos de DAE utilizados logo após uma paragem cardíaca, indica uma elevada percentagem (76%) de vítimas com um incidente arritmico particular: Fibrilhação Ventricular. ⁽¹⁵⁾

Em Portugal, em particular o INEM segue as recomendações do European Resuscitation Council (ERC), desde a instituição dos cuidados de SBV (anexo 2) aos cuidados pós-reanimação. ⁽¹⁶⁾ Quem presencia um evento de PCR deve, quando treinado, iniciar de imediato manobras de SBV, enquanto aguarda a chegada dos serviços de emergência. Sem treino em reanimação, o elemento que assiste a vítima deve realizar compressões torácicas contínuas, instruído pelo operador do CODU. Na maior parte dos casos o SBV não irá recuperar a função cardíaca, mas, se bem realizado, restaura parcialmente a perfusão de órgãos nobres e aumenta a probabilidade de sucesso dos elos seguintes. Na maioria dos casos de PCR em adultos o coração vai parar devido a uma perturbação do ritmo designada fibrilhação ventricular (FV). O único tratamento eficaz para a FV é a administração de um choque elétrico (desfibrilhação). ⁽¹⁵⁾ Após chegada dos serviços de Emergência Médica inicia-se o SAV (anexo3). A atuação da equipa VMER e/ou SIV baseia-se no cumprimento do protocolo de SAV tentando encontrar a causa da PCR potencialmente reversível, para que se

consiga o Retorno de Circulação Espontânea (RCE). Com o RCE, a manutenção da via aérea, da respiração, da circulação, a otimização da recuperação neurológica, o controlo glicémico e o controlo da temperatura no sentido da promoção da hipotermia são uma evidência. Numa situação de emergência ou reanimação existe um número elevado de ações a serem executadas pelos membros da equipa, quer sequencialmente, quer em simultâneo. A coordenação das ações a serem desenvolvidas e o controlo ou gestão das mesmas é da responsabilidade do líder da equipa, em contexto VMER o médico, mas em contexto SIV o enfermeiro assume esta função de líder de equipa. Cabe, no entanto, dizer que muitas das vezes as ações estão de tal forma treinadas e coordenadas, muitas vezes basta um olhar ou uma expressão para se perceber o que se quer fazer, não sendo necessariamente imprescindível o recurso à linguagem verbal. Depois a protocolização dos procedimentos facilita as funções de liderança neste contexto. A maioria das PCR pré-hospitalares culmina em morte, por vários motivos (défice de conhecimentos sobre a prevenção da PCR, assim como falta de formação da população para o reconhecimento da paragem, alerta precoce e início de SBV, impossibilidade da chegada da ajuda diferenciada em tempo útil, população muito envelhecida com muitas comorbilidades associadas), daí que a ética em reanimação e as decisões de fim-de-vida sejam uma importante área de interesse. Desta forma, a vivência destas experiências fez com que lidasse com a morte de forma diferente. Neste mesmo âmbito, houve uma aprendizagem na comunicação de más notícias, onde a escolha de palavras e o controlo de sentimentos é extremamente difícil. Teoricamente um médico deve fazer tudo o que está ao seu alcance para salvar uma vida, mas, muitas vezes as hipóteses de recuperação de PCR são muito reduzidas e as ações para reverter a mesma são quase distanásicas. Na prática das equipas SIV, BV e AEM, cabe ao médico decidir quando parar as manobras de reanimação ou não as iniciar.

Destaco dentro das ocorrências, o trauma torácico penetrante por esfaqueamento com arma branca, uma situação completamente diferente da maioria das nossas ativações. Os traumatismos torácicos assumem uma importância fundamental em contexto de trauma. São uma causa importante de mortalidade, estando envolvidos em cerca de metade das mortes por trauma, quer isoladamente (cerca de 25 % das mortes), quer em associação com outras lesões.⁽¹⁷⁾ A possibilidade de sobrevivência é elevada e quanto mais cedo forem aplicados os cuidados de emergência, maiores são as possibilidades de recuperação. As lesões resultantes do trauma torácico podem ser potencialmente fatais, são vários os órgãos intratorácicos que asseguram funções vitais, dependendo destes a ventilação e a circulação. É importante identificar estas situações fatais durante o exame primário da abordagem do politraumatizado. Neste caso em especial, após avaliação do traumatizado percebemos que estávamos perante um

hemopneumotórax. Depois da avaliação primária, garantir acesso e assegurar a oxigenação através da máscara de alta concentração procedeu-se ao selamento das feridas em todo o seu perímetro, exceto num dos vértices do penso, permitindo a saída de ar durante a expiração, reduzindo o risco de pneumotórax hipertensivo. Desde que chegamos ao local fizemos uma vigilância apertada dos sinais vitais, essencialmente dos parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos.

As próprias circunstâncias em que ocorreu este evento eram distintas. Ao mesmo tempo que nos deparamos com uma situação emergente em que temos que ser rápidos e eficazes para salvar o doente deparamo-nos com ambiente decadente de crime, que nos exige outras precauções e medidas. À chegada ao bairro, sem a presença da escolta policial que ainda não se encontrava no local, deparamo-nos com condições de segurança difíceis, com conflitos com os moradores e com péssimas condições habitacionais, o que dificulta o trabalho da equipa de emergência. Aqui saliento a importância de manter a segurança, um dos pilares fundamentais no meio extra hospitalar. Aproveito para realçar a importância do trabalho de equipa, num ambiente hostil em condições precárias, onde a coordenação entre a VMER, SIV e BV é imprescindível.

As ativações da VMER foram sem dúvida indispensáveis no que toca a aplicação de técnicas “life-saving”. Desde o emprego da abordagem inicial de “ABCDE” (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Expose) até técnicas mais invasivas tais como intubação oro traqueal.

Durante este estágio houve uma ativação na SIV e outra na VMER por reação alérgica a vacina e a meio de contraste respetivamente, onde destaco a importância da rapidez da atuação para evitar morte por reação anafilática.

9. RECOMENDAÇÕES

Existem alguns aspetos que no meu entender poderiam ser melhorados para aperfeiçoar o trabalho do INEM. Começo por realçar o quanto seria importante qualquer cidadão, tanto os profissionais de saúde como os leigos, terem formação de SBV, para atuação em situações de emergência, cultivando assim uma obrigação social nesta temática. O SBV podia ser abordado desde o ensino básico, que a maioria da população frequenta.

Os protocolos terapêuticos facilitam a decisão e atuação enquanto médicos, *team leader*, nas diversas situações, os quais desconhecia, mas que são um grande auxílio na prestação de cuidados de saúde, permitindo uma maior autonomia e sistematização. Para além disso, os mesmos permitem uniformizar a prática clínica e atender à prática baseada na evidência, visto que, estes são realizados de forma universal por todos os intervenientes na prestação de cuidados e devem

incluir normas atuais e em vigor, com suporte científico, que promovem uma prática de qualidade, melhores ganhos em saúde para o doente e contribuem para uma gestão de cuidados mais eficiente e eficaz.

No que toca ao tema PCR, os meios da VMER muitas vezes são acionados para verificação de óbito, talvez um uso desajustado para um meio diferenciado, que pode solucionar situações de risco de vida. Diversas vezes os familiares da vítima não tem um médico que certifique o óbito, o que obriga a presença da autoridade, tornando estes episódios ainda mais morosos.

Seria também uma mais-valia os profissionais de saúde conseguirem aceder diretamente à informação clínica da vítima, desde os seus antecedentes patológicos, comorbilidades e terapêutica. Nem sempre temos acesso a esta informação e quando temos não garantimos a sua veracidade. Num grande número de situações quer as pessoas, quer a família não conseguem identificar os antecedentes ou terapêutica, evidenciando baixos níveis de literacia para a saúde, o que dificulta o diagnóstico, terapêutica e prognóstico no atendimento da pessoa em situação crítica, mas que pode ser crónica/ paliativa. A informação transmitida pelo CODU muitas vezes é escassa e vaga, se o doente é único, seguido, atendido e diagnosticado em todo o sistema de saúde, deveria haver um sistema de informação único, que sintetizasse informação essencial: antecedentes, terapêutica, entre outros. Este sistema pouparia tempo, aumenta a qualidade dos cuidados, na medida em que seria possível direcionar as ações, num menor espaço de tempo possível, bem como compreender atitudes ou terapêuticas mais direcionadas e adequadas, entre as quais atuações em Fim de Vida. Num país envelhecido em que a carga de doença crónica degenerativa e irreversível é grande, ainda me causa estupefação não haver interligação, comunicação e protocolos de atuação Paliativa no PH.

Por último, realço a importância de uma melhor gestão dos meios do INEM, pois muitas vezes são acionados para o mesmo local vários meios (BV, SIV e VMER), não se justificando a presença dos mesmos.

10. CONCLUSÃO

A elaboração deste estágio permitiu-me o contacto real com a emergência PH, relacionando-a com as aprendizagens teóricas concluídas e consolidadas nas várias unidades curriculares do curso. Considerando que o meu percurso formativo e profissional até à data é ainda incipiente, este estágio será um complemento fundamental na aquisição de conhecimentos, numa área muito singular e de extrema importância na aquisição de competências na área médica. Houve assim a oportunidade de aplicar saberes adquiridos, aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades num contexto onde o nível técnico e humano é complexo, acarretando altos níveis de responsabilidade e exigência, face à realidade dos cuidados igualmente complexos. Neste sentido, e de acordo com as minhas expectativas iniciais, considero que o estágio se revelou uma experiência muito enriquecedora.

A contribuição para uma prática reflexiva, baseada em pontos orientadores, marca o início e compromisso nesta nova etapa, contribuindo para o atingir de objetivos específicos e desenvolver capacidades técnicas e humanas avançadas, repercutindo-se num crescimento quer a nível pessoal, quer a nível profissional, resultado das inúmeras experiências que tive oportunidade de vivenciar e que ficam na memória. A variedade destas experiências permitiu-me contactar com diferentes situações de vulnerabilidade acrescida e sem dúvida que no fim destas semanas trago uma nova bagagem para estas situações emergentes com todo o contexto envolvente. Os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e vão ser algumas das minhas ferramentas futuras enquanto médica, sem dúvida.

Ter a oportunidade de integrar equipas de profissionais nesta área permitiu-me crescer, alargar horizontes e entender as vantagens do trabalho baseado no rigor e na evidência científica, não esquecendo a importância da humanidade nos cuidados, valorizando a dignidade e a globalidade da própria pessoa. A complementaridade entre médico e enfermeiro deve estar assente numa relação de confiança e espírito de equipa em prol de um objetivo comum. Todos os elementos da equipa são importantes e todos têm o seu papel, complementando-se.

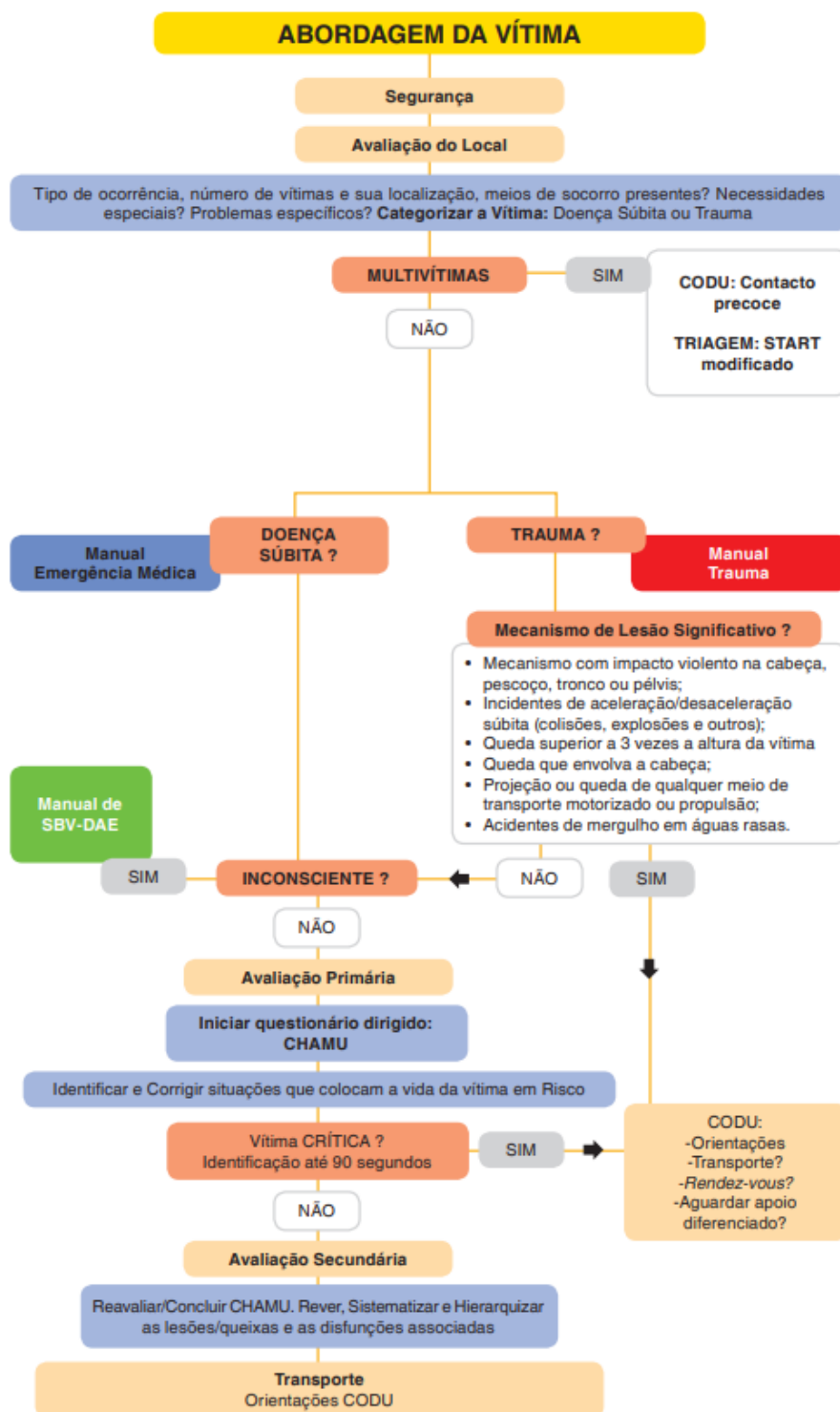
Para concluir realço a importância de todos os colegas futuros médicos terem a possibilidade de passar por esta experiência, uma área fulcral na medicina, que permite um desenvolvimento e conhecimento pluridisciplinar. Quanto a mim, cabe-me agradecer a todos os profissionais que tornaram esta etapa possível que alimentaram ainda mais o bichinho da emergência que tenho em mim.

11. BIBLIOGRAFIA

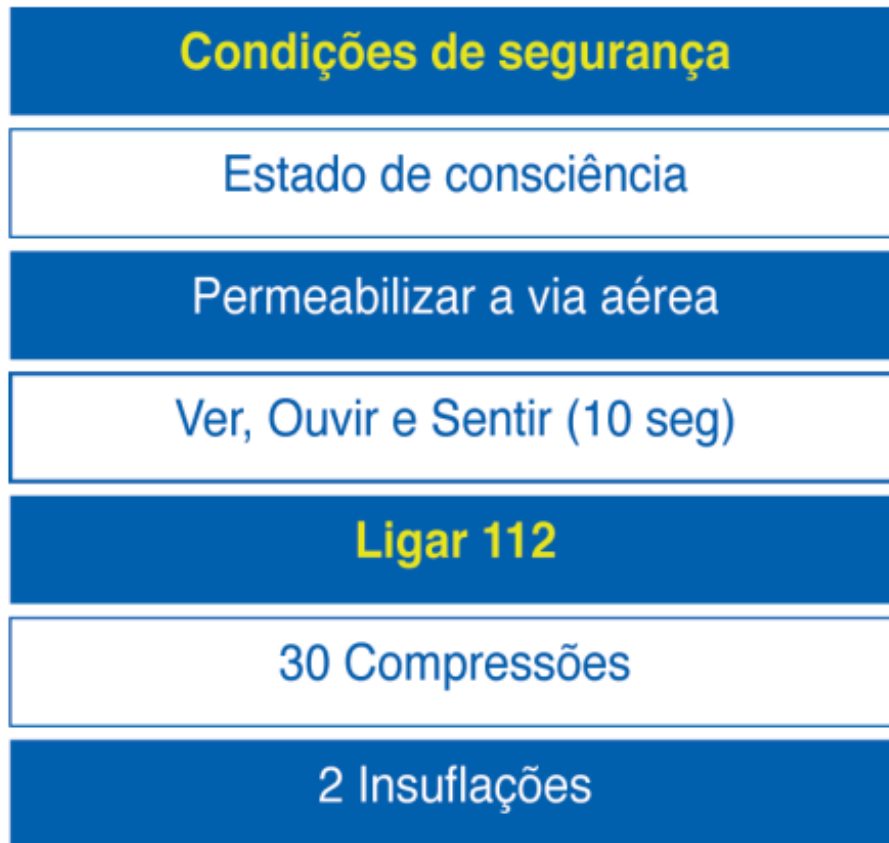
- 1 - Instituto Nacional de Emergência Médica. "História do INEM" 2020 [Acedido a: 03 de Abril de 2022].Disponível em: <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/historia-do-inem/>.
2. Instituto Nacional de Emergência Médica. "O que é o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)?" 2022 [Acedido a: 18 de Março de 2022].Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/26/o-que-e-o-sistema-integrado-de-emergencia-medica-siem/>.
3. Relatório Anual de Atividades Especificas Desenvolvidas no CODU 2020, Instituto Nacional de Emergência Médica, disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/04/Relatorio-de-Atividades-Especificas-CODU-2020.pdf>
4. Instituto Nacional de Emergência Médica. Meios de Emergência 2020 [Acedido a: 29 de Maio de 2021].Disponível em: <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>.
- 5- Direção Geral da Saúde. **Decreto-lei 34/2012, de 14 de Fevereiro.** [Acedido a: 29 de Março de 2022].Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/289315/decreto-lei-34-2012-de-14-de-fevereiro>
- 6-Relatório de Contas 2016. Disponível em: <http://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Relatorio-de-Atividades-e-Contas-2016.pdf>
- 7 – Manual de Abordagem á vitima de 2019. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/10/Manual-TAS-TAT-Abordagem-%C3%A0-v%C3%ADtima.pdf>
- 8 - European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe 2021. 161: 61-79
- 9 - INEM. Manual de Suporte Avançado de Vida. 2020;1ªEdição.
- 10 - Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - Relatório CRRNEU 2012. Disponível em: <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>
- 11 - Despacho n.º 10319/2014, de 11 de Agosto. Diário da República, 2.ª série — N.º 153. Ministério da Saúde.
- 12 - Grupo Portugues de Triagem. Tempos alvo previstos de atendimento, para as 5 cores da Triagem de Manchester 2020 [Available from: https://www.grupoportuguestriagem.pt/?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=1
- 13 - Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage: Manchester Triage Group: Wiley; 2014.
- 14– Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <https://eportugal.gov.pt/entidades/instituto-nacional-de-emergencia-medica>
- 15 – Suporte Básico de Vida no Adulto, INEM 2017. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- 16 -Resumo das principais alterações nas Guidelines em Ressuscitação Guidelines ERC 2015. Disponível em <https://www.alento.com.pt/wp-content/uploads/2018/06/Guidelines.pdf>
- 17 - MANUAL TAS EMERGÊNCIAS DE TRAUMA, versão 2 1ª edição 2012. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%Aancias-Trauma.pdf>

12. Anexos

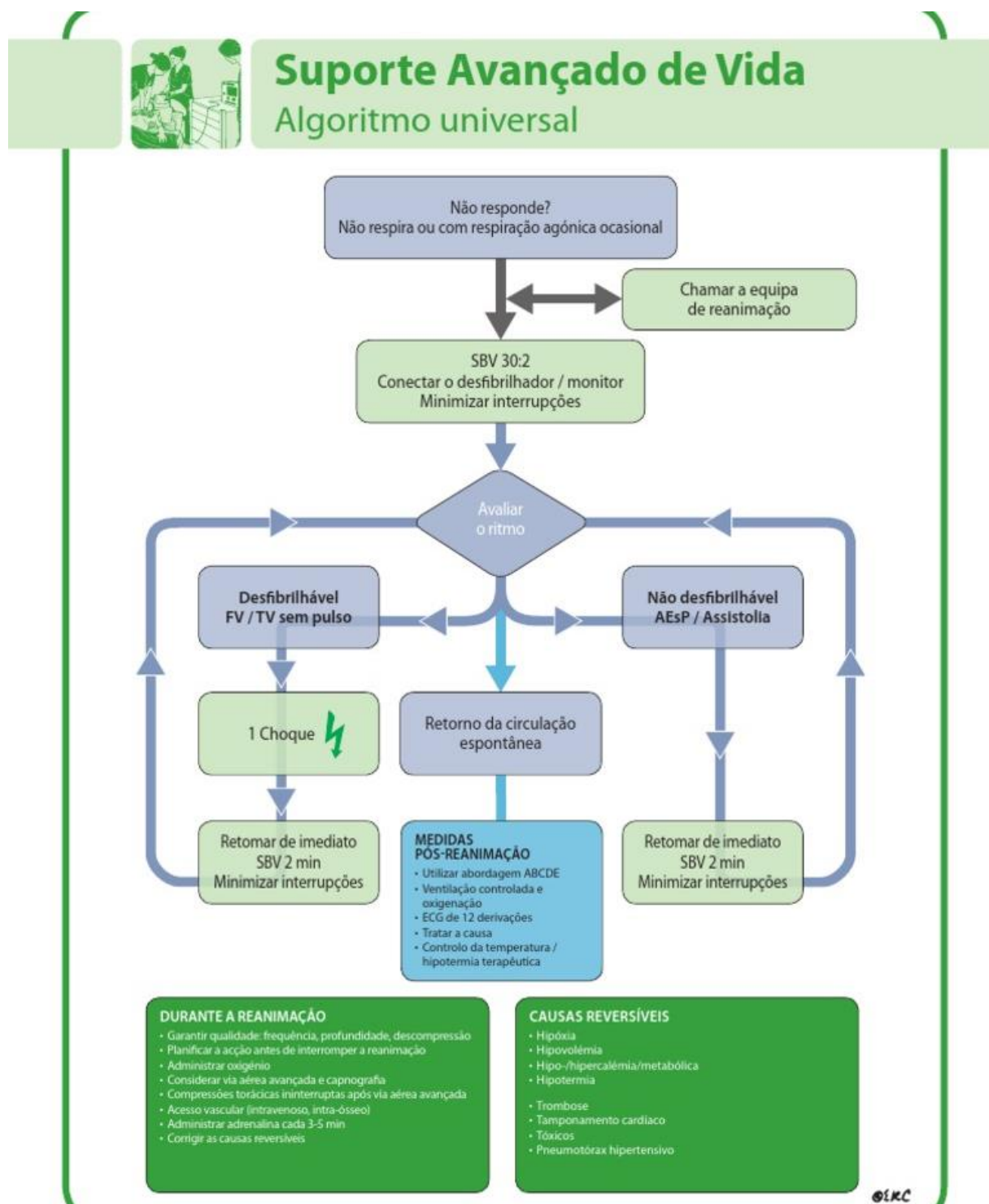
Anexo 1 - Algoritmo de Abordagem á Vítima



Anexo 2 - Algoritmo de Suporte Básico de Vida



Anexo 3 - Suporte Avançado de Vida



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Dina Silva Salgueiro**, com o Cartão do Cidadão nº 136663789, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo discriminados.

Tipo	Meio	Data	Horário
Formativo : Académico	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	16.Fevereiro.2022	8:00 - 14:00
		24.Fevereiro.2022	8:00 - 20:00
Formativo : Académico	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	27.Dezembro.2021	8:00 - 14:00
		5.Janeiro.2022	8:00 - 14:00
		7.Janeiro.2022	8:00 - 14:00
		8.Janeiro.2022	8:00 - 14:00
		13.Janeiro.2022	14:00 - 20:00
		14.Janeiro.2022	8:00 - 14:00
		7.Fevereiro.2022	8:00 - 14:00
		15.Fevereiro.2022	14:00 - 20:00
		23.Fevereiro.2022	8:00 - 20:00
		13.Março.2022	8:00 - 14:00
Total de Horas			84

Centro de Formação da DR do Norte, 14 de Abril de 2022

Assinado por: **MÁRCIO DANIEL DIAS DE ALMEIDA**

ESILVA O Assistente Técnico

Num. de Identificação: 11475229

Data: 2022.04.14 16:40:41+01'00'





Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

observar, in-situ a atuação das equipas de emergência pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio:

Data:

23/02/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VICER - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

2

Doença Súbita:

☐

Trauma:

☐

Outras:

☐

Abortadas:

☐

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Andréia Sá

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária participa ativamente em todas as tarefas da rotina médica. Questiona e procura melhorar, ajuda e adquire conhecimentos e competências na abordagem da vítima em diferentes cenários. Ainda, realça-se a ótima relação inter-pessoal que estabeleceu com a equipa, sendo espelho de ^{seu} capacidade de trabalho em equipa, empatia e simpatia.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Reconhecer de forma precoce as pessoas vítimas de doença grave/trauma, numa abordagem rápida ABCDE.

Coordenador do Estágio:

Data:

13/03/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VNER - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:



Trauma:



Outras:



Abortadas:



Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

* Amélia Sá

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

✓ sendo o segundo estágio que testemunhei com a aluna, demonstrou-se uma ~~boa~~ boa exclusão da mesma, ~~sem~~ sendo capaz de rapidamente avaliar ~~vítima~~ a presença de uma vítima crítica e de efetuar a abordagem inicial ABCDE.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Conhecimento dos protocolos de atuação Médica

Coordenador do Estágio:

Data:

05/01/2022

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

VIREM - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

☒

Trauma:

☐

Outras:

☐

Abortadas:

☐

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Sofia Fonseca Lourenço

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Desempenhar competências de comunicação, trabalho em equipa, éticas e legais na atuação do médico.

Coordenador do Estágio:

Data:

14/01/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VUPER - HSA

Nº DE ACTIVACÕES:

1

Doença Súbita:

X

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Luís Pedro

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Reconhecer de forma precoce as pessoas vítimas de doença grave/Trauma, numa abordagem ABCDE.

Coordenador do Estágio:

Data:

07/01/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VRETE - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

2

Doença Súbita:



Trauma:



Outras:



Abortadas:



Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Patrícia Viana

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou conhecimento e bastante interesse nas diferentes tarefas propostas ao longo do estágio.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Atuar em situações de emergência, aplicando conhecimentos adquiridos.

Coordenador do Estágio:

Data:

07/02/22

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VIRER - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

X

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Arturo Cruz Ferreira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou uma atitude adequada ao contexto de emergência, tendo participado activamente no diagnóstico do utero e aplicando os conhecimentos teóricos adquiridos.

Considero que cumpriu os objectivos do estágio a que se propôs.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dino Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Atuar em Situações de Emergência, mobilizando os conhecimentos adquiridos, perante pessoas em estado crítico

Coordenador do Estágio:

Data:

08/01/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VNCR-HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:



Trauma:



Outras:



Abortadas:



Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Ritz Dias

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou conhecimentos, postura adequada e interesse, participando nos trabalhos de forma adequada



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Observar in situ, a atuação das equipas de emergência pré-hospitalar, espreitando as suas intenções.

Coordenador do Estágio:

Data:

27/12/2022

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

VREER-HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

2

Doença Súbita:

☒

Trauma:

☐

Outras:

☐

Abortadas:

☐

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

MARIA RUÍ

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária teve uma postura adequada, mostrando-se interessada e participando ativamente em todas as tarefas.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Reconhecer a pessoa vítima de peripartagem ou Partagem cardiorrespiratória e atuar de acordo com algoritmo SAV

Coordenador do Estágio:

Data:

13/01/2022

Turno:

☐ Manhã

☒ Tarde

Meio:

VITER - HSA

Nº DE ACTIVACÕES:

2

Doença Súbita:

☒

Trauma:

☒

Outras:

☐

Abortadas:

☐

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Josua Almeida

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária demonstrou uma ~~postura~~ postura de saber-estar e de interesse durante a realização do estágio.

Ótimo aproveitamento!



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Identificar as instituições e intervenientes do SIRE,
missões e objetivos específicos.

Coordenador do Estágio:

Data:

15/02/2020

Turno:

☐ Manhã

☒ Tarde

Meio:

VICER - HSA

Nº DE ACTIVAÇÕES:

3

Doença Súbita:

☒

Trauma:

☒

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Constança Penacho

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária
demonstrou
bastante interesse
no estágio.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Identificar as instituições e intervenientes do SIREM
missão e objetivos específicos.

Coordenador do Estágio:

Data:

24/02/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

SIR Concomitante

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

X

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

Dina Salgueiro

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Torres Soares

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Interessada e Participativa



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Dina Silva Salgueiro

OBJECTIVOS:

Ajustar os recursos, a avaliação do doente, na particularidade das situações de emergência pré-hospitalar.

Coordenador do Estágio:

Data:

16/02/2022

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

SIV Condorman

Nº DE ACTIVACÕES:

2

Doença Súbita:

X

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas:

O Estagiário

Dina Salgueiro

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

[Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

INTERESSADA, PARTICIPATIVA