

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina
ESTÁGIO NO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA
Carlos Miguel Pereira da Silva Tinoco

Orientador
Dr. Humberto Machado

Co-Orientador
Dr. Luís Meira

Resumo

A unidade curricular de Dissertação/Tese de Mestrado possibilita a primeira oportunidade real do estudante ter liberdade para planear e delinear um projecto numa área do seu interesse.

Considereei fundamental na minha escolha existir uma componente prática marcada. Assim, optei pela realização de um relatório de estágio. Para o desenvolvimento dessa tarefa, a escolha do INEM surgiu devido ao fascínio pessoal pela área de Medicina de Urgência principalmente na sua vertente pré-hospitalar.

Objectivamente, o estágio foi delineado para a integração do centro de decisão primária, o CODU – Delegação Regional Norte e também para o acompanhamento de meios de socorro INEM. Esta distribuição teve como objectivo descrever a essência por trás da rentabilização dos meios técnicos e humanos do INEM e também o desenvolvimento de alguns conhecimentos e competências práticas na área da assistência pré-hospitalar. Para tal, definiu-se a realização de um total de 90 horas de estágio. Seis turnos de 6 horas na VMER – S. João, dois turnos de 12 horas na ambulância SIV de Santo Tirso, três turnos de 6 horas na ambulância SBV – Porto I e dois turnos de 6h no CODU – Delegação Regional Norte.

No período de acompanhamento dos meios de socorro (78 horas), há a registar um total de 32 activações, 22 devido a doença médica/súbita e 10 devido a trauma. Neste período faleceram 3 vítimas.

Relativamente aos turnos no CODU, foram acompanhadas 94 chamadas nas diversas fases do seu processamento. Destas, 57 devido a doença médica/súbita e 37 devido a situações de trauma.

A vivência durante o estágio foi bastante diferente da rotina diária como aluno. Assim, a realização deste projecto foi sem dúvida uma experiência marcante e uma mais-valia na minha formação, não só pelo desenvolvimento de uma visão mais abrangente da assistência médica em Portugal, mas também através das capacidades e conhecimentos adquiridos.

Índice Geral

• Introdução	
➤ Motivações pessoais	4
➤ O INEM	4
➤ Objectivos Gerais	4
• Material e método	5
• Resultados	5
• Discussão	21
• Conclusões	23
• Bibliografia	25
• Lista de abreviaturas	26
• Anexos	28

Introdução

– Motivações pessoais

A unidade curricular de Dissertação/Tese de Mestrado permite o desenvolvimento de um trabalho numa área em que cada aluno se sente próximo. Desta forma possibilita a primeira oportunidade real de o estudante ter liberdade para planear e delinear um projecto numa área em que provavelmente terá algum interesse futuro.

Do meu ponto de vista, encarei esta oportunidade para poder realizar algo que tornasse mais rica a minha formação pessoal e profissional, para contactar com uma área em que pretendo desenvolver a minha actividade profissional futura e acima de tudo desenvolver um projecto com uma componente prática bastante presente. Tornou-se, então, óbvia a escolha da realização de um relatório de estágio.

A escolha que fiz na área de Medicina de Urgência deve-se ao contacto com vários profissionais médicos desta área que realizam emergência pré-hospitalar. No mesmo sentido, tenho interesse em seguir profissionalmente a área da Anestesiologia, que se encontra, de certa forma, de “mãos dadas” com a emergência pré-hospitalar. De facto o funcionamento da assistência pré-hospitalar sempre me fascinou uma vez que lida com vários tipos de cenários, alguns por vezes extremos, implica uma actuação prática, rápida e objectiva e envolve coordenação entre vários serviços e profissionais. Assim, a minha escolha serve para me colocar no local de actuação e saber quais os meus sentimentos e reacções às diferentes situações encontradas. De certa forma é uma auto-avaliação das minhas capacidades actuais neste tipo de realidade.

– O INEM

O INEM é um instituto público dirigido por um conselho directivo, logo é dependente do Ministério da Saúde. Em Portugal Continental coordena o funcionamento de um SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde.

O SIEM engloba um conjunto de entidades – PSP, GNR, Bombeiros, CVP, INEM, Hospitais e Centros de Saúde – que cooperam na assistência pré-hospitalar. O funcionamento deste sistema começa quando alguém liga 112. O atendimento das chamadas cabe à PSP e à GNR, nas centrais de emergência. Se a ocorrência for relacionada com a área da saúde, a mesma é encaminhada para os CODU que accionam um meio de emergência.

– Objectivos Gerais

A estrutura de estágio foi pensada para possibilitar a integração de um centro operacional do INEM, o CODU – Delegação Regional Norte e também acompanhar alguns meios de socorro:

VMER, ambulâncias SIV e ambulâncias SBV. Esta delineação permitirá entender a dinâmica da triagem realizada pelos profissionais do CODU após uma chamada para o 112 e acompanhar como são seleccionados e rentabilizados para cada caso os recursos humanos e técnicos disponíveis.

Relativamente aos meios de socorro os objectivos são desenvolver conhecimentos e competências práticas na área da emergência pré-hospitalar através da integração de uma equipa de profissionais de saúde na avaliação primária e estabilização das vítimas, familiarização com protocolos de actuação e conhecimento do tipo de material utilizado.

Por fim, serão descritas as actividades realizadas, os conhecimentos e aprendizagem adquiridos, bem como as vivências e emoções experimentadas.

Material e métodos

A população abrangida pelo CODU – Delegação Regional Norte cobre os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e a metade norte dos distritos de Aveiro e Viseu, com uma população residente total de cerca de 3.748.730. Afectas a esta delegação estão 14 VMER, 15 ambulâncias SIV, 20 ambulâncias SBV, uma ambulância de Recém-Nascidos, 2 Helicópteros e ainda um motociclo de emergência.

Assim, após contacto com o INEM foram delineados os meios para realização do estágio, os locais e carga horária correspondente. Foi então definida a realização de um total de 90 horas distribuídas da seguinte forma: seis turnos de 6h na VMER – S. João, dois turnos de 12h na ambulância SIV de Santo Tirso, três turnos de 6h na ambulâncias SBV – Porto I e dois turnos de 6h no CODU – Delegação Regional Norte. Sempre que possível os turnos foram definidos quer em diferentes dias da semana quer em horários variados. Para a escolha desta distribuição foi fundamental o número médio de activações diárias, bem como a proximidade geográfica dos meios quer à minha faculdade quer à minha residência.

Em anexo é feito um breve resumo das funções e características do CODU (*Anexo I*) bem como dos meios de socorro acompanhados (*Anexo II*).

O INEM possui outros meios de socorro, que não foram disponibilizados para a realização do estágio, tais como, motas de emergência médica, helicópteros, o CODU-Mar, ambulâncias de transporte de recém-nascidos e o CIAV – centro de informação antivenenos.

Resultados

Em seguida são descritas as actividades realizadas. Para cada situação é feito um breve resumo onde se descreve:

A razão da activação do meio de socorro;

O tempo decorrido nas várias fases de actuação;

A situação clínica da vítima;

Os antecedentes patológicos e farmacológicos;

A actuação dos profissionais;

A evolução do quadro clínico;

Após a descrição das activaões de cada turno, farei uma breve apreciação acerca da aprendizagem adquirida bem como as vivências e emoções experimentadas.

Relativamente aos estágios no CODU, será realizado uma breve consideração acerca da organização e funcionamento após recepção de uma chamada, um resumo das suas características e também a prioridade atribuída.

1º Turno – VMER S. João – 26/03/2010, 14h-20h. (Anexo III)

Masculino 89 anos. Hipoglicemia.

Activação – 15h16.

À chegada às 15h25, no local encontravam-se os BV de Gondomar. A vítima encontrava-se inconsciente com abertura espontânea dos olhos mas sem resposta verbal. Os bombeiros não tiveram sucesso na tentativa de administrar papa glicosada.

Glasgow – 6 (4+1+1); FC – 100 bpm; FR – 16 cpm; Sat. O₂ – 90%; TA – 124/65 mmHg; glicemia – 40 mg/dL; pele suada e pupilas sem alterações. ECG – ritmo sinusal.

Antecedentes de DM tipo II, HTA, patologia prostática (algáliação crónica). Medicação crónica – Glibenclamida, Valsartan + Hidroclorotiazida e Omeprazol.

Actuação – colocação de acesso venoso; administração EV de 2 ampolas de glicose 30% (20 ml + 20 ml); oxigenoterapia (15 L/min.); 500ml soro glicosado a 10% em perfusão.

Após as 2 ampolas de glicose hipertónica teve uma evolução para Glasgow 14 (4+4+6), Sat. O₂ – 97%, glicemia – 147 mg/dL. Apresenta-se agressivo com discurso lentificado. Sem défices motores.

Saída local às 15h45 e transporte para o SU do Hospital S. João, chegada às 15h50.

Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

Masculino, 11 anos. Atropelamento.

Activação – 16h39.

À chegada, às 16h48, a vítima encontra-se imobilizada na ambulância pelos BV Valbom. Atropelado por veículo ligeiro, foi projectado para o passeio. Abandonou o local do acidente pelo próprio pé. Refere dor torácica. Consciente, colaborante e orientado. Glasgow - 15 (4+5+6), pupilas isocóricas e fotoreactivas, via aérea patente, tórax doloroso à palpação à esquerda, sem crepitações ou assimetrias à auscultação pulmonar. Sem sinais de desconforto respiratório. Palpação abdominal normal. Sem instabilidade da bacia ou qualquer evidência de

fraturas nos membros superiores e inferiores. Sem parestesias. Apresenta várias escoriações principalmente no membro inferior esquerdo e tórax. Muito ansioso. FC – 110 bpm; FR – 16 cpm; Sat. O₂ – 95%; TA – 127/70 mmHg; glicemia – 120 mg/dL. ECG com ritmo sinusal.

Sem antecedentes médicos ou farmacológicos.

Actuação – Oxigénio a 15 L/min.

Saída do local às 17h05 com transporte para o SU Pediátrica do Hospital S. João. Chegada às 17h15 sem alteração na evolução clínica. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino, 35 anos. Hipoglicemia.

Activação – 18h40.

À chegada ao local às 18h55 encontrava-se a ambulância SBV – Porto II. A vítima encontra-se inconsciente com abertura espontânea dos olhos mas sem resposta verbal.

Glasgow – 6 (4+1+1); FC – 97 bpm; FR – 16 cpm; Sat. O₂ – 97 % (Oxigénio a 15 L/min.); TA – 130/70 mmHg; glicemia – 30 mg/dL; pele suada e pupilas sem alterações. ECG – ritmo sinusal.

Antecedentes de DM tipo I e hipertiroidismo. Medicação habitual – Insulina Humana de acção curta, Insulina Glargina e Levotiroxina.

Actuação – oxigenoterapia (15 L/min.); colocação de acesso venoso; administração EV de 2 ampolas de glicose 30% (20ml+20ml).

Recuperação do estado de consciência e evolução para Glasgow 15 (4+5+6). Glicemia – 149 mg/dL. Sem défices motores. Recusa ida ao hospital apesar de explicados os riscos. Fica acompanhada com indicação de se alimentar.

No primeiro contacto com meios de socorro foi-me explicada a necessidade do uso de identificação (colete), tomei conhecimento da base da VMER – S. João, assisti a realização da checklist para revisão e reposição dos stocks de material. Esta checklist é feita sempre que a VMER regressa à base e serve para que os operacionais saibam que materiais estão em falta. A equipa tem um telemóvel para contacto com o CODU. Através deste meio a equipa é informada do local e do tipo de ocorrência com actualização constante da informação fornecida. Com o recurso a um GPS são encontradas as localizações solicitadas.

Pessoalmente, o início do estágio causou-me alguma ansiedade devido ao desconhecimento acerca das situações que poderia encontrar. Contudo, a minha motivação e a forma como os profissionais me receberam ajudou na minha integração.

2º Turno – VMER S. João – 29/03/2010, 8h-14h. (Anexo IV)

Masculino 80 anos. Doença súbita.

Activação – 08h18.

À chegada ao local às 08h24, a vítima encontra-se dentro da ambulância dos BV Valbom. Apresenta-se taquipneico com uso acessório dos músculos respiratórios e má perfusão periférica. Secreções purulentas muito abundantes. Glasgow – 6 (4+1+1); FC – 100 bpm; FR – 35 cpm; Sat. O₂ – 85%; TA – 173/72 mmHg; glicemia – 134 mg/dL; T°C – 38.9; pele cianótica, pupilas sem alterações. À auscultação pulmonar apresenta crepitações na base direita e sibilos dispersos por todo o tórax. ECG – ritmo sinusal.

Realizada GSA – pCO₂: 34,3 mmHg; pO₂: 41 mmHg; HCO₃⁻: 21 mEq/L; Hemoglobina: 8,8 g/dL; pH: 7,33.

Antecedentes de neoplasia da próstata, hábitos farmacológicos desconhecidos.

Actuação – desobstrução e aspiração da via aérea; colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (15 L/min.). Sabutamol 5 mg/ml – nebulização; Brometo de ipratrópio 0,25 mg/2ml – nebulização; Paracetamol – 1000 mg – EV; NaCl 0,9% 100ml EV.

Saída local às 08h45 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. À chegada, às 08h55, apresentava Glasgow – 10 (4+2+4), FC – 125 bpm, FR – 30 cpm, Sat. O₂ – 95% e TA – 135/75 mmHg. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Masculino 79 anos. Doença súbita.

Activação – 11h30.

À chegada ao local às 11h40, a vítima encontrava-se em casa deitada na cama. Familiares referem evolução progressiva de prostração e dispneia. Glasgow – 7 (1+2+4), FC – 107 bpm; FR – 24 cpm; Sat. O₂ – 87%; TA – 130/66 mmHg; glicemia – 94 mg/dL; T°C – 37.8; pele cianótica, pupilas sem alterações. À auscultação pulmonar apresenta sons diminuídos no hemitórax esquerdo e crepitações na base direita. ECG – ritmo sinusal.

Antecedentes de neoplasia da próstata, hábitos farmacológicos desconhecidos.

Actuação – desobstrução e aspiração da via aérea, colocação de acesso venoso, oxigenoterapia (15 L/min.); Sabutamol 5 mg/ml – nebulização; Brometo de ipratrópio 0,25 mg/2ml – nebulização; Paracetamol – 1000 mg – EV; NaCl 0,9% 100 ml EV.

Saída local às 11h50 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. À chegada às 12h00 apresentava-se com Glasgow – 13 (4+5+4) e hemodinamicamente estável. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino 80 anos. Queda própria altura.

Activação – 13h09.

À chegada ao local, às 13h29, a vítima encontra-se na ambulância SIV de Amarante. A VMER – S. João foi activada devido ao início de vómitos aquando do transporte para o Hospital Padre Américo – Penafiel. Foi vítima de queda da própria altura. Quando assistida pelos familiares

encontrava-se consciente. Foi imobilizada, iniciada oxigenoterapia (15 L/min.) e colocado acesso venoso pela equipa SIV. Após chegada da VMER, teve vários episódios de vômitos, encontrava-se desorientada e apresentava incontinência de esfíncteres.

Glasgow – 13 (3+4+6); FC – 60 bpm; FR – 16 cpm; Sat. O₂ (oxigenoterapia a 15 L/min.) – 96%; TA – 200/84 mmHg; glicemia – 139 mg/dL; pele sem alterações, discreta anisocoria (direita maior que esquerda). ECG – ritmo sinusal. Sem alterações da sensibilidade, sem assimetrias ou fracturas aparentes dos membros. Torác e abdómen sem alterações. Lesão corticocontusa na região occipital.

Antecedentes de obesidade e dislipidémia. Medicada com Sinvastatina.

Actuação – Metoclopramida 10mg/2 ml EV; Manitol 50 g EV. Saída local às 13h45 e transporte para o SU do Hospital S. João. À nossa chegada às 14h10, a equipa da sala de emergência já se encontrava preparada para receber a doente uma vez que o CODU já tinha transmitido a informação. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Neste turno tomei conhecimento dos diferentes equipamentos disponíveis nas várias salas e a sua organização. Na realização da GSA tive oportunidade de realizar a leitura da amostra e perceber o funcionamento da máquina portátil de GSA. Foi também possível entender a ligação entre os profissionais da VMER e os SU dos hospitais. Assim, após ser realizada a triagem o doente pode ser encaminhado para uma sala de espera ou se a gravidade se justificar ser encaminhado directamente para uma sala de emergência, onde o médico da VMER resume ao seu colega da urgência a situação clínica, antecedentes e fármacos que foram utilizados na estabilização do doente.

3º Turno – SIV Santo Tirso – 03/04/2010, 8h-20h. (Anexo V)

Masculino 37 anos. Queda própria altura.

Actuação – 9h41.

Na chegada ao local às 9h46 a vítima encontra-se sentada no chão, em casa, aparentemente etilizada. Sem défices motores, apresenta uma hemorragia abundante resultante de epistaxis e escoriações na face, mãos e braço esquerdo. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 88 bpm; FR – 18 cpm; Sat. O₂ – 98%; TA – 166/97 mmHg; glicemia – 126 mg/dL. Pele e pupilas sem alterações. Sem alterações da sensibilidade ou fracturas aparentes dos membros.

Antecedentes de alcoolismo. Sem hábitos farmacológicos.

Actuação – controlo da epistaxis; limpeza com soro fisiológico de todas as escoriações. Saída local às 10h04. Transporte para o SU do Hospital Santo Tirso. Chegada às 10h14. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Feminino 75 anos. Doença súbita.

Activação – 12h58.

À chegada ao local às 13h06 a vítima encontra-se deitada na cama. Refere queixas de dispneia. Crise conversiva devido a desentendimento familiar. Sem sinais de desconforto respiratório. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 83 bpm; FR – 18 cpm; TA – 151/90 mmHg, Sat. O₂ – 98%; glicemia – 98 mg/dL.

Sem antecedentes patológicos.

Actuação – Tentativa de acalmar a doente sem sucesso. Saída do local às 13h20 com transporte para o SU do Hospital Santo Tirso. Chegada às 13h30. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Masculino 71 anos. PCR.

Activação – 20h03.

À chegada às 20h10. A vítima encontra-se deitada na cama, não responde aos familiares à cerca de 20 minutos. A família recusa início de manobras de reanimação. Glasgow – 3 (1+1+1), sem pulso. Pele cianótica e pupilas dilatadas.

Antecedentes de neoplasia prostática e patologia cardíaca.

Não foi realizado qualquer procedimento. A VMER – Famalicão fez a verificação do óbito.

No primeiro turno realizado em ambulância SIV, foi possível conhecer o tipo de equipamento disponível bem como os protocolos para a actuação nas diferentes circunstâncias. Foi dado maior ênfase nos protocolos de diabetes, dispneia, dor abdominal e dor torácica. Apesar dos três casos terem sido pouco ricos em termos de actuação clínica, foi possível uma maior interacção com os doentes, visto não se tratarem de situações emergentes. Quanto ao terceiro caso, pela primeira vez vivi de perto e de uma forma intensa, a morte de um doente. Da mesma forma presenciei toda a reacção familiar à perda sofrida.

4º Turno – SBV Porto I – 07/04/2010, 14h-20h. (Anexo VI)

Masculino 26 anos. Queda 3 metros.

Activação – 14h51.

À chegada ao local, às 14h59 a vítima encontra-se consciente e fora do local da queda. Moveu-se pelo próprio pé, estava deitado na cama. É trabalhador de uma empresa de montagem de antenas, teve queda do primeiro andar da habitação. Refere dor na mão, antebraço e grade costal esquerda e zona lombar. Possível fractura na região do carpo. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 63 bpm; FR – 18 cpm; TA – 120/54 mmHg; glicemia não realizada (sem lancetas). Pele e pupilas sem alterações.

Sem antecedentes.

Actuação – Imobilização antebraço e mão esquerda com tala. Saída local às 15h15 com transporte para o SU do Hospital S. João. Chegada às 15h20. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo

Masculino 45 anos. Síncope/etilizado.

Activação – 15h59.

À chegada ao local às 16h04 a vítima encontra-se caída na via pública com a PSP no local. Etilizado. Escala AVDN – Verbaliza; FC – 80 bpm; FR – 17 cpm; TA – 130/70 mmHg; glicemia não realizada (sem lancetas). Pele e pupilas sem alterações.

Sem antecedentes conhecidos.

Actuação – às 16h15 transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto com chegada às 16h20. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Masculino 65 anos. Queda própria altura.

Activação – 17h40.

À chegada ao local às 17h46, a vítima encontra-se caída em casa. Aparentemente etilizado. Hemorragia na face (nariz) devido a ferida. Escala AVDN – Acordado; FC – 84 bpm; FR – 17 cpm; TA – 138/90 mmHg; glicemia – 174 mg/dL. Pele e pupilas sem alterações.

Antecedentes de DM tipo I, medicado com Glibenclamida.

Actuação – Controle de hemorragia. Às 18h25, transporte para o SU do Hospital S. João. Chegada às 18h32. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Após este turno tomei conhecimento do equipamento que compõe uma ambulância de SBV. O carácter não urgente dos casos permitiu que participasse mais activamente quer na abordagem, quer na estabilização de cada doente. Realização e colocação de talas.

5º Turno – SIV – 11/04/2010, 8h-20h. (Anexo VII)

Masculino 49 anos. Doença súbita.

Activação – 16h26.

À chegada ao local às 16h34, a vítima encontra-se deitada no chão em casa. Caiu subitamente e não responde a familiares há 20 minutos. À chegada a equipa de BV Vila Aves encontrava-se a fazer manobras de reanimação há 5 minutos. A VMER – Famalicão foi activada. ECG – Assístolia. A via aérea encontrava-se obstruída por conteúdo alimentar. Glasgow – 3 (1+1+1). Pele cianosada e pupilas dilatadas.

Antecedentes de patologia cardíaca com CDI.

Actuação – manobras de reanimação; colocação de acesso venoso; aspiração e desobstrução da via aérea; oxigénio (15 L/min.); NaCl 0,9% EV; 5 mg adrenalina; 3 mg atropina; entubação endo-traqueal (médico VMER).

Após chegada da VMER – Famalicão foi possível reverter a assistolia para fibrilação ventricular. Foi realizada uma tentativa de desfibrilhação, sem sucesso. Após alguns segundos a vítima retornou ao ritmo de assistolia.

Ao fim de 35 minutos de assistência foi declarado o óbito.

No período de 12 horas apenas ocorreu uma activação. Contudo, esta foi bastante enriquecedora, uma vez que foi uma situação verdadeiramente emergente e realizei vários procedimentos como: manusear o aparelho de aspiração de secreções LSU LAERDAL®, preparar atropina e adrenalina e participar nas manobras de SBV (massagem cardíaca). Infelizmente não foi possível reverter a condição de PCR. Contactei então com mais uma situação extrema e à qual não fiquei indiferente principalmente devido à reacção familiar. O acompanhamento dos profissionais durante este turno foi bastante importante para que fosse capaz de encarar com naturalidade a situação presenciada.

6º Turno – VMER S. João – 14/04/2010, 8h-14h. (Anexo VIII)

Masculino 47 anos. Atropelamento.

Activação – 11h00.

À chegada ao local, às 11h10, a vítima encontra-se deitada no chão da fábrica onde trabalha. Foi vítima de atropelamento por uma empilhadora que resultou em amputação traumática do membro inferior direito. Encontra-se consciente, colaborante e orientado. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 84 bpm; FR – 14 cpm; Sat. O₂ (oxigenoterapia a 15 L/min.) – 94%; TA – 124/86 mmHg; pele e pupilas sem alterações. Não refere perdas de consciência ou amnésia para o acidente. Sem evidência de traumatismo torácico, abdominal ou da bacia.

Sem antecedentes. Hábitos farmacológicos desconhecidos.

Actuação – colocação de garrote; dois acessos venosos; imobilização; oxigenoterapia (15 L/min.); NaCl 0,9% EV; Fentanil 0,25 mg EV; Morfina 5 mg EV; Metoclopramida 10 mg/2 ml EV. Saída local às 11h40 com transporte para o SU do Hospital Pedro Hispano. Chegada às 11h50. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino 85 anos. Doença súbita.

Activação – 13h00.

À chegada ao local, às 13h10 a vítima encontra-se em casa deitada na cama inconsciente. Glasgow – 9 (3+1+5); FC – 74 bpm; FR – 14 cpm; Sat. O₂ – 92%; TA – 124/74 mmHg; glicemia

– 26 mg/dL; T°C – 37.7; pele pálida, pupilas sem alterações. ECG – ritmo sinusal. A família não refere episódios de dispneia, tosse ou expectoração nos dias anteriores. Apresenta crepitações bibasais na auscultação pulmonar. Auscultação cardíaca aparentemente normal. Apresenta edema generalizado mais evidente em ambos os membros inferiores.

A doente é acamada há 5 anos. Antecedentes de HTA, obesidade, ICC, DM tipo II. Hábitos farmacológicos: Glibenclamida, Gliclazida, Irbesartan, Furosemida, Clorodiazepóxido + Brometo de clidínio, Beta-histina.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (12 L/min.); 2 ampolas de glicose 30% (20ml+20ml) EV; 500ml de soro glicosado 10% em perfusão.

Recuperação do estado de consciência após administração de glicose hipertónica, Glasgow – 13 (4+4+5), glicemia – 144 mg/dL. Hemodinamicamente estável.

Saída do local às 13h25 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 13h35. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

Neste turno foi possível acompanhar a estabilização de uma situação de trauma grave. Neste seguimento foi-me explicado a actuação farmacológica para controlo da dor. Protocolo de actuação em caso de hipoglicemia. Na checklist, preparei material para reposição.

7º Turno – VMER S. João – 17/04/2010, 14h-20h. (Anexo IX)

Feminino 27 anos. Acidente viação.

Activação – 15h09.

À chegada ao local, às 15h15 a vítima encontra-se dentro de um veículo ligeiro (Smart). O veículo sofreu despiste e posteriormente capotou múltiplas vezes. A doente encontra-se consciente, colaborante e orientada. Tem via aérea patente, sem sinais de desconforto respiratório. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 103 bpm; FR – 20 cpm; Sat. O₂ – 93%; TA – 140/79 mmHg; glicemia – 62 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. Não refere perdas de consciência nem amnésia para o acidente. Colaboração dos bombeiros sapadores do Porto para desencarcerar a vítima. Após ter sido retirada do veículo e imobilizada foi possível verificar que não existem deformidades no tórax, o abdómen encontra-se mole e depressível sem sinais de irritação peritonial. Sem evidências de instabilidade da bacia. Auscultação cardíaca e pulmonar aparentemente normais. Refere dor ligeira no hemitórax esquerdo e apresenta um esfacelo no antebraço do membro superior esquerdo, pulsos presentes. Mobiliza sem dificuldade ambos os membros inferiores contudo refere parestesias em ambos os pés.

Sem antecedentes patológicos ou farmacológicos.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (15 L/min.); imobilização; Morfina 5 + 5 mg EV; NaCl 0,9% EV (100ml + 500ml); glicose 30% (20 ml) EV. Saída local às 16h00 com

transporte para o SU do Hospital S. João. Chegada às 16h10. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino 76 anos. Doença súbita.

Activação – 17h45.

À chegada ao local às 17h51 a vítima encontra-se deitada na cama, não responde aos familiares à cerca de 30 minutos. Sem suporte básico de vida. ECG – Assistolia.

Antecedentes: acamada, patologia pulmonar. Hábitos farmacológicos desconhecidos.

Foi verificado o óbito. Presença de PSP no local.

Feminino 15 anos. Trauma.

Activação – 18h24.

À chegada ao local às 18h27 a vítima encontra-se sentada no balneário de um pavilhão gimnodesportivo. Sofreu pontapé na região parietal esquerda na sequência de competição de karaté. Via aérea patente, sem sinais de desconforto respiratório. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 100 bpm; FR – 20 cpm; Sat. O₂ – 95%; TA – 122/82 mmHg; glicemia – 102 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. Sem perda de consciência, manteve-se em combate. No fim da prova refere dor na região cervical, desorientação e náuseas sem vômitos. Responde de forma coerente, movimentos oculares preservados, sem dispneia, assimetrias ou otorragias. ECG – ritmo sinusal. Revela ansiedade pelo facto de ter perdido o combate.

Sem antecedentes ou hábitos farmacológicos.

Actuação – oxigenoterapia (15 L/min.). Saída local às 18h40 com transporte para o SU Pediátrica do Hospital S. João. Chegada 18h50. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

No resumo deste turno devo destacar a observação da cooperação entre as diversas equipas de socorro. Esta consideração foi evidente no acidente de viação ocorrido.

Noção básica de imobilização e transporte de vítimas politraumatizadas.

8º Turno – VMER S. João – 18/04/2010, 8h-14h. (Anexo X)

Masculino 66 anos. Doença súbita.

Activação – 12h04.

À chegada ao local, às 12h08 a vítima encontra-se sentada na cama. Desde há 20 minutos refere início de dor torácica sem relação com esforços. Consciente, colaborante e orientado. Sem sinais de desconforto respiratório. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 88 bpm; FR – 20 cpm; Sat. O₂ – 97%; TA – 123/88; pele e pupilas sem alterações. ECG (12 derivações) - ritmo sinusal, sem sinais de isquemia. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações.

Antecedentes de AIT e DM tipo II. Hábitos farmacológicos: Ácido acetilsalicílico, Sinvastatina, Metformina, Tiaprida.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (4 L/min.); NaCl 0,9% (100 ml) EV em perfusão); Ácido acetilsalicílico 250 mg PO, Morfina 2 mg EV. Dintrato de isossorbida 5 mg SL. Saída às 12h25 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 12h35. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Apenas uma activação. Foi revisto o protocolo de actuação na suspeita de enfarte. Oportunidade de monitorizar o doente com o monitor/desfibrilhador LIFEPAK® 12.

9º Turno – SBV Porto I – 20/04/2010, 14h-20h. (Anexo XI)

Feminino 56 anos. Síncope recuperada.

Activação – 14h51.

À chegada ao local às 14h53 a vítima encontra-se sentada no chão na via pública, consciente, e aparentemente etilizada. Teve síncope. Sem amnésia para o acontecimento. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 92 bpm; FR – 20 cpm; TA – 160/108 mmHg; glicemia – 133 mg/dL; pele e pupilas sem alterações.

Antecedentes de HTA, DM tipo II e dislipidémia.

Actuação – Saída local às 15h14 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 15h18. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Masculino 43 anos. Síncope recuperada.

Activação – 15h54.

À chegada ao local às 15h57 a vítima encontra-se deitada num jardim público. Consciente, aparentemente etilizado e ansioso. Sem outras queixas. Escala AVDN – Acordado; FC – 90 bpm, FR – 20 cpm; TA – 110/60 mmHg; glicemia – 111 mg/dL; pele e pupilas sem alterações.

Sem antecedentes patológicos.

Actuação – Recusou transporte.

Feminino 75 anos, Doença súbita.

Activação – 17h17.

À chegada ao local às 17h25 a vítima encontra-se deitada na cama. Consciente, colaborante e orientada. Desde há 7 dias apresenta quadro de prostração, dispneia, astenia e tosse não purulenta. Hoje refere agravamento de dispneia, febre, vômitos e anorexia. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 118 bpm; FR – 28 cpm; TA – 135/70 mmHg; Sat. O₂ – 92%; glicemia – 115 mg/dL; T°C – 39,1; pele e pupilas sem alterações.

Doente acamada e dependente nas actividades da vida diária. Antecedentes de HTA e AVC.

Medicação crónica – Fluoxetina, Clopidogrel, Ciamemazina e Losartan.

Actuação – Oxigenoterapia (6 L/min.) Saída local às 18h02 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 18h08. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Masculino 14 anos. Síncope/Etilizado.

Activação – 18h13.

À chegada ao local às 18h19 a vítima encontra-se em ambiente escolar deitado no chão, inconsciente. Após consumo abusivo de álcool teve síncope e vômito alimentar. Sem outros sintomas. Escala AVDN – reage à dor. FC – 112 bpm; FR – 17 cpm; TA – 115/70 mmHg; glicemia – 107 mg/dL; Pele pálida e pupilas midriáticas.

Sem antecedentes.

Actuação – às 18h42, transporte para o SU Pediátrica do Hospital S. João. Chegada às 18h51. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

Masculino 18 anos. Queda própria altura.

Activação – 19h17.

À chegada ao local às 19h23 a vítima encontra-se sentada. Sofreu queda accidental enquanto ensaiava uma peça de teatro levantou-se pelo próprio pé. Consciente, colaborante e orientado. Apresenta ferida incisa na região parietal direita. Não refere amnésia ou perda de consciência. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 88 bpm; FR – 18 cpm; TA - 105/68 mmHg; Sat. O₂ – 92%. Pele e pupilas sem alterações.

Sem antecedentes.

Actuação – Saída local às 19h37 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 19h42. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Durante este turno tive bastante autonomia para a abordagem às vítimas assistidas. Foi-me dada liberdade para fazer pequenos procedimentos como monitorização dos sinais vitais e medição de glicemias. Constatei a dificuldade que muitas vezes os operacionais têm quer em chegar às habitações das vítimas, quer em efectuar o transporte para a ambulância. Isto devido às más condições de habitabilidade de grande parte dos doentes assistidos.

10º Turno – VMER S. João – 23/04/2010, 14h-20h. (Anexo XII)

Masculino 28 anos. Incêndio.

Activação – 14h45.

À chegada ao local às 14h50 a vítima encontra-se sentada na via pública. Houve um incêndio no seu local de trabalho. Assistência inicial pelos BV Porto. Consciente, colaborante e orientado. Sem sinais de desconforto respiratório, sem evidências de queimaduras do corpo ou da via aérea. Glasgow – 15 (4+5+6); FC – 90 bpm; FR – 14 cpm; Sat. O₂ (oxigenoterapia a 15 L/min) – 100%; TA – 136/70 mmHg; glicemia – 117 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. Auscultação pulmonar aparentemente normal.

Sem antecedentes patológicos ou farmacológicos.

Actuação – oxigenoterapia (15 L/min.). O doente foi transportado às 15h15 para o SU do Hospital S. João. Não foi acompanhado pela VMER uma vez que se encontrava estável sem necessidade de acompanhamento médico.

Masculino 54 anos. Doença súbita.

Activação – 15h30.

À chegada ao local às 15h45 a vítima encontra-se na ambulância SBV Maia 2. A VMER foi activada por deterioração súbita do estado de consciência há cerca de 30 minutos. Os TAE referem que o doente tem história de dispneia de agravamento progressivo desde esta manhã. Glasgow – 3 (1+1+1); FC – 108 bpm; FR – 22 cpm; Sat. O₂ (oxigenoterapia a 15 L/min) – 88%; TA – 193/73mmHg; glicemia – 200 mg/dL; com sinais de desconforto respiratório (tiragem, cianose central e periférica) e pupilas anisocóricas (direita maior que esquerda). Apirético. Sibilância dispersa na auscultação pulmonar.

GSA (com oxigenoterapia a 15 L/min.) – pO₂: 332 mmHg; pCO₂: 103 mmHg; HCO₃⁻ : 35,7 mEq/L; pH: 7,14; Hemoglobina: 16 g/dL;

ECG (12 derivações) - sem actividade sugestiva de isquemia miocárdica.

Antecedentes de DM tipo II, ICC, HTA, DPOC. Hábitos farmacológicos desconhecidos.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia CPAP (15 L/min.); 500 ml NaCl 0,9% EV; Hidrocortisona 200 + 200 mg EV; Sabetamol 5 mg/ml – nebulização; Brometo de ipratrópio 0,25 mg/2ml – nebulização; Furosemida 60 mg EV.

Melhoria hemodinâmica e do estado de consciência, Glasgow – 13 (3+4+6) após medidas terapêuticas descritas.

Saída local às 16h10 com transporte para o SU do Hospital S. João. Chegada às 16h25. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino 80 anos. Doença súbita.

Activação – 17h50.

À chegada ao local às 18h00 a vítima encontra-se sentada num centro de dia que frequenta. Apresenta quadro de diarreia, vômitos e prostração há 2 dias. Hoje refere dor torácica em aperto retroesternal sem irradiação desde há 1h.

Consciente mas pouco colaborante. Glasgow – 14 (3+5+6); FC – 99 bpm; FR – 14 cpm; Sat. O₂ – 90%; TA – 90/68 mmHg; glicemia – 148 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. Apirética. Sem sinais de desconforto respiratório. À auscultação pulmonar apresenta crepitações bibasais.

ECG (12 derivações) – ritmo sinusal sem sinais sugestivos de isquemia miocárdica.

Antecedentes de HTA, EAM, ICC classe 3. Hábitos farmacológicos: Furosemida, Ácido acetilsalicílico, Carvedilol, Sinvastatina, Omeprazol, Candesartan, Alopurinol.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (4 L/min.); Ácido acetilsalicílico 250 mg PO; Dinitrato de isossorbida 5 mg SL; Morfina 2 mg EV; NaCl 0,9% (100+500ml) em perfusão. Saída local às 18h15 com transporte para o SU do Hospital Pedro Hispano. Chegada às 18h25. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Masculino 17 anos. Acidente viação.

Activação – 19h45.

À chegada ao local às 20h00 vítima encontra-se dentro da ambulância SIV de Gondomar. Sofreu acidente de viação em veículo de 2 rodas, não tinha capacete. Foi projectado alguns metros. Glasgow – 6 (1+1+4); FC – 56 bpm; FR – 16 cpm; Sat. O₂ (oxigenoterapia a 15 L/min.) – 98%; TA – 174/84 mmHg; glicemia – 180 mg/dL; Desvio conjugado do olhar para a esquerda, pupilas isocóricas e fotoreactivas. Sem evidência de traumatismo torácico, abdominal ou dos membros. Tem diversas escoriações distribuídas por todo o corpo. Teve vômito alimentar. Revela tendência hipertensiva e bradicardia sinusal. ECG – ritmo sinusal.

Sem antecedentes ou hábitos farmacológicos.

Actuação – imobilização, colocação de dois acessos venosos e oxigenoterapia (15 L/min.) foram realizadas pelos operacionais da SIV. Desobstrução e aspiração da via aérea; entubação endotraqueal; ventilação; entubação orogástrica; NaCl 0,9% (500 + 500 ml) EV em perfusão; Manitol 250 ml EV; Etomidato 20 mg EV; Midazolan 5 mg EV; Vencorónio (10 + 10 mg) EV; Propofol em perfusão a 1% 24 ml/h.

Saída local às 21h00 com transporte para o SU Pediátrica do Hospital S. João. Chegada às 21h20. Sem alterações hemodinamicas durante o transporte. Sistema de triagem de Manchester – Vermelho.

Este turno foi sem dúvida o mais rico quer em termos de actuação individual quer na complexidade dos casos presenciados. Foi então possível entender a instituição de

oxigenoterapia – CPAP, realizar GSA, monitorizar várias vítimas e ventilar com insuflador manual a vítima de TCE após acidente de viação durante o percurso até ao hospital.

Breve explicação dos protocolos de actuação de enfarte, insuficiência respiratória e abordagem a doente politraumatizado.

11º Turno – SBV Porto I – 26/04/2010, 8h-14h. (Anexo XIII)

Masculino 49 anos. Dor abdominal súbita.

Activação – 10h19.

À chegada ao local às 10h24 a vítima encontra-se no local de trabalho. Consciente, colaborante e orientado. Enquanto trabalhava (esforço físicos) refere súbita dor abdominal na região mesogástrica, tonturas e sudorese. Tem dor à palpação abdominal. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 81 bpm; FR – 18 cpm; TA – 144/91 mmHg. Pele e pupilas sem alterações.

Sem antecedentes.

Actuação – saída local às 10h33 com transporte para o SU do Hospital S. João. Chegada às 10h42. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

Feminino 51 anos. Dispneia.

Activação – 10h54

À chegada ao local às 11h01 a vítima encontra-se sentada na via pública. Consciente, colaborante e orientada. Refere dispneia e tonturas enquanto caminhava. Escala AVDN – Acordado; FC – 102 bpm; FR – 24 cpm; TA – 161/82 mmHg; glicemia – 126 mg/dL; Sat. O₂ – 98%. Sem sinais de desconforto respiratório. Pele e pupilas sem alterações.

Antecedentes de Asma e DM tipo II.

Medicação crónica – Gliclazida, Sitagliptina e Fluticasona + Salmeterol.

Actuação – Saída local às 11h10 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 11h15. Sistema de triagem de Manchester – Amarelo.

Feminino 91 anos. Dor torácica.

Activação – 11h49

À chegada ao local às 11h54 a vítima encontra-se sentada no lar de idosos onde reside. Consciente, colaborante e orientada. Apresenta dor torácica sem irradiação. Sem outros sintomas. Escala AVDN – Acordado; FC – 88 bpm; FR – 28 cpm; TA – 128/68 mmHg; glicemia – 119 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. A VMER – S. João fez acompanhamento. ECG (12 derivações) – ritmo sinusal, sem sinais aparentes de isquemia recente.

Antecedentes de HTA e epilepsia.

Medicação crónica – Lorazepam, Ácido acetilsalicílico, Carbamazepina, Lovastatina, Amitriptilina, Perindopril + Indapamida.

Actuação – colocação de acesso venoso; oxigenoterapia (10 L/min.); Ácido acetilsalicílico 250 mg PO, Dinitrato de isossorbida 5 mg SL; Morfina 2 mg – EV; 100 ml NaCl 0,9% em perfusão. Saída do local às 12h15 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 12h20. Sistema de triagem de Manchester – Laranja.

Feminino 53 anos. Lipotímia.

Activação – 12h35

À chegada ao local às 12h43, a vítima encontra-se sentada na esquadra da polícia. Foi levada porque estava sentada na via pública. Refere astenia desde esta manhã, dores nos membros inferiores e cefaleias. Sem outros sintomas. Consciente, colaborante e orientada. Escala AVDN – Acordado; FC – 74 bpm; FR – 16 cpm; TA – 140/100 mmHg; glicemia – 85 mg/dL; apirética; pele e pupilas sem alterações.

Antecedentes de depressão e HTA. Medicação crónica – Fluoxetina, Clonazepam, Flurazepam e Mirtazapina.

Actuação – saída do local às 12h53 com transporte para o SU do Centro Hospitalar do Porto. Chegada às 12h58. Sistema de triagem de Manchester – Verde.

Último estágio em meios de socorro INEM. Realizei, uma vez mais, a abordagem primária de alguns doentes bem como o preenchimento da ficha de activação.

12º Turno – CODU – Delegação regional Norte – 29/05/2010, 14h-20h. (Anexo XIV) e 13º Turno – CODU – Delegação regional Norte –. (Anexo XV)

Ambos os turnos foram definidos fundamentalmente em três zonas. A área de atendimento, de acionamento e de recepção de dados. Os profissionais destas três áreas não têm um posto definido, ou seja fazem turnos nas três áreas referidas de uma forma aleatória. Permaneci em cada uma destas zonas por períodos de 2 horas e acompanhei os operadores durante as solicitações recebidas.

Existem mais duas áreas distintas, uma em que se encontram dois médicos e um enfermeiro e uma outra em que se encontra um psicólogo. A informação recebida é registada e partilhada por todos os profissionais presentes na sala.

Desta forma, cada chamada efectuada para o 112 referente à área da saúde da região Norte é transmitida das centrais de atendimento da PSP e GNR para o CODU – Delegação Regional do Norte. Aqui um operador da área de atendimento recebe a chamada, atribui um “número de ficha”, regista dados referentes à vítima em causa (sexo, idade, sintomas e antecedentes) e o

local de ocorrência, atribuindo posteriormente, uma prioridade (*Anexo I*). Os médicos presentes após analisarem o caso podem manter ou alterar esta prioridade.

Seguidamente os dados são encaminhados para a área de accionamento onde existe uma lista actualizada dos meios disponíveis e da respectiva proximidade à ocorrência. A conjugação destes dois factores (disponibilidade e proximidade) juntamente com a prioridade atribuída a cada caso definem que meios serão então adequados a enviar ao local. O operador contacta telefonicamente o(s) meio(s) selecionado(s), transmite um breve resumo da situação em causa e fornece informações da localização. A partir do momento que são accionados, os meios de socorro mantêm um feedback constante com o CODU.

Após a chegada ao local e estabilização do doente, os operacionais dos meios de socorro transmitem os dados das vítimas e aguardam a decisão do CODU acerca do destino a dar ao doente em causa. O CODU poderá accionar mais meios, recomendar o transporte ao hospital mais adequado ou negar o transporte.

A caracterização das chamadas acompanhadas é realizada seguidamente, na “Discussão”.

Discussão

No período em que foram acompanhados os meios de socorro (78 horas) houve um total de 32 activações. A VMER durante as 36 horas foi activada 16 vezes, a ambulância SIV (24 horas) teve 4 activações e, por fim, a ambulância SBV (18 horas) teve 12 activações.

Relativamente à etiologia das activações, 22 delas foram referentes a doença médica e 10 a trauma. De registar também que neste período faleceram 3 vítimas.

Dados de informação estatística oficial do INEM do ano de 2009 apontam relativamente à VMER – S. João uma média de 9 activações/dia, para a ambulância SIV de Santo Tirso uma média de 3,8 activações/dia e por fim para a ambulância SBV – Porto I a média de 13,2 activações/dia. Apesar de ser durante um período curto de tempo a média de activações/dia do meu estágio acompanha a tendência referida pelos dados oficiais de 2009, com uma média de 10,67 activações/dia, 4 activações/dia e 16 activações/dia, respectivamente para os três meios referidos.

No que diz respeito às situações presenciadas é relevante destacar algumas delas.

Assim a abordagem primária de um doente com dor torácica e suspeita de síndrome coronário (SCA) agudo é bastante comum, sendo uma das situações que mais pode beneficiar da assistência pré-hospitalar (Bettencourt *et al*, 2005). A assistência rápida desta situação traduz-se em benefícios óbvios para o doente quer em termos de morbilidade quer em mortalidade. Estão documentadas também vantagens no contacto directo de serviços de emergência pré-

hospitalar – veículos de emergência, principalmente porque estes meios minimizam o tempo que medeia o início dos sintomas e o início do tratamento. (Johnston *et al*, 2006).

Neste estágio esta situação foi presenciada (8º Turno e 10º Turno) e apesar de em ambas situações o ECG ser normal foi iniciado o tratamento inicial de um SCA. Na abordagem pré-hospitalar de um doente com suspeita de SCA, está preconizada a realização de um ECG de 12 derivações e respectivas medidas terapêuticas se se justificarem – Ácido Acetilsalicílico (150-325 mg; PO), Nitroglicerina (0,5-1,5 mg; SL), Oxigénio (2-4 L/min), Morfina (3-5 mg, EV) e terapia fibrinolítica (se indicada). (Carneiro *et al*, 2009)

Relativamente frequente e com necessidade de actuação imediata são as situações de PCR. Nas situações presenciadas, apenas numa ocasião (5º Turno) foi efectuado SBV (Handley *et al*, 2005) e SAV (Nolan *et al*, 2005). Realizou-se SBV com compressões torácicas e ventilações (30:2) até se ligar o monitor/desfibrilhador. Devido ao ritmo de assistolia encontrado foi iniciado o SAV, com intubação traqueal e administração de Adrenalina e Atropina. Ocorreu reversão de assistolia para um ritmo desfibrilhável (fibrilação ventricular) o que motivou a aplicação de 2 choques (200 + 200 J) a cada 2 minutos, ao fim do segundo choque o doente retomou o ritmo de assistolia. Manteve-se manobras de SBV sem sucesso. Foi então declarado o óbito.

Numa situação de morte súbita inesperada como a descrita é desejável um acompanhamento psicológico da família que poderá ser accionado pelo médico da VMER através do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise – CAPIC. (Oliveira *et al*, 2008)

A abordagem primária pré-hospitalar a um doente politraumatizado é uma situação comum. Aliás, Portugal tem uma elevada taxa de vítimas de trauma quando comparado com outros países da Europa. No topo da lista estão os acidentes de viação. (Carneiro *et al*, 2009)

Um dos casos presenciados (10º Turno) serve de exemplo.

Como recomendado, procedeu-se à abordagem “ABCDE” que permite identificar as causas de morte imediata.

O controlo da via aérea obteve-se por controlo da coluna cervical (estabilização e imobilização), aspiração da orofaringe e intubação endotraqueal uma vez que o doente apresentava risco de aspiração. Em simultâneo com as medidas descritas, a administração de oxigénio (15 L/min) em máscara de alto débito permitiu ventilar adequadamente a vítima. Relativamente à circulação não existiam hemorragias evidentes, existia uma ligeira tendência bradicárdica e hipertensiva e bom preenchimento capilar. Foram colocados dois acessos venosos e perfusão de NaCl 0,9%.

Na avaliação de disfunção neurológica a vítima apresentava Glasgow – 6, desvio conjugado do olhar para a esquerda, pupilas isocóricas e fotoreactivas. Procedeu-se à exposição da região torácica, abdominal e de ambos os membros.

Terminada a avaliação primária e conseguida a estabilização da vítima procedeu-se à revisão sistemática e sequencial de todos os segmentos – Avaliação secundária. (Massada *et al*, 2009)

Em relação aos turnos no CODU, foram acompanhadas nas diversas fases um total de 94 chamadas. A chamada foi referente em 57% (54) dos casos ao sexo feminino e em 43% (40) ao sexo masculino.

A média de idades das chamadas recebidas foi de 54,5 anos.

Relativamente à etiologia de cada situação, de registar que 61% (57) dos casos se deveram a Doença médica/súbita e 39% (37) a Trauma.

No que diz respeito à prioridade (*Anexo I*) atribuída pelo CODU de registar que das 94 chamadas acompanhadas foi necessária a activação de pelo menos um meio de socorro em 83% (78) casos e em 16% (15) foi necessário também o accionamento de VMER.

Para finalizar numa análise crítica ao estágio, penso que teria sido mais proveitoso realizar os turnos no CODU antes dos turnos em meios de socorro, já que o CODU é o centro de decisão primária. Outro aspecto prende-se com a escolha da ambulância SIV em Santo Tirso. Apesar de ter sido uma óptima aprendizagem em termos práticos e emocionais, durante 24 horas apenas ocorreram 4 activações. Contudo, o número de activações médias/dia no ano de 2009 é semelhante. Adicionalmente, os turnos alargados (12 horas) que me disponibilizaram, tornaram necessária a sua realização ao fim de semana e a ambulância SIV de Santo Tirso é a mais próxima da minha residência.

Será importante também referir certos aspectos que apesar de não serem o objectivo deste estágio não devem ser menosprezados. Assim, existe uma excelente cooperação entre os profissionais do INEM, bem como uma boa cooperação com outros profissionais (médicos, enfermeiros, bombeiros, etc.). Contudo, existem situações menos positivas, nomeadamente a activação desnecessária de certos meios de socorro, sobretudo por dificuldades em obter informação útil de maneira eficaz principalmente devido ao desconhecimento da maioria da população da noção de emergência. O CODU tem um papel fundamental nesta triagem, mas nem sempre a decisão e selecção de meios é linear. Também a falta de algum material principalmente nas ambulâncias dos bombeiros é um aspecto a melhorar.

Conclusões

Como aluno, o meu dia-a-dia não se assemelha a vivência que tive neste período de estágio. A necessária filiação hospitalar dos estudantes de Medicina, conduz, por vezes, a uma visão demasiado “hospitalar” dos doentes por parte dos alunos. Assim, podemos dar como adquiridas certas situações, nomeadamente a existência de vários materiais e profissionais altamente diferenciados, a vigilância necessariamente apertada dos doentes nas enfermarias e o acesso fácil a resultados de exames complementares de diagnóstico podem, de certa forma, enviesar a nossa visão da assistência médica. Assim foi de extrema importância realizar este projecto na vertente pré-hospitalar já que me permitiu desenvolver uma visão mais abrangente e menos centralizada acerca da assistência médica em Portugal. No mesmo sentido a oportunidade de ser integrado numa equipa de emergência, conhecer o dia-a-dia dos profissionais do INEM e a cooperação que têm com diferentes áreas é, na minha opinião, uma mais-valia na minha formação profissional porque mesmo que no futuro não siga esta área de intervenção, adquiri um conhecimento objectivo de como estes profissionais actuam bem como as dificuldades que enfrentam.

Foi com toda a certeza, uma experiência marcante onde desenvolvi capacidades e conhecimentos para actuar em situações que requerem uma acção rápida e objectiva, mantive excelentes relações com todos os profissionais que contactei e vivi várias situações extremas e com uma carga emocional marcada.

Bibliografia

Bettencourt N, Mateus P, Dias C, Mateus C, Santos L, Adão L, Sampaio F, Salomé N, Gonçalves C, Simões L, Ribeiro V. Impacto da Emergência Pré-Hospitalar no Tratamento e Prognóstico do Enfarte Agudo do Miocárdio. Rev Port Cardiol 2005; 24(6):863-872.

Carneiro A, Neutel E, *et al.* Curso de Evidência na Emergência 2009 – Manual de procedimentos. Reanima 2009; 2ª Edição.

Handley A, Koster R, Monsieurs K, Perkins G, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2 – Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2005; 67S1: S7-S23.

Johnston S, Brightwell R, Ziman M. Paramedics and pre-hospital management of acute myocardial infarction: diagnosis and reperfusion. Emerg Med J 2006; 23: 331-334.

Massada S, Marques A, Mesquita C, Luís F, Farias J, Sousa J, Mineiro J, Freitas P, Melo R, Cruzeiro C, Murta J, Pedro L, Cardoso M. Normas de boa prática em Trauma. Ordem dos Médicos 2009.

Nolan J, Deakin C, Soar J, Bottiger B, Smith G. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation 2005 67S1; S39-S86.

Oliveira M, Cunha S, Rosado S, Faria J, Salazar G, Pereira N. Supportive needs of people confronted with sudden unexpected death: A task for the psychologist. Resuscitation 2008 Volume 76, Issue 2, Page 315.

Lista de abreviaturas

AIT – acidente isquêmico transitório;

AVDN – Escala de avaliação do nível de consciência. A (Acordado). V (Verbaliza). D (reage à Dor). N (Não responde);

bpm – batimentos por minuto;

BV – Bombeiros voluntários;

CDI – Cardioversor-desfibrilhador implantado;

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

CPAP – “*Continuous positive airway pressure*”

cpm – ciclos por minuto;

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa;

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;

DM – *diabetes melitus*;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

ECG – Electrocardiograma;

EV – Endovenoso;

FC – Frequência Cardíaca;

GNR – Guarda Nacional Republicana;

GSA – Gasometria de sangue arterial;

HCO₃⁻ – Bicarbonato;

HTA – Hipertensão Arterial;

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

mmHg – Milímetros de mercúrio;

pCO₂ – Pressão parcial de dióxido de carbono;

PCR – Paragem Córdio-Respiratória;

pO₂ – Pressão parcial de oxigénio;

PO – *per os*;

PSP – Polícia Segurança Pública;

Sat. O₂ – Saturação de oxigénio;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SBV – Suporte Básico de Vida;

SCA – Síndrome coronário agudo;

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica;

SIV – Ambulância de Suporte Imediato de Vida;

SL – sub-lingual;

SU – Serviço de Urgência;

T°C – Temperatura em graus Célsius;

TA – Tensão Arterial;

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência;

TAS – Técnico de Ambulância de Socorro;

TCE – Traumatismo crânio-encefálico;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

ANEXOS

Anexo I

CODU

O CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes é uma central de emergência médica para onde são transferidos os pedidos de socorro efectuados para número 112 relativos à área da saúde. Actualmente em funcionamento existem em Lisboa, Porto, Coimbra e Algarve. A equipa de profissionais que o integra efectua o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio de meios de socorro. Assim, compete ao CODU atender e avaliar rapidamente os pedidos de socorro, para determinar os recursos necessários e adequados a cada caso, rentabilizando ao máximo os meios humanos e técnicos disponíveis. O CODU assegura também o acompanhamento das equipas de socorro na sua actuação no terreno e, de acordo com as informações transmitidas é possível, por exemplo, preparar a recepção hospitalar dos doentes com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino.

Lista de prioridades CODU:

- 0 – Acionamento directo de VMER e Ambulância (PCR);
- 1 – Acionamento de VMER e Ambulância;
- 2 – Proposta de acionamento de VMER e Ambulância;
- 3 – Acionamento de Ambulância;
- 4 – Proposta de acionamento de Ambulância;
- 5 – Proposta de outro tipo de transporte;
- 6 – Proposta de observação de médico/médico assistente;
- 7 – Proposta de aconselhamento a permanecer no domicílio;
- 8 – Prioridade inicial da Triagem;
- 9 – Acionamento directo de Ambulância (Inconsciente ou acidente de viação).

Anexo II

Meios de socorro

Ambulâncias SBV

As ambulâncias SBV – Suporte Básico de Vida são ambulâncias de socorro destinadas à estabilização de doentes que necessitem de assistência durante o transporte. A tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida. Estas ambulâncias têm dois tripulantes, sendo que pelo menos um deles deverá ter obrigatoriamente o curso de TAS. Através do CODU é possível o INEM accionar as suas próprias ambulâncias ou, accionar as ambulâncias dos Bombeiros ou da CVP.

Material:

Desfibrilhador automático externo;

Garrafas de Oxigénio;

Aspirador de secreções eléctrico;

Saco de trauma

Material de imobilização e transporte

Talas de imobilização;

Colete de extracção;

Colares cervicais;

Imobilizador lateral de cabeça;

Maca estabilizadora de vácuo;

Maca scoop;

Maca de lona;

Plano duro;

Ambulâncias SIV

As ambulâncias SIV dispõe de uma tripulação que é constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência. Tem como objectivo, garantir cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso até estar disponível uma equipa médica, dita de suporte avançado de vida.

Ao nível dos recursos técnicos a SIV dispõe da carga de uma ambulância de suporte básico de vida (material de avaliação e estabilização, quer nas vertentes de trauma e doença súbita e desfibrilhador automático externo), acrescida de um monitor-desfibrilhador e diversos fármacos, incluindo os necessários para situações de analgesia e trombólise.

O equipamento das SIV permite ainda a transmissão de electrocardiograma e sinais vitais.

Material:

Monitor/Desfibrilhador;

Mala Médica:

Fármacos de emergência;

Mala de reanimação com:

Material de entubação endotraqueal;

Material necessário para assegurar a via aérea;

Insuflador manual;

Material para entubação gástrica;

Mala de trauma;

Ventilador portátil;

Seringa perfusora eléctrica;

Garrafas de oxigénio;

Aspirador de secreções;

Material de imobilização e transporte:

Talas de imobilização ;

Colete de extracção;

Colares cervicais;

Imobilizador lateral de cabeça;

Maca estabilizadora de vácuo;

Maca scoop;

Maca de lona;

Plano duro;

Mala de material reserva.

VMER

A VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação (Anexo IV) é um veículo de intervenção pré-hospitalar concebido para o transporte rápido de uma equipa médica (médico e enfermeiro), equipamento de SAV e trauma ao local onde se encontra a vítima. Estes veículos têm uma base hospitalar mas actuam na dependência directa do CODU. Têm como objectivo a estabilização pré-hospitalar e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas até ao local mais adequado à continuidade do tratamento.

Material:

Mala Médica com:

Fármacos;

Acessórios para preparação e administração EV;

Monitor/Desfibrilhador;

Mala de reanimação com:

Material de entubação endotraqueal;

Material necessário para assegurar a via aérea;
Insuflador manual;
Material para entubação gástrica;
Ventilador portátil;
Seringa perfusora eléctrica;
Aspirador de secreções;
Garrafas de oxigénio;
Mala frigorífica;
Mala de trauma;
Material de imobilização e transporte;
Talas de imobilização;
Colete de extracção;
Colares cervicais;
Imobilizador lateral de cabeça;
Maca estabilizadora de vácuo;
Maca tscoop;
Maca de lona;
Plano duro;
Mala de material de reserva;

Anexo III



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Tinoco

OBJECTIVOS: observação funcionamento Socomo INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luís Pereira

Data: 26 / 03 / 2010 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VIMER - Porto S. João

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

Assinaturas: O Estagiário Carlos Miguel Tinoco
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Vera Fernandes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Importância da Identificação - Realização de check-list Noção do funcionamento das comunicações entre o CODV e a VIMER

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O Carlos evidenciou grande interesse pela área da emergência e grande vontade de aprender. Revelou também saber trabalhar em equipa e importantes conhecimentos na área médica.

Anexo IV



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Tiroco

OBJECTIVOS: observação meio do caso INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Almeida

Data: 29/03/2010 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: VIER - S. João

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

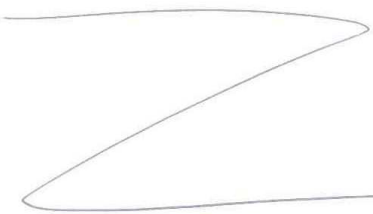
Assinaturas: O Estagiário Carlos Tiroco
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Verafemundes

OBSERVAÇÕES

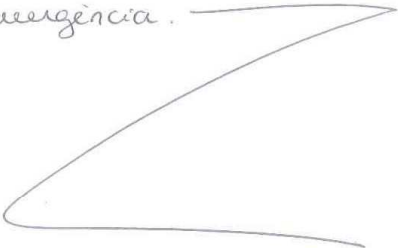
ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Equipamentos disponíveis
e organização.
Funcionamento de mate-
rial portátil de GSA.
Interligação entre VIER
e SU Hospitalares



Meio de interesse revelado
apresenta perfil para fater
parte de equipas de
emergência.



Anexo V



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Paulo Miguel Pereira Silva Pinheiro

OBJECTIVOS:

Observação meios no INEM

Coordenador do Estágio:

Dr. Luis Almeida

Data:

03/04/2016

Turno:

☒ Manhã

☐ Tarde

Meio:

SIV Santa Tirso

Nº DE ACTIVACÕES:

3

Doença Súbita:

1

Trauma:

—

Outras:

2

Abortadas:

—

Assinaturas:

O Estagiário

Paulo Pinheiro

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Vitor Simão Costa Ferreira

OBSERVAÇÕES

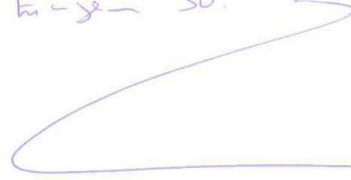
ESTAGIÁRIO

Equipamento e protocolo SIV. Grande interação com doentes



MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Participa no check est Ambulatório 1º andar.
- Explicação detalhada do atendimento.
- Integração na dinâmica de equipa.
- Participa/observa a equipa no prestação socorro: Doença súbita e queda.
- Passagem de dados entre a triagem su.



Anexo VI



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Timoco

OBJECTIVOS: observação meios de acesso INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Almeida

Data: 07/04/2010 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SBV-Porto I

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

Assinaturas: O Estagiário Carlos Timoco
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Luís Vaz Pereira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Equipamento SBV.
Participação activa na
abordagem aos doentes
Realização e colocação
de talas

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O Carlos mostrou bastante
interesse em perceber
a dinâmica da equipa
e do serviço. Com
bastante iniciativa e
interesse em saber como
funcionam os protocolos.

Anexo VII

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Paulo Miguel Pereira Silva Simão

OBJECTIVOS: Obtenção de meios de socorro INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Almeida

Data: 11/04/2010
Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde
 Meio: SIV - St. Tiro

Nº DE ACTIVACÕES: 1
Doença Súbita: 1
Trauma: -
Outras: -
Abortadas: -

Assinaturas:
 O Estagiário: Paulo Simão

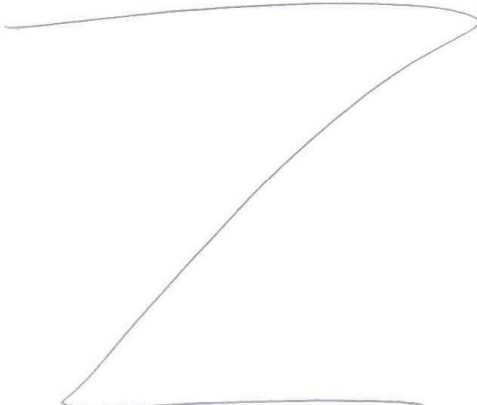
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo: Biliana Fernandes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Situação de PCR.
 Aspiração de secreções,
 manobras de SBV



Tere oportunidade de elaborar
 na check-list da viatura e
 material bem como na check
 list semanal de material e
 gases medicinais e sua repri-
 sição.

Durante o turno houve uma
 activação para PCR. Pode
 observar a dinâmica deste
 meio nesta situação, bem como
 o trabalho de equipa. Contactar
 com outros meios de socorro,
 nomeadamente, bombeiros e
 UER.

Anexo VIII

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Tinoco

OBJECTIVOS: Obtenção de experiência no INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luís Almeida

Data: 14.10.4.2010 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: VHUR - S. João

Nº DE ACTIVACÕES: 2 Doença Súbita: ☒ Trauma: ☒ Outras: ☐ Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário Carlos Tinoco

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Raquel Oliveira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Trauma grave - controlo
de dor.
Protocolo - Hipoglicemia
Preparação material
para repositores na check-
list

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O estagiário Carlos participou
com elevado empenho e
dedicação em todas as actividades
desenvolvidas pela VHEUR do
S. João, apresentando características
essenciais para um futuro
participar como elemento unido
em equipas de emergência.

Anexo IX



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO:

Carlos Ruyuel Pereira Silva Vinoco

OBJECTIVOS:

observação meios socorro INEM

Coordenador do Estágio:

Dr. Luiz Fleita

Data:

17/04/2010

Turno:



Manhã



Tarde

Meio:

VIAER - S. João

Nº DE ACTIVIDADES:

3

Doença Súbita:

1

Trauma:

2

Outras:

—

Abortadas:

—

Assinaturas:

O Estagiário

Carlos Vinoco

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Vera Fernandes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Cooperação entre diversos
equipa de socorro.
Imobilização e transpor-
te de vítimas politran-
matizadas

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O Carlos, mais uma vez, afirmou
o seu interesse pela emergência,
demonstrando capacidades
adequadas e grande ajuda
nas saídas.

Anexo X



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Tinoco

OBJECTIVOS: Observação de meios socorro INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Steva

Data: 18/04/2010

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: VITER-S. João

Nº DE ACTIVACÕES: 1

Doença Súbita: 1

Trauma: -

Outras: -

Abortadas: -

Assinaturas: O Estagiário

Carlos Tinoco

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Revisto protocolo actualização de suspeita de infante. Autorização da vítima.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O estágio cumpriu os objectivos e que se propôs:

- trabalho de equipa
- abordagem humanizada em os protocolos de actuação
- competência

Assinale (43378)

Anexo XI

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Tuncoco

OBJECTIVOS: Obtenção de conhecimentos de Secano INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Ruina

Data: 20/04/2010 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: SBV - Porto I

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

Assinaturas: O Estagiário Carlos Tuncoco

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo MRS (MARCO SA)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Autonomia para abordagem das vítimas assistidas. Realização de pequenos procedimentos - Sinais vitais e glicemia

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O ESTAGIÁRIO DEMONSTROU BOA INTERACÇÃO COM A EQUIPA INTERVINDO QUANDO ESTA SOLICITOU. DEMONSTROU TER CONHECIMENTOS NA ÁREA DO PRÉ-HOSPITALAR. EXECUTOU UM BOM TRABALHO.

Anexo XII

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva Timoco

OBJECTIVOS: observação meio do INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luis Fleiter

Data: 23/04/2010 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: MTOR S. YONAO

Nº DE ACTIVACÕES: 5 Doença Súbita: X(3) Trauma: X(1) Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Carlos Timoco

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rogério Oliveira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Turno bastante rico em termos de actuação e complexidade de casos presenciados - oxigenoterapia - CPAP; GSA; ventilação manual -

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

O estagiário Carlos Timoco desempenhou e colaborou muito bem em todas as actividades médicas desenvolvidas pelo MTOR do S. YONAO, sempre com grande interesse e dedicação, demonstrando características essenciais para participar activamente em equipas médicas de emergência.

Rogério

Anexo XIII

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Pereira Silva

OBJECTIVOS: observação meios do como INEM

Coordenador do Estágio: Dr. Luiz Pereira

Data: 26/04/2010 Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde Meio: SBV - Porto - I

Nº DE ACTIVACÕES: 4 Doença Súbita: 4 Trauma: 0 Outras: 0 Abortadas: 0

Assinaturas: O Estagiário Carlos Miguel Pereira Silva

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Helder Rodrigues

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Interacção com membros de equipa e abordagem ~~em~~ primária dos vários casos. Preenchimento de ficha de actuação

- Demonstra boas capacidades técnicas, simpatia com o tripulante e com a população
- Utiliza de forma positiva os conhecimentos que tem na área da emergência hospitalar

Anexo XIV



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Carlos Miguel Tinoco

OBJECTIVOS: Noção do Funcionamento do CODU

Coordenador do Estágio: Dr. Luiz Maria

Data: 29/05/2010 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde CODU: Porto

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

Assinaturas: O Estagiário Carlos Miguel Tinoco
O Médico Regulador António Tábora

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Acompanhamento do
Atendimento (2 horas);
Accionamento (2 horas) e
Purgem de dedos (2 horas)

- Tomar parte e/
as diferentes áreas do
CODU - atendimento /
accionamento

- demonstrar interesse e
participar nas actividades
desenvolvidas na entidade
subsidiária

Anexo XV



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Carlos Tinoco

OBJECTIVOS: Noção do Funcionamento do CODU

Coordenador do Estágio: Dr. Luiz Pereira

Data: 06/06/10

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

CODU: Noite

Nº DE ACTIVAÇÕES: —

Doença Súbita: —

Trauma: —

Outras: —

Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário

Carlos Tinoco

O Médico Regulador

Prof. Dr. J. C. ...

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Acompanhamento do
Atendimento (2 horas);
Acomodamento (2 horas) e
Paragem de dados (2 horas)

O Carlos esteve muito
interessado durante
todo o dia. ~~2~~