

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Estágio em Emergência Pré-Hospitalar

Bárbara Campos Branquinho

M

2024



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

Maio de 2024

Bárbara Campos Branquinho

Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: up201807560@edu.icbas.up.pt

Orientadora: Drª Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva

Assistente Hospitalar Graduada em Anestesiologia na Unidade Local de Saúde de Santo António

Afiliação: Unidade Local de Saúde de Santo António; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Coorientador: Professor Doutor Humberto José da Silva Machado

Assistente Graduado Sénior de Anestesiologia na Unidade Local de Saúde de Santo António;
Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Afiliação: Unidade Local de Saúde de Santo António; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Assinatura da Estudante

Barbara Branquinho

Assinatura da Orientadora

Carla Paulo

Assinatura do Coorientador

Henrique Zúñiga

Agradecimentos

À Dr^a Lara Andrea Lopes Marcelo da Silva, Assistente Hospitalar Graduada em Anestesiologia, orientadora deste trabalho.

Ao Professor Doutor Humberto José da Silva Machado, Assistente Graduado Sênior de Anestesiologia, coorientador deste trabalho.

A todos os médicos, enfermeiros, técnicos de emergência pré-hospitalar e bombeiros com quem me cruzei ao longo do estágio, que sempre se demonstraram disponíveis para me receber, para esclarecer quaisquer dúvidas e para me fazer sentir parte da equipa.

À minha família e ao meu namorado, com quem sei que poderei sempre contar, por tudo o que fazem por mim e porque não teria sido possível chegar aqui sem o seu apoio.

Aos meus amigos e colegas de curso, por terem feito estes 6 anos parecerem menos.

O meu muito obrigada!

Resumo

No âmbito da dissertação final do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, e sendo a elaboração de um relatório de estágio uma das modalidades possíveis para a concretização deste trabalho, considerei este momento uma oportunidade para aprofundar o meu conhecimento na área da Emergência Pré-Hospitalar, que sempre me despertou um interesse significativo desde o início do curso, tendo tido agora a possibilidade de vivenciar aquilo que é o dia-a-dia dos profissionais que trabalham nesta área.

Assim, realizei um estágio observacional no Instituto Nacional de Emergência Médica, de modo a conseguir obter uma perspetiva prática de como o Sistema Integrado de Emergência Médica atua em Portugal e de como as atuações dos diferentes meios que o integram se complementam, desde o momento em que o cidadão dá início ao pedido de ajuda diferenciada através do contacto do número europeu de emergência (112), passando pela seleção por parte do Centro de Orientação de Doentes Urgentes dos meios a acionar, pela abordagem propriamente dita à vítima no local, nomeadamente com recurso a técnicas de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida, e ainda à abordagem ABCDE (XABCDE em caso de vítimas de trauma), até à conclusão do transporte apropriado da vítima para a unidade hospitalar de destino.

O estágio teve a duração de 84 horas, distribuídas por 14 turnos de 6 horas. Decorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2024 e foi composto por 1 turno (6 horas) no Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Norte, 2 turnos (12 horas) na Ambulância de Emergência Médica Porto 4, 2 turnos (12 horas) na Ambulância de Suporte Imediato de Vida de Gondomar e 9 turnos (54 horas) na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Santo António.

Este relatório é composto por uma introdução ao tema da Emergência Pré-Hospitalar, seguida da descrição de todas as ocorrências presenciadas, com posterior discussão das mesmas e conclusão.

Abstract

As part of the final dissertation for the Integrated Master's Degree in Medicine at the Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences at the University of Porto, and since writing an internship report was one of the possible ways to complete this work, I saw this as an opportunity to deepen my knowledge in the area of Pre-Hospital Emergency, which has always been of great interest to me since the beginning of the course, and now I had the chance to experience what the day-to-day life of professionals working in this area is like.

I therefore undertook an observational internship at the National Institute for Medical Emergency, so that I could get a practical perspective on how the Integrated Medical Emergency System operates in Portugal and how the actions of the different resources that make it up complement each other, from the moment a citizen starts the request for help by contacting the European emergency number (112), through the selection by the Urgent Patients Guidance Center of the resources to be activated, through the actual approach to the victim at the scene, namely using Basic Life Support and Advanced Life Support techniques, as well as the ABCDE approach (XABCDE in the case of trauma victims), to the conclusion of the appropriate transportation of the victim to a hospital facility.

The internship lasted 84 hours, spread over 14 6-hour shifts. It took place between January and February 2024 and consisted of 1 shift (6 hours) at the Urgent Patients Guidance Center of the North, 2 shifts (12 hours) at the Porto 4 Medical Emergency Ambulance, 2 shifts (12 hours) at the Gondomar Immediate Life Support Ambulance and 9 shifts (54 hours) at the Santo António's Emergency and Resuscitation Medical Vehicle.

This report consists of an introduction to the subject of Pre-Hospital Emergency, followed by a description of all the witnessed events, with subsequent discussion and conclusion.

Lista de abreviaturas

AEM – Ambulância de Emergência Médica
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD - Atividades de vida diárias
AESP - Atividade elétrica sem pulso
bpm – batimentos por minuto
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
cpm – ciclos por minuto
DAE - Desfibrilhação Automática Externa
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECG - Eletrocardiograma
EV - Via endovenosa
FA – Fibrilhação auricular
FC - Frequência cardíaca
FR - Frequência respiratória
GNR - Guarda Nacional Republicana
HTA – Hipertensão arterial
IM – Via intramuscular
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
mg - miligrama
mg/dL – miligramas por decilitro
mL – mililitro
mmHg – milímetros de mercúrio
PA - Pressão arterial
PCR - Paragem cardiorrespiratória
PLS – Posição Lateral de Segurança
PO – per os (por via oral)
PSP - Polícia de Segurança Pública
SAV - Suporte Avançado de Vida
SBV - Suporte Básico de Vida
SIV - Suporte Imediato de Vida
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica
SIRESP – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal
SpO₂ - Saturação periférica de oxigénio (medição por oxímetro de pulso)
TCE – Traumatismo cranioencefálico
TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar
ULSSA – Unidade Local de Saúde de Santo António
ULSSJ – Unidade Local de Saúde de São João
UMIPE - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
VIC – Viatura de Intervenção em Catástrofe
VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

1.	Introdução	1
1.1.	Sistema Integrado de Emergência Médica.....	1
1.2.	Instituto Nacional de Emergência Médica	1
1.2.1.	Centro de Orientação de Doentes Urgentes.....	2
1.2.2.	Meios de Emergência	2
2.	Resultados	5
2.1.	Turnos AEM Porto 4	5
2.1.1.	Turno 1 – 15/01/2024 (14h-20h)	5
2.1.2.	Turno 2 – 14/02/2024 (14h-20h)	6
2.2.	Turnos SIV Gondomar	7
2.2.1.	Turno 1 – 24/01/2024 (8h-14h)	7
2.2.2.	Turno 2 – 24/01/2024 (14h-20h)	8
2.3.	Turnos VMER Santo António	8
2.3.1.	Turno 1 – 29/01/2024 (8h-14h)	8
2.3.2.	Turno 2 – 29/01/2024 (14h-20h)	10
2.3.3.	Turno 3 – 30/01/2024 (8h-14h)	11
2.3.4.	Turno 4 – 30/01/2024 (14h-20h)	12
2.3.5.	Turno 5 – 31/01/2024 (8h-14h)	14
2.3.6.	Turno 6 – 31/01/2024 (14h-20h)	15
2.3.7.	Turno 7 – 6/02/2024 (14h-20h)	17
2.3.8.	Turno 8 – 16/02/2024 (14h-20h)	19
2.3.9.	Turno 9 – 27/02/2024 (14h-20h)	19
3.	Discussão	20
4.	Conclusão	24
5.	Bibliografia	26
6.	Anexos.....	27

Lista de figuras

Figura 1 – Estrela da Vida®

Figura 2 – Ambulância de Socorro

Figura 3 – Ambulância de Emergência Médica

Figura 4 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

Figura 5 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Figura 6 – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

Figura 7 – Motociclo de Emergência Médica

Figura 8 – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

Figura 9 – Helicóptero de Emergência Médica

Figura 10 – Viatura de Intervenção em Catástrofe

Figura 11 – Hospital de Campanha

1. Introdução

No âmbito da dissertação final do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, propus a realização de um estágio observacional no Instituto Nacional de Emergência Médica, com vista à elaboração do respetivo relatório, cujo pedido foi aceite pelo Centro de Formação da Delegação Regional do Norte do INEM. O estágio tinha a duração prevista de 84 horas (14 turnos de 6 horas), distribuídas da seguinte forma: 1 turno no CODU Norte, 2 turnos na AEM Porto 4, 2 turnos na SIV de Gondomar e 9 turnos na VMER do Hospital de Santo António. Teve início no dia 15 de Janeiro de 2024 e terminou no dia 27 de Fevereiro de 2024.

Decidi optar pela realização de um estágio na área da Emergência Pré-Hospitalar, uma vez que é uma área que sempre me cativou e pela qual ponderava enveredar no futuro e, deste modo, ser-me-ia possível ter desde já um contacto alargado com a mesma.

1.1. Sistema Integrado de Emergência Médica

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) corresponde a entidades (PSP, GNR, INEM, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e Hospitais e Centros de Saúde) que operam em conjunto de modo a prestarem socorro a vítimas de acidentes ou de doença súbita.¹

Quando um cidadão faz uma chamada para o Número Europeu de Emergência (112), este sistema é acionado, sendo que, em Portugal, estas chamadas são atendidas primeiro pela PSP ou GNR nas centrais de emergência.¹ Em caso de emergência médica, a chamada é redirecionada para os CODU do INEM.¹

1.2. Instituto Nacional de Emergência Médica

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é um organismo do Ministério da Saúde português cuja função é gerir o funcionamento do SIEM, em Portugal Continental, através da articulação entre as entidades que o compõem.² A prestação de cuidados de saúde de qualidade e com a maior brevidade possível a vítimas de acidente ou doença súbita, bem como o seu transporte adequado para uma unidade hospitalar, é da responsabilidade do INEM.²

O símbolo do INEM é a Estrela da Vida® (Figura 1)³, que é composta por 6 faixas que representam as 6 fases de ações a levar a cabo numa situação de emergência médica, com um bastão com uma serpente enrolada no centro.² As 6 fases são: Detecção; Alerta; Pré-socorro;

Socorro no local do acidente; Cuidados durante o transporte; Transferência e tratamento definitivo.² Já o bastão com a serpente enrolada simboliza a saúde.²

1.2.1. Centro de Orientação de Doentes Urgentes

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) são as centrais telefónicas do INEM para as quais são redirecionadas as chamadas que são efetuadas para o 112 e que correspondam a situações de emergência médica.⁴

Existem 4 centrais do CODU em Portugal Continental: em Lisboa, no Porto, em Coimbra e em Faro, que funcionam 24 horas por dia, todos os dias do ano.⁴ Nestas centrais, trabalham profissionais cuja função é atender as chamadas, efetuar a sua triagem, perceber quais os meios de socorro adequados a cada ocorrência e ativá-los.⁴ A seleção dos meios a ativar tem em conta o estado clínico das vítimas, bem como a proximidade e acessibilidade de cada meio ao local, sendo que quando o CODU ativa um meio de socorro, este será preferencialmente aquele que se encontra mais próximo da ocorrência, não obstante a entidade a que este pertence (INEM, Bombeiros ou Cruz Vermelha Portuguesa).^{1,4}

O CODU consegue ainda assegurar o acompanhamento das equipas que se encontram em campo, que, para tal, devem efetuar as passagens de dados ao CODU.⁴

1.2.2. Meios de Emergência

O INEM dispõe de vários meios de emergência, que têm tripulações e equipamentos diferentes e que, portanto, são adequados a diferentes tipos de ocorrências.

Ambulância de Socorro (AS) (Figura 2)⁵: As AS estão localizadas nos chamados Postos de Emergência Médica, sendo tripuladas por elementos das entidades que compõem o SIEM, como os Bombeiros ou a Cruz Vermelha Portuguesa.⁵ Estas viaturas destinam-se a permitir a rápida deslocação de uma equipa com formação na área da emergência pré-hospitalar ao local da ocorrência, com possibilidade de transporte do doente para uma unidade hospitalar.⁵

Ambulância de Emergência Médica (AEM) (Figura 3)⁵: As AEM estão localizadas em bases do INEM, sendo tripuladas por 2 técnicos de emergência pré-hospitalar (TEPH), que trabalham para essa entidade.⁵ Estão equipadas com material destinado a avaliar, reanimar e estabilizar clinicamente a vítima, onde se inclui um monitor-desfibrilhador.⁵ À semelhança das AS, também se destinam a levar até ao doente uma equipa de emergência médica, com possibilidade de transporte para um serviço de urgência.⁵

Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) (Figura 4)⁵: As SIV estão sediadas em unidades de saúde e são tripuladas por um enfermeiro e um TEPH.⁵ Estas ambulâncias transportam a mesma carga de uma AEM, à qual acrescem vários fármacos.⁵ Destinam-se a prestar cuidados diferenciados, nomeadamente manobras de reanimação, permitindo também o transporte da vítima para uma unidade hospitalar.⁵

Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) (Figura 5)⁵: As VMER estão sediadas em hospitais e são tripuladas por um médico e um enfermeiro.⁵ Estes carros estão equipados com material diferenciado, nomeadamente para a realização de Suporte Avançado de Vida.⁵ Ao contrário dos meios anteriormente referidos, estes veículos não permitem o transporte da vítima, mas sim a deslocação de profissionais com uma formação mais diferenciada ao local da ocorrência, bem como a possibilidade de acompanhamento médico do doente no transporte para a unidade hospitalar.⁵ Nestes casos, pode ocorrer uma de três situações: o médico acompanha o doente na ambulância, enquanto o enfermeiro conduz o carro até ao hospital de destino da vítima (1), o médico e o enfermeiro acompanham o doente na ambulância, sendo a VMER levada por um tripulante da ambulância até ao hospital (2), ou o carro permanece no local da ocorrência enquanto o doente é transportado para o hospital, sendo a equipa levada até à VMER pela tripulação da ambulância no final (3).

Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) (Figura 6)⁵: Estas ambulâncias, tripuladas por um médico, um enfermeiro e um TEPH, realizam o transporte de doentes pediátricos (desde recém-nascidos até aos 18 anos de idade) em estado crítico.⁵ Contudo, não se destinam a transportar doentes do local da ocorrência para uma unidade hospitalar (transporte primário), mas sim apenas entre hospitais (transporte secundário).⁵ Estes meios dispõem de todo o equipamento necessário para a estabilização de doentes nesta faixa etária.⁵

Motociclo de Emergência Médica (Figura 7)⁵: Este veículo, tripulado por um TEPH, é um meio especialmente dirigido para chegar à vítima o mais rápido possível em ambiente urbano, uma vez que consegue ultrapassar o trânsito mais facilmente.⁵ Permite levar até ao doente um dispositivo de Desfibrilhação Automática Externa, material para avaliar sinais vitais e glicemia capilar, oxigénio, adjuvantes básicos de manuseamento da via aérea e de ventilação, entre outro material.⁵ Deste modo, é possível estabilizar a vítima até que seja viável o seu transporte por outra viatura, sendo que, em alguns casos, este acaba por não ser necessário.⁵

Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (Figura 8)⁵: As UMIPE são automóveis tripulados por um TEPH e um psicólogo. Estas viaturas são ativadas em situações em que seja necessária uma intervenção psicológica, quer dirigida à vítima, quer dirigida aos seus

familiares e amigos em caso de morte súbita ou traumática, de modo a dar suporte na iniciação do processo de luto.⁵ São exemplos de ocorrências em que a presença deste meio é habitual os acidentes de viação, os casos de risco iminente de suicídio, as emergências psiquiátricas com risco para o próprio ou para terceiros e as situações de abuso sexual.⁵ Podem ainda ser acionadas em caso de incêndio, inundação, explosão ou catástrofe natural.⁵

Helicóptero de Emergência Médica (Figura 9)⁵: Os helicópteros do INEM são tripulados por um comandante, um piloto, um médico e um enfermeiro (tendo os 2 últimos obrigatoriamente um Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos, bem como um curso de VMER).⁵ Estes meios podem ser acionados para missões primárias, que consistem em levar a equipa médica até ao local onde a vítima (geralmente em estado grave) se encontra, com transporte aéreo da mesma até à unidade hospitalar ou com transporte em ambulância (com ou sem acompanhamento do doente pela equipa médica do helicóptero).⁵ Já nas chamadas missões secundárias, o helicóptero apenas efetua o transporte do doente entre unidades de saúde.⁵ Podem ainda ser acionados para outras missões, como o transporte de órgãos para transplante.⁵

Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) (Figura 10)⁵: Esta viatura é acionada em situações onde existam várias vítimas, sendo que permite o tratamento simultâneo de 8 doentes considerados muito graves.⁵ O equipamento que transporta é semelhante ao das VMER, permitindo a montagem de um chamado Posto Médico Avançado no local da ocorrência, nomeadamente com monitores de parâmetros vitais, diversos fármacos, seringas-infusoras, ventiladores e monitores-desfibrilhadores.⁵ Este meio transporta ainda uma célula de telecomunicações, que possibilita a criação de uma rede de comunicações entre o local onde este se encontra, o CODU e os hospitais da área.⁵

Hospital de Campanha (Figura 11)⁵: Corresponde a uma estrutura composta por 17 tendas insufláveis, que é ativada em situações de catástrofe, ataque terrorista ou acidente com múltiplas vítimas, e que tem autonomia em termos logísticos.⁵ Pode reforçar ou mesmo substituir unidades de saúde que tenham sido afetadas.⁵ Tem uma área total de aproximadamente 2400 m² e é armazenado num contentor, permitindo o seu transporte por via terrestre, aérea ou marítima.⁵ O Hospital de Campanha é uma estrutura modular, composta por várias partes, sendo que pode ser montado apenas o número de tendas necessário para a ocorrência em causa.⁵ No seu máximo, com 60 camas disponíveis, esta estrutura tem a possibilidade de ter a funcionar os seguintes serviços: Admissão e Triagem; Serviço de Observação; Pequena cirurgia/Ortopedia; Ambulatório; Bloco Operatório; Unidade de Cuidados Intensivos; Reanimação; Enfermarias; Imagiologia; Laboratório.⁵ Comporta ainda uma área para alojamento da equipa e outra de comando da operação.⁵

2. Resultados

Procede-se, agora, à descrição de todas as ocorrências observadas durante os 13 turnos realizados nos 3 meios do INEM (AEM Porto 4, SIV Gondomar e VMER Santo António).

2.1. Turnos AEM Porto 4

2.1.1. Turno 1 – 15/01/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 15h23

Chegada ao local: 15h35

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (domicílio)

CODU: Feminino, 104 anos. Dispneia.

Antecedentes pessoais: HTA; Doença coronária; Doença arterial periférica.

Alergias: Desconhecidas

Medicação habitual: Ácido acetilsalicílico; Pentoxifilina; Olmesartan; Hidroclorotiazida; Lorazepam; Omeprazol.

Descrição: Doente acamada, com dificuldade em deglutir. Recusa alimentar há 4 dias, pedindo apenas água. À nossa chegada, doente em decúbito dorsal na cama.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 12 cpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 77 bpm. PA: 134/74 mmHg.

D: Glasgow: 10 (O3V1M6). Glicemia capilar: 37 mg/dL. Glicemia capilar 10 min pós-glucagon: 40 mg/dL. Glicemia capilar à chegada ao hospital: 38 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 35,7°C.

Atitudes: Administração de 1 mg de Glucagon IM (após autorização do médico regulador do CODU). Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Hipoglicemia.

2ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 17h04

Chegada ao local: 17h21

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (domicílio)

CODU: Feminino, 28 anos. Dor lombar.

Antecedentes pessoais: Sem antecedentes relevantes.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Não.

Descrição: Dor lombar direita em agravamento desde as 14h, não incapacitante, sem irradiação. Quando questionada, refere que teve vontade de urinar, mas que não conseguiu. Refere vômito alimentar. À nossa chegada, doente sentada no sofá. Conseguiu deslocar-se pelo próprio pé até à ambulância.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 18 cpm. SpO₂: 99% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 93 bpm. PA: 129/71 mmHg.

D: Glasgow: 15.

E: Temperatura timpânica: 36,8°C.

Fácies de dor. Dor 9/10.

Atitudes: Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Cólica renal.

3ª ocorrência: Abortada.

4ª ocorrência: Trauma

Ativação: 18h33

Chegada ao local: 18h40

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (via pública)

Outros meios no local: PSP

CODU: Masculino, 24 anos. Atropelamento com trauma do membro inferior.

Antecedentes pessoais: Sem antecedentes relevantes.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Não.

Descrição: Atropelamento. A dianteira do veículo embateu no membro inferior esquerdo, tendo a vítima caído para o seu lado direito. Nega perda de consciência. À nossa chegada, vítima em PLS no chão (estrada).

Avaliação:

X: Sem hemorragias exsanguinantes.

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 16 cpm. SpO₂: 99% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundido. FC: 95 bpm. PA: 133/78 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 128 mg/dL.

E: Dor e hematoma no membro inferior esquerdo e hematoma ligeiro na pálpebra direita.

Temperatura timpânica: 36,1°C.

Atitudes: Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Traumatismo da coxa esquerda e região palpebral direita.

2.1.2. Turno 2 – 14/02/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Trauma

Ativação: 15h54

Chegada ao local: 16h05

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (estrutura residencial para idosos)

CODU: Feminino, 84 anos. Queda.

Antecedentes pessoais: HTA; Patologia tiroideia; FA.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Bisoprolol; Lercanidipina; Apixabano; Ácido acetilsalicílico; Sertralina; Zolpidem; Pregabalina; Amiodarona; Levotiroxina; Ácido alendrónico; Povidona.

Descrição: Utente terá caído da cama enquanto tentava alcançar objeto. Terá batido com a cabeça. À nossa chegada, sentada na cama.

Avaliação:

X: Sem hemorragias exsanguinantes.

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 18 cpm. SpO₂: 95% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 75 bpm. PA: 130/67 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 144 mg/dL.

E: Refere dor no punho esquerdo. Sem lesões visíveis nem sinais inflamatórios. Temperatura timpânica: 36,2°C.

Atitudes: Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Trauma menor do punho esquerdo.

2ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 18h37

Chegada ao local: 18h45

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (estrutura residencial para idosos)

CODU: Feminino, 93 anos. Défice motor e sensitivo.

Antecedentes pessoais: HTA, Dislipidemia, Insuficiência Cardíaca e Doença arterial periférica.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Carvedilol; Irbesartan; Pravastatina; Pentoxifilina; Esomeprazol.

Descrição: Enfermeira do lar refere que a utente foi vista bem por volta das 17h e que, por volta das 18h30, foi encontrada caída na casa de banho, com hemiparesia à direita e disartria. À nossa chegada, em decúbito dorsal na cama.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 18 cpm. SpO₂: 98% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 82 bpm. PA: 130/54 mmHg.

D: Glasgow: 15. Défices totalmente revertidos. Pupilas sem alterações. Glicemia capilar: 155 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,2°C. Ferida contusa na pálpebra direita.

Atitudes: Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Acidente isquémico transitório.

2.2. Turnos SIV Gondomar

2.2.1. Turno 1 – 24/01/2024 (8h-14h)

1ª ocorrência: Trauma

Ativação: 13h09

Chegada ao local: 13h17

Local: União de Freguesias de Fânzeres e São Pedro da Cova – Gondomar (via pública)

Outros meios ativados: Bombeiros Voluntários de Valbom e GNR.

CODU: Masculino, 49 anos. Agressão com arma de fogo (baleado no membro inferior).

Antecedentes pessoais: HTA e Dislipidemia.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Não soube especificar.

Descrição: Aparente rixa entre partes. Encontrava-se sentado na viatura, no lugar do pendura, tendo levantado as pernas aquando dos disparos, numa tentativa de se proteger. Vítima refere ter ouvido 2 disparos e ter sido baleado em ambas as pernas. Refere que o agressor se encontrava no passeio do seu lado direito. À nossa chegada, em decúbito dorsal no passeio, onde já se encontrava a GNR.

Avaliação:

X: Sem hemorragias exsanguinantes.

A: Via aérea patente.

B: Taquipneico. FR: 22 cpm. SpO₂: 95% em ar ambiente.

C: Pele pálida e sudorética. FC: 130 bpm. PA: 146/92 mmHg.

D: Glasgow: 15; Pupilas sem alterações. Glicemia capilar: 237 mg/dL.

E: Lesões: no membro inferior direito, abaixo do joelho, com aparente entrada (lateral) e saída do projétil; no membro inferior esquerdo, acima do joelho, com aparente lesão única (posterior).

Temperatura timpânica: 36°C.

Dor 9/10.

Atitudes: Administração EV de 600 mL de NaCl a 0,9%, 10 mg de Morfina e 10 mg de Metoclopramida. Limpeza, desinfeção e proteção das feridas. Posicionamento e transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Ferimento por arma de fogo em ambos os membros inferiores.

2.2.2. Turno 2 – 24/01/2024 (14h-20h)

Sem ocorrências.

2.3. Turnos VMER Santo António

2.3.1. Turno 1 – 29/01/2024 (8h-14h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 11h27

Chegada ao local: 11h40

Local: Ramalde - Porto (café)

Outros meios ativados: Bombeiros Voluntários Portuenses

CODU: Masculino, 68 anos. Alteração do estado de consciência.

Antecedentes pessoais: Hábitos tabágicos; Incontinência Urinária.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Segundo familiares, com períodos de desorientação e parcialmente dependente. Estava no café, quando terá tido alteração do estado de consciência, seguida de convulsão com duração de cerca de 10 minutos. À nossa chegada, em PLS, no chão.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 10 cpm. SpO₂: 97% em ar ambiente. Auscultação pulmonar sem alterações.

C: Quente e bem perfundido. FC: 60 bpm. PA: 128/89 mmHg.

D: Glasgow: 11 (O4V2M5). Acordado e agitado. Dirige o olhar. Não cumpre ordens. Não tem discurso. Sem aparentes alterações na mobilização dos membros ou na força. Sem desvio da comissura labial. Glicemia capilar: 84 mg/dL. Durante transporte, com melhoria progressiva do estado de consciência; ficou mais calmo e passou a responder sim/não a questões simples, acenando com a cabeça.

E: Temperatura timpânica: 36,2°C.

Atitudes: Transporte para a ULSSA.

Hipótese de diagnóstico: Crise convulsiva.

2ª ocorrência: PCR

Ativação: 12h37

Chegada ao local: 12h46

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: AEM; PSP.

CODU: Masculino, 89 anos. PCR não presenciada.

Antecedentes pessoais: HTA; Síndrome Demencial.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Parcialmente dependente para as AVD. Com apoio da filha. Antecedentes de HTA e patologia neurológica em estudo, com suspeita de Síndrome demencial (quedas frequentes e períodos de confusão). Terá sido visto com vida pela última vez por volta das 8h pela filha, que posteriormente se ausentou de casa. Encontrado pela mesma às 12h30, caído nas escadas, em PCR. À nossa chegada, caído nas escadas.

Avaliação: Sem sinais de vida (sem movimentos respiratórios, pele fria e com cianose central, sem pulsos e com Glasgow de 3). Sem benefício em iniciar manobras de reanimação.

Atitudes: Não foi iniciado SBV. Informada a família. Chamada da autoridade ao local. Verificação do óbito às 12h50.

Hipótese de diagnóstico: PCR não revertida.

3ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 13h39

Chegada ao local: 13h49

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (esplanada)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Feminino, 49 anos. Convulsões.

Antecedentes pessoais: Epilepsia; AVC prévio.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Antecedentes de AVC e epilepsia, com possível incumprimento terapêutico, e história de crises conversivas. Iniciou quadro de tremor predominante dos membros superiores e olhar vago, por volta das 13h30. Foi administrado por colegas Diazepam 5 mg sublingual, às 13h45, sem resolução. À nossa chegada, sentada na cadeira com tremor dos membros superiores.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 14 cpm. SpO₂: 98% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 75 bpm. PA: 129/78 mmHg.

D: Glasgow: 12 (O4V2M6); Acordada. Dirige o olhar. Responde e cumpre ordens simples. Sem assimetrias. Sem desvio da comissura labial. Tremor agrava com a nossa aproximação. Glicemia capilar: 128 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,4°C;

Atitudes: Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise conversiva? Crise convulsiva?

2.3.2. Turno 2 – 29/01/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 16h26

Chegada ao local: 16h35

Local: União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos – Porto (*hall* de hotel)

Outros meios ativados: Cruz Vermelha do Porto

CODU: Masculino, 62 anos. Dor torácica.

Antecedentes pessoais: HTA; Dislipidemia; Tabagismo; Ablação de FA no dia 17/01/2024.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Ramipril; Rosavastatina; Apixabano e Amiodarona.

Descrição: Dor torácica desde hoje de manhã, retroesternal com períodos de sensação de irradiação para o pescoço. Sem outras queixas. À nossa chegada, encontrava-se sentado, enquanto os operacionais da Cruz Vermelha realizavam a avaliação. Doente ansioso. Levado em cadeira de rodas para a ambulância. Após avaliação na ambulância, encontrava-se mais calmo e referindo sentir-se melhor.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 17 cpm. SpO₂: 100% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundido. FC: 65 bpm. PA: 141/89 mmHg.

D: Glasgow: 15.

E: Temperatura timpânica: 35,6°C.

ECG de 12 derivações: ritmo sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia.

Atitudes: Transporte para o Hospital Pedro Hispano, sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Síndrome coronário agudo? Crise de ansiedade?

2ª ocorrência: Abortada.

2.3.3. Turno 3 – 30/01/2024 (8h-14h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 8h39

Chegada ao local: 8h50

Local: União de Freguesias de Mafamude e Vilar do Paraíso – Vila Nova de Gaia (domicílio)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Feminino, 59 anos. Intoxicação.

Antecedentes pessoais: DPOC; Doença Hepática Crónica; Hábitos tabágicos, alcoólicos e toxifílicos; Patologia psiquiátrica.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Antecedentes de tabagismo e enfisema pulmonar, etilismo crónico, Doença hepática crónica, infeção pelo Vírus da Hepatite C e toxicodependente. Previamente em programa de desintoxicação, em 2023, mas com consumos ativos atualmente. Referência a consumo de cocaína esta manhã. Ativação por prostração em contexto de intoxicação aguda. À nossa chegada, acordada e orientada. Sentada na cama. Refere fraqueza. Nega dor torácica, palpitações, tonturas e dispneia.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 18 cpm. SpO₂: 95% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 123 bpm. PA: 128/65 mmHg.

D: Glasgow: 15.

E: Temperatura timpânica: 36,2°C.

Atitudes: Sem indicação para transporte.

2ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 11h57

Chegada ao local: 12h08

Local: União de Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde – Porto (escritório)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Feminino, 34 anos. Alteração do estado de consciência.

Antecedentes pessoais: Bronquiectasias sequelares a infeção respiratória na infância; História de crises vaso-vagais; Síndrome vertiginoso sob Beta-Histina, em SOS (última crise há aproximadamente 5 anos).

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Beta-Histina (SOS).

Descrição: Queixas de vertigem desde há 2 dias. Estava sentada quando perdeu a consciência, tendo ficado arreativa a estímulos algícos. Quando lhe levantaram as pálpebras, tinha olhos na linha média e as pálpebras mantiveram-se abertas, tendo demorado cerca de 10 minutos a recuperar a consciência. À nossa chegada, negou dor torácica e não consegue descrever a síncope.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 16 cpm. SpO₂: 100% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 72 bpm. PA: 128/76 mmHg.

D: Glasgow: 15. Consciente, colaborante e orientada no tempo, espaço e pessoa. Sem alterações na linguagem. Sem défices neurológicos focais.

E: Temperatura timpânica: 36,5°C.

Atitudes: Recusou transporte para o hospital, assinando declaração de recusa.

Hipótese de diagnóstico: Crise conversiva? Síndrome vertiginoso?

3ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 13h25

Chegada ao local: 13h38

Local: Ramalde – Porto (churrasqueira)

Outros meios ativados: Cruz Vermelha do Porto

CODU: Masculino, 78 anos. Alteração do estado de consciência.

Antecedentes pessoais: HTA; Obesidade; Patologia osteoarticular da coluna; Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob CPAP noturno; Nódulos renais (vigilância no IPO há 9 anos; desconhece etiologia).

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Pedido de apoio diferenciado. Estava em ortostatismo quando teve síncope sem pródromos. Recuperação total da consciência após alguns minutos.

À avaliação da 1ª equipa, sudorético e pálido.

À nossa chegada, assintomático, com a cabeceira a 0 graus. Sem outros sintomas. Desde esta manhã com sensação de mal-estar inespecífico. Refere síndrome gripal nos últimos dias.

Refere dor torácica bilateral e também na região dorsal, crónica, com meses de evolução, em moedeira, 3/10, que só alivia à noite, “quando está mais tranquilo”. Refere episódios prévios de dor torácica, tendo sido avaliado no serviço de urgência, onde concluíram patologia osteoarticular da coluna, com orientação para MGF.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 18 cpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundido. FC: 42 bpm. PA: 128/62 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 140 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,2°C;

ECG de 12 derivações: ritmo sinusal, bradicárdico; sem alterações sugestivas de isquemia.

Atitudes: Transporte para a ULSSA, sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Síncope vaso-vagal.

2.3.4. Turno 4 – 30/01/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 15h00

Chegada ao local: 15h10

Local: União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Masculino, 32 anos. Dor torácica e dispneia.

Antecedentes pessoais: Insuficiência Cardíaca com fração de ejeção ligeiramente reduzida; Oligofrenia.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Rosuvastatina; Sacubitril-Valsartan; Bisoprolol; Escitalopram; Diazepam; Zotepina.

Descrição: Dor torácica retroesternal de início hoje, sem irradiação, associada a dispneia e provável síncope (cujos episódios serão já recorrentes). À nossa chegada, em decúbito dorsal na cama. Após avaliação, conseguiu deslocar-se pelo próprio pé até à ambulância.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 14 cpm. SpO₂: 95% em ar ambiente. Hipofonese à auscultação pulmonar.

C: Quente e bem perfundido. FC: 70 bpm. PA: 111/90 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 88 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,6°C.

ECG de 12 derivações: ritmo sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia.

Atitudes: Transporte para a ULSSA, sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Síndrome coronário agudo? Tromboembolismo pulmonar? Crise de ansiedade?

2ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 19h26

Chegada ao local: 19h35

Local: Bonfim – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Feminino, 91 anos. Palpitações.

Antecedentes pessoais: HTA; FA/Flutter auricular; Insuficiência Cardíaca; Diabetes Mellitus; Dislipidemia; Depressão.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Enalapril + Lercanidipina; Furosemida; Bisoprolol; Metformina + dapagliflozina; Atorvastatina; Sertralina; Oxazepam; Pantoprazol; Fármaco hipocoagulante não especificado.

Descrição: Antecedentes de FA/Flutter, hipocoagulada. Portadora de Pacemaker. Ativação por taquicardia e prostração. Quadro de náuseas e vômitos com 2 dias de evolução, sem febre. À nossa chegada, doente sentada num sofá.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 16 cpm. SpO₂: 95% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 160 bpm. PA: 165/95 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 300 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,2°C.

ECG de 12 derivações: ritmo de FA, com prolongamento do QRS e ondas T apiculadas.

Atitudes: Administração de 4 mg de Ondansetron IM e 15 mg de Labetalol EV no total.

Transporte com acompanhamento para a ULSSJ.

Hipótese de diagnóstico: Gastroenterite aguda + Fibrilhação auricular de resposta ventricular rápida.

2.3.5. Turno 5 – 31/01/2024 (8h-14h)

1ª ocorrência: Trauma

Ativação: 9h06

Chegada ao local: 9h13

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (interior de autocarro urbano)

Outros meios ativados: Cruz Vermelha do Porto; PSP

CODU: Feminino, 74 anos. Queda.

Antecedentes pessoais: Desconhecidos.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Ativação por alteração do estado de consciência com queda e TCE ligeiro, no interior do autocarro. Segundo populares, convulsão pós-queda inferior a 1 minuto. Acompanhava a neta menor à escola, que foi levada pela PSP. À nossa chegada, doente sentada.

Avaliação:

X: Sem hemorragias exsanguinantes.

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 12 cpm. SpO₂: 96% em ar ambiente.

C: Pele pálida e sudorética. FC: 70 bpm. PA: 119/80 mmHg.

D: Glasgow: 14 (O3V5M6). Pupilas sem alterações. Sem défices neurológicos. Comunicação difícil por só falar mandarim, mas aparentemente com perguntas repetitivas. Glicemia capilar: 120 mg/dL.

E: Sem lesões visíveis. Capaz de movimentar o pescoço já antes da nossa chegada. Temperatura timpânica: 36,6°C.

ECG de 12 derivações: ritmo sinusal; sem alterações do segmento ST ou bloqueio de ramo.

Atitudes: Transporte para a ULSSA com acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: TCE.

2ª ocorrência: PCR

Ativação: 10h53

Chegada ao local: 11h10

Local: Campanhã – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: Bombeiros Voluntários do Porto

CODU: Masculino, 83 anos. PCR.

Antecedentes pessoais: HTA; Doença vascular; Obesidade; Diabetes Mellitus não insulino-tratada; Dislipidemia.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Seria autónomo. Ativação por dor torácica, que passou a PCR. Queixa de dor torácica /dispneia prévia. PCR terá sido presenciada por familiares por volta das 10h45. À nossa chegada, estaria com 8-10 minutos de SBV, com DAE não disponível (início de SBV às 11h04).

Avaliação: Verificada AESP com início de SAV às 11h13. Intubado, com capnografia de 6-8 mmHg. Duas administrações de adrenalina EV 1 mg.

Ritmo manteve-se sempre não desfibrilhável (AESP).

Tendo em conta o contexto e o mau prognóstico, suspensão de manobras e verificação do óbito pelas 11h25. Chamada da autoridade ao local (entrega de documentos de verificação do óbito aos bombeiros, conforme indicação do CODU).

Atitudes: Verificação do óbito. Informada a família.

Hipótese de diagnóstico: PCR não revertida.

2.3.6. Turno 6 – 31/01/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 14h33

Chegada ao local: 14h50

Local: União de Freguesias de Gondomar (São Cosme), Valbom e Jovim – Gondomar (café)

Outros meios ativados: Bombeiros Voluntários de Valbom

CODU: Masculino, 48 anos. Convulsões.

Antecedentes pessoais: Epilepsia.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Levetiracetam; Quetiapina; Propranolol; Ferro + Ácido fólico.

Descrição: Doente com Epilepsia sequelar a TCE grave em 2022. Ativação por crise convulsiva tónico-clónica generalizada, com TCE, com duração de 2 minutos e período pós-ictal de aproximadamente 6 minutos.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 14 cpm. SpO₂: 96% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundido. FC: 90 bpm. PA: 143/88 mmHg.

D: Glasgow: 15. Sem défices motores ou sensitivos. Glicemia capilar: 122 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 36,5°C;

Atitudes: Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise convulsiva (em doente epilético)

2ª ocorrência: Patologia psiquiátrica / Suicídio

Ativação: 15h32

Chegada ao local: 15h40

Local: Bonfim – Porto (ponte Infante Dom Henrique)

Outros meios ativados: Bombeiros Voluntários do Porto, PSP e UMIPE.

CODU: Masculino, 49 anos. Risco iminente de suicídio.

Antecedentes pessoais: Desconhecidos.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Ativação por risco iminente de suicídio, a partir da ponte Infante Dom Henrique.

Avaliação: À nossa chegada, estava sentado na berma do passeio, acompanhado já pela PSP e Bombeiros. Não será a 1ª vez que está nesta situação. Pensa na morte de forma recorrente,

dirigindo muito a causa para problemas matrimoniais, nomeadamente com a esposa e sogra. Ideação suicida com plano. Refere “não foi hoje, será amanhã”.

Atitudes: Chegada da UMIPE entretanto, que inicia intervenção direcionada.

Hipótese de diagnóstico: Depressão com ideação suicida.

3ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 16h19

Chegada ao local: 16h27

Local: União de Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: Cruz Vermelha do Porto

CODU: Feminino, 56 anos. Dor torácica.

Antecedentes pessoais: Asma; Epilepsia; Dor crónica.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Paracetamol + Tiocolquicosido; Fenobarbital; Fenitoína.

Descrição: Queixas de dispneia com agravamento progressivo. Refere ansiedade devido a agravamento das queixas ciáticas. Associadamente, refere opressão retrosternal e parestesias em ambas as mãos. À nossa chegada, doente sentada no sofá.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Taquipneica. FR: 22 cpm. SpO₂: 100% em ar ambiente. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular simétrico sem ruídos adventícios.

C: Quente e bem perfundida. FC: 101 bpm. PA: 145/79 mmHg.

D: Glasgow: 15.

E: Temperatura timpânica: 36,5°C.

ECG de 12 derivações: taquicardia sinusal, sem alterações sugestivas de isquemia.

Atitudes: Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise de ansiedade.

4ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 16h59

Chegada ao local: 17h08

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (interior de autocarro urbano)

Outros meios ativados: Bombeiros Portuenses

CODU: Masculino, 19 anos. Convulsões.

Antecedentes pessoais: Epilepsia refratária.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Doente com múltiplos episódios de urgência com diagnóstico de crises e pseudocrises convulsivas. Ativação por crise convulsiva no autocarro, com perda da continência de esfíncteres, com duração de 5 minutos e período pós-ictal de 5 minutos. À nossa chegada, em PLS no chão do autocarro, acordado.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 16 cpm. SpO₂: 97% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundido. FC: 82 bpm. PA: 134/86 mmHg.

D: Glasgow: 14 (O4V4M6). Respostas confusas, aparentemente desorientado no tempo, espaço e pessoa. Glicemia capilar: 96 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 37,6°C.

Atitudes: Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise ou pseudocrise convulsiva.

5ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 17h38

Chegada ao local: 17h47

Local: União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória – Porto (Farmácia)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Feminino, 74 anos. Palpitações.

Antecedentes pessoais: HTA e Diabetes Mellitus.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Dirige-se à farmácia por indisposição e palpitações. Objetivada FC de 160 bpm. Entretanto, foi à casa de banho na farmácia, tendo iniciado quadro de vômitos e diarreia após o contacto com o CODU. À nossa chegada, a doente encontrava-se na casa de banho.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Taquipneica. FR: 22 cpm. SpO₂: 96% em ar ambiente;

C: Pálida e sudorética. FC: 160 bpm. PA: 137/77 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 151 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 35,7°C.

ECG de 12 derivações: Taquicardia sinusal.

Atitudes: Administração de Ondansetron 4 mg IM e 500 mL de NaCl 0,9% EV.

Transporte para a ULSSA com acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Gastroenterite aguda.

2.3.7. Turno 7 – 6/02/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 16h11

Chegada ao local: 16h23

Local: Rio Tinto – Gondomar (domicílio)

Outros meios ativados: Bombeiros de Pedrouços

CODU: Masculino, 68 anos. Dor torácica.

Antecedentes pessoais: HTA; Dislipidemia; DPOC.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Indapamida; Fenofibrato; Budesonida + Formoterol.

Descrição: Queixas de dor anginosa típica com cerca de 1 semana de evolução. Hoje, liga 112 por dor mais intensa, após ir levar o lixo (com descida e subida de escadas). À nossa chegada, doente em repouso, já sem dor.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 16 cpm. SpO₂: 94% em ar ambiente. Auscultação pulmonar: crepitações finas bibasais.

C: Quente e bem perfundido. FC: 78 bpm. PA: 160/78 mmHg.

D: Glasgow: 15. Sem défices neurológicos focais.

E: Temperatura timpânica: 36,9°C.

Dor ressurgiu após caminhar até à ambulância, momento em que realizou ECG de 12 derivações: ritmo sinusal, sem alterações do segmento ST.

Atitudes: Administração de 300 mg de Ácido acetilsalicílico PO. Manteve estabilidade hemodinâmica e dor cedeu novamente ao repouso, pelo que não realizou tratamento anti-anginoso.

Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Angina estável? Exacerbação de DPOC?

2ª ocorrência: PCR

Ativação: 17h19

Chegada ao local: 17h38

Local: Maia (domicílio)

Outros meios ativados: SIV Valongo, Bombeiros Voluntários da Maia e GNR

CODU: Masculino, 80 anos. PCR presenciada.

Antecedentes pessoais: Demência.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Totalmente dependente. Visto bem pelas 16h20. Pouco depois, foi encontrado em dificuldade respiratória e cianótico.

À chegada do 1º meio (Bombeiros), doente em PCR por tempo indeterminado, tendo sido iniciado SBV nesse momento. Às 17h10, SIV iniciou SAV. Manteve-se sempre em assistolia, desde a 1ª avaliação.

Avaliação: À nossa chegada, após 30 minutos de SAV, suspensão de manobras (17h40).

Atitudes: Verificação do óbito. Informada a família. Chamada da autoridade ao local.

Hipótese de diagnóstico: PCR não revertida.

3ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 18h28

Chegada ao local: 18h39

Local: Ramalde – Porto (domicílio)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Masculino, 9 anos. Convulsões.

Antecedentes pessoais: Autismo não verbal.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Desconhecida.

Descrição: Crise tónico-clónica generalizada. Inicia 3ª crise na presença dos TEPH, sem recuperação da consciência entre crises. À nossa chegada, já na 4ª crise, que cede a 10 mg de Diazepam retal.

Avaliação:

A: Queda da língua. Colocação de tubo de Guedel.

B: Mantém ventilação espontânea. FR: 16 cpm. SpO₂: 99% com Máscara de alta concentração. Durante transporte, com período de hipoventilação, que recupera após ventilação por máscara facial, tendo-se optado por prosseguir marcha por proximidade à ULSSJ.

C: Quente e bem perfundido. FC: 150 bpm. PA: 163/98 mmHg.

D: Glasgow: 10 (O4V2M4). Sem recuperação da consciência entre crises. Crise tónico-clónica esquerda, parecendo ter desvio ocular para a esquerda, com nistagmo horizontal.

E: Temperatura timpânica: 37°C.

Atitudes: Colocação de tubo de Guedel. Administração de 10 mg de Diazepam por via retal.

Transporte para a ULSSJ com acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise convulsiva complexa.

2.3.8. Turno 8 – 16/02/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 14h35

Chegada ao local: 14h50

Local: Ramalde – Porto (estrutura residencial para idosos)

Outros meios ativados: Bombeiros Portuenses

CODU: Feminino, 53 anos. Dor torácica.

Antecedentes pessoais: Sem antecedentes relevantes.

Alergias: Desconhecidas.

Medicação habitual: Não.

Descrição: Funcionária do lar. Há cerca de 24h com dor torácica em aperto, sem irradiação. À nossa chegada, sentada em cadeira. Visivelmente ansiosa, com contraturas em dedos de ambas as mãos.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Sem sinais de dificuldade respiratória. FR: 14 cpm. SpO₂: 100% em ar ambiente.

C: Quente e bem perfundida. FC: 101 bpm. PA: 155/73 mmHg.

D: Glasgow: 15. Glicemia capilar: 104 mg/dL.

E: Temperatura timpânica: 37,2°C.

ECG de 12 derivações: ritmo sinusal (taquicardia ligeira); sem alterações do segmento ST.

Atitudes: Administração de 5 mg de Diazepam PO, com melhoria.

Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Crise de ansiedade.

2ª ocorrência: Abortada.

2.3.9. Turno 9 – 27/02/2024 (14h-20h)

1ª ocorrência: Doença súbita

Ativação: 19h28

Chegada ao local: 19h40

Local: Ramalde – Porto (estrutura residencial para idosos)

Outros meios ativados: AEM

CODU: Masculino, 90 anos. Alteração do estado de consciência.

Antecedentes pessoais: AVC prévio (2023); Epilepsia.

Alergias: Tramadol.

Medicação habitual: Quetiapina.

Descrição: Dependente. Residente em lar. Internamento recente na ULSSA por pneumonia de aspiração, com alta ontem. Hoje, alteração do estado de consciência após a refeição, com suspeita de aspiração pelas enfermeiras no local. À nossa chegada, sentado em cadeira.

Avaliação:

A: Via aérea patente.

B: Taquipneico. FR: 22 cpm. SpO₂: 97% com 5L de O₂ por máscara facial. Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular diminuído em ambas as bases.

C: Quente e bem perfundido. FC: 120 bpm. PA: 111/89 mmHg.

D: Glasgow: 10 (O3V2M5). Sem abertura ocular espontânea. Sons incompreensíveis.

E: Temperatura timpânica: 36,6°C.

Realizada aspiração de secreções com sonda de aspiração, com desencadeamento do reflexo da tosse. Contudo, mantém quadro de prostração.

Atitudes: Aspiração de secreções.

Transporte para a ULSSA sem acompanhamento.

Hipótese de diagnóstico: Aspiração de conteúdo alimentar.

3. Discussão

Após a descrição das ocorrências observadas, verifica-se que houve um total de 30 ocorrências na totalidade dos 3 meios onde os 13 turnos foram realizados, com a seguinte distribuição:

- Doença súbita: 19
 - Dor torácica: 5
 - Convulsões: 4
 - Alteração do estado de consciência: 4
 - Palpitações: 2
 - Dispneia: 1
 - Dor lombar: 1
 - Intoxicação: 1
 - Défice motor e/ou sensitivo: 1
- Trauma: 4
 - Queda: 2
 - Atropelamento: 1
 - Agressão com arma de fogo: 1
- Outras: 4
 - PCR: 3
 - Patologia psiquiátrica/suicídio: 1
- Abortadas: 3

De forma global, a observação das ocorrências permitiu-me constatar que o trabalho em equipa é fundamental, quer entre os profissionais responsáveis por um mesmo meio, quer entre os profissionais dos diferentes meios ativados. Todos têm papéis diferentes, mas que se complementam. Além disso, também foi claro o benefício na existência de protocolos de atuação, que visam facilitar a tomada de decisão e uniformizar as atitudes levadas a cabo pelos profissionais, e que são baseados na evidência científica, com vista a garantir a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Por outro lado, fiquei a conhecer o programa iTeams, disponível em computadores portáteis que se encontram na maioria das bases e que são levados para o veículo aquando da ativação. É neste programa que fica registada toda a informação relativa a cada ocorrência, e onde é possível inserir o número de utente da vítima para aceder aos seus dados pessoais básicos, pelo que esta é uma ferramenta de grande utilidade e cuja existência eu desconhecia.

Houve 2 ocorrências em particular acerca das quais gostaria de fazer algumas observações. A primeira consistiu numa ativação da SIV por agressão com arma de fogo. Esta ocorrência veio chamar-me a atenção para o facto de ser crucial garantir que existem condições de segurança para os profissionais no socorro às vítimas, uma vez que me recordo do sentimento de insegurança que experienciei no momento em que a informação do CODU foi recebida na base, antes de sabermos quais os contornos da situação e que o agressor já teria abandonado o local. A segunda consistiu numa ativação da VMER por risco iminente de suicídio, que veio evidenciar a importância da vertente psicológica e emocional na formação de todos os profissionais do SIEM, cujas competências foram essenciais até à chegada da UMIPE.

Além disso, gostaria de deixar duas notas acerca das 3 ocorrências de PCR. A primeira foi a constatação do quão exigente é, a nível emocional, comunicar o óbito da vítima a quem está presente no local (nestes casos, à família), até porque nas situações de PCR em que são iniciadas manobras, os familiares podem não se aperceber da gravidade da situação até ao momento em que o médico pede para falar com eles. É, por isso, fundamental que quem vai comunicar o óbito tenha uma formação adequada e o mais completa possível neste aspeto, de modo a conseguir ter uma postura empática, uma vez que a forma como a mensagem é transmitida tem bastante impacto no modo como o interlocutor a recebe. A segunda é que foi notória a insuficiente capacidade da população (principalmente pessoas mais velhas e/ou menos instruídas) para reconhecer uma situação de verdadeira emergência médica, nomeadamente PCR, bem como a ausência de competências para a realização de SBV, atrasando o socorro à vítima e diminuindo a sua probabilidade de sobrevivência. Por esta razão, seria benéfica a organização de cursos de SBV em maior escala, designadamente nas escolas (através da sua inclusão em todos os cursos de ensino secundário, por exemplo), universidades e em empresas com grande número de

trabalhadores, de forma a que os cursos abrangessem o maior número de pessoas possível, e assim a probabilidade de sobrevivência de vítimas em PCR pudesse aumentar.

No 14º turno, realizado no CODU Norte, e cujas ocorrências não foram descritas, as 6 horas foram divididas por 4 postos: Triagem, Ativação de Meios, Passagem de Dados e Médico Regulador. Deste modo, foi-me possível compreender: o funcionamento do atendimento das chamadas recebidas e a sua triagem, passando pela tentativa de obtenção da localização precisa da ocorrência; como se executam as passagens de dados; como se procede à ativação dos diversos meios; qual é o papel do médico regulador no apoio aos profissionais que se encontram em campo, bem como a linguagem técnica utilizada nas comunicações efetuadas. A atualização do estado de cada viatura durante uma ativação é comunicada ao CODU através de um rádio da rede SIRESP, disponível em todas as bases e que deve acompanhar sempre os profissionais, sendo que cada tecla alfanumérica corresponde a um estado (exemplo: 2 – inoperacional; 3 – a caminho do local; 4 - chegada ao local; 5 – chegada à vítima; etc). É também possível consultar a hora a que estas atualizações foram efetuadas na ficha da ocorrência no iTeams.

A observação das ocorrências no posto de Triagem permitiu-me, ainda, constatar a dificuldade que muitos cidadãos têm na comunicação com os TEPH, dada a baixa literacia em saúde da população portuguesa, culminando num processo de triagem mais demorado e impreciso. A recorrência destas situações, associadas, por vezes, a respostas indesejáveis em matéria de civismo por parte de alguns indivíduos, contribui para um elevado desgaste psicológico dos TEPH.

Com a observação das ocorrências descritas nos 3 meios do INEM e com o turno no CODU, foi possível verificar que, por vezes, há algumas lacunas no funcionamento do SIEM, tal como a referida na comunicação dos cidadãos com os TEPH.

Desde logo, há um elevado volume de chamadas para o 112 e que são inclusive redirecionadas para o CODU que não constituem verdadeiras situações de urgência ou emergência médica, sendo essas chamadas redirecionadas para a Linha Saúde 24 pelos profissionais que se encontram na Triagem. Além disso, há ainda situações que, embora requeiram efetivamente o envio de um meio para o local, acabam por ser triadas com uma prioridade mais alta do que a real, culminando no envio de meios mais diferenciados do que o necessário. Esta problemática prende-se com a ocupação quer de linhas telefónicas de triagem, quer de meios que poderiam ser utilizados para situações de gravidade clínica superior.

Reveste-se, portanto, de particular importância o investimento numa educação mais eficaz da população, com vista a diminuir o número de situações de falsas urgências que culminam em chamadas para o 112. Para tal, poderia, por exemplo, ser difundida regularmente nos meios de

comunicação social (televisão, rádio e redes sociais), à semelhança daquilo que é, por vezes, levado a cabo pela Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, uma publicidade em que fossem fornecidos alguns exemplos de situações que deveriam motivar chamadas para a Linha Saúde 24 e outros para o 112. Adicionalmente, seria útil incluir nessa publicidade uma menção ao facto de que um elevado volume de falsas chamadas para o 112 poderá condicionar a capacidade do SIEM em dar uma resposta eficaz a casos realmente urgentes. Poder-se-ia também mencionar que, em caso de chamada para a Linha Saúde 24, esta pode ser reencaminhada para o CODU, se assim se justificar, sublinhando, em qualquer dos casos, a importância de uma boa comunicação, respondendo de forma adequada às questões que lhe são colocadas. Por fim, poder-se-ia informar que quando se faz uma chamada para o 112, quem atende inicialmente é a Polícia, que tem de transferir a chamada para o CODU se se tratar de uma emergência médica, facto que é desconhecido por muitos cidadãos e que facilmente gera confusão e um sentimento até de revolta, num momento de ansiedade. Esta publicidade poderia fornecer as informações descritas de um modo esquemático e ainda ilustrar duas situações distintas: um indivíduo A que liga para o 112 quando devia ter ligado para a Linha Saúde 24, e um indivíduo B que está numa situação de emergência médica e cujo socorro é atrasado pela chamada do indivíduo A para o 112. Creio que, através da difusão regular desta publicidade, quer em horário nobre, quer fora deste, seria possível sensibilizar a maior parte da população para esta temática, com vista a diminuir o volume de falsas urgências nas chamadas para o 112, bem como a aumentar a receptividade dos cidadãos às perguntas que lhes são colocadas.

Seria também relevante o aperfeiçoamento do modo como as prioridades são atribuídas durante a triagem, de forma a evitar a ativação de meios demasiado diferenciados para determinada ocorrência, ficando estes, assim, indisponíveis para uma eventual situação mais grave. Do mesmo modo, deveria ser alvo de particular atenção a gestão dos vários meios ativados para uma mesma ocorrência, por exemplo através da indicação para dispensa de uma SIV à chegada da VMER a um local onde já se encontram também os Bombeiros.

Outro aspeto que considero pertinente mencionar é o facto de que, ocasionalmente, a VMER é ativada para situações de PCR em que já não existe benefício em iniciar manobras de SAV, como sucedeu numa das ocorrências que presenciei, em que a vítima estava já cadáver. Nessa ocorrência, foi apenas verificado o óbito e a equipa da VMER teve de ficar a aguardar a chegada da autoridade para proceder à entrega da documentação. Assim sendo, é também de interesse a procura por uma solução alternativa que não implique que a verificação do óbito seja realizada pelo médico da VMER em situações de PCR nas quais já não haja indicação para intervenção médica, de modo a aumentar a disponibilidade daquele meio para uma situação de verdadeira emergência. Adicionalmente, em situações de PCR com indicação para início de manobras que acabem por não ser revertidas, é, por

vezes, também necessário que a equipa da VMER aguarde a chegada da autoridade para entregar a declaração de verificação do óbito, como aconteceu numa segunda ocorrência que presenciei. Contudo, numa terceira ocorrência, que correspondeu também a uma PCR com início de manobras não revertida, houve indicação por parte do CODU para que fossem os Bombeiros a aguardar a chegada da autoridade para entregar a declaração de verificação do óbito, tendo a equipa da VMER ficado disponível. Assim, considero que seria uma mais-valia que a entrega da documentação à autoridade pudesse ficar sempre a cargo do meio menos diferenciado presente no local, com vista a aumentar a disponibilidade dos meios mais diferenciados e, por conseguinte, necessários em situações de maior gravidade.

Por último, penso ser necessário sublinhar que a fragmentação da informação médica do utente nos sistemas informáticos constitui, muitas vezes, uma dificuldade acrescida na abordagem da vítima. Seria útil que, ao inserir o Número de Utente de Saúde no iTeams, se pudesse aceder a um histórico do doente, nomeadamente aos antecedentes médico-cirúrgicos, a uma lista das doenças crónicas diagnosticadas e à medicação habitual.

4. Conclusão

De forma global, considero que este estágio foi de encontro às minhas expectativas e aos objetivos determinados inicialmente, na medida em que me permitiu compreender o modo como a Emergência Pré-Hospitalar está organizada em Portugal Continental, como se procede ao atendimento e triagem das chamadas efetuadas para o 112, como se procede à ativação dos meios que o INEM tem disponíveis para as mais variadas situações, como é recebida a informação na base por parte dos profissionais responsáveis pelo meio aquando da sua ativação, como é estabelecida a comunicação destes profissionais com o CODU durante a ocorrência, como é realizada a abordagem à vítima e o seu transporte e como é transmitida a informação clínica à chegada à unidade hospitalar de destino.

Além disto, e tendo em conta que, infelizmente, ao longo do curso de Medicina, o contacto com a prática clínica na área da Emergência é escasso, a possibilidade de realizar este estágio torna-se uma mais-valia para os estudantes que tenham interesse em enveredar por esta área no futuro, enquanto proporciona a aquisição de conhecimentos médicos fundamentais na abordagem a doentes críticos.

Simultaneamente, ao longo do estágio, foi possível identificar algumas lacunas, já descritas. Considero que seria importante ser efetuado um esforço por parte das entidades responsáveis para a resolução das mesmas, de forma a melhorar o funcionamento do SIEM e o serviço prestado à população.

Posto isto, concluo que este estágio foi uma experiência de aprendizagem positiva e que veio fomentar o meu interesse pela área da Emergência Pré-Hospitalar, da qual ambiciono vir a ser parte integrante no futuro.

5. Bibliografia

1. Instituto Nacional de Emergência Médica. O Sistema Integrado de Emergência Médica; disponível em <https://www.inem.pt/category/emergencias/>. Consultado pela última vez a 2024/03/03.
2. Instituto Nacional de Emergência Médica. O INEM; disponível em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>. Consultado pela última vez a 2024/03/03.
3. Instituto Nacional de Emergência Médica. A Estrela da Vida – Símbolo do INEM; disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/A-Estrela-da-Vida-Simbolo-do-INEM.pdf>. Consultado pela última vez a 2024/03/06.
4. Instituto Nacional de Emergência Médica. CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes; disponível em <https://www.inem.pt/2017/05/25/centro-de-orientacao-de-doentes-urgentes/>. Consultado pela última vez a 2024/03/09.
5. Instituto Nacional de Emergência Médica. Meios de Emergência; disponível em <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>. Consultado pela última vez a 2024/03/28.

6. Anexos



Figura 1 – Estrela da Vida®



Figura 2 – Ambulância de Socorro



Figura 3 – Ambulância de Emergência Médica



Figura 4 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida



Figura 5 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



Figura 6 – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico



Figura 7 – Motociclo de Emergência Médica



Figura 8 – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência



Figura 9 – Helicóptero de Emergência Médica



Figura 10 – Viatura de Intervenção em Catástrofe



Figura 11 – Hospital de Campanha



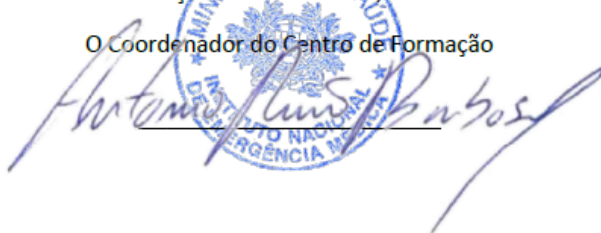
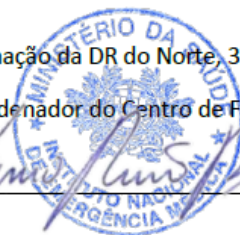
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Bárbara Campos Branquinho**, com o Cartão do Cidadão nº 14417503, realizou os estágios, em meios INEM, abaixo discriminados.

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	Ambulância de Emergência Médica	14.Fevereiro.2024	14:00 - 20:00
		15.Janeiro.2024	14:00 - 20:00
	Centro de Orientação de Doentes Urgentes	23.Janeiro.2024	14:00 - 20:00
	Ambulância de Suporte Imediato de Vida	24.Janeiro.2024	8:00 - 20:00
	Viatura Médica de Emergência e Reanimação	27.Fevereiro.2024	14:00 - 20:00
		16.Fevereiro.2024	14:00 - 20:00
		6.Fevereiro.2024	14:00 - 20:00
		31.Janeiro.2024	8:00 - 20:00
		30.Janeiro.2024	8:00 - 20:00
		29.Janeiro.2024	8:00 - 20:00
Total de Horas		84	

Centro de Formação da DR do Norte, 3 de Abril de 2024

O Coordenador do Centro de Formação



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Líria Lote

Data: 15/01/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: AEM Ponto 4

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita: 2

Trauma: 1

Outras:

Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

TEPA Líria Lote

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: Letícia Malta

Data: 23/01/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

CODU: 14 - 20 h Norte

Nº DE ACTIVACÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Orientador / Responsável de Turno

Letícia Malta

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

ORIENTADOR

Durante o estágio passou por todos os postos do CODU, apercebendo-se do que é o pedido de socorro e as suas dificuldades (para ir) e entender o que pretendem p. x só 1 "consulta" em casa pelo elemento de ambulância parâmetros vitais, decisão dos graus de gravidade e meios a enviar, importância do aconselhamento seguimento da situação actualização de meios e passagem de dados com decisão final do destino de vitimas.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

(S)

Data: 24/01/2024

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: SIV Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES: 1

Doença Súbita: ☐

Trauma: 1

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

[Assinatura]

[Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

INEM

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 24/01/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: SIV Gondomar

Nº DE ACTIVAÇÕES: 0

Doença Súbita: ☐

Trauma: ☐

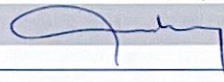
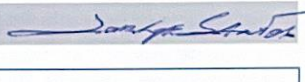
Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Empty box for the student's observations.

Empty box for the supervisor's observations, containing a large handwritten 'S'.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: Débora Cavallheiro Costa Domingues Marques

Data: 29/01/2024

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 2

Trauma: ☐

Outras: 1

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Débora Costa Marques

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 29/01/2024 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Trago Cardoso

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 30/01/2024

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 3

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

[Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 30/01/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: UMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 2

Trauma: ☐

Outras: ☐

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Crística Faria

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 31/01/2024

Turno: ☒ Manhã ☐ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: ☐

Trauma: 1

Outras: 1

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

João Tiago Silva, médico

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A aluna Bárbara demonstrou interesse na atividade de Emergência pré-hospitalar e participou também na abordagem das vítimas de forma adequada.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 31/01/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5

Doença Súbita: 4

Trauma: ☐

Outras: 1

Abortadas: ☐

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Joana Gomes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A estagiária Bárbara Branquinho demonstrou-se empenhada e conhecedora das algaribemas de oed da VMER.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 6 / 02 / 2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES: 3

Doença Súbita: 2

Trauma:

Outras: 1

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Josua Gomes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 14/02/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: AEM

Nº DE ACTIVAÇÕES: 2

Doença Súbita: 1

Trauma: 1

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Susana Cabral / 56263

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Bramquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 16/02/2024 Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Bárbara Bramquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Bárbara Campos Branquinho

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 27/02/2024

Turno: ☐ Manhã ☒ Tarde

Meio: VMER

Nº DE ACTIVAÇÕES:

1

Doença Súbita:

1

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Bárbara Branquinho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Christine Rau

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

