

**U.** PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO PRÉ-HOSPITALAR NO INSTITUTO NACIONAL DE  
EMERGÊNCIA MÉDICA**

Bruno Manuel Lopes Correia

**Orientador**

Dr. Humberto José Silva Machado

**Co-Orientador**

Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

Porto 2010 / 2011

## **AGRADECIMENTOS**

Às pessoas que tornaram esta Tese de Mestrado possível quero deixar os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu orientador **Dr. Humberto Machado**, não só pela sua disponibilidade e interesse, mas também pelo seu exemplo e por todos os seus ensinamentos que até a mim chegaram ao longo do curso.

Ao co-orientador **Dr. Luís Meira**, responsável pela Delegação Regional do Porto do Instituto Nacional de Emergência Médica, por ter permitido a realização deste estágio que tão importante se revelou para a minha formação.

A todos os **profissionais do INEM** que contactaram comigo, sem qualquer distinção, desde TAE a enfermeiros e médicos, que fizeram de cada activação um momento especial de aprendizagem a nível pessoal e profissional.

## RESUMO

A Emergência Médica, particularmente na sua vertente pré-hospitalar, representa uma área da Medicina que carece de formação, tanto prática quanto teórica, no decurso do Mestrado Integrado em Medicina. Este Estágio Pré-Hospitalar realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) permitiu corrigir de certo modo esta lacuna, proporcionando um contacto privilegiado com situações de emergência, num contexto prático e realista.

O Estágio decorreu entre 23/10/2010 e 18/02/2011, com uma duração total de 96 horas, distribuídas por diferentes meios INEM, nomeadamente pelas ambulâncias de Suporte Básico de Vida e Suporte Imediato de Vida, e ainda pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Ocorreram 34 activações dos meios de socorro, das quais 20 resultaram de chamadas por doença súbita e 10 por trauma. As restantes 4 foram abortadas. Foram registados 4 casos de Paragem Cardio-Respiratória associadas ao mesmo número de mortes, abrindo uma discussão quanto às possíveis medidas que trariam benefícios na sobrevida neste contexto, sugerindo-se que a formação em Suporte Básico de Vida com utilização de Desfibrilhador Automático Externo deve ser tão difundida quanto possível na sociedade.

O presente Relatório de Estágio inclui uma descrição das actividades realizadas, assim como a análise das activações e uma reflexão final sobre o Estágio efectuado. Os objectivos propostos foram alcançados e a esta experiência no INEM permitiu entender a realidade da assistência pré-hospitalar ao doente urgente/emergente, constituindo um complemento importante aos conhecimentos até aqui adquiridos.

## **ABSTRACT**

The Medical Emergency, especially in their pre-hospital side, represents an area of medicine that requires formation, both practical and theoretical, in the Integrated Master's degree in Medicine. This Pre-hospital Internship held at the National Institute for Medical Emergencies (INEM) has allowed to correct this gap in some way, providing a close contact with emergency situations, in a practical and realistic context. The Internship was held since 23/10/2010 to 18/02/2011, with a total duration of 96 hours, spread over the different INEM means, including Basic Life Support and Immediate Life Support ambulances, and also Medical Car of Emergency and Resuscitation. There were 34 activations of means of assistance, 20 of which resulted in calls for sudden illness and 10 for trauma. The remaining 4 were aborted. Were recorded 4 cases of cardiopulmonary arrest, associated with the same number of deaths, opening a discussion about the possible measures that would bring a survival advantage in this context, suggesting that training in Basic Life Support with the use of Automated External Defibrillator should be as widespread as possible in society. The present Internship's Report includes a description of all performed activities, as well as analysis of activations and a final reflection about the accomplished Internship. The main proposed objectives were achieved and this INEM's experience permitted to understand the reality of pre-hospital assistance to an urgent patient, constituting an important complement to all acquired knowledge.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP – Auscultação Cárdio-Pulmonar  
ASS – Ácido Acetilsalicílico  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Atividades da Vida Diária  
bpm – batimentos por minuto  
BV – Bombeiros Voluntários  
CHVNG – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia  
CIAV – Centro de Informação Antivenenos  
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
cpm – ciclos por minuto  
DAE – Desfibrilhador Automático Externo  
DM – Diabetes *Mellitus*  
ECG – Electrocardiograma  
FA – Fibrilhação Auricular  
FC – Frequência Cardíaca  
FV – Fibrilhação Ventricular  
GSA – Gasimetria de Sangue Arterial  
HGSA – Hospital geral de Santo António  
HSJ – Hospital de São João  
HTA – Hipertensão Arterial  
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica  
IRC – Insuficiência Renal Crónica  
PCR – Paragem Cardio-Respiratória  
PSP – Polícia de Segurança Pública  
RS – Ritmo Sinusal  
SaO<sub>2</sub> – Saturação de Oxigénio  
SAV – Suporte Avançado de Vida  
SBV – Suporte Básico de Vida  
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica  
SIV – Suporte Imediato de Vida  
SF – Soro Fisiológico  
TA – Tensão Arterial  
TV – Taquicardia Ventricular  
TAE – Técnico de Ambulância de Emergência  
VMER – Viatura de Emergência Médica e Ressuscitação

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

Figura 1 – Estrela da Vida

Figura 2 – Símbolo Original do INEM

Figura 3 – Cadeia de Sobrevivência

Figura 4 – Moto INEM

Figura 5 – Ambulância SBV – Porto 2

Figura 6 – VMER

Figura 7 – Viatura de Intervenção em Catástrofe

Gráfico 1 – Motivo de Activação

Gráfico 2 – Motivo de Activação por Meio INEM

Gráfico 3 – Número de PCR / Mortes por Meio INEM

Gráfico 4 – Triagem de Manchester por Meio INEM

Gráfico 5 – Activações por Classe Etária

Tabela 1 – Dados do Programa DAE

## ÍNDICE

I.Introdução.....	7
Motivações para a escolha do tema.....	7
Objectivos do Estágio .....	8
INEM.....	8
SIEM.....	10
Serviços INEM .....	11
Vias Verdes .....	12
Meios INEM .....	12
II.Dicussão.....	16
Actividades Realizadas durante o Estágio .....	16
Análise das Activações .....	37
Reflexão sobre o Estágio .....	42
III.Conclusão.....	44
IV.Referências Bibliograficas .....	45
V.Anexos .....	46

## **I. INTRODUÇÃO**

Segundo o Regulamento da própria Unidade Curricular e o Regulamento Geral de Ciclos de Mestrado Integrado da Universidade do Porto, a Unidade Curricular “Dissertação / Projecto / Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, em parceria com o Centro Hospitalar do Porto, insere-se no 6º ano do plano de estudos e propõe o desenvolvimento de um trabalho original especialmente realizado para este fim (Diário da República, Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março; Artigo 26º). Neste contexto e perante a possibilidade de realizar um estágio extra-curricular numa área médica de interesse, a escolha do Estágio em Emergência Pré-Hospitalar revelou-se uma oportunidade de contacto privilegiado com situações de emergência médica e obtenção de formação complementar ao curso.

### **Motivações para a escolha do tema**

Atingir o ano profissionalizante na minha formação sem ter contacto com situações de emergência médica ou, mais grave ainda, sem ter formação em Suporte Básico de Vida (SBV) ou mesmo Suporte Avançado de Vida (SAV), revela-se por si só uma motivação válida para procurar de alguma forma contrariar esta lacuna no ensino, facilmente perceptível, que existe neste âmbito.

Na verdade, o ensino está centrado no domínio hospitalar e a compreensão de como funciona todo o sistema de emergência pré-hospitalar representa um complemento importante aos conhecimentos até aqui adquiridos.

Por outro lado, a emergência médica representa uma área de interesse pessoal no amplo e diversificado “mundo” da medicina de hoje. Se considero a medicina a arte mais bela e nobre de se ser útil a outra pessoa, o trabalho em emergência assume o expoente máximo de todas essas considerações. O facto de, numa situação emergente, salvar a vida de alguém, fazer a diferença e marcar a vida dessa pessoa, representa a forma mais honrosa de sentir a utilidade e o valor da nossa própria existência.

Por último, este estágio permite, num contexto prático e realista, obter e aprofundar conhecimentos no âmbito da emergência médica, indispensáveis para o meu futuro profissional e competência enquanto clínico.

## **Objectivos do Estágio**

O Estágio em Emergência Pré-Hospitalar realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem como principais objectivos:

- Compreender a estrutura e organização do INEM, assim como os serviços e meios disponíveis no domínio da emergência médica;
- Observar a articulação dos diferentes meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no socorro pré-hospitalar, sob orientação do INEM;
- Obter uma visão global da actuação na abordagem e estabilização do doente emergente;
- Reconhecer a importância do trabalho organizado em equipa, e ainda fomentar a troca de experiências e conhecimentos com os profissionais do INEM;
- Conhecer alguns protocolos de actuação, procedimentos e algoritmos;
- Aquisição de conhecimentos e competências, tanto no plano teórico como prático;
- Observação do transporte pré-hospitalar de emergência, assim como a recepção e triagem hospitalares do doente urgente/emergente;
- Compreensão do funcionamento das Vias Verdes;
- Descrição das actividades realizadas e elaboração de uma reflexão crítica sobre o estágio;

## **INEM**

O INEM foi fundado em 1981, com o objectivo de coordenar das actividades de emergência médica, desenvolvendo-se a actuação segundo um esquema de organização regional (Diário da República, Decreto-Lei nº 234/1981, de 3 de Agosto).

O INEM representa um instituto público sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde, integrado na administração indirecta do Estado, com autonomia administrativa e financeira, assim como património próprio (Diário da República, Decreto-Lei nº 220/2007, de 29 de Maio; Artigo 1º).

Actualmente, O INEM tem como missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir às vítimas de doença súbita e de acidentes a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde” (Diário da República, Decreto-Lei nº 220/2007, de 29 de Maio; Artigo 3º). São ainda tarefas prioritárias do INEM a

prestação de socorro às vítimas no local da ocorrência, o transporte assistido para um hospital adequado, assim como a articulação entre os vários intervenientes do SIEM. Como serviços desconcentrados, o INEM possui 4 Delegações Regionais (Porto, Coimbra, Lisboa e Faro).

### Estrela da Vida – Símbolo do INEM

A Estrela da Vida é o símbolo internacional dos Serviços de Emergência Médica, reconhecido por toda a classe médica no mundo, sendo utilizado nos equipamentos e veículos de emergência, bem como pelos respectivos departamentos hospitalares, e por todos aqueles que se dedicam a esta actividade.

A utilização deste símbolo foi internacionalmente aceite em 1976 no Congresso Medical Services em Baltimore, com o objectivo de tornar fácil a identificação dos meios e dos profissionais de emergência. No ano seguinte, em Portugal, o Serviço Nacional de Ambulâncias adoptou a Estrela da Vida (A Estrela da Vida; O Símbolo do INEM). Quanto ao significado, as 6 faixas representam as fases do ciclo completo de acções em termos de Emergência Médica.



**Figura 1** - Estrela da Vida (Fonte: INEM online/Download)

O bastão com a serpente enrolada, no centro da estrela, simboliza a saúde. A colocação das iniciais do Instituto Nacional de Emergência Médica por baixo da Estrela da Vida completa o símbolo original utilizado actualmente pelo INEM e reconhecido por todos.



**Figura 2** – Símbolo original do INEM (Fonte: INEM online)

## **SIEM**

O SIEM tem um carácter pluridisciplinar e compreende toda a actividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (Diário da República, Decreto-Lei nº 220/2007, de 29 de Maio; Artigo 3º). Nele se englobam um conjunto diverso de entidades como a Polícia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, o INEM, os Bombeiros Voluntários, a Cruz Vermelha Portuguesa, bem como os Hospitais e Centros de Saúde ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); O SIEM).

Este Sistema é accionado através do Número Europeu de Emergência – 112, que está sempre disponível e é gratuito. A chamada 112 marca o início da Cadeia de Sobrevivência.

### Cadeia de Sobrevivência

Esta cadeia de acções relaciona-se directamente com a sobrevivência em doentes com Paragem Cardio-Respiratória (PCR), e compreende um conjunto de 4 procedimentos (1- Acesso ao SIEM pelo 112, 2- SBV, 3- Desfibrilhação e 4- SAV) que se sucedem de forma encadeada, em que cada elo se articula com o procedimento anterior e com o seguinte, devendo ser realizados tão precocemente quanto possível (Nolan *et al*, 2010). Todos eles são igualmente importantes e a sua correcta articulação é o factor chave para o sucesso da actuação.



**Figura 3** – Cadeia de Sobrevivência (Fonte: INEM online)

### Da Chamada 112 ao accionamento dos Meios

O atendimento das chamadas 112 é da responsabilidade das Centrais de Emergência da PSP, que apenas encaminha para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM as chamadas que digam respeito à saúde ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); Ligue 112). O CODU indica à vítima como deve proceder e acciona os meios de socorro adequados à situação.

### **Serviços INEM**

#### CODU

Os CODU são Centrais de Emergência Médica constituídas por profissionais qualificados, tanto médicos como técnicos, com formação específica para efectuar de forma correcta o atendimento, triagem e aconselhamento ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); Serviços).

O INEM tem 4 CODU (Porto, Coimbra, Lisboa e Faro) que, funcionando 24 horas por dia, asseguram a medicalização do número 112.

Outras funções fundamentais do CODU incluem a coordenação e gestão dos meios de socorro, bem como a sua selecção e envio para o local de forma criteriosa. Por outro lado, este serviço assegura o acompanhamento das equipas de socorro no terreno, através da troca constante de informações clínicas.

Com base em critérios clínicos, geográficos e de disponibilidade de recursos das unidades de saúde, o CODU efectua a selecção e prepara a recepção hospitalar do doente urgente.

## Outros Serviços

INEM possui outros serviços de apoio como o CODU-MAR para aconselhamento médico em situações de emergência a bordo de embarcações, o Centro de Informação Antivenenos (CIAV), o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), o Centro de Intervenção e Planeamento para Situações de Excepção (CIPSE) e o Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); Serviços).

## **Vias Verdes**

As Vias Verdes representam corredores integrados de urgência/emergência que permitem a articulação, de forma planeada e controlada, dos vários níveis e profissionais do sistema de saúde, em situações agudas de doença coronária, AVC e trauma (Diário da República, Decreto-Lei nº 220/2007, de 29 de Maio; Artigo 3º).

O objectivo principal das Vias Verdes é melhorar as acessibilidades, numa fase aguda, de forma a permitir um diagnóstico/tratamento eficazes, dentro de uma janela terapêutica adequada, reduzindo deste modo a mortalidade (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007). Segundo as estatísticas do INEM, em 2010, a Via Verde AVC foi activada em 2873 casos, a nível nacional, reflectindo uma tendência crescente ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); Vias Verdes).

## **Meios INEM**

Para assegurar uma resposta rápida e eficiente no socorro às vítimas, o INEM tem ao seu dispor os seguintes meios ([www.inem.pt](http://www.inem.pt); Meios):

### Motociclo

É um meio muito ágil, adequado ao trânsito citadino, que permite chegar rapidamente ao local. É tripulada por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE) e possui oxigénio, Desfibrilhador Automático Externo (DAE) e outros equipamentos de SBV, possibilitando a estabilização inicial da vítima até à chegada de outro meio, se necessário.



**Figura 4** – Moto INEM (Fonte: INEM online - Meios)

### Ambulâncias

As ambulâncias SBV, tripuladas por 2 TAE, permitem a estabilização dos doentes que necessitam de assistência durante o transporte.

Já as ambulâncias SIV representam um meio mais diferenciado; para além do material de SBV, possuem um monitor-desfibrilhador (também transmite electrocardiograma e sinais vitais) e diversos fármacos, que tornam possíveis manobras de reanimação, sob orientação do CODU. A tripulação é composta por um enfermeiro e um TAE.

As ambulâncias são o meio INEM mais vezes activado, 92,2% em 2009 (INEM, Relatório de Actividades 2009).



**Figura 5** – Ambulância SBV – Porto 2

## VMER

Este veículo de intervenção pré-hospitalar possibilita o transporte rápido de uma equipa médica, formada por um médico e um enfermeiro, até ao local onde se encontra o doente. Possui equipamento de SAV e tem como objectivo a estabilização pré-hospitalar e o transporte monitorizado de emergência.



**Figura 6 – VMER**

## Helicóptero

Este meio está equipado com material de SAV, sendo tripulado por 2 pilotos, um médico e um enfermeiro. É utilizado no transporte inter-hospitalar de doentes graves ou entre o local de ocorrência e o hospital.

## Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

Esta unidade móvel auxilia as vítimas no local da ocorrência quando surgem situações traumáticas, emergências psicológicas, ocorrências de abuso físico/sexual ou que envolvam crianças, entre outras.

## Veículos de Excepção

A Viatura de Intervenção em Catástrofe está reservada para situações multi-vítimas. Possui material de SAV e permite a montagem de um Posto Médico Avançado para o tratamento de 8 vítimas graves em simultâneo.

O hospital de campanha é accionado em situações de catástrofe natural ou tecnológica, ataque terrorista ou acidente multi-vítimas, sendo dotado de equipamento que lhe garante autonomia logística.



**Figura 6** – Viatura de Intervenção em Catástrofe (Fonte: INEM online - Meios)

## II. DISCUSSÃO

O presente Estágio teve a duração total de 96 horas, distribuídas pelos diferentes meios da seguinte forma:

- 12 horas em ambulância SBV (Porto 2);
- 24 horas em ambulâncias SIV (repartidas de igual forma pela SIV de Gondomar e SIV de Santo Tirso);
- 60 horas na VMER (24 horas na VMER do CHVNG e 36 horas na VMER do HSJ).

### **Actividades Realizadas durante o Estágio**

De seguida será descrita a actuação das equipas INEM durante as activações, assim como as tarefas por mim desenvolvidas durante as mesmas.

### **SBV Porto 2 (HSJ), 23/10/2010, turno da manhã – Anexo I**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 8h17m

**Motivo:** PCR

**Chegada ao local:** 8h24m

Doente do sexo feminino, 83 anos, acamada e totalmente dependente para as AVD, com antecedentes de AVC hemorrágico, demência, HTA e DM tipo 2.

À chegada ao local a doente encontrava-se em decúbito dorsal na cama, inconsciente, a ser assistida pela equipa da VMER do HSJ. A cuidadora desconhece a hora de início da PCR.

**Avaliação:** Ausência de sinais vitais, palidez intensa e pele fria; ECG - Assistolia.

**Actuação:** Dado o contexto da PCR e os antecedentes patológicos, não foram iniciadas manobras de reanimação por decisão médica.

**Hipótese Diagnóstica:** Cadáver.

**Seguimento:** Preenchimento da Ficha de PCR Pré-Hospitalar. Autoridades chamadas ao local.

**Tarefas desenvolvidas:** Colocação dos eléctrodos para a leitura electrocardiográfica.

## **Ativação nº 2**

**Ativação:** 10h48m

**Motivo:** Dor torácica + Dispneia

**Chegada ao local:** 10h53m

Doente do sexo feminino de 78 anos, com antecedentes de AVC isquémico, FA não hipocoagulada e varizes do membros inferiores. História de crise convulsiva há 2 semanas.

Medicação habitual: Amiodarona, ASS, Omeprazol, Furosemida e Bioflavonóides.

À chegada ao local a doente encontrava-se em decúbito dorsal no leito, dispneica, desorientada no tempo e no espaço. Pouco colaborante, refere dor pleurítica no hemitórax direito e mialgias. Familiares afirmam que a doente se encontra prostrada e com anorexia há alguns dias.

**Avaliação:** Temperatura - 38,1°; TA - 155/70 mmHg; FC - 72 bpm, pulso com ritmo irregularmente irregular (FA); FR - 30 cpm; Glicemia - 122 mg/dL; pupilas reactivas e simétricas; pele sem alterações. Ao exame torácico observou-se tiragem subcostal e utilização dos músculos acessórios. Edemas dos membros inferiores.

**Actuação:** Oxigenoterapia 3L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Desconhecida.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ. Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** Colheita de sinais vitais e auxílio na instituição da oxigenoterapia.

## **Ativação nº 3**

**Ativação:** 13h42m

**Motivo:** Queda da própria altura na via pública

**Chegada ao local:** 13h48m

Doente do sexo masculino, com 67 anos. Antecedentes de HTA, DM tipo 2 e dislipidemia.

Medicação habitual: Sinvastatina, Carvedilol e Metaformina.

À chegada ao local o doente encontrava-se sentado no sofá de casa, vigil mas confuso e desorientado no tempo e no espaço. Queda da própria altura após perda súbita da consciência, testemunhada e amparada por vizinhos à porta de casa. As testemunhas negam a ocorrência de convulsões e afirmam que a perda da consciência terá persistido por 1 a 2 minutos.

**Avaliação:** Apirético; TA - 180/97 mmHg; FC - 100 bpm, pulso rítmico, amplo e simétrico; FR - 16 cpm; Glicemia - 228 mg/dL; pupilas reactivas e simétricas; pele sem

alterações; mucosas coradas e hidratadas. Exame neurológico sumário sem défices detectáveis. Sem queixas álgicas nem lesões traumáticas aparentes.

**Actuação:** Não foi instituída qualquer medida.

**Hipótese Diagnóstica:** Perda de Conhecimento.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ. Evolução positiva durante o transporte com recuperação gradual da memória recente e da orientação temporo-espacial. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Pesquisa dos sinais vitais e medição da Glicemia.

### **SBV Porto 2 (HSJ), 23/10/2010, turno da tarde – Anexo II**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 15h43m

**Motivo:** Queda da própria altura

**Chegada ao local:** 15h50m

Doente do sexo feminino, de 55 anos, com antecedentes de HTA, AVC com sequelas (hemiparésia direita) e dependente para as AVD.

À chegada da equipa SBV a doente encontrava-se sentada, consciente e colaborante, com dores localizadas no joelho direito, referindo uma queda da própria altura associada a traumatismo do joelho.

**Avaliação:** Apirética; TA - 165/115 mmHg; FC - 100 bpm, pulso rítmico e simétrico; FR - 15 cpm; pupilas reactivas e simétricas. Edema marcado do joelho direito. Sem outras alterações.

**Actuação:** Aplicação local de gelo.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo do Membro.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Medição dos sinais vitais e auxílio no transporte da doente para a ambulância SBV.

#### ***Activação nº 2***

**Activação:** 17h12m

**Motivo:** Dispneia

**Chegada ao local:** 17h16m

Doente do sexo feminino de 97 anos, acamada em lar de idosos, com antecedentes de demência, HTA e IRC. Sem história de patologia pulmonar crónica.

À chegada ao lar a doente encontrava-se em decúbito dorsal no leito com inclinação a 45°, consciente, visivelmente dispneica e com sinais de dificuldade respiratória, a realizar nebulização com Brometo de Ipatrópio instituída pela enfermeira responsável, sob orientação do médico assistente.

**Avaliação:** Temperatura - 36,3°; TA - 145/60 mmHg; FC - 70 bpm, pulso rítmico; FR - 36 cpm; pupilas sem alterações. Pieira associada a tiragem supra-clavicular, utilização dos músculos acessórios com retração dos espaços intercostais à inspiração.

**Actuação:** Oxigenoterapia a 10L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Desconhecida.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ. Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** Instituição de oxigenoterapia.

### **Activação nº 3**

**Activação:** 18h24m

**Motivo:** Queda

**Chegada ao local:** 18h30m

Doente do sexo feminino, 51 anos, sem antecedentes patológicos referidos.

Medicação habitual: Oxacarbazepina, Tiaprida e Diazepam.

À chegada ao local a doente encontrava-se sentada em repouso, consciente e colaborante. Refere queda após subida para um banco de cozinha; lombalgias moderadas e dor na hemiface esquerda.

**Avaliação:** Apirética; TA - 110/70 mmHg; FC - 83 bpm, pulso rítmico e simétrico; FR - 16 cpm; pupilas reactivas e simétricas. Exame neurológico sumário sem alterações aparentes. Traumatismo evidente da face com edema marcado da arcada orbitária esquerda.

**Actuação:** Aplicação local de gelo.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo Lombar e da Face.

**Seguimento:** Apesar de aconselhada a ser submetida a observação médica, a doente recusou a ida ao hospital, assinando a Declaração de Recusa.

**Tarefas desenvolvidas:** Colheita de sinais vitais.

### **SIV de Santo Tirso, 06/11/2010 – Anexo III**

#### ***Ativação nº 1***

**Ativação:** 13h39m

**Motivo:** Queda da própria altura com provável fractura do membro superior direito

**Chegada ao local:** 13h47m

Criança do sexo masculino, com 5 anos e cerca de 25 kg, sem antecedentes patológicos relevantes.

À chegada ao local a criança encontrava-se deitada no local da queda, consciente e muito chorosa, mas colaborante. Queda da própria altura sobre o membro com posterior deformação do mesmo. Queixas álgicas intensas (10 em 10). Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 12h).

**Avaliação:** TA - 150/78 mmHg; FC - 87 bpm, pulso rítmico e amplo; FR - 20 cpm; SaO<sub>2</sub> - 98%; Fractura evidente do braço direito. Sem perdas hemáticas ou outras lesões traumáticas aparentes.

**Actuação:** Imobilização do membro com talas e utilização do plano duro; acesso venoso com administração de Paracetamol 500mg e SF 0.9% 100ml.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo do Membro.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para a urgência pediátrica do HSJ. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Auxílio na imobilização do membro com talas.

### **VMER do CHVNG, 13/11/2010, turno da manhã – Anexo IV**

#### ***Ativação nº 1***

**Ativação:** 11h41m

**Motivo:** PCR

**Chegada ao local:** 11h47m

Doente do sexo masculino de 81 anos, com antecedentes de asma.

À chegada ao local o doente encontrava-se em decúbito lateral esquerdo, no sofá, inconsciente, em PCR. Foram iniciadas imediatamente manobras de SBV, enquanto se preparava o acesso venoso e se recolhiam informações clínicas. Segundo familiares, o doente encontrava-se em paragem há cerca de 45 minutos.

**Avaliação:** Ausência de pulso e movimentos respiratórios, Glasgow - 3, palidez. ECG - Assistolia.

**Actuação:** Dado o contexto da PCR não foram iniciadas as manobras de SAV.

**Hipótese Diagnóstica:** Cadáver.

**Seguimento:** Preenchimento da Ficha de Verificação de Óbito e contacto com o médico assistente.

**Tarefas desenvolvidas:** Participação nas manobras de SBV.

### **VMER do CHVNG, 13/11/2010, turno da tarde – Anexo V**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 17h37m

**Motivo:** Vítima inconsciente na via pública

**Chegada ao local:** 17h44m

Doente do sexo masculino, 50 anos, com história de etilismo crónico.

À chegada ao local, doente já conhecido da equipa VMER por intoxicações alcoólicas anteriores, em decúbito lateral esquerdo na via pública, consciente mas pouco reactivo. Discurso incoerente e hálito etílico, sem queixas algicas.

**Avaliação:** Apirético; TA - 110/81 mmHg; FC - 80 bpm, pulso rítmico; FR - 16 cpm; Glicemia - 141 mg/dL; Glasgow - 15; pupilas e pele sem alterações. ACP - normal; ECG - RS. Sem lesões traumáticas aparentes.

**Actuação:** Não foi instituída qualquer medicação.

**Hipótese Diagnóstica:** Intoxicação Alcoólica.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o CHVNG sem acompanhamento médico. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Colocação dos eléctrodos e leitura do ECG.

### **SIV de Gondomar, 11/12/2010 – Anexo VI**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 10h15m

**Motivo:** Queda

**Chegada ao local:** 10h23m

Vítima do sexo feminino de 76 anos, com antecedentes de HTA e patologia osteoarticular.

Medicação habitual: Valsartan + Hidroclorotiazida, Cianocobalamina e Cetoprofeno.

À chegada da equipa SIV a doente encontrava-se em decúbito dorsal na cama, após ter sido mobilizada do local da queda. Consciente e colaborante, refere dor lombar localizada de intensidade 10 em 10. Queda da própria sem perda da consciência, com traumatismo da área dolorosa. Nega náuseas e vômitos. Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 9h).

**Avaliação:** TA - 161/98 mmHg; FC - 79 bpm, pulso rítmico; FR - 16 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; pupilas isocóricas e reactivas; Glasgow - 15. Exame neurológico sumário normal. Sem défices motores nem parestesias dos membros inferiores. Sem outras lesões aparentes.

**Actuação:** Imobilização com utilização de maca de vácuo *coquille*. Oxigenoterapia 8L/min; acesso venoso, com administração de Morfina 2,5+1,5+1,5 mg, após validação pelo CODU e fluidoterapia com SF 0.9% 100 ml.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo Vertebro-Medular.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ, com evolução positiva da lombalgia (3/10). Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** Auxílio na imobilização com maca de vácuo e no transporte da doente.

## **Activação nº 2**

**Activação:** 17h01m

**Motivo:** Dor pré-cordial

**Chegada ao local:** 17h06m

Doente do sexo feminino de 66 anos, com antecedentes de HTA e angina de peito (com história de angioplastia coronária e colocação de 2 *stents*).

Medicação habitual: ASS, Clopidogrel, Mononitrato de Isossorbida, Trimetazidina, Bisoprolol, Amlodipina, Omeprazol e Sinvastatina.

À chegada a doente encontrava-se sentada, flectida anteriormente, dispnéica e muito ansiosa, referindo uma dor pré-cordial do tipo em aperto com irradiação para o membro superior esquerdo há cerca de 3 dias, com agravamento na última hora. Tomou nitroglicerina sublingual sem alívio da dor. Chegada da equipa VMER do HSJ após breves minutos.

**Avaliação:** TA - 173/83 mmHg; FC - 80 bpm, pulso rítmico e simétrico; FR - 28 cpm; SaO<sub>2</sub> - 100%; pupilas reactivas e simétricas. Glasgow - 15; Respiração rápida e superficial, ACP - Crepitações nas duas bases pulmonares; ECG - RS, sem alterações do segmento ST ou da onda T.

**Actuação:** Acesso venoso para administração de Morfina 4mg, Dinitrato de Isossorbida 2,5 mg, Furosemida 10 mg, Metoclopramida 10 mg e SF 0.9% 100 ml; Diazepam oral 5 mg.

**Hipótese Diagnóstica:** Angor Instável.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ com acompanhamento médico e monitorização electrocardiográfica, sem necessidade de intervenção. Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** ACP e leitura do ECG.

#### **VMER do CHVNG, 28/01/2011, turno da manhã – Anexo VII**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 12h55m

**Motivo:** Queda

**Chegada ao local:** 13h07m

Vítima do sexo masculino, de 80 anos, com história de HTA.

Medicação habitual: ASS e Furosemida.

À chegada ao domicílio é perceptível um intenso cheiro a gás, assim como sinais de perdas hemáticas pouco significativas pelo chão da cozinha. O doente encontrava-se em decúbito dorsal no leito, após ter sido deslocado do local da queda por familiares; consciente mas confuso, não recorda o episódio. Provável queda não testemunhada com perda da consciência; refere dor lombar de intensidade moderada, sem outras queixas.

**Avaliação:** TA - 198/83 mmHg; FC - 74 bpm, pulso rítmico; FR - 14 cpm; SaO<sub>2</sub> - 98%; Glicemia - 128 mg/dL; pupilas isocóricas e reactivas; Glasgow - 15. Ferida cortocontusa com cerca de 5 cm na região parietal direita, associada a ligeiras perdas hemáticas. ACP - normal; ECG - FA. Exame torácico e abdominal sem alterações. Avaliação neurológica sumária – normal; sem défices motores nem parestesias dos membros. Sem mordedura de língua ou perda do controlo dos esfíncteres.

**Actuação:** Não foi realizado qualquer procedimento nem instituída medicação.

**Hipótese Diagnóstica:** Perda de Conhecimento.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o CHVNG, sem acompanhamento médico. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Colocação dos eléctrodos e leitura do ECG.

### **VMER do CHVNG, 28/01/2011, turno da tarde – Anexo VIII**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 14h39m

**Motivo:** Dispneia + Dor pré-cordial + Cefaleias

**Chegada ao local:** 14h47m

Doente do sexo feminino de 90 anos, com história de FA não hipocoagulada.

Medicação habitual: Clopidogrel, Digoxina, Meloxicam.

À chegada a doente encontrava-se sentada na cama, muito agitada, pouco colaborante e agressiva. Refere um quadro com início súbito de dor pré-cordial localizada e cefaleias intensas.

**Avaliação:** TA - 226/133 mmHg; FC - 82 bpm, pulso rítmico e simétrico; FR - 18 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; Glicemia - 98 mg/dL; pupilas reactivas e simétricas. Glasgow - 15; ACP sem alterações; ECG - RS, sem sinais de isquemia. Exame abdominal normal. Sem défices neurológicos focais.

**Actuação:** Acesso venoso para administração de ASS 250 mg e SF 0.9% 100 ml; Captopril 25mg e Diazepam 5 mg por via oral; Nitromint 0.5 mg SL.

**Hipótese Diagnóstica:** Crise hipertensiva.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o CHVNG com acompanhamento médico, sem necessidade de intervenção. Evolução positiva (TA à chegada ao hospital - 158/88 mmHg). Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Leitura do ECG.

#### ***Activação nº 2***

**Activação:** 18h45m

**Motivo:** Alteração do estado da consciência

**Chegada ao local:** 18h53m

Doente do sexo masculino de 83 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, IRC e dislipidemia.

Medicação habitual: Enalapril + Hidroclorotiazida, Sinvastatina, Ticlopidina e Metformina. Claritromicina (por infecção recente das vias áreas superiores).

À chegada ao local o doente encontrava-se em decúbito dorsal no leito, com depressão do estado da consciência e hipersudorese intensa. BV no local tentaram a ingestão de papa açucarada sem sucesso.

**Avaliação:** TA - 110/71 mmHg; FC - 60 bpm, pulso rítmico; FR - 10 cpm, SaO<sub>2</sub> - 100%; Glicemia - 38 mg/dL; pupilas isocóricas e reactivas; Glasgow - 13. ACP - roncos bilaterais dispersos. ECG - RS.

**Actuação:** Acesso venoso com administração de Glucose 30% (2 ampolas) e SF 0.9% 100 ml; Oxigenoterapia a 6L/min.

Reversão completa do quadro após a terapêutica. Glasgow - 15 e Glicemia - 166 mg/dL.

**Hipótese Diagnóstica:** Hipoglicemia.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o CHVNG com acompanhamento médico. Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Medição da Glicemia e ACP.

### VMER do HSJ, 11/02/2011, turno da manhã – Anexo IX

#### **Activação nº 1**

**Activação:** 09h47m

**Motivo:** Alteração do estado da consciência

**Chegada ao local:** 10h00m

Doente do sexo feminino, 75 anos, com história de HTA e DM tipo 2.

Medicação habitual: Bisoprolol, Furosemida, Pentoxifiina, Sitagliptina e Pregabalina.

À chegada ao local a doente encontrava-se já na ambulância dos BV, inconsciente. Este quadro teve início às 5h, segundo a filha. A mesma refere alterações do comportamento acerca de 1 semana e uma queda da própria altura há 2 dias.

**Avaliação:** Temperatura - 31°; TA - 100/47 mmHg; FC - 40 bpm; FR - 14 cpm; SaO<sub>2</sub> - 90%; Glicemia - 10 mg/dL; pele pálida e suada, pupilas mióticas; Glasgow - 4. ACP - normal; ECG - Bradicardia sinusal. Hematoma periorbitário volumoso à direita, sem outros sinais aparentes de traumatismo.

**Actuação:** Acesso venoso com administração de Glucose 30% (3 ampolas) e Soro Glucosado a 10% 500 ml. Oxigenoterapia a 15L/min. Aplicação de manta térmica e cobertores.

Reavaliação após tratamento com melhoria significativa do quadro. Glasgow - 10 e Glicemia - 429 mg/dL.

Nota: Após a observação do valor da Glicemia, optou-se primeiro pela administração de Glucose 30% antes de proteger a via área com a entubação endotraqueal. Devido à melhoria significativa com a subida do Glasgow para 10 decidiu-se não proceder à entubação.

**Hipótese Diagnóstica:** Hipoglicemia.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o HSJ, sem intervenção. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** ACP, leitura do ECG e aplicação da manta térmica.

### **Activação nº 2**

**Activação:** 11h38m

**Motivo:** PCR

Abortada às 11h42m.

### **Activação nº 3**

**Activação:** 11h42m

**Motivo:** PCR

**Chegada ao local:** 12h00m

Doente do sexo masculino de 17 anos, em estadio terminal de mucopolissacaridose tipo III, associada a hipertensão portal. Com indicação para não reanimar.

À chegada ao centro social o doente encontrava-se deitado no leito a ventilar espontaneamente, com estado neurológico sobreponível ao normal.

**Avaliação:** TA - 90/33 mmHg; FC - 130 bpm, pulso rítmico; FR - 14 cpm, SaO<sub>2</sub> - 99%; pele pálida; pupilas isocóricas e reactivas; Glasgow - 3. ACP - roncos bilaterais dispersos. ECG - Taquicardia sinusal.

**Actuação:** Acesso venoso com perfusão de Paracetamol 1g. Aspiração da via aérea (secreções mucopurulentas). Oxigenoterapia a 6L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Paragem respiratória (por acumulação de secreções).

**Seguimento:** Foi contactada a médica assistente para troca de informações clínicas. Decidiu-se por não transportar o doente ao hospital, sendo posteriormente avaliado e medicado no contexto de uma infecção das vias aéreas superiores.

**Tarefas desenvolvidas:** ACP, leitura do ECG e aspiração de secreções.

### **VMER do HSJ, 11/02/2011, turno da tarde – Anexo X**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 13h57m

**Motivo:** Alteração do estado da consciência

**Chegada ao local:** 14h15m

Doente do sexo masculino, com 90 anos, acamado e totalmente dependente para as AVD, com antecedentes oncológicos e sequela de estenose esofágica (alimentado com líquidos).

À chegada ao local o doente já se encontrava no interior da ambulância dos BV, em decúbito dorsal a 45°, inconsciente e com sinais de dificuldade respiratória. A cuidadora refere alteração do estado de consciência acerca de 2h, com provável aspiração durante a alimentação.

**Avaliação:** Temperatura - 38,2°; TA - 111/67 mmHg; FC - 95 bpm; FR - 16 cpm, SaO<sub>2</sub> - 90%; Glicemia - 215 mg/dL; pele suada e pálida; pupilas isocóricas e reactivas; Glasgow - 6. Tiragem subcostal e supra-clavicular, utilização dos músculos acessórios. ACP com crepitações bilaterais nas bases pulmonares. ECG - RS. GSA - Insuficiência respiratória do tipo 2 com acidose respiratória.

**Actuação:** Acesso venoso com administração de Hidrocortisona 100 mg e SF 0.9% 500 ml; Aspiração da via aérea e Oxigenoterapia a 15L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Insuficiência respiratória.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar para o HSJ com acompanhamento médico, sem necessidade de intervir. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** Instituição da Oxigenoterapia, ACP e GSA.

#### ***Activação nº 2***

**Activação:** 15h37m

**Motivo:** Atropelamento

**Chegada ao local:** 15h43m

Vítima do sexo masculino de 55 anos, com hábitos tabágicos e alcoólicos marcados e antecedentes de DM tipo 2.

À chegada ao local o doente encontrava-se em decúbito dorsal na frente de um autocarro, consciente mas com discurso incoerente, visivelmente alcoolizado. Refere dor no membro inferior esquerdo mas mostra-se pouco colaborante e até agressivo, rejeitando o auxílio médico. Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 12h).

**Avaliação:** Temperatura - 35,5°; TA - 180/119 mmHg; FC - 93 bpm; FR - 14 cpm; SaO2 - 98%; Glicemia - 108 mg/dL; pupilas isocóricas e reactivas. Vía aérea preservada e sem sinais de dificuldade respiratória. Esfacelo grave dos tecidos moles do membro inferior esquerdo com fractura exposta do calcâneo e de outros ossos do pé. Escoriações dispersas pelos restantes membros, sem perdas hemáticas abundantes. Glasgow - 15. ECG - RS.

**Actuação:** Imobilização com tala do membro afectado, com utilização do plano duro e colar cervical. Acesso venoso com administração de Metoclopramida 10 mg e Fentanil 0,1 mg; fluidoterapia com SF 0.9% 500 ml aquecido. Oxigenoterapia 6L/min e aplicação de manta térmica e cobertores.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo do Membro.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar com acompanhamento médico para o HGSA. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** Auxílio nas técnicas de imobilização e aplicação da manta térmica.

### **Activação nº 3**

**Activação:** 18h27m

**Motivo:** Intoxicação medicamentosa por Ácido Valpróico.

**Chegada ao local:** 18h37m

Foi contactado o CIAV para obter informações acerca das alterações compatíveis com esta intoxicação (hipotensão, taquicardia e depressão do estado de consciência são as mais comuns).

Doente do sexo feminino, 44 anos, com antecedentes de doença bipolar, alcoolismo crónico e várias tentativas de suicídio.

Medicação habitual: Ácido Valpróico, Paroxetina e Lorazepam.

À chegada ao local a doente já se encontrava na ambulância SBV em decúbito dorsal na maca. Foi encontrada já inconsciente junto de uma embalagem vazia de Diplexil® 500 de 40 comprimidos. Foi vista pela última vez às 13h, alcoolizada.

**Avaliação:** Temperatura - 40,2°; TA - 82/45 mmHg; FC - 113 bpm; FR - 12 cpm; SaO2 - 98%; Glicemia - 170 mg/dL; pupilas reactivas e simétricas. Glasgow - 3; ACP sem alterações; ECG - RS. Sem lesões traumáticas aparentes.

**Actuação:** Aspiração da via aérea seguida de entubação endotraqueal e ventilação mecânica. Acesso venoso para administração de Etomidato 20 mg, Fentanil 0,15 mg e SF 0.9% 500+500 ml frio. Entubação nasogástrica com lavagem gástrica e administração de Carvão activado. Aplicação da manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Intoxicação Medicamentosa.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o HSJ, sem intervenção. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** Auxilio no procedimento de lavagem gástrica.

### **VMER do HSJ, 15/02/2011, turno da manhã – Anexo XI**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 09h55m

**Motivo:** Dispneia

**Chegada ao local:** 10h08m

Doente do sexo feminino de 83 anos, com antecedentes de HTA, DM tipo 2, IRC, insuficiência cardíaca classe III, com prótese mecânica na aorta e bypass aorto-coronário.

Medicação habitual: Gliclazida, Furosemida, Omeprazol, Ácido fólico+Ferro, Fluticasona+Salmeterol, Alopurinol e Vafarina.

À chegada ao local a doente encontrava-se no interior da ambulância dos BV, com depressão do estado de consciência e sinais de dificuldade respiratória.

**Avaliação:** Temperatura - 33,7°; TA - 110/58 mmHg; FC - 110 bpm; FR - 38 cpm, SaO2 - 94%; Glicemia - 181 mg/dL; pele cianosada; pupilas isocóricas; Glasgow - 6. Polipneica, com respiração superficial e utilização dos músculos acessórios. ACP - murmúrio vesicular globalmente diminuído, sem ruídos adventícios. ECG - FA. GSA - Insuficiência respiratória do tipo 2 com acidose respiratória e hipercalémia.

**Actuação:** Acesso venoso e administração de Midazolam 4+3 mg e SF 0.9% 500+500 ml aquecido; Entubação endotraqueal. Aplicação da manta térmica e cobertores.

**Hipótese Diagnóstica:** Insuficiência Respiratória.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o HSJ, sem intervenção.  
Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** ACP e leitura do ECG.

### **Activação nº 2**

**Activação:** 13h05m

**Motivo:** Queda de 5 metros de altura

**Chegada ao local:** 13h15m

Vítima do sexo masculino de 69 anos, com história de HTA, dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata.

Medicação habitual: Olmesartan, Amlodipina e Sinvastatina.

À chegada o doente encontrava-se em decúbito dorsal no sofá, após ter deambulado desde o local da queda. Queda de uma altura inferior a 2 metros com traumatismo dorsal. Refere dores moderadas na região dorsal, sem outras queixas. Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 9h45m).

**Avaliação:** TA - 130/72 mmHg; FC - 108 bpm; FR - 16 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; pupilas isocóricas e reactivas. Via aérea preservada e sem sinais de dificuldade respiratória. Sem perdas hemáticas. Glasgow - 15. Sem défices motores ou sensitivos aparentes. ECG – RS com alterações inespecíficas da onda T.

**Actuação:** Imobilização com utilização do plano duro e colar cervical. Oxigenoterapia 15L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo Vertebro-Medular.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar sem acompanhamento médico para o HSJ.  
Triagem – Amarelo.

**Tarefas desenvolvidas:** Aplicação do colar cervical.

### **VMER do HSJ, 15/02/2011, turno da tarde – Anexo XII**

### **Activação nº 1**

**Activação:** 15h57m

**Motivo:** Perda de consciência na via pública.

Abortada às 16h02m.

## **Activação nº 2**

**Activação:** 18h17m

**Motivo:** Alteração do estado da consciência

**Chegada ao local:** 18h27m

Doente do sexo masculino, 79 anos, com antecedentes cirrose hepática.

Medicação habitual: Risperidona, Furosemida e Espironolactona.

À chegada o doente encontrava-se no interior da ambulância dos BV, com depressão do estado de consciência, a ventilar espontaneamente. Segundo familiares, o quadro terá tido início de manhã.

**Avaliação:** TA - 132/45 mmHg; FC - 78 bpm; FR - 14 cpm, SaO2 - 98%; Glicemia - 125 mg/dL; Glasgow - 7. Doente icterico com pupilas mióticas. ACP - sem alterações. ECG - RS. GSA - Hipercalemia.

**Actuação:** Nebulização com Salbutamol 0,5 ml e fluidoterapia com SF 0.9% 500 ml. Oxigenoterapia 10L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Encefalopatia Hepática.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar com acompanhamento médico para o HSJ. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** ACP e leitura do ECG.

## **Activação nº 3**

**Activação:** 18h55m

**Motivo:** PCR

**Chegada ao local:** 19h05m

Doente do sexo feminino de 73 anos.

À chegada ao local a doente encontrava-se em decúbito dorsal na cama já cadáver.

**Avaliação:** Ausência de pulso, palidez intensa e pele fria. Rigidez cadavérica.

**Hipótese Diagnóstica:** Cadáver.

**Seguimento:** Por indicação do CODU devido a nova activação, a verificação do óbito ficou entregue aos TAE, que permaneceram no local a aguardar a presença das autoridades.

## **Activação nº 4**

**Activação:** 19h10m

**Motivo:** Acidente de viação

**Chegada ao local:** 19h25m

À chegada da equipa VMER já se encontravam no local 4 ambulâncias dos BV no primeiro socorro às vítimas. Acidente grave envolvendo 7 viaturas ligeiras, visivelmente danificadas, do qual resultaram 2 vítimas com necessidade de avaliação médica.

#### Vítima 1

Sexo masculino de 32 anos, sem antecedentes relevantes.

Consciente e clinicamente estável, sem queixas álgicas.

**Avaliação:** TA - 141/87 mmHg; FC - 99 bpm; FR - 16 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; pupilas isocóricas e reactivas. Via aérea preservada e sem sinais de dificuldade respiratória. Escoriações dispersas pelos membros superiores e tórax, sem perdas hemáticas significativas. Glasgow - 15, sem défices neurológicos aparentes. Sem defesa à palpação abdominal.

**Actuação:** Imobilização com utilização do plano duro e colar cervical. Oxigenoterapia 6L/min e aplicação de manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Politraumatismo.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar sem acompanhamento médico para o HSJ. Triagem – Laranja.

#### Vítima 2

Sexo feminino, 24 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos.

Doente consciente com dores moderadas no membro inferior direito.

**Avaliação:** TA - 112/73 mmHg; FC - 93 bpm; FR - 20 cpm; SaO<sub>2</sub> - 100%; pupilas isocóricas e reactivas. Via aérea e ventilação preservadas, sem sinais de sofrimento respiratório. Hemodinamicamente estável. Glasgow - 15 e ausência de défices neurológicos. Sem lesões aparentes. Exame abdominal normal.

**Actuação:** Imobilização com plano duro e colar cervical. Oxigenoterapia 3L/min e aplicação de manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Traumatismo do Membro.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar sem acompanhamento médico para o HSJ. Triagem – Laranja.

#### **Activação nº 5**

**Activação:** 19h35m

**Motivo:** Novo acidente de viação

**Chegada ao local:** A equipa VMER já se encontrava no local

Vítima do sexo masculino, de 34 anos, sem antecedentes patológicos relevantes.

Acidente presenciado pelas equipas de emergência na faixa de rodagem contrária ao acidente anterior, envolvendo um motociclo e um veículo pesado. A vítima usava capacete, mantendo-se consciente e colaborante. Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 17h30m).

**Avaliação:** TA - 149/84 mmHg; FC - 63 bpm; FR - 18 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; pupilas sem alterações. Via aérea preservada e sem sinais de dificuldade respiratória. Fractura do antebraço direito com esfacelo grave dos 4º e 5º dedos associado a ausência de mobilidade dos mesmos. Escoriações na mão esquerda, sem perdas hemáticas abundantes. Glasgow - 15, sem outros défices neurológicos. ACP - normal. ECG - RS. Abdómen indolor e depressível, sem instabilidade da bacia. Sem lesões aparentes dos membros inferiores.

**Actuação:** Imobilização com tala do membro afectado, com utilização do plano duro e colar cervical. Acesso venoso com administração de Morfina 5+5 mg e Fentanil 0,1+0,05+0,05+0,05 mg; fluidoterapia com SF 0.9% 500 ml aquecido. Oxigenoterapia 10L/min e aplicação de manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Politraumatismo.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o HSJ. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** Auxílio nas técnicas de imobilização e aplicação da manta térmica.

### **VMER do HSJ, 18/02/2011, turno da manhã – Anexo XIII**

#### ***Activação nº 1***

**Activação:** 08h15m

**Motivo:** Acidente de viação

**Chegada ao local:** 08h25m

Vítima do sexo masculino, de 26 anos, sem antecedentes patológicos conhecidos.

Despiste com capotamento de um veículo ligeiro. A vítima abandonou o veículo pelos próprios meios. Refere dor torácica à esquerda. Doente de estômago cheio (ingeriu alimentos sólidos às 07h30m).

**Avaliação:** TA - 150/110 mmHg; FC - 87 bpm; FR - 20 cpm; SaO<sub>2</sub> - 99%; Glicemia - 133 mg/dL; pele e pupilas sem alterações. Sem sinais de dificuldade respiratória, nem perdas hemáticas. Glasgow - 15, sem défices neurológicos aparentes. Ferida na

região parietal esquerda. Dor à palpação dos arcos costais posteriores à esquerda, ACP - normal; ECG - RS. Abdómen indolor e sem defesa à palpação, nem instabilidade da bacia. Membros inferiores sem lesões.

**Actuação:** Imobilização com plano duro e colar cervical. Administração de Morfina 5+5 mg e fluidoterapia com SF 0.9% 500 ml. Oxigenoterapia 6L/min e aplicação de manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Politraumatismo.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar com acompanhamento médico para o Hospital Pedro Hispano. Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** Leitura do ECG.

### ***Activação nº 2***

**Activação:** 09h07m

**Motivo:** PCR

Abortada às 09h10m.

### ***Activação nº 3***

**Activação:** 09h40m

**Motivo:** Síncope

**Chegada ao local:** 09h50m

Doente do sexo masculino de 73 anos, com antecedentes de patologia osteoarticular. À chegada o doente encontrava-se no interior da ambulância SBV, consciente e orientada no tempo e no espaço, sem queixas. O episódio sincopal ocorreu no café, com perda de consciência por breves segundos.

**Avaliação:** TA - 135/57 mmHg; FC - 72 bpm; FR - 16 cpm, SaO<sub>2</sub> - 93%; Glicemia - 149 mg/dL; pele e pupilas sem alterações; Glasgow - 15. ACP sem alterações. ECG - RS.

**Actuação:** Oxigenoterapia 6L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Perda de conhecimento.

**Seguimento:** Sem transporte ao hospital por decisão médica, a doente fica acompanhada por familiares.

**Tarefas desenvolvidas:** ACP.

#### **Ativação nº 4**

**Ativação:** 10h50m

**Motivo:** Síncope

Abortada às 10h55m.

#### **Ativação nº 5**

**Ativação:** 11h50m

**Motivo:** Alteração do estado da consciência

**Chegada ao local:** 12h05m

Doente do sexo feminino, 66 anos, com antecedentes desconhecidos.

À chegada a doente encontrava-se no interior da ambulância SBV, consciente mas desorientada, com discurso incoerente e repetitivo, agitada e agressiva. Crise convulsiva na via pública testemunhada pela polícia, com perda do controlo dos esfíncteres, mas sem traumatismo. Refere náuseas.

**Avaliação:** TA - 146/90 mmHg; FC - 98 bpm; FR – 14 cpm, SaO2 - 99%; Glicemia – 123 mg/dL; Glasgow - 14, sem défices neurológicos. Otorragia do ouvido esquerdo, sem outras lesões aparentes. ACP - sem alterações. ECG - RS.

**Actuação:** Imobilização com plano duro e colar cervical. Acesso venoso com administração de Metoclopramida 10 mg e SF 0.9% 100 ml. Oxigenoterapia 10L/min.

**Hipótese Diagnóstica:** Crise Convulsiva.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar com acompanhamento médico para o HSJ. Episódio de vômitos à chegada ao hospital. Triagem – Laranja.

**Tarefas desenvolvidas:** ACP e leitura do ECG.

#### **VMER do HSJ, 18/02/2011, turno da tarde – Anexo XIV**

#### **Ativação nº 1**

**Ativação:** 14h10m

**Motivo:** PCR

**Chegada ao local:** 14h25m

Doente do sexo masculino de 83 anos, com antecedentes de DM tipo 2.

À chegada ao local o doente encontrava-se em decúbito dorsal na cama, sem pulso. PCR com início há mais de 30 minutos, segundo familiares.

**Avaliação:** Ausência de sinais vitais, pele pálida e pupilas midriáticas; ECG - Assistolia.

**Actuação:** Não foram iniciadas manobras de SAV.

**Hipótese Diagnóstica:** Cadáver.

**Seguimento:** Declarado o óbito. Chamada das autoridades ao local pela impossibilidade de obter certidão de óbito pela médica assistente.

**Tarefas desenvolvidas:** Exame objectivo, colocação dos eléctrodos e leitura do ECG.

## **Activação nº 2**

**Activação:** 16h45m

**Motivo:** Acidente de viação

**Chegada ao local:** 17h00m

Vítima do sexo masculino, 34 anos. Antecedentes patológicos desconhecidos.

Embate fronto-lateral de viatura ligeira contra pesado de mercadorias parado na auto-estrada. À chegada a vítima encontrava-se encarcerada no lugar do condutor (com grande deformação do habitáculo), com depressão do estado da consciência, agitada e não colaborante. Foram necessários 30 minutos para a desencarceração. Aparente contusão torácica e abdominal.

**Avaliação:** TA - 81/42 mmHg; FC - 170 bpm; FR - 30 cpm; SaO<sub>2</sub> - 90%; Glicemia - 110 mg/dL; Via aérea assegurada, sem sangue nem lesão facial. Hiperventilação; ACP com diminuição do murmúrio vesicular na base pulmonar direita. ECG - RS, taquicardia e hipotensão, com defesa abdominal, mas sem instabilidade da cintura pélvica. Glasgow - 9, pupilas sem alterações. Sem deformidades ósseas aparentes. Cianose periférica.

**Actuação:** Oxigenoterapia 10L/min. Imobilização com utilização do plano duro e colar cervical. Dois acessos venosos para administração de Etomidato 20 mg, Fentanil 0,1+1,15 mg e Succinilcolina 75 g; fluidoterapia com SF 0.9% 100+500+500 ml aquecido e HAES 0.6% 500+500 ml aquecido. Entubação endotraqueal com ventilação mecânica e aplicação de manta térmica.

**Hipótese Diagnóstica:** Politraumatismo.

**Seguimento:** Transporte pré-hospitalar monitorizado para o HSJ. Os sinais vitais mantiveram-se estáveis. Triagem – Vermelho (sala de emergência).

**Tarefas desenvolvidas:** Auxílio na imobilização do doente.

## Análise das Activações

O Estágio terminou com um número total de 34 activações, das quais 20 resultaram de chamadas por doença súbita e 10 por trauma. As restantes 4 foram abortadas.

Com efeito, a doença súbita representou o motivo mais frequente de activação dos meios INEM (Gráfico 1).

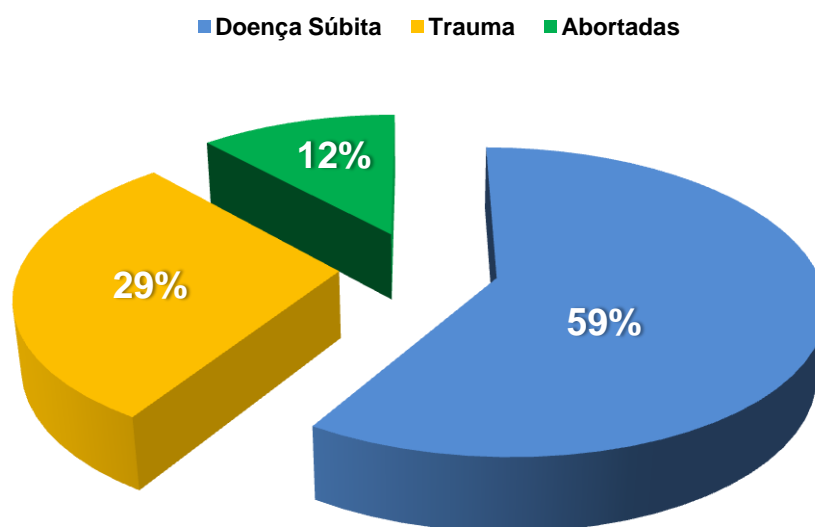
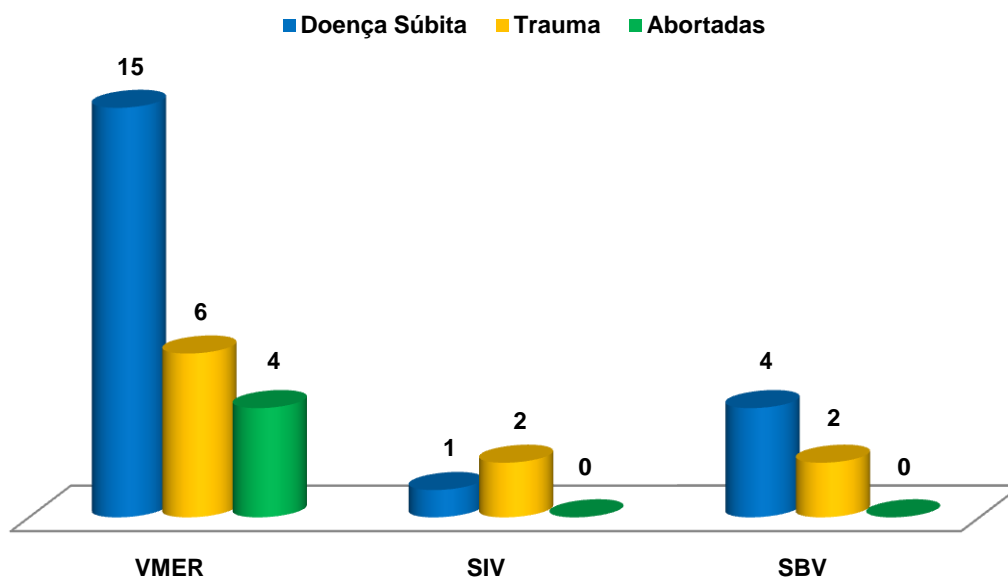


Gráfico 1 – Motivo da Activação

Quando se faz a mesma análise do motivo de activação pelos diferentes meios INEM (Gráfico 2), observa-se um padrão semelhante entre eles. Tanto a VMER como o meio SBV apresentam uma predominância clara das activações por doença súbita. Pelo contrário, o meio SIV tem uma activação a mais por trauma. No entanto, os números são demasiado escassos para traduzirem algum significado (apenas 3 activações), não se reflectindo no total apresentado no Gráfico 1.

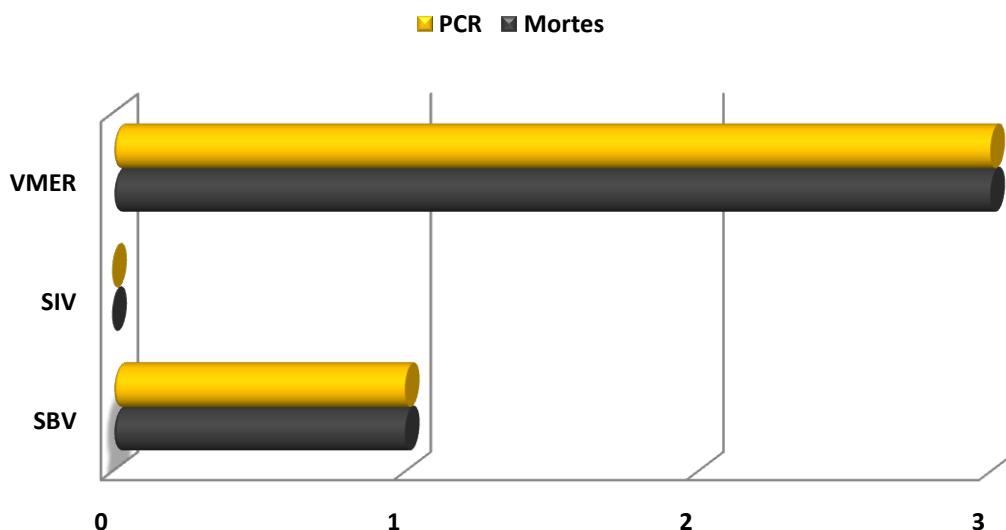
Por outro lado, a VMER foi o meio mais vezes solicitado pelo CODU (25 activações), o que está intimamente relacionado com o número desproporcional de horas de estágio distribuídas pelos diferentes meios. Em média, segundo os dados obtidos, a VMER e a ambulância SBV foram activadas a cada 2h, enquanto as activações SIV ocorreram apenas a cada 8 horas, o que poderá traduzir uma menor utilidade deste meio intermédio quando os outros dois estão disponíveis. O contrário poderá também ser

válido, ou seja, a SIV poderá desempenhar um papel fundamental principalmente quando a VMER não está operacional, por exemplo por falta de médicos, o que se verificou algumas vezes durante o estágio.



**Gráfico 2** – Motivo da Activação por Meio INEM

Relativamente às activações por doença súbita, a PCR representa um problema de elevada magnitude nas sociedades ocidentais, em que intervir precocemente pode salvar vidas. Das 20 activações por doença súbita, 4 corresponderam a PCR, das quais resultou o mesmo número de mortes (Gráfico 3). Na verdade, as manobras de SAV não chegaram a ser iniciadas em nenhum dos casos, uma vez que todos os doentes se encontravam em PCR há mais de 30 minutos, sem SBV, em assistolia no ECG. Por um lado, de todos os ritmos electrocardiográficos de PCR, a assistolia tem o pior prognóstico, com taxas de sobrevivência entre 0 e 2% (Fonseca *et al*, 2002). Por outro, o tempo de anóxia cerebral já teria condicionado lesões cerebrais irreversíveis para justificar a intervenção. No entanto é possível evitar estas situações intervindo precocemente e criando uma janela temporal de intervenção mais alargada, através de um SBV de qualidade, inserido numa cadeia de sobrevivência eficiente.



**Gráfico 3** – Número de PCR / Mortes por Meio INEM

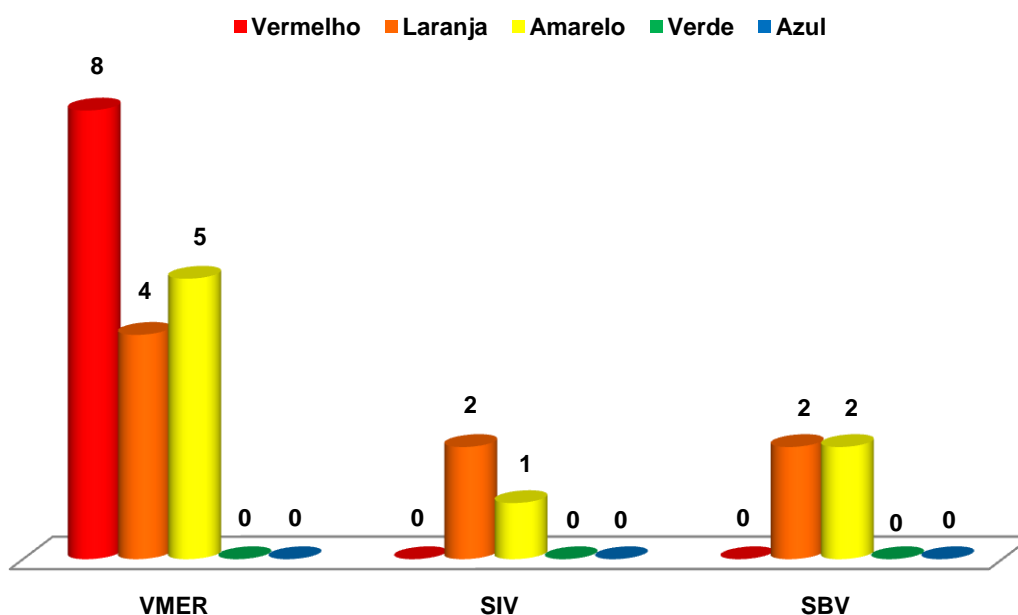
É provável que alguns dos ritmos de assistolia correspondessem inicialmente a ritmos desfibrilháveis de FV ou TV sem pulso no momento do colapso, passíveis de reversão com DAE (Ringh *et al*, 2009). Existem evidências que o início imediato das manobras de SBV e a desfibrilhação precoce permitem aumentar a probabilidade de sobrevivência na PCR por FV em 2 a 3 vezes (Nolan *et al*, 2010). Após o 5º minuto, a taxa de sobrevivência diminui drasticamente a cada minuto que passa (Valenzuela *et al*, 1997). Estes dados fundamentam a necessidade de promover a formação em SBV na comunidade, assim como a utilização de DAE, aumentando a sua disponibilidade em locais públicos e áreas residenciais, melhorando deste modo a sobrevivência. Adicionalmente, é certo que os DAE podem ser utilizados com segurança por leigos e TAE (Sugerman *et al*, 2009).

Após a regularização jurídica que permitiu a utilização de DAE por não médicos em ambiente extra-hospitalar, tanto no âmbito do SIEM como em programas de acesso público à desfibrilhação (Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto), surgiu o Programa Nacional de DAE licenciado pelo INEM com objectivo de promover a melhoria da sobrevivência das vítimas de morte súbita de etiologia cardíaca (Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa, 2010). Actualmente, Este programa encontra-se em ampla expansão (Tabela 1).

	2010	2011	Aumento (%)
N.º de Programas de DAE Licenciados	9	75	733%
N.º de DAE	19	160	742%
N.º de Espaços Públicos com DAE	13	106	715%
Nº de Operacionais de DAE	90	1055	1072%

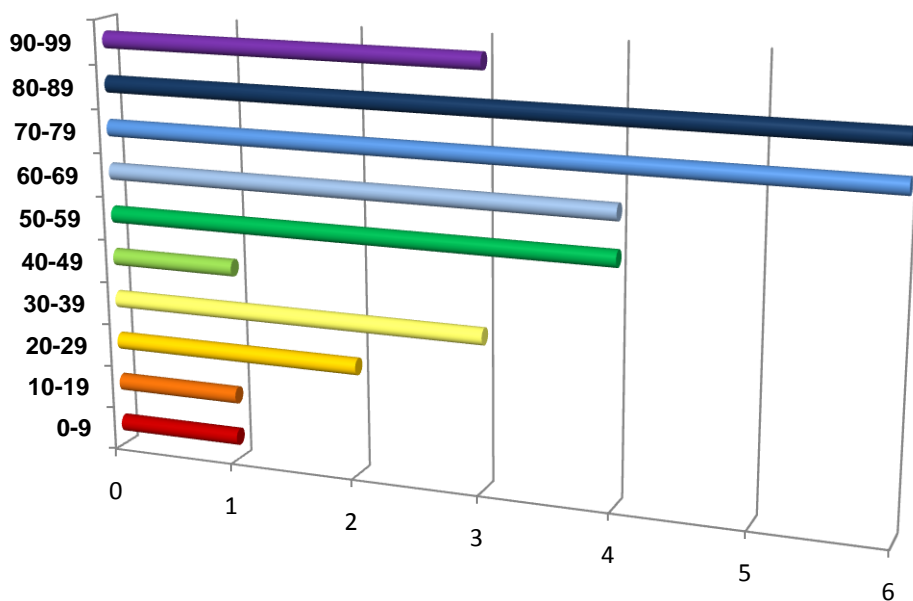
**Tabela 1** – Dados do Programa DAE (Adaptado de INEM online)

A triagem hospitalar do doente urgente/emergente reflecte o grau de diferenciação do meio INEM activado (Gráfico 4). Assim, a VMER foi o meio solicitado nas situações de maior gravidade, onde se incluem todos os doentes triados com vermelho, atendidos de imediato na sala de emergência. Os doentes triados a amarelos são o reflexo de activações indevidas ou de melhoras sintomáticas muito rápidas após a actuação. As ambulâncias SBV e SIV repartem a triagem dos doentes entre o laranja e o amarelo.



**Gráfico 4** – Triagem de Manchester por Meio INEM

A análise das activações por classe etária (Gráfico 5) permite concluir que foram os idosos entre os 70 e os 89 anos que mais vezes necessitaram dos meios de socorro pré-hospitalar, reflectindo a maior incidência de doença e co-morbilidades inerentes ao próprio envelhecimento.



**Gráfico 5** – Activações por Classe Etária

## Reflexão sobre o Estágio

A realização de estágio nos diferentes meios INEM revelou-se fundamental na compreensão da organização e articulação entre todos os intervenientes do SIEM no socorro pré-hospitalar, na dependência directa do CODU, que efectua um trabalho de coordenação crucial na rentabilização de tempo e recursos. Por outro lado, foi possível também conhecer protocolos de actuação, material disponível e competências das ambulâncias SBV e SIV e da VMER.

Um aspecto importante constatado foi o facto de a hierarquia profissional não ser tão rígida como em ambiente hospitalar, permitindo criar um espírito de grupo e uma dinâmica muito própria, resultantes de relações mais próximas entre os profissionais com diferentes formações. Este conceito revelou-se a chave de um trabalho em equipa, organizado e eficaz, em benefício dos doentes.

A observação da abordagem ao doente urgente/emergente permitiu concluir que a acção em emergência pré-hospitalar em Portugal decorre segundo o modelo “*Stay and Play*”, em que se privilegia a estabilização do doente no local antes do transporte para o hospital.

Os estágios na VMER, tanto pela gravidade dos doentes quanto pela emergência das actuações, representaram o ponto alto, com algumas activações marcantes, por diferentes motivos, com ensinamentos a reter para o futuro. No turno da manhã do dia 11/02/2011, a VMER do HSJ foi activada por uma PCR num homem de 65 anos em Matosinhos. Perto do destino, 4 minutos após a chamada, o CODU aborta esta activação solicitando a VMER para uma nova activação também por uma PCR num rapaz de 17 anos em Valongo. À chegada, cerca de 18 minutos depois, o doente, em estadio terminal de doença rara, com indicação para não reanimar, encontrava-se a ventilar espontaneamente. Um exemplo objectivo de como a comunicação em contexto de emergência pode, eventualmente, fazer a diferença. A situação multi-vítimas decorrente de dois acidentes de viação, no turno da tarde do dia 15/02/2011, forneceu uma perspectiva prática e realista da abordagem sistemática às vítimas nestas situações. E, por fim, a última activação do estágio, no turno da tarde do dia 18/02/2011, foi a mais marcante, em que se procedeu à aplicação prática todos os conhecimentos teóricos de abordagem a um politraumatizado grave. Foi possível acompanhar todo o processo de estabilização e transporte, assim como a chegada à sala de emergência, o atendimento imediato por uma equipa especializada em trauma e os exames solicitados para a aplicação do tratamento correcto.

Apesar da curta experiência adquirida no estágio, sugiro a implementação de algumas medidas que poderiam trazer vantagens significativas a longo prazo. De forma a

abranger toda a população no futuro, a inclusão da formação em SBV na escolaridade obrigatória representaria um avanço importante, assim como para todos os profissionais da área da saúde. A formação em SBV deveria estar integrada no 1º ano do curso de medicina e, posteriormente, o SAV no ano profissionalizante. Por outro lado, uma vez que grande parte das activações por trauma grave resultam de acidentes de viação, a prevenção rodoviária deverá ser incentivada e prioritária.

A realização de estágio no CODU teria sido um completo importante na compreensão da organização da emergência pré-hospitalar, sendo portanto uma limitação evidente do estágio realizado. Incluem-se também nas limitações a não observação de manobras de SAV ou activação das Vias Verdes existentes, por uma mera questão aleatória.

### III. CONCLUSÃO

O INEM desempenha um papel central na realidade da emergência pré-hospitalar, constituindo uma mais-valia preponderante para a população portuguesa. É notória a boa organização e coordenação na tentativa de obter benefícios máximos em situações em que o tempo é sempre escasso. Na verdade, o INEM revelou-se capaz de dar uma boa resposta sempre que foi solicitado, com uma equipa de profissionais competentes e meios de socorro adequados às exigências.

A lacuna de conhecimentos e formação prática que existe no curso de Medicina, neste âmbito, representa um problema sério para solucionar a curto prazo, uma vez que saber efectuar manobras de SBV, SAV, entre outras no seio da emergência médica deveriam fazer parte das competências básicas de qualquer clínico. Por outro lado, a formação em SBV com utilização de DAE deve ser tão difundida quanto possível na sociedade.

Globalmente, os objectivos propostos foram alcançados e o estágio no INEM representou uma oportunidade de fundamentação prática de conhecimentos teóricos já adquiridos, assim como a aquisição de novos conhecimentos neste contexto. A percepção da organização de toda a emergência pré-hospitalar em Portugal é um complemento importante ao ensino centrado na realidade hospitalar.

Em suma, este estágio foi uma experiência de valor inestimável para a minha formação, tanto a nível profissional como pessoal.

#### IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007. Documento orientador sobre as Vias Verdes do EAM e AVC; disponível em [www.acs.min-saude.pt](http://www.acs.min-saude.pt).

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março; Artigo 26º. Diário da República, 1ª série - A – n.º 60. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

Decreto-Lei n.º 234/1981, de 3 de Agosto. Diário da República. Ministérios da Defesa Nacional, das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa.

Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de Maio; Artigo 1º a 3º. Diário da República, 1ª série – n.º 103. Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 188/2009, de 12 de Agosto. Diário da República, 1ª série – n.º 155. Ministério da Saúde.

Fonseca JML, Barth, JHD. Reanimação Cardio-Respiratória em Adultos. *Mom. & Perspec. Saúde* 2002; 10-23.

Instituto Nacional de Emergência Médica. A Estrela da Vida, O Símbolo do INEM; disponível em [www.inem.pt/files](http://www.inem.pt/files).

Instituto Nacional de Emergência Médica. Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa, 2010; disponível em [www.inem.pt/files](http://www.inem.pt/files).

Instituto Nacional de Emergência Médica, Relatório de Actividades 2009; disponível em [www.inem.pt/files](http://www.inem.pt/files).

Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B. ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1, Executive Summary. *Resuscitation*. 2010; 81(10): 1219-76.

Ringh M, Herlitz J, Hollenberg J, Rosenqvist M, Svensson L. Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access defibrillation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2009;17:18.

Sítio na Internet do Instituto Nacional de Emergência Médica – [www.inem.pt](http://www.inem.pt). Consultado entre 12-15 de Maio.

Sugerman NT, Herzberg D, Leary M, Weidman EK, Edelson DP, Vanden Hoek TL, Becker LB, Abella, BS. Rescuer fatigue during actual in-hospital cardiopulmonary resuscitation with audiovisual feedback: a prospective multicenter study. *Resuscitation* 2009; 80(9): 981-4.

Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larsen MP. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation* 1997; 96: 3308-13.

## V. ANEXOS

### Anexo I – SBV Porto 2 (HSJ), 23/10/2010, turno da manhã



Instituto Nacional de Emergência Médica

### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: BRUNO MANUEL LOPES CORREIA

OBJECTIVOS: TESE DE MESTRADO / MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Coordenador do Estágio: DR. HILDEBRATO MACHADO / DR. LUIS MEIRA

Data: 23 / 10 / 2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SBV / PORTO 2

Nº DE ACTIVACÕES: 3 Doença Súbita:  Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo BRUNO MANUEL LOPES CORREIA

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<ul style="list-style-type: none"><li>- Participação na "check list" das malas e da ambulância, com oportunidade de conhecer o material disponível no meio SBV.</li><li>- Leitura de alguns protocolos de actuação SBV, permitindo contextualizar este meio no sítio de Emergência pré-hospitalar.</li><li>- Observação da ambulância da ambulância SBV com meios mais diferenciados, nomeadamente a VMER.</li><li>- Observação da actuação em casos de PCR, distúrbia ou síncope.</li></ul>	<p>Interessado, participativo e sempre atento.</p> <p>levantou questões pertinentes relativas aos nossos protocolos de actuação permitindo-me um maior conhecimento acerca da emergência pré-hospitalar em ambulâncias SBV.</p> <p>participar ainda numa das tarefas agendadas para este dia que foi a limpeza anterior semanal da viatura.</p> <p>[assinatura]</p>

**Anexo II – SBV Porto 2 (HSJ), 23/10/2010, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Cordeira

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Mera

Data: 23.10.2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SBV - Porto 2

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

Assinaturas: O Estagiário *Bruno Lopes*  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *Jana Gonçalves (TAS-5297)*

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Integrado na equipa SBV com participação na colheita de sinais vitais e na instituição de oxigenoterapia.

- Observado a actuação em situações de trauma ligeiro e distúrbio.

- Familiarizado com os procedimentos e material utilizados mais frequentemente pelo meio SBV.

O Bruno mostrou-se bastante interessado em conhecer e compreender os meios de actuação de uma ambulância SBV, participando activamente sempre que solicitado. Esta atitude permitiu uma boa articulação com ambos os elementos da equipa, facilitando a nossa actuação durante as actuações.

**Anexo III – SIV de Santo Tirso, 06/11/2010**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Meira

Data: 06/11/2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Sto Tirso

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

Assinaturas: O Estagiário Bruno Correia  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Vitor Simão Castro Ferreira

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Observação da actuação do meio SIV em situação de trauma pediátrico. Treino de técnicas de imobilização com talas e estabilização do plano duro.  
- Conhecimento dos protocolos de actuação SIV.  
- Compreensão do papel da ambulância SIV enquanto meio intermédio entre SBV e SAV.  
- Passagem de dados, transporte do doente e registos.  
- Participação na "check list" das malas e ambulância

- Integrar-se no dinamismo da equipe.  
- Participar check list de Malas e ambulância  
- Participar numa saída de treino pediátrico.  
- Conhecer protocolos SIV

**Anexo IV – VMER do CHVNG, 13/11/2010, turno da manhã**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Trin de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Mota

Data: 13/11/2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER

Nº DE ACTIVIDADES: 01 Doença Súbita: 01 Trauma:  Outras:  Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Bruno Correia  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dr. Humberto Machado

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Participado na "check list" das malas.  
- Observação do material utilizado no meio VMER.  
- Observação da actualidade do meio VMER perante um doente em PCR. Participado nas manobras de SBV. Preenchimento de ficha de verificação e óbito e contacto do médico assistente. Compensar dos procedimentos em caso de óbito.

Participado com interesse em todas as actividades do VMER. Quer na dinâmica da sala quer nos procedimentos do VMER.

**Anexo V – VMER do CHVNG, 13/11/2010, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Lomía

OBJECTIVOS: Turm de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Almeida

Data: 13 / 11 / 2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário *Bruno Manuel Lopes Lomía*  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *João Esteves*

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Integração na dinâmica da equipa VMER;  
- Conhecimento dos protocolos de actuação VMER.  
- Comprometido do lugar da VMER na hierarquia dos meios INEM  
- Procedimento de actuação em caso de intoxicação etílica

PARTICIPOU COM INTERESSE E ENTUSIASMO NA DINÂMICA DA VIATURA MÉDICA SEMPRE ACTIVO NA SAÍDA E COM VONTADE DE APRENDER. COM TODA A CERTEZA SERÁ UM ELEMENTO DE GRANDE VALOR NA NOSSA INSTITUIÇÃO (TAE)

**Anexo VI – SIV de Gondomar, 11/12/2010**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Turn de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Maira

Data: 11/12/2010 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SIV Gondomar

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

Assinaturas: O Estagiário Bruno Correia  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rute Santos, (PES)

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Observação da actuação do mió SIV em trauma.  
Aprimetagem da correcta utilização da marca de vácuo, que envolveu o dente permitindo a estabilização.

- Abordagem à dor hi-cordial

- Compressões da articulação do mió SIV com miós mais diferenciados - VMER.

2: turno SIV. —  
Demonstrou conhecimentos sólidos sobre o funcionamento do pré-hosp e questionou de forma pertinente actuações. —  
Colaborou na avia e intervenções realizadas, como solicitado.  
Cumprir regras de segurança.

Rute Santos, (PES)

**Anexo VII – VMER do CHVNG, 28/01/2011, turno da manhã**



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Turm de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Maize

Data: 28/01/2011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VNER GAIA

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

Assinaturas: O Estagiário   
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Preparação dos fármacos utilizados, no SAV. Explicação acerca dos fármacos disponíveis na VMER, assim como as situações mais comuns que justificam o seu uso.

- Realização de "check list".

- Treino na colocação dos eletrodos e leitura do ECG

- Abordagem ao doente e/ou família da consciência.

Muito interessado, participou em todas as actividades da VNER, desde o check-list até a participação na activação.

Bom sorte!

**Anexo VIII – VMER do CHVNG, 28/01/2011, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tun de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Mota

Data: 28.10.12011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER GAIA

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

Assinaturas: O Estagiário Bruno  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Bela Pereira

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem ao doente com um  
híper-tensão.  
- Articulação do meio VMER com  
outros meios de emergência  
pré-hospitalar nos difíceis  
casos.  
- Conhecimento dos protocolos de  
actuação VMER.  
- Abordagem ao doente urgente  
com hipotensão.

fez parte integrante de todas as  
tarefas do VTEC, tendo-se  
integrado muito bem.  
Participativo e demonstrou  
muito interesse pelo pré-hospitalar  
sendo certamente no futuro, um  
bom elemento para o pré-hosp-  
italar.

**Anexo IX – VMER do HSJ, 11/02/2011, turno da manhã**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tur de Mustado / Mustado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Maira

Data: 11/2/2011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER - S. João

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

Assinaturas: O Estagiário *Bruno Correia*  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo *Maria de Lurdes Afonso de Almeida*

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Realização de "check list" e reposição do material em falta de acordo com as indicações.

- Abordagem ao doente em coma hipoglicémico.

- Integração na equipa, com observação do procedimento de aspiração de via aérea, colocação dos electrodos e leitura do ECG, auscultação cardio-pulmonar.

Boa integração no trabalho de equipa.

*Maria de Lurdes Afonso de Almeida*

**Anexo X – VMER do HSJ, 11/02/2011, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: João Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tux de Mustado / Mustado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Meira

Data: 11/02/2011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER (H.S.J.)

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

Assinaturas: O Estagiário [assinatura]  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [assinatura]

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Observação da actuação do meio VMER na abordagem ao doente com insuficiência respiratória, com traumatismo grave e fractura exposta ou ao doente com intoxicação medicamentosa.

- Aprofundagem de importantes procedimentos no contexto da emergência pré-hospitalar como intubação endotraqueal, intubação nasogástrica e lavagem gástrica com administração de carvão activado.

O estagiário demonstrou interesse, conheceu melhor acerca dos protocolos VMER e capacidade de avaliação da vítima emergente no contexto pré-hospitalar.

[assinatura]  
011243716

**Anexo XI – VMER do HSJ, 15/02/2011, turno da manhã**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tiro de Mostrado / Mostrado Integrido em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Minas

Data: 15/02/11 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER S. João

Nº DE ACTIVAÇÕES: 02 Doença Súbita: 01 Trauma: 01 Outras: — Abortadas: —

Assinaturas: O Estagiário Bruno Correia  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Alexandra Baptista

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem ao doente com insuficiência respiratória tipo II. Aprofundagem do conhecimento de anatomia endotraqueal e dos pontos farmacológicos administrados neste contexto.

- Abordagem ao doente traumatizado, vítima de queda. Treino de técnicas de imobilização.

- Treino de avaliação clínica sistemática em contexto de doença e trauma.

O Bruno demonstrou muito interesse e participou activamente em todos os aspectos inerentes de um turno de VMER.

15/02/2011  
Alexandra Baptista 40907

**Anexo XII – VMER do HSJ, 15/02/2011, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tur de Mastecido / Mastecido Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Meira

Data: 15/02/11 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER - S. João

Nº DE ACTIVAÇÕES: 5 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: - Abortadas: 1

Assinaturas: O Estagiário   
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem ao doente com sinais hepática descompensada e encefalopatia.

- Avaliação rápida e sistemática do doente politraumatizado e a actuação mais correcta neste contexto.

- Observação da articulação do membro VMER, com outros membros de emergência.

- Observação da chegada do doente urgente / urgente ao hospital, assim como a actuação nas salas de emergência.

**Anexo XIII – VMER do HSJ, 18/02/2011, turno da manhã**



**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tm de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Meira

Data: 18/02/2011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER - HSJoão

Nº DE ACTIVACÕES: 5 Doença Súbita: 2 Trauma: 1 Outras: - Abortadas: 2

Assinaturas: O Estagiário Bruno Correia

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura] (6228)

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem ao doente politraumatizado.

- Observação da actividade durante doente com crise convulsiva

- Abordagem ao doente com episódio sinistral

- Observação da necessidade de triagem hospitalares adequadas do doente urgente / urgente.

**Anexo XIV – VMER do HSJ, 18/02/2011, turno da tarde**



Instituto Nacional de Emergência Médica

**FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM**

ESTAGIÁRIO: Bruno Manuel Lopes Correia

OBJECTIVOS: Tur de Mestrado / Mestrado Integrado em Medicina

Coordenador do Estágio: Dr. Humberto Machado / Dr. Luís Meire

Data: 18/02/2011 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER - S. João

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

Assinaturas: O Estagiário   
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

**OBSERVAÇÕES**

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Comprensão da abordagem e actuação perante o doente politraumatizado grave. Percepção da importância da estabilização do doente grave antes de se proceder ao transporte pré-hospitalar. Familiarização com o material e fármacos disponíveis e utilizados neste contexto.

- Observação da actuação VMER perante óbito. Contacto com médico assistente e chamada das autoridades ao local.

Revela boa integração no trabalho de equipa VMER. Demonstra interesse na emergência pré-hospitalar, combinando teoria e actividade colaborando e bem relacionado com as situações e os doentes/vítimas.

João Diogo D. G. M.  
45257



## Ficha VMER (trás)

ESCALA DE GLASGOW					
O		V		M	
Abertura dos Olhos		Resposta Verbal		Resposta Motora	
-	-	-	-	6	Obedece a ordens
-	-	5	Orientada	5	Localiza a dor
4	Espontânea	4	Desorientada	4	Reacção de fuga
3	À Voz	3	Palavras inapropriadas	3	Flexão normal
2	À Dor	2	Sons incompreensíveis	2	Extensão anormal
1	Ausente	1	Ausente	1	Ausente

MONITOR / ECG			
RS	Ritmo Sinusal	ESV	Extrasístole Supra Ventricular
TSV	Taquicardia Supra Ventricular	EV	Extrasístole Ventricular
FA	Fibrilhação Auricular	AV1	Bloqueio A-V 1º
FLA	Flutter Auricular	AV2	Bloqueio A-V 2º
RJ	Ritmo Juncional	AV3	Bloqueio A-V 3º
RI	Ritmo Idioventricular	BRE	Bloqueio Ramo Esquerdo
TV	Taquicardia Ventricular	BRD	Bloqueio Ramo Direito
FV	Fibrilhação Ventricular	IST	Infradesnivelamento ST
ASS	Assistolia	SST	Supradesnivelamento ST

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS	
1	Enfarte Agudo do Miocárdio
2	Angor Instável
3	Angor Estável
4	Edema Pulmonar Agudo
5	Insuficiência Cardíaca
6	Disritmia
7	Crise Hipertensiva
8	Tamponamento
9	Obstrução das Vias Aéreas
10	Aspiração de Vômito
11	Crise Asmática
12	DPOC Agudizada
13	Pneumotórax
14	Insuficiência Respiratória
15	Hemorragia Digestiva
16	Dor Abd./ Abdomen Agudo
17	Traumatismo Craneano
18	Traumatismo Vertebro-Medular
19	Traumatismo Torácico
20	Traumatismo Abdominal
21	Traumatismo Pélvico
22	Traumatismo Membro
23	Outro Traumatismo (especificar)
24	Politraumatismo (mais que dois dos traumatismos anteriores)
25	Queimadura
26	Trabalho de Parto / Pós-Parto
27	Parto
28	Hemorragia Gin/Obstétrica
29	Hipoglicemia
30	Crise Convulsiva
31	AVC
32	Perda de Conhecimento
33	Coma
34	Crise Convulsiva
35	Agitação Psico-Motora
36	Outra Alteração Psiquiátrica
37	Intoxicação Medicamentosa
38	Intoxicação por Pesticida
39	Intoxicação por Substância de Abuso
40	Outra Intoxicação (especificar)
41	Reacção Alérgica/Anafilática
42	Paragem Respiratória
43	Paragem Cardio Respiratória
44	Cadáver
45	Desconhecida
46	Nula
47	Outra (especificar)

CÁLCULO DA ÁREA CORPORAL			
<b>ADULTO</b>			
<b>CRIANÇA</b>			

FÁRMACOS E FLUIDOS			
Adenosina		Haloperidol	
Adrenalina		Hydrocortisona	
Aminofilina		Insulina Actrapid	<b>INSULINA</b>
Amiodarona		Ketamina	
Anistreplase		Lactato Ringer	<b>L RINGER</b>
Aspirina		Lidocaína 2%	
Atropina		Manitol	
Bicarb. Sódio	<b>BIC SODIO</b>	Metilprednisolona	
Captopril		Metoclopramida	
Diazepam		Midazolam	
Digoxina		Morfina	
Dopamina		Naloxona	
Efedrina		Nifedipina	
Etomidato		Nitroglicerina	
Fentanil		Octreótido	
Flumazenil		Paracetamol	
Furosemida		Propofol	
Gelafundina		Salbutamol	
Glucagon		Soro Fisiológico	<b>S F</b>
Glucose 5% Água	<b>D5W</b>	Succinilcolina	
Glucose 5% Soro	<b>D5SF</b>	Tiopental	
Glucose 30%	<b>D30W</b>		

DECLARAÇÃO DE RECUSA <small>(risque o que não interessar)</small>	
(NOME) _____	portador(a) do B.I. / Outro
Documento (especificar _____) número _____ de ____/____/____,	declaro que recuso ser assistido(a) / transportado(a) ao estabelecimento de saúde, tendo sido esclarecido(a) dos riscos decorrentes desta decisão.
Assinatura _____ (como no documento de identificação)	

## **Normas de Comportamento em Estágios de Observação INEM**



### **Normas de Comportamento em Estágios de Observação em locais (CODU) ou meios INEM**

Estas normas de comportamento definem um conjunto de regras básicas que devem ser cumpridas por todos os que vão realizar estágio nos locais (CODU) ou meios INEM. Assim:

- O estagiário deve cumprir os horários de entrada e saída, previstos para o estágio. Sempre que viável, este horário deverá ser coincidente com as horas de início e fim dos turnos onde vai ser realizado.
- Em caso de impossibilidade de cumprimento do turno previsto, o estagiário deve informar a Delegação Regional (DR) logo que tenha conhecimento do impedimento.
- Em caso de impossibilidade de realização do estágio por motivos relacionados com o meio (por exemplo, porque este está inoperacional), o estagiário deve procurar contactar imediatamente a DR. Se viável, o estágio poderá ser alterado para outro meio que esteja disponível e operacional ou para o CODU, se aplicável.
- O INEM reserva-se o direito de alterar sem aviso prévio as datas de realização de estágios.
- O estagiário deve fazer-se acompanhar do Dossier de Estágio, preenchendo correctamente a Ficha de Realização de Estágio (Ficha de Estágio). No final do estágio ou de cada período de estágios, esta Ficha deve ser entregue, depois de preenchida, ao Coordenador de Estágio. A não entrega da Ficha implica a não validação do estágio.
- O coordenador de estágio deve, no prazo máximo de 48 horas, fazer entrega das Fichas de estágio na Delegação Regional.
- Devem ser seguidas rigorosamente todas as indicações que forem transmitidas pela equipa de serviço. Sempre que solicitado, o estagiário poderá colaborar com a equipa de serviço.
- Nos estágios no CODU:
  - Deve ser usado vestuário prático e cómodo, não sendo permitido o uso de fardamento de outras entidades nem de réplicas do fardamento INEM.
  - Se tal lhe for solicitado, o estagiário deverá envergar o colete que lhe for fornecido.
- Nos estágios em meios INEM:
  - Deve ser usado vestuário prático, cómodo e adaptado às condições climáticas. Devem ser usadas calças compridas e o calçado deve ser fechado. O estagiário deve ter em atenção que, tal como acontece com os operacionais, uma aparência descuidada pode dificultar a criação do clima de confiança necessário para obter a colaboração dos presentes no local da ocorrência.
  - Durante a totalidade do período em que decorrer o estágio, o estagiário deve envergar o colete que lhe for fornecido.
  - Não é permitido o uso de fardamento de outras entidades nem de réplicas do fardamento INEM.
  - O estagiário nunca deve adoptar comportamentos que coloquem em causa a sua segurança, dos elementos da equipa, das vítimas ou de terceiros. Em particular, deve cumprir as regras de segurança no que diz respeito à utilização de cinto de segurança nas viaturas e às precauções universais, utilizando o equipamento de protecção individual adequado.
  - O estagiário pode interagir com as vítimas e seus familiares, com elementos das equipas de socorro e das forças de segurança ou com outros presentes no local das ocorrências mas sempre com o conhecimento e supervisão da equipa de serviço.
  - Em nenhuma circunstância, o estagiário poderá realizar qualquer procedimento clínico sem prévio conhecimento e autorização do responsável da equipa de serviço.
  - O estagiário deve informar imediatamente de qualquer situação relevante de que tome conhecimento.
- O estagiário deve respeitar a confidencialidade da informação obtida no decurso do estágio, nomeadamente de toda a informação de carácter clínico a que tiver acesso.
- É expressamente proibido prestar declarações a órgãos de comunicação social excepto se existir prévia autorização do Responsável da Delegação Regional ou do Director do Gabinete de Comunicação e Imagem.
- É expressamente proibida a ingestão de bebidas alcoólicas durante o período de estágio.
- É expressamente proibido fumar no CODU, nas viaturas INEM ou no decorrer de qualquer serviço.
- Se um estagiário apresentar comportamentos desadequados ou que não respeitem este Regulamento, poderá ser proibido de continuar o estágio em curso. De igual modo, poderão ser cancelados estágios já marcados.

## Termo de Responsabilidade



Instituto Nacional de Emergência Médica

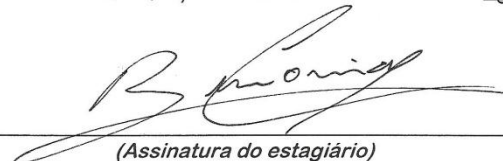
### TERMO DE RESPONSABILIDADE

BRUNO MANUEL LOPES CORREIA (nome), portador de documento de identificação 13059036 (número B.I. ou C.C.), declara para os devidos efeitos, isentar o INEM de qualquer responsabilidade por eventuais acidentes que possam ocorrer durante o período de estágio voluntário nos Meios/Locais de Emergência do INEM.

Declaro ainda que,

- Tomei conhecimento das Normas de Comportamento em Estágios em Locais ou Meios de Emergência do INEM, que me comprometo a cumprir integralmente.
- Tomei conhecimento que ficarei obrigado(a) ao sigilo profissional.
- Me encontro abrangido por um seguro de acidentes pessoal válido.

Porto, 7 de Outubro de 2010

  
(Assinatura do estagiário)