



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Leonor Fontes Molarinho Carmo  
Relatório de Estágio da Unidade Curricular de  
Emergência Médica

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Leonor Fontes Molarinho Carmo  
Relatório de Estágio da Unidade Curricular de  
Emergência Médica

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Emergência Médica**

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:  
Dr. Luís Meira**

Abril, 2010

**FMUP**



**Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

**Nome:** Leonor Fontes Molarinho Carmo

**Endereço electrónico:** m04185@med.up.pt

**Relatório de Estágio:** Relatório de Estágio em Emergência Médica

**Nome completo do Orientador:** Dr. Luís Meira

**Nome completo do Co-Orientador:**

---

**Ano de conclusão:** 2010

**Designação da área do projecto de opção:**

Emergência Médica

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura:           Leonor Fontes Molarinho Carmo

**Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Eu, Leonor Fontes Molarinho Carmo, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801185, aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Leonor Fontes Molarinho Carmo

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer ao responsável pelo estágio dos alunos da FMUP em Emergência Médica, o Dr. Luís Meira, pela sua colaboração na realização deste Relatório de Estágio, bem como à Dra. Isabel Rocha.

Gostaria também de agradecer a todos os médicos e enfermeiros do INEM, pela sua disponibilidade, capacidade de formação e transmissão de conhecimentos na área de emergência pré-hospitalar.

Os meus agradecimentos a todos os médicos e enfermeiros da VMER e do CODU, aos TAE e aos operadores de comunicação do CODU por me acompanharem, tão amavelmente, ao longo deste estágio e por partilharem comigo as suas experiências de trabalho.

## Relatório de Estágio da Unidade Curricular de Emergência Médica

### Resumo

O Instituto Nacional de Emergência Médica é o organismo responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir a prestação de cuidados de saúde aos sinistrados ou vítimas de doença súbita.

A unidade curricular opcional de “Emergência Médica”, regida pelo Dr. Luís Meira, está compreendida no plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, como uma oportunidade aos alunos de expandir os conhecimentos teóricos e a prática clínica na área de emergência médica pré-hospitalar. A disciplina encontra-se dividida em dois módulos. O primeiro consiste em sessões teóricas e teórico-práticas e o segundo módulo nos estágios em meios INEM.

Houve um estágio em particular que me marcou e me levou a reflectir sobre o efeito que o stresse da EMPH tem sobre os seus profissionais.

Os profissionais da EMPH trabalham sob permanente pressão, tendo de lidar com uma multiplicidade de responsabilidades. Em vários países foi estimado que dois terços dos profissionais de saúde teriam repercussões nas actividades da vida diária pelo facto de lidarem diariamente com situações de grande stresse. Começa a surgir a necessidade de criar estruturas de apoio às entidades relacionadas com a EMPH pois a devida prestação de cuidados de saúde à população depende do bem-estar físico e psicológico destes indivíduos.

A realização deste estágio permitiu-me adquirir uma variedade de conhecimentos, sobre as várias situações de emergência e técnicas “life-saving”, e sobre o próprio funcionamento do INEM, que julgo ser importante para todos os alunos de Medicina.

## **Internship report of the optional unit of medical emergency**

### **Abstract**

The National Institute for Medical Emergency (INEM) is the body responsible for coordinating the operation of Integrated System of Emergency Medicine, in order to ensure the prompt and proper delivery of health care to victims of accidents or sudden illness.

The optional course "Emergency Medicine", conducted by Dr. Luis Meira, is included in the curriculum of the 6th year of Master in Medicine in FMUP as an opportunity for students to expand the theoretical knowledge and clinical practice in the area of pre-hospital medical emergency. The course is divided into two modules. The first consists of theoretical and theoretical-practical sessions and the second module is the several internships.

There was one internship in particular that struck me and led me to reflect on the effect that the stress of emergency medicine has on its staff.

These professionals work under constant pressure, dealing with a multitude of responsibilities. In several countries it was estimated that two thirds of the health professionals have their daily activities altered because of the constant dealing with situations of great stress. Therefore it's beginning to emerge the need to create support structures for those involved in the emergency medical care. The proper health care of the population depends on the welfare of these individuals, physically and psychologically.

The completion of this internship allowed me to purchase a variety of knowledge, both practical and theoretical, on the various emergency situations, "life-saving" techniques and upon the proper functioning of INEM, which I think is important for all medical students.

## Índice

<b>Lista de abreviaturas e siglas</b>	<b>5</b>
<b>Lista de figuras e tabelas</b>	<b>6</b>
<b>História da Emergência Médica em Portugal</b>	<b>7</b>
<b>INEM</b>	<b>8</b>
<b>INEM</b>	<b>8</b>
<b>Meios de emergência médica</b>	<b>9</b>
<b>Descrição das actividades realizadas no estágio</b>	<b>10</b>
<b>Descrição de um dia de estágio</b>	<b>11</b>
<b>O stresse dos profissionais da área de Emergência Médica no Pré-Hospitalar</b>	<b>13</b>
<b>Considerações finais</b>	<b>16</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>17</b>
<b>Anexos e Apêndices</b>	<b>18</b>

## Lista de Abreviaturas e Siglas

CCO - Consciente Colaborante e Orientado  
CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes  
CHPorto – Centro Hospitalar do Porto  
DRP-INEM - Delegação Regional do Porto do INEM  
ECG - Electrocardiograma  
EM - Emergência Médica;  
EMPH - Emergência Médica no Pré-Hospitalar  
EUA – Estados Unidos da América  
EV - Endovenoso  
FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
HSJ – Hospital São João  
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica  
MIM - Mestrado Integrado em Medicina  
PCR – Paragem Cardio-Respiratória  
PTSD - Stress pós-traumático  
SAV - Suporte Avançado de Vida  
SBV - Suporte Básico de Vida  
SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica  
SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias;  
TEP - Tromboembolismo pulmonar  
TSV - Taquicardia supra-ventricular  
TVP - Trombose Venosa Profunda  
UC - Unidade Curricular  
ULSM – Unidade local de Saúde de Matosinhos  
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Lista de Figuras

Figura 1 – Fases do SIEM

Figura 2 – Meios INEM

Figura 3 – Equipa do INEM

Figura 4 – Gráfico do motivo de accionamentos em meios INEM

Figura 5 – Descrição cronológica de um dia de estágio na VMER S. João

Figura 6 – Equipa da VMER

## **História da Emergência Médica em Portugal**

O conceito de Emergência Médica (EM) no Pré-Hospitalar (EMPH), apesar de relativamente recente em Portugal, rapidamente foi introduzido por todo o país.

A história da EM começa em Lisboa, em 1965, com o propósito de formar um serviço que assegurasse o transporte seguro dos doentes para o hospital mais próximo, a partir da activação do número nacional de EM, “115”. No entanto este serviço encontrava-se ao cargo da PSP, que não possuía formação específica na área da saúde.

À medida que este conceito se foi expandindo pelo país, sentiu-se a necessidade de, em 1971, criar uma entidade mais especializada, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA). O SNA ficou encarregue de assegurar a coordenação e a eficiência dos serviços de EM prestados aos sinistrados e doentes e seu respectivo transporte, além de ter assumido a coordenação do serviço 115.

Na década de 80 começou a introduzir-se um novo conceito de funcionamento da EM no pré-hospitalar, o de “Cadeia de Sobrevivência”, que levou à criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Consistia na estabilização do doente no terreno e posterior transporte para a unidade hospitalar.

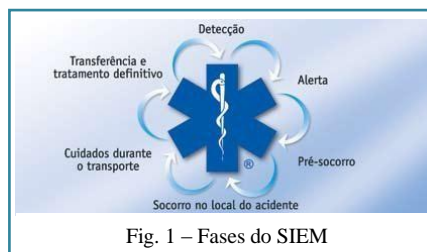
O primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) surgiu em 1987, na cidade de Lisboa e em 1989 surgiu o primeiro veículo tripulado por profissionais de saúde, com a possibilidade de prestar cuidados diferenciados.

Nos últimos anos, a EMPH evoluiu de algumas ambulâncias para um sistema integrado de Emergência Médica (SIEM), que se dedica a proporcionar aos Portugueses a melhor assistência.

## INEM

O INEM, tem por missão “*definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde*”.<sup>(7)</sup>

O SIEM consiste no conjunto de acções coordenadas a nível extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, de modo a possibilitar uma actuação rápida e eficaz dos meios em situações de EM. A demora em fornecer o apoio adequado pode resultar em graves consequências para o doente.



O INEM é um instituto público com autonomia administrativa e financeira, dirigido por um conselho directivo, dependente do Ministério da Saúde. É um organismo central com jurisdição sobre o território continental, possuindo serviços de apoio centrais e 4 delegações regionais. (anexo 1)

## Meios de emergência médica

De modo a desempenhar a sua função, o INEM dispõe de uma diversidade de meios, operados directamente ou, através de protocolos, por outras entidades.

O Sistema é accionado quando o “112” (número europeu de emergência) é marcado. O atendimento das chamadas cabe à PSP que, caso se trate de uma situação médica, transfere a chamada para o CODU da área regional. O CODU é responsável pelo atendimento e avaliação das chamadas, para depois proceder ao envio dos meios de socorro mais adequados à situação. (Ver apêndice 1)



Fig. 2 – Meios INEM

## Descrição das actividades realizadas no estágio

A Unidade curricular (UC) opcional de “Emergência Médica”, regida pelo Dr. Luís Meira, teve uma duração de duas semanas (96 horas). Está compreendida no plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da FMUP, como uma oportunidade aos alunos de expandirem os seus conhecimentos teóricos e a prática clínica na área de EMPH. O estágio foi dividido em dois módulos. No primeiro foi leccionada toda a formação teórica e teórico-prática, e o segundo módulo consistiu nos estágios práticos. (Ver apêndice 2)

Os objectivos propostos foram:

- ✿ Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente crítico;
- ✿ Identificar situações de emergência, discriminando-as;
- ✿ Conhecer os protocolos de actuação e aplicar algoritmos;
- ✿ Adquirir competência em técnicas de “life saving”;
- ✿ Tomar consciência da importância do trabalho em equipa e promover a responsabilização profissional nesta área.

O segundo módulo decorreu entre os dias 23 de Novembro e 4 de Dezembro, compreendendo os estágios nos meios do INEM. A realização dos estágios permitiu a assimilação das competências práticas enquadradas na realidade vivenciada na EMPH. (Ver apêndice 3, 5 e 6)



Fig. 3 – Equipa do INEM

Durante os estágios na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) e ambulância tive a oportunidade de participar nas checklist diárias, realizar pesquisas glicémicas, colocação de tubos de guedel, avaliar sinais vitais, monitorizar a vítima, prestar assistência à vítima de trauma, transporte de material e do doente ao SU dos hospitais.

Particpei numa totalidade de 16 saídas, nas quais pude presenciar diversas situações de emergência, em várias faixas etárias.

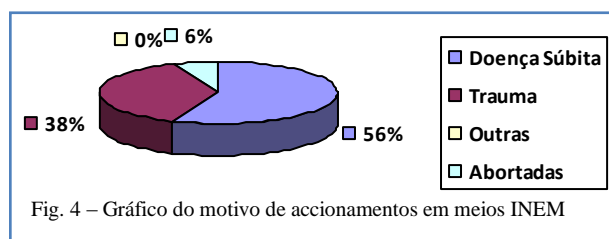


Fig. 4 – Gráfico do motivo de accionamentos em meios INEM

Ao ter efectuado estágios VMER em diferentes bases foi-me possível conhecer os diferentes obstáculos que cada uma encontra, as diferenças de actuação e de material mais específico que possuem.

### **Descrição de um dia de estágio**

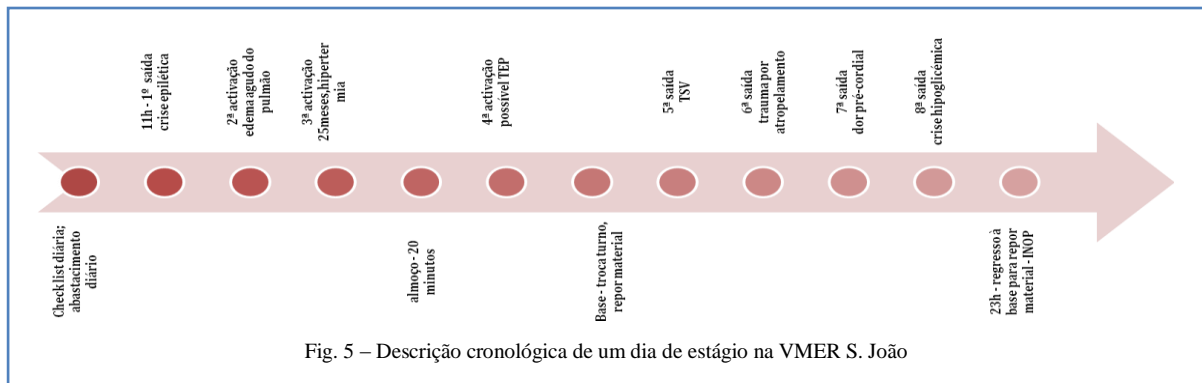
O estágio que mais me marcou iniciou-se às 8h na sede da VMER do S. João. Realizou-se a checklist diária e o abastecimento do veículo. Às 11h ocorreu a primeira activação, com uma saída para uma situação de feminino inconsciente, 47 anos, após crise epiléptica. Efectuou-se a estabilização e monitorização da doente com posterior transporte para o HSJ. No momento em que nos dirigíamos para a base recebemos outra chamada para um feminino de 88 anos, com suspeita de edema agudo do pulmão. Monitorizou-se a paciente, efectuou-se furosemida EV, nebulizações com salbutamol, atrovent, 2 ampolas de hidrocortisona e aspiração das secreções com posterior transporte acompanhado para o CHPorto. Ao regressar ao HSJ atribuem-nos uma saída para uma criança de 25 meses em hipertermia (temperatura rectal de 42°C) com crise tónico-clónica presenciada pela mãe. Efectuou-se paracetamol 250mg rectal, arrefecimento e foi transportado para o HSJ.

Após 20 minutos de termos iniciado o almoço recebemos uma chamada para um masculino de 67 anos, por síncope, com antecedentes de TVP recente e medicado com amiodarona. Por possibilidade de um TEP foi transportado para o ULSM. Nesse momento conseguimos regressar à base para efectuar a mudança da equipa e repor o material.

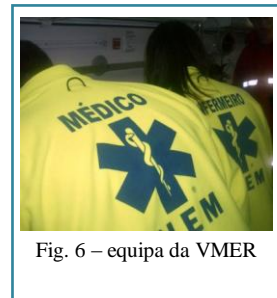
Nova chamada para feminino, 72 anos por TSV com flutter. Antecedentes de TEP e hipocoagulação com varfarina. Efectuou-se a monitorização, administrou-se bloqueador  $\beta$  com boa resposta e transportou-se a doente para o HSJ. Ao sair do SU do HSJ fomos contactados pelo CODU para uma situação de trauma por atropelamento. À chegada encontrava-se CCO e hemodinamicamente estável. Colocou-se o colar cervical, efectuou-se imobilização total, monitorização dos sinais vitais e transporte para o HSJ. Surgiu a sétima chamada do dia por dor pré-cordial num masculino de 64 anos. Após monitorização, não apresentava sinais de isquemia ao ECG, mas continuava taquicárdico e polipneico. Administrou-se morfina e nitratos, que não melhoraram a dor, e transportou-se para o CHPorto.

Durante o regresso à base tivemos que mudar o percurso por nova chamada para um feminino de 37 anos, por possível crise hipoglicémica de repetição. À chegada a paciente encontrava-se muito agitada, inconsciente, sem resposta. Foi transportada para o HSJ. Após o

transporte da doente foi necessário declarar a VMER S. João como inoperável para ser possível repor material.



Neste dia tomei consciência da responsabilidade profissional do médico na área da EMPH, da importância de saber identificar situações de emergência, conhecer os protocolos de actuação e do trabalho em equipa. Intevi em diversas situações de EM que creio que serão muito úteis no futuro.



## O stresse dos profissionais da área de EMPH

Após o dia de estágio que descrevi apercebi-me do stresse constante a que estão sujeitos os profissionais de EMPH, pelo que achei interessante abordar um pouco mais esta temática.

O stresse é um tema que tem vindo a ser valorizado e está fortemente associado ao trabalho.

A difícil realidade vivida pelos profissionais da área de EMPH faz com que se trate de indivíduos sujeitos a níveis de stresse mais elevados comparativamente à população em geral. No entanto, há tendência a pensar que os profissionais de saúde estão cientes destes problemas e que se destinam somente a cuidar das doenças dos outros.

Os profissionais na EMPH trabalham sob permanente pressão, tendo de lidar com uma multiplicidade de responsabilidades, como a necessidade de prestar socorro imediato às vítimas em situações adversas e com as frequentes decisões que envolvem a vida ou a morte. Adicionalmente, o elevado esforço físico e emocional a que estão sujeitos, a falta de reconhecimento profissional e o facto de terem de lidar frequentemente com a morte e o sofrimento são alguns dos factores que contribuem para o nível de stress mais elevado neste grupo. Em contrapartida, o facto de ser necessário trabalhar em equipa fornece algum tipo de suporte emocional entre os membros das equipas.

Os profissionais de EMPH lidam diariamente com situações altamente stressantes e a ritmos de trabalho superiores ao normal. Diariamente são solicitados para situações completamente desconhecidas, que variam desde simples quedas sem repercussões a acidentes com múltiplas vítimas, saídas envolvendo crianças nas mais variadas vertentes, vítimas politraumatizadas graves e catástrofes, entre outros.

Por mais que estes profissionais tentem lidar de maneira positiva, dando um significado às experiências, eles lidam com situações traumáticas diariamente e que inevitavelmente vão ter impacto nos seus comportamentos.

As consequências da exposição ocupacional dos profissionais de EMPH ao stresse ainda são muito desconhecidas, mas uma das principais preocupações é o stress pós-traumático (PTSD). Existem evidências que sugerem que o desenvolvimento de PTSD está relacionado com um alto risco de abuso de álcool e outras drogas. Um estudo efectuado nos EUA demonstrou que a exposição a eventos traumáticos pelos “socorristas” estava entre 80% e 100% e as taxas de PTSD mais de 20%. O consumo de álcool e uso de drogas entre os profissionais de EMPH foram relatados aproximadamente de 40%.<sup>(11)</sup>

Neste contexto já começam a ser desenvolvidos vários estudos acerca do stress pós-traumático na área de EMPH, apesar de em Portugal ainda ser uma área pouco explorada. De entre o resultado de alguns dos estudos é de referir que na Alemanha a prevalência do PTSD em bombeiros profissionais é de 18,2%, no Reino Unido 21% dos tripulantes de ambulância apresentam critérios de PTSD e na Suécia, apesar de apenas 21,5% dos tripulantes de ambulâncias estarem diagnosticados com PTSD, averiguou-se que cerca de 61,6% já estiveram expostos a situações traumáticas e apresentam algum tipo de sintomatologia do foro psicológico. Na Escócia, constatou-se que aproximadamente um terço dos tripulantes de ambulância apresenta níveis altos de psicopatologia geral (exaustão, PTSD).

Em Portugal foram realizadas recentemente duas investigações que tentaram quantificar o PTSD nos diversos trabalhadores em EMPH. O primeiro, realizado em 2004, mostrou que a taxa de ocorrência de PTSD na totalidade dos bombeiros voluntários era de 3,9%. No entanto um grande número de indivíduos admitia já ter passado por situações traumáticas que tiveram repercussões nas suas vidas, mas não recorreram a nenhum profissional de saúde.

Em 2007 foi efectuado outro estudo que verificou que 64% dos “socorristas” de EMPH apresenta sintomas de PTSD. Concluiu também que a idade e a escolaridade influenciam a maneira de lidar com os eventos stressantes, de atribuir significado às experiências. Os anos de experiência profissional aumentam a probabilidade de virem a desenvolver PTSD, pois aumenta também a exposição ao stress e a acontecimentos traumáticos. Este estudo atribuiu a alta incidência de PTSD nesta população com o facto de a maioria dos indivíduos que passam por situações traumáticas não procurarem ajuda especializada.

Foi realizada um outro tipo de investigação em Portugal que tentou avaliar a vulnerabilidade geral dos profissionais de EMPH ao stress, e não a existência de sintomas de PTSD. Concluiu que a maioria dos profissionais não apresentavam vulnerabilidade ao stress mas, dentro dos que apresentavam, os TAE seriam os que tinham valores mais altos sendo os enfermeiros os que apresentaram valores percentuais mais baixos. Constataram que as principais repercussões físicas do stress são as cefaleias, lombalgias e cervicalgias, enquanto a nível psicológico as alterações do sono, em particular insónias, e a exaustão foram os sintomas de destaque.

Posso concluir que apesar de já começar a existir a preocupação em relação ao stress que a área de EMPH comporta e as repercussões nos seus profissionais, ainda é um tema que precisa de ser muito desenvolvido. Estes indivíduos têm a responsabilidade de prestar

cuidados de saúde em situações urgentes, necessitam de tomar decisões num curto espaço de tempo e que envolvem normalmente decisões de vida ou morte.

A forma como cada indivíduo lida com os diferentes acontecimentos constitui um importante factor para o desenvolvimento de PTSD. Perante o mesmo acontecimento as pessoas são afectadas de forma diferente, dependendo da sua personalidade e da capacidade de lidar com as situações stressantes.

A partir dos vários estudos realizados podemos explicar a elevada presença de PTSD nestes indivíduos, tanto em Portugal como noutros países, pelo facto da maioria dos profissionais não recorrerem a ajuda especializada quando se sentem afectados pelo stresse com que lidam diariamente.

A necessidade de dar apoio psicológico a estes profissionais, no sentido de atenuar os sintomas de stresse decorrentes da exposição a eventos de carácter traumático bem como o perfil global da sua profissão em si stressante, deveria ser algo a melhorar. O INEM já dispõe de uma divisão de apoio psicológico, tanto para a população em geral como para os seus profissionais.

Em vários países foi estimado que dois terços dos profissionais de saúde teriam repercussões nas actividades da vida diária pelo facto de lidarem diariamente com situações de grande stresse. Nesse sentido é necessário investir mais na criação de estruturas de aconselhamento e apoio nas entidades relacionadas com a EMPH pois a prestação de cuidados de saúde à população depende do bem-estar físico e psicológico destes indivíduos.

## Considerações finais

A escolha desta UC opcional teve por objectivo conhecer a realidade da EMPH, pois é um tema que não é abordado ao longo do MIM-FMUP. Na minha opinião a formação médica deve abranger mais que o ensino hospitalar, pois é essencial que um médico saiba actuar adequadamente num contexto de EMPH, uma vez que a sua capacidade de acção pode salvar uma vida.

Desta maneira, posso concluir que a realização deste estágio foi gratificante, tendo excedido as minhas expectativas. Permitiu-me adquirir conhecimentos teóricos vastos na área de EMPH e a consolidação dos mesmos através da vivência de situações práticas. Sou da opinião que deveria existir uma UC de EM no currículo do MIM-FMUP, pois considero uma mais valia para qualquer aluno de medicina.

Apercebi-me da importância de um bom funcionamento pelos vários elementos do SIEM, e dos diversos obstáculos com que se deparam todos os dias.

Durante os estágios que efectuei pude presenciar diversas situações de emergência. No entanto não tive a oportunidade de assistir a uma situação de PCR, nem de visualizar a aplicação dos algoritmos de SBV e SAV.

Apesar de concordar que o estágio CODU é essencial, pois permite conhecer o seu funcionamento e obstáculos, sou da opinião que 6 horas são suficientes para conhecer a sua dinâmica e que as restantes horas poderiam ser utilizadas num estágio adicional de VMER.

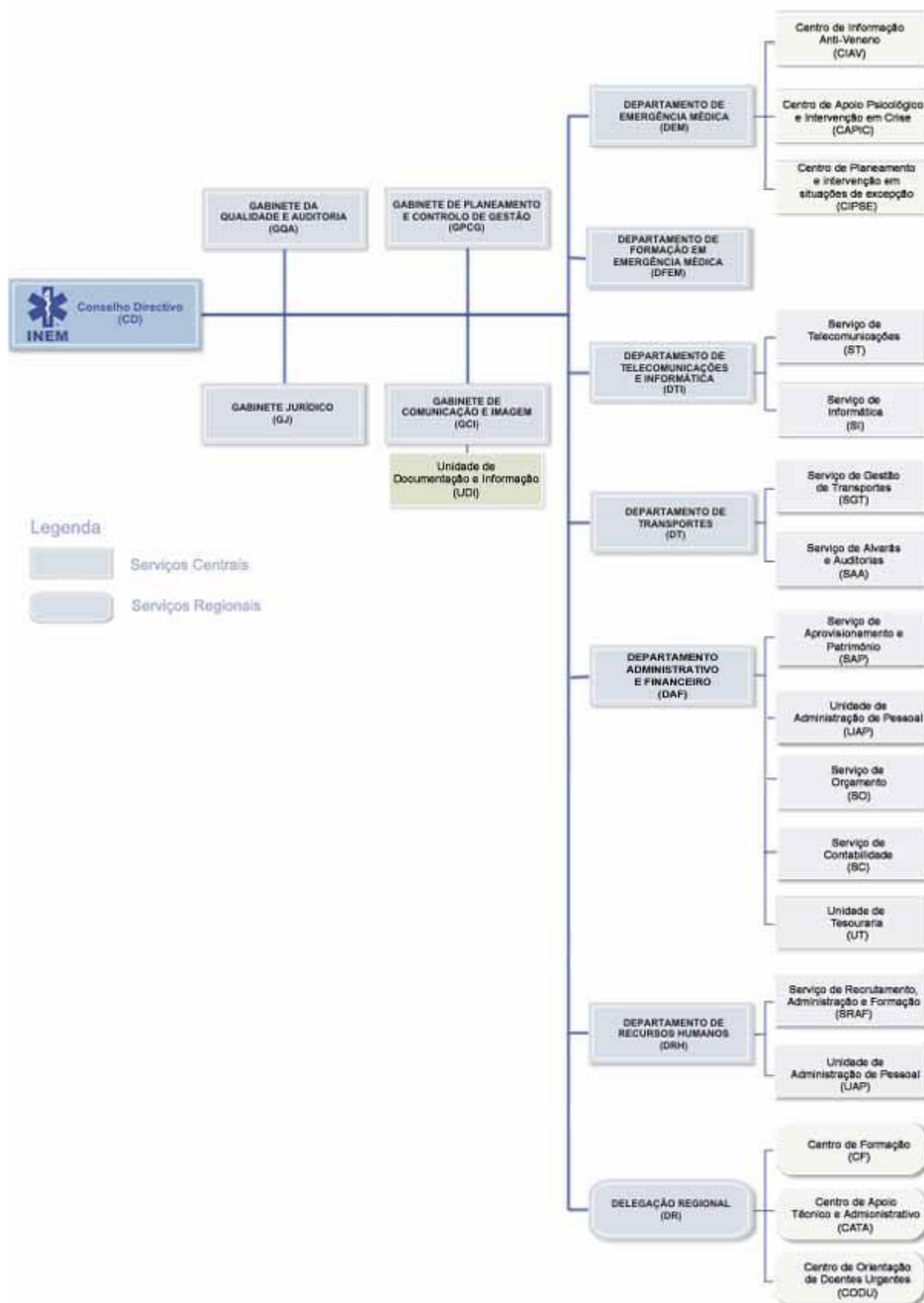
Também sou da opinião que o número de ECTS atribuídos a esta disciplina não corresponde à carga horária e à exigência que a mesma possui.

## Bibliografia

1. Prospecto da disciplina opcional de Emergência Médica.
2. Estágio da disciplina opcional “Emergência Médica”. INEM e FMUP.
3. Instituto Nacional de Emergência Médica. Website: [www.inem.pt](http://www.inem.pt); 2009.
4. Manual de Suporte Avançado de Vida. INEM.
5. Manual de técnicas de extracção e imobilização da vítima. INEM.
6. Via Verde para a Vida (Newsletter do INEM), Setembro de 2008, Lisboa
7. Diário da República – 1ª Série – nº 103 – 29 de Maio de 2007 – Decreto-Lei nº 220/2007
8. “O funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal” - <http://www.inem.pt/document/468473/487642.pdf>
9. Amaro HJF, Jesus SND. Vulnerabilidade ao stresse em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 2008 Jan-Jun; 16 (1): 62-70.
10. Marcelino D, Figueiras MJ. A Perturbação pós-stresse traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno da coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2007; 8 (1): 95-108.
11. Donnelly E, Siebert D. Occupational risk factors in the emergency medical services. *Prehosp Disaster Med*, 2009 Set-Out; 24 (5): 422-429.



## Anexo 1 – Organograma do INEM



**Anexo 2 – Horário e Distribuição das actividades da unidade curricular opcional: “Emergência Médica”**



Disciplina Opcional "EMERGÊNCIA MÉDICA"																								
Módulo Teórico-Prático				Visitas de Estudo		Estágios																		
Dia 1		Dia 2		Dia 1		Dia 2		Dia 3		Dia 4		Dia 5		Dia 6		Dia 7		Dia 8		Dia 9		Dia 10		
Sábado		Sábado		Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta		Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta		
								08.00		08.00		08.00		08.00		08.00		08.00		08.00		08.00		
09.00	Apresentação O SIEM	09.00	SAV Teoria II	09.00	Apresentação	09.00	Visita de Estudo Hel2																	
10.00	SAV Teoria I	10.00	Demonstração de SAV	10.00	O INEM																			ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER
12.00	Práticas SBV	13.00	Práticas SAV	11.00	Visita de Estudo Delegação Regional do Porto do INEM																			
13.00	Almoço	13.00	Almoço	13.00	Almoço	13.00			ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER		ESTÁGIOS Ambulâncias CODU VMER	14.00
14.00	SAV Teoria II	14.00	Práticas do SAV	14.00	Marcação de estágios	14.00	Trauma Teoria																14.00	
16.00	Competências SAV	17.00		15.00	15.00	Visita de Estudo Delegação Regional do Porto do INEM	16.00	Técnicas de Trauma																16.00
18.00	Ritmos, Via Aérea e Desfibrilhação	17.00		18.00	18.00		18.00																	
																								17.00
																								18.00
																								18.00

### Anexo 3 – Fichas de Realização de estágios em Meio INEM



#### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: LEONOR FONTES MOLARINHO CAEMO

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 3 / 12 / 09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SBV (Porto 1)

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Caemo  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Guis Vaz Fortes

#### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

① ♀, 64 a, queda de própria altura e hematoma no frontal e diminuição da mobilidade do punho esquerdo. Transportada para o HGSA.

② ♀, 78 a, queda de própria altura (des-  
quilíbrio-se). Refere dor à mobilização  
do joelho mas mantém mobilidade total.  
Transportada para o HSS.

③ ♂, 31 a, queda com impacto no  
frontal e em seguida na região occi-  
pital. Náuseas, cefaleias e tonturas asso-  
ciadas. Transportada para o HGSA.

④ ♀, 68 a, queda de própria altura.  
Dor à mobilização do HS esquerdo.  
Transportada para o HGSA

A estagiária mostrou  
empenho e interesse  
nas situações, colaborando  
sempre que solicitada.



Instituto Nacional de Emergência Médica

## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: LEONOR FOLTES MOLARINHO CAEHO

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 2 / 12 / 09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: SBV (Ponto 2)

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Caeho

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Cláudia Magro

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

① ♀, 96 anos, queda de própria altura sem perda de consciência. À chegada estava CCO, com rotação e encurtamento do MI esquerdo → Provável fratura do fêmur. Transportada para o H.S.J.

Demonstra interesse pela actividade. Foi sempre activa e participativa durante as ocorrências.



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: LEONOR FONTES MOLARINHO CAEMO

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 2 / 12 / 09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: CODU

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Caemo

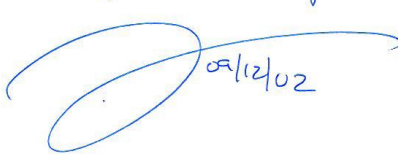
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Zui Manuel C. C. Fernandes

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

A Leonor teve uma boa adaptação e cumpriu os objetivos do estágio

  
09/12/09



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: LEONOR FONTES MOLARINHA CARMO

OBJECTIVOS: \_\_\_\_\_

Coordenador do Estágio: \_\_\_\_\_

Data: 27/11/09 Turno:  Manhã  Tarde CODU: \_\_\_\_\_

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

Assinaturas: O Estagiário \_\_\_\_\_

O Médico Regulador Salvo Carlos Silva

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

Empty box for the student's observations.

1º Estágio de Codu.  
Passou pelo atendimento  
accidental e falha  
de dados.  
Participação activa durante

Salvo Carlos Silva



Instituto Nacional de Emergência Médica

## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Leonor Fontes Malveinho Carmona

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 07/12/09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Carmona

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Susana Graça

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Aluna muito interessada pela área da emergência médica. Extremamente participativa, realçando conhecimento dos procedimentos e algoritmos de decisão.  
Paralelamente, uma futura "VENERISTA"!  
Susana  
43666



Instituto Nacional de Emergência Médica

## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Leonor Fontes Madaleno Carmo

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 24/11/09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VNER Sto. António

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Carmo

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Hugo Martins

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

① ♂, 50 anos com hematemese e perda de consciência. À chegada encontrava-se cco, hemodinamicamente estável, com abdómen doloroso à palpação.  
Atc de cirose, alcoolismo e hematoqueias;  
Foi monitorizado (taquicardia sinusal) e transportado para o HGSA (por suspeita de varizes esofágicas com sangramento activo).

A estagiária cumpriu plenamente os objectivos a que se propôs:  
- Integrou-se muito bem na equipa  
- Fez check list de material  
- Teve a oportunidade de abordar de forma sistematizada um caso de Hemorragia  
- Mostrou conhecer os protocolos de Actuação



## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Leonor Fontes Molazinho Carzmo

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 25/11/09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER São António João

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

Assinaturas: O Estagiário Leonor Carzmo  
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Pluresde (43378)

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

① ♀ 56 anos, encontrada inconsciente e teve 1 crise epiléptica ("de novo"). À chegada da VMER continuava inconsciente, tendo surgido outra crise de epilepsia. Atc neoplasia da tireóide, dislipidémica. A ECG era de

Foi monitorizada, colocou-se um tubo de Guedel e foi transportada para o HST.

② ♀, 88 anos, suspeita de Edema Agudo do Pulmão. À chegada estava com dispneia, cianótica e com ruídos respiratórios audíveis. Atc de Alzheimer, sopro sistólico e dep. das AVD

Foi monitorizada, realizou 80mg de Furosemida EV e nebulizações com Salbutamol, atrovent e fez 2 ampolas de hidrocortisona. Foi aspirada com muitas secreções oro-faríngeas. À auscultaçãõ não tinha evidências de EAP, foi transportada para o HGSA com acompanhamento médico.

Resumiram os objectivos e que se propôs:

- Trabalho de equipa
- Empetição
- Jogo de situações de emergência

Pluresde (43378)



Instituto Nacional de Emergência Médica

## FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Leonor Fontes Holazeirinho Carmona

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 25/10/09 Turno:  Manhã  Tarde Meio: VMER S. João

Nº DE ACTIVAÇÕES: 6 Doença Súbita: 5 Trauma: 1 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário Leonor Carmona

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Duarte (43378)

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

① ♂, 25 meses; Antecedentes de bronquiolites de repetição medicadas com plumbycart. À chegada apresenta toux tremorosa, temperatura rectal  $>42^{\circ}\text{C}$ , com  $\text{SatO}_2$  100% e FC de 147. Teria efectuado paracetamol 4h antes e tido 1 crise tónica-clónica presenciada pela mãe. Efectou-se paracetamol 250mg rectal e arrefecimento e foi transportado para o HST.

② ♂, 67a, síncope. Atc de TVP e medicado com amiodarona. Possível TEP? Transportado para o HPH

③ ♀, 72a TSV com flutter. <sup>Atc</sup> TEP e hipocoagulada com varfarina. Administramos bloq.  $\beta$  com boa resposta. Transportada para o HST.

④ ♂, 13a; atropelamento. CCO, hemodinâmica // estável. Transportado para o HST.

⑤ ♂, 64a, dor pré-cordial. Sem sinais de isquemia no ECG, mas sem melhoria após administração de morfina e nitratos. Transportado para o HGSA.

⑥ ♀, 37a, crise hipoglicémica. Transportada para o HST.

Reuniram os objectivos e  
se propôs:

- competência
- trabalho de equipa
- gestão de situações de emergência

Duarte (43378)

## Apêndice 1 – Descrição dos vários meios do INEM

O Sistema é accionado quando o “112” é marcado. Caso se trate de uma situação médica, a chamada é transferida para o CODU da área regional



Fig. 1 – Sede do CODU

O **CODU** é responsável pelo atendimento e subsequente triagem médica, aconselhamento e avaliação das chamadas, para depois proceder ao envio dos meios de socorro mais adequados à situação. A decisão de quais os meios a enviar varia de acordo com a urgência da situação.

O seu funcionamento é assegurado ao longo de 24 horas/dia por uma equipa de profissionais (médicos reguladores e técnicos operadores de telecomunicações urgentes - TOTE) com formação específica e sob orientação médica. Existem quatro centros CODU que, em 2007, totalizaram a cobertura de 100% da população de Portugal Continental.

O CODU acompanha as equipas de socorro no terreno monitorizando as suas acções e, de acordo com a informação clínica transmitida, selecciona e prepara a recepção hospitalar dos doentes, com base nos critérios clínicos, geográficos e de recursos do Hospital de destino.



Fig. 2 – Ambulância SBV do INEM

As **Ambulâncias SBV** são activadas perante uma situação emergente **mas sem perigo de vida ou para darem apoio à VMER, destinadas a aplicar medidas de SBV**. São tripuladas por dois técnicos de ambulância de emergência (TAE) e estão activas 24h/dia todo o ano. Existem outros dois tipos de ambulâncias que garantem cuidados de saúde mais especializadas que o SBV. A **ambulância SIV**, tripulada por um enfermeiro e um TAE, permite a prestação de cuidados de saúde mais diferenciados, cumprindo protocolos médicos específicos. Existe ainda uma ambulância destinada ao cuidado e transporte de recém-nascidos de risco e prematuros, para hospitais onde existam unidades de neonatologia. É tripulada por um TAE, um enfermeiro e um médico com experiência na neonatologia.



Fig. 3 – VMER do INEM

A **Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)** é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra a vítima, em situações de perigo de vida. É tripulada por um médico e um enfermeiro.

As VMER têm base hospitalar, e têm como objectivo a aplicação de algoritmos de SAV, estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas em situações de emergência.

"A prioridade não deve ser o transporte da vítima aos meios, mas sim o transporte dos meios à vítima" <sup>(3)</sup>

Os **Helicópteros** de EM estão equipados com material de SAV e são destinados ao transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e um hospital. São tripulados por dois pilotos, um médico e um enfermeiro. A frota do INEM é constituída por 5 helicópteros, sediados em Lisboa, no Porto, Macedo de Cavaleiros, Santa Comba Dão e Loulé.



Fig. 4 – Helicóptero INEM



Fig. 5 – Mota INEM

A **Mota** de EM foi criada para superar as dificuldades encontradas nos meios urbanos e nas horas de trânsito, permitindo chegar mais rapidamente ao local. Está equipada com material que permite ao TAE adoptar as medidas iniciais de estabilização da vítima até que seja possível o seu transporte.

Fazem ainda parte do INEM o Centro de Informação Anti-Venenos, o Centro Médico de Informação Toxicológica e o CODU Mar que tem a missão de prestar ajuda médica a situações relacionadas com navegadores.

## Apêndice 2 - Descrição das actividades realizadas no primeiro módulo do estágio

As sessões teóricas e teórico-práticas ocorreram em simultâneo, no dia 31 de Outubro e 7 de Novembro, na delegação do Norte do INEM (DRP-INEM), num ambiente de interacção entre alunos e formadores. Foram fornecidos aos alunos dois manuais de apoio às sessões, o “Manual de SAV” e “Manual de Técnicas de Extracção e Imobilização da Vítima”.

As sessões teórico-práticas consistiram na demonstração da aplicação prática dos conhecimentos teórico adquiridos. Foram realizadas simulações de situações de emergência em bancas práticas de demonstração de competências. A demonstração prática facilitou a compreensão do papel e a importância que cada elemento tem numa situação de EM.

O tema trauma só foi abordado no último dia do estágio, o que dificultou a interacção nestas saídas.

A avaliação prática foi realizada no fim do primeiro módulo e a avaliação teórica foi efectuada no último dia da UC. (anexo 2)

31 de Outubro

- \* Sessão teórica:
  - \* Abertura/SIEM; Segurança/Riscos para a equipa; Principais emergências médicas; SAV em perspectiva/ Algoritmo do SBV;
  - \* Abordagem da via aérea; Reconhecimento de ritmos; Desfibrilhação e Pacing; Fármacos e vias de administração; Algoritmos de SAV;
- \* Prática de:
  - \* SBV;
  - \* Competências Específicas;

7 de Novembro

- \* Sessão teórica: Relembrar os algoritmos de SAV; PCR em circunstâncias especiais; Disritmias peri-PCR; Cuidados pós-reanimação;
- \* Sessão Prática: Demonstrações SAV (Casos Clínicos);
- \* Avaliação prática do módulo de SAV.

4 de Dezembro

- \* Avaliação teórica dos módulos leccionados;
- \* Sessão Teórica: Abertura do módulo trauma: abordagem do traumatizado, Traumatismo Crânio Encefálico, Vertebro-Medular, Torácico e Abdominal; Trauma em grupos especiais.

Realizaram-se também duas visitas de estudo. Uma à base do helicóptero INEM, sediada no HPH, em que tivemos a oportunidade de ver uma saída do helicóptero, que ia transportar um doente para Lisboa, para a Unidade de Cardiologia Pediátrica.

A segunda visita de estudo foi à DRN-INEM, onde tivemos contacto com as instalações do CODU e com os diferentes meios do INEM e o material por eles transportado.

### Apêndice 3 - Descrição das actividades realizadas no segundo módulo do estágio

Foram realizados 8 estágios orientados nas áreas de actuação do SIEM (apêndice 1):

- ✿ 2 estágios no CODU, com duração de 12h, em que foi possível visualizar as várias etapas (desde o atendimento das chamadas até à recepção de dados) e compreender as dificuldades enfrentadas;
- ✿ 2 estágios em ambulância SBV, num total de 12h, efectuados nas unidades Porto 1 e Porto 2; (ver tabela 1)
- ✿ 4 estágios de VMER, com duração total de 24h, divididos pela VMER de S. João, Sto. António e Gaia; (ver tabela 1)

Participei numa totalidade de 16 saídas, nas quais pude presenciar diversas situações de emergência, em várias faixas etárias.

	VMER				SBV	
	Sto António	Gaia	S. João 1	S. João 2	Porto 2	Porto 1
Nº de activações	1	2	2	6	1	4
Doença Súbita	1	1	2	5	-	-
Trauma	-	-	-	1	1	4
Outras	-	-	-	-	-	-
Abortada	-	1	-	-	-	-

Tabela 1 - Descrição das saídas nos estágios realizados

**Apêndice 4 – Horário e Distribuição dos estágios da unidade curricular opcional: “Emergência Médica”**

	<b>2ª feira</b> <b>23/11</b>	<b>3ªfeira</b> <b>24/11</b>	<b>4ªfeira</b> <b>25/11</b>	<b>5ªfeira</b> <b>26/11</b>	<b>6ª feira</b> <b>27/11</b>	<b>2ª feira</b> <b>30/11</b>	<b>3ªfeira</b> <b>01/12</b>	<b>4ªfeira</b> <b>02/12</b>	<b>5ª feira</b> <b>03/12</b>	<b>6ª feira</b> <b>04/12</b>	<b>2ª feira</b> <b>07/12</b>
<b>8h-14h</b>	Introdução		VMER São João	Visita de Estudo	CODU		<b>Feriado</b>	SBV Porto 2	SBV Porto 1		
<b>14h- 20h</b>		VMER Santo António									

### Apêndice 5 – Descrição das saídas efectuadas na VMER

	Estágios	Motivo da saída	Estado do paciente à chegada	Intervenções desempenhadas	Papel desempenhado Pela aluna	Transporte acompanhado
Viatura Médica de Emergência e Reanimação	VMER São João	Sexo feminino, 47 anos, suspeita de Crise epiléptica	Inconsciente; Antecedentes de neo. da tiróide;	Efectuou-se a estabilização e monitorização da doente	Colocação do tubo de guedel; Monitorização da doente	Sim
		Sexo feminino, 88 anos, suspeita de Edema Agudo do Pulmão	CCO, dispneia, ruídos respiratórios audíveis e cianótica.	Monitorizou-se a paciente, efectuou-se furosemida EV, nebulizações com salbutamol, atrovent, 2 ampolas de hidrocortisona e aspiração das secreções	Monitorização da doente	Sim
		Sexo masculino, 25 meses Episódio convulsivo	Em hipertermia (temperatura rectal de 42°C) com crise tónico-clónica presenciada pela mãe e novamente presenciada pelo INEM	Paracetamol 250 mg rectal; Arrefecimento;	Monitorização do doente; Exame físico;	Sim

		Doente do sexo masculino de 67 anos, por síncope,	CCO, com ligeira dispneia. Hemodinamicamente estável; antecedentes de TVP recente e medicado com amiodarona. TEP?	Oxigenoterapia	Monitorização do doente; ACP	Sim
		Doente do sexo feminino, 72 anos por TSV com flutter.	CCO em TSV Antecedentes de TEP e hipocoagulação com varfarina.	Efectuou-se a monitorização, administrou-se bloqueador $\beta$ com boa resposta	Monitorização do doente;	Sim
		Sexo masculino, trauma por atropelamento.	À chegada encontrava-se CCO e hemodinamicamente estável. Sem lesões aparentes.	Colocou-se o colar cervical, efectuou-se imobilização total, monitorização dos sinais vitais	Auxiliar a imobilização e monitorização do doente;	Sim
		Sexo masculino de 64 anos, por dor pré-cordial	CCO, não apresentava sinais de isquemia ao ECG, mas continuava taquicárdico e polipneico	Administrou-se morfina e nitratos, que não melhoraram a dor	Monitorização do doente	Sim

		Sexo feminino de 37 anos, por possível crise hipoglicémica de repetição	À chegada a paciente encontrava-se muito agitada, inconsciente, sem resposta.	Efectuou-se a estabilização hemodinâmica da doente;	Monitorização da doente	Sim
VMER Santo António		Doente sexo masculino com perda de consciência e hematemeses	CCO, hemodinamicamente estável, com defesa à palpação abdominal. Antecedentes de alcoolismo e cirrose hepática.	Fluidoterapia	Monitorização do doente (taquicardia sinusal); Exame físico;	Não
VMER Gaia		Doente do sexo masculino com alteração do estado de consciência e dificuldade respiratória	Consciente, desorientado e agressivo. Hemodinamicamente estável, com ligeira dispneia. Antecedentes de Alzheimer	Fluidoterapia, analgesia, Aspiração das crepitações.	Monitorização do doente; ACP: crepitações bibasais inspiratórias.	Sim

### Apêndice 6 – Descrição das saídas efectuadas no meio Ambulância

Ambulâncias SBV	SBV PORTO 1	Sexo feminino, 64 anos, queda da própria altura	CCO, hematoma frontal e diminuição da mobilidade do punho esquerdo	Efectuou-se a estabilização doente e transporte	Medição do perfil tensional;	Sim
		Sexo feminino, 80 anos, queda da própria altura	CCO, dor à mobilidade do joelho esq mas mantém mobilidade total	Efectuou-se a estabilização doente e transporte		Sim
		Sexo feminino, 68 anos, queda da própria altura	CCO, dor à mobilização do MS esquerdo	Efectuou-se a estabilização doente e transporte		Sim
		Sexo masculino, 31 anos, queda nas escadas com impacto na região frontal e occipital	CCO, hematoma frontal e occipital. Associado a náuseas, tonturas e cefaleias.	Efectuou-se a estabilização doente e transporte	Monitorização do doente;	Sim
	PORTO 2	Sexo feminino, 96 anos, queda da própria altura	Sem perda de consciência, CCO, com rotação e encurtamento do MI esq.	Provável fractura do fémur – imobilização com maca de extracção e transporte	Imobilização da doente;	Sim

