



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa  
Relatório de estágio em Emergência Médica

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa  
Relatório de estágio em Emergência Médica

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Emergência Médica**

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:**

**Dr. Luis Meira**

**Abril, 2010**

**FMUP**



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**FMUP**

# AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos:

- ao **INEM**, em particular ao **Dr. Luís Meira, Dr. António Tábuas, Mestre Isabel Rocha e Mestre Rui Campus**, pela coordenação dos estágios e pelo entusiasmo e dedicação na partilha de conhecimentos e vivências na área da Emergência Médica;
- ao **Dr. Luis Meira** e à **Mestre Isabel Rocha**, pela orientação dada neste Relatório de Estágio;
- aos **TAE's, Médicos VMER, Enfermeiros VMER, Enfermeiros SIV, Médicos reguladores CODU, Enfermeiros CODU, Operadores Comunicação CODU**, com os quais contactei durante os estágios: pelo profissionalismo, ensinamentos, integração e óptimo ambiente de equipa que sempre me proporcionaram;
- à **SONAE**, na pessoa da **Dr<sup>a</sup> Amélia Fontoura**, por toda a disponibilidade e esclarecimentos prestados;
- à **Doutora Cristina Granja**, directora do Departamento de Emergência e Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano, pela cedência de imagens e informação;
- à **FMUP**, aos seus professores, técnicos e demais profissionais, pelo papel decisivo no meu crescimento profissional e pessoal;
- Por último, mas não menos importante, à minha **família e amigos**, em particular aos meus **pais**, ao meu **irmão** e à minha **cunhada**, pela paciência, pelo apoio constante e por serem a base do meu trampolim.

**Nome:** Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

**Endereço electrónico:** martadias.sousa@gmail.com

**Título do Relatório de Estágio:** Relatório de estágio em Emergência Médica

**Nome do Orientador:** Dr. Luis Meira

**Ano de conclusão:** 2010

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

É autorizada a reprodução integral desta 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 de Abril de 2010.

Assinatura: Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

Eu, Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa, abaixo assinado, nº mecanográfico 0408014181, aluno 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 Abril 2010.

Assinatura:

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

## **RESUMO**

A possibilidade de frequentar uma Disciplina Opcional de Emergência Médica (EM) apresentou-se como forma de colmatar a insuficiente formação pré-graduada nesta área, a qual não confere ao estudante de medicina conhecimentos para actuar em situações de emergência.

Esta disciplina, integrada no currículo do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), consistiu num estágio de 2 semanas de prática clínica no INEM.

Primando por uma excelente organização, o estágio contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional, nos 3 níveis de prestação de cuidados (SBV, SAV, SIV) e tornou evidente o desconhecimento da sociedade em geral relativamente à organização e funções do INEM, a assimetria de prestação de cuidados de saúde entre o litoral e interior do país e a escassez de profissionais de saúde especializados em EM.

Neste relatório é efectuada uma reflexão sobre o uso de DAEs em locais públicos e uma avaliação do programa de DAE implementado pela SONAE nos Modelo Continente Hipermercados (MCH) em 2004. Portugal está a dar os primeiros passos nesta área, sendo poucas as entidades que já implementaram um programa de DAE. A SONAE foi uma das pioneiras, encontrando-se actualmente com um total de 42 operacionais DAE.

Ressalta a necessidade de continuar a investir na área da EM, apostando numa formação qualificada e certificada, numa melhor gestão de recursos e numa sensibilização e envolvimento de toda a sociedade civil. Contribui-se desta forma para o desenvolvimento continuado e sustentado da EM em Portugal.

## ABSTRACT

The possibility of attending an optional subject in EM was a way to complement the insufficient under-graduated formation in Emergency Medicine (EM), which doesn't give knowledge for medical students to act in emergency situations.

This subject, included in the curriculum of the 6<sup>th</sup> year of the Integrated Master in Medicine of the Oporto University, consisted of a 2 weeks' clinical practice internship in INEM.

Priming for an excellent organization, this internship contributed for a personal and professional enrichment, in the 3 levels of care taking (BLS, ILS, ALS) and turned evident the lacking of knowledge about the organization and mission of INEM, the asymmetry of health care taking between the littoral and the interior of the country, and the lack of specialists in EM.

In this report, it was made an approach of the EADs use in public places and an evaluation of the AED program implemented by SONAE in the *Modelo Continente Hipermercados (MCH)*, in 2004. Portugal is taking the first steps in this area, and the number of entities who initiated an AED program is still low. SONAE was one of the pioneers, having nowadays a total number of 42 AED operational elements.

It salts the necessity of continuing the investment in this area, providing a qualified and certificated formation, a better manage of resources and an involvement of all society. We contribute this way to a continued and sustained development of EM in Portugal.

# ÍNDICE

Lista de abreviaturas e siglas .....	8
Lista de figuras .....	10
Lista de gráficos.....	11
Lista de tabelas .....	12
1 - Introdução.....	13
1.1 - Motivações do aluno – porquê emergência médica?.....	13
1.2 - Objectivos do estágio .....	13
2 - Emergência médica e o INEM .....	14
3 - Relatório de actividades .....	16
3.1- Descrição do estágio.....	18
3.2 - Análise crítica.....	18
4 – DAE em locais públicos – qualquer um pode reverter uma PCR?.....	20
4.1. Programa de DAE da SONAE nos Modelo Continente Hipermercados (MCH) .....	23
4.1.1 - Formação e certificação .....	24
4.1.2 - DAE - equipamento e manutenção.....	24
4.1.3 - DAE - localização.....	25
4.1.4 – Modo de actuação .....	26
4.1.5 - Controlo de qualidade e auditoria médica permanente .....	27
4.1.5.1 - Simulacros de emergência.....	27
4.1.5.2 - Recertificações .....	27
4.1.5.3 - Registos/leitura de todas as activações de DAE .....	27
4.1.6 - Custos .....	28
5 - Considerações Finais.....	32
Bibliografia.....	34

Apêñices:

Apêndice I - Emergência médica: evolução no tempo .....	37
Apêndice II - Emergência médica e o INEM .....	38
Apêndice III - Calendário de actividades .....	40
Apêndice IV - Estágio: casos clínicos .....	41
Apêndice V - Número e localização dos DAEs nos MCHs .....	49
Anexo VI - Plantas dos estabelecimentos SONAE – localização do DAE .....	50
Apêndice VII - Simulacro de Emergência - MCH Guia 2009.....	52
Apêndice VIII - Visita de campo: MCH Matosinhos .....	53
Apêndice XIX - Fichas informativas de realização dos estágios.....	54

Anexos:

Anexo I - Organograma do INEM.....	64
Anexo II - Plano do curso de DAE dos Operacionais da SONAE .....	65
Anexo III - Operacionais DAE – termo de responsabilidade .....	66

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CIAV** - Centro de Informação Anti-Venenos;

**CHG** - Centro Hospitalar de Gaia;

**CHP** - Centro Hospitalar do Porto;

**CHPVVC** - Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim e Vila do Conde;

**CODU** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

**CODU-Mar** - Centro de Orientação de Doentes Urgentes para situações ocorridas no Mar;

**CPR** - Conselho Português de Ressuscitação;

**DAE** - Desfibrilhador Automático Externo;

**DRP-INEM** - Delegação Regional do Porto do INEM;

**EAM** - Enfarte Agudo do Miocárdio;

**ECTS** - *European Credit Transfer and Accumulation System*;

**EM** - Emergência Médica;

**ERC** - *European Resuscitation Council*;

**ESC** - *European Society of Cardiology*;

**FMUP** - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

**FV** - Fibrilhação Ventricular;

**ILCOR** - *International Liaison Committee On Resuscitation*;

**INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica;

**JN** - Jornal de Notícias;

**MCH** - Modelo Continente Hipermercados;

**MIM** - Mestrado Integrado em Medicina;

**MS** - Morte Súbita;

**PCR** - Paragem Córdio-Respiratória;

**PND AE** - Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa;

**PSP** - Polícia de Segurança Pública;

**RNPCR-PH** - Registo Nacional de Paragem Cardio-Respiratória Pré-Hospitalar;

**SAV** - Suporte Avançado de Vida;

**SBV** - Suporte Básico de Vida;

**SIEM** - Sistema Integrado de Emergência Médica;

**SIV** - Suporte Imediato de Vida;

**SNA** - Serviço Nacional de Ambulâncias;

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde;

**SSPH** - Sistema de Socorro Pré-Hospitalar;

**TAE** - Técnico de Ambulância de Emergência;

**VMER** - Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fichas de registo de PCRs no Pré-Hospitalar .....	21
<b>Figura 2</b> - Cartão identificativo do Operacional de DAE.....	24
<b>Figura 3</b> - Modelos de DAEs da REMEDITEC S.A .....	24
<b>Figura 4</b> - Plantas de estabelecimentos MCH, com identificação da localização do DAE .....	25
<b>Figura 5</b> - Localização de DAE e mala de emergência no MCH de Matosinhos (cabine de segurança) .....	25
<b>Figura 6</b> - DAE fixado em local público, num dos MCH .....	26
<b>Figura 7</b> – Imagens de actuação dos Operacionais de DAE em 2 simulacros nos MCH .....	27
<b>Figura 8</b> - Esquema representativo da transferência de dados do DAE para a ULSM ..	28
<b>Figura 9</b> - Imagens da visita à cabine de segurança do MCH Matosinhos.....	29

# LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Evolução do n.º de Postos de Emergência Médica (PEM) e de Postos de Reserva (2001-2008) .....	14
<b>Gráfico 2</b> – Evolução do n.º de ambulâncias INEM-SAE profissionalizadas (2001-2008).....	14
<b>Gráfico 3</b> – Evolução do n.º de VMERs (2001-2008) .....	14
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição por distrito de viaturas utilizadas pelo INEM (2008).....	15

# LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Descrição de actividades .....17

**Tabela 2** - Requisitos para a implementação de Programas de DAE em Portugal.....21

**Tabela 3** - Número e distribuição de operacionais DAE nos MCH .....23

**Tabela 4** - Modo de actuação em caso de emergência nos estabelecimentos SONAE ..26

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 - MOTIVAÇÕES DO ALUNO – PORQUÊ EMERGÊNCIA MÉDICA?

A opção por este estágio foi motivada por um interesse pessoal pela área e surgiu como um meio de colmatar a insuficiente formação pré-graduada em Emergência Médica (EM). A sociedade espera que um estudante de Medicina seja capaz de intervir numa situação de emergência médica, mas, na realidade, os conhecimentos apreendidos ao longo da sua formação não são condizentes com tais expectativas.

## 1.2 - OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

Propôs-se atingir os seguintes objectivos:

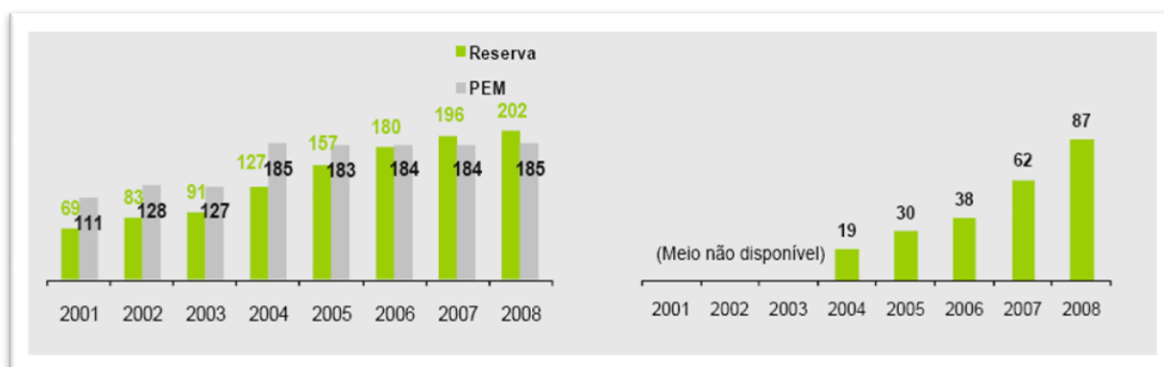
- Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;
- Abordagem e tratamento do doente crítico, reconhecendo o papel do *team leader*;
- Conhecer os Protocolos de Actuação e aplicar os Algoritmos de SAV;
- Adquirir competência em técnicas *life-saving*;
- Tomar consciência da importância do trabalho em equipa;
- Promover a responsabilização profissional na área da Emergência e da Reanimação.

## 2. EMERGÊNCIA MÉDICA E O INEM

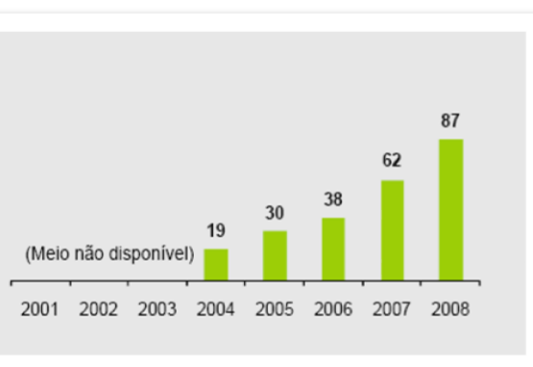
O INEM é um instituto público tutelado pelo Ministério da Saúde, formado em 1981 (Anexo I, Apêndice I), que tem como missão “*definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde*”(Decreto de lei n.º167/2003).

O INEM dispõe de um conjunto de meios, nomeadamente **ambulâncias SBV/SIV, VMER, Mota, Helicóptero**, coordenados pelo **CODU** (Apêndice II).

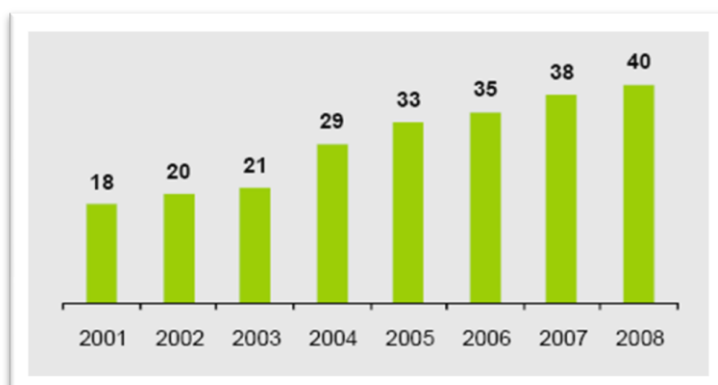
Nos últimos anos, o número de profissionais e meios do INEM sofreu um crescimento exponencial, numa tentativa de assegurar todo o território nacional (gráficos 1, 2, 3 e 4).



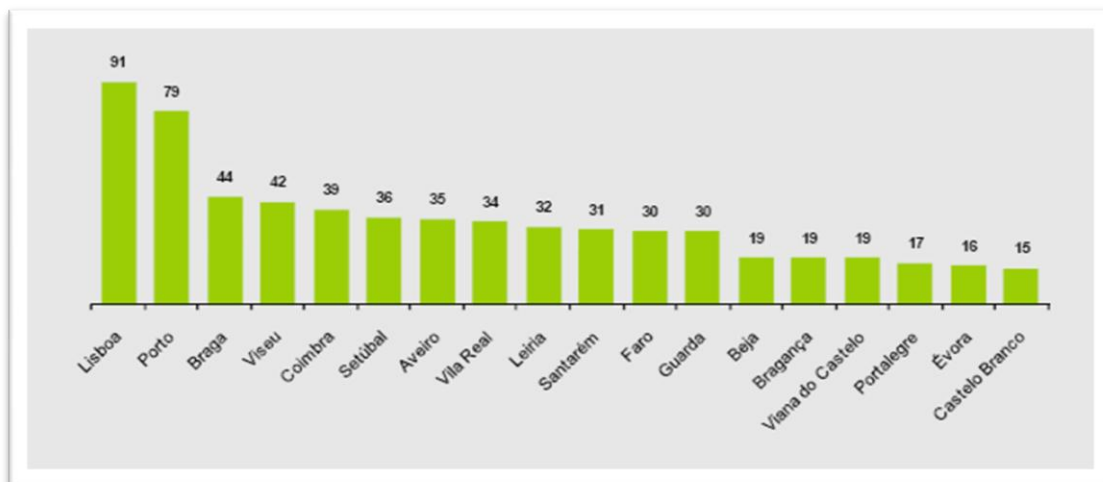
**Gráfico 1** – Evolução do n.º de Postos de Emergência Médica (PEM) e de Postos de Reserva (2001-2008).



**Gráfico 2** – Evolução do n.º de ambulâncias INEM-SAE profissionalizadas (2001-2008).



**Gráfico 3** - Evolução do n.º de VMERs (2001-2008).



**Gráfico 4** - Distribuição por distrito de viaturas utilizadas pelo INEM (2008).

## 3. RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

### 3.1 DESCRIÇÃO DO ESTÁGIO

A disciplina opcional de EM consiste num estágio de 2 semanas de prática clínica em emergência médica pré-hospitalar, integrado no currículo do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Do corpo docente fazem parte o Dr. Luís Meira, regente, o Dr. António Tábuas, a Mestre Isabel Rocha e o Mestre Rui Campos.

O estágio (total-106 horas) decorreu de 9 a 20 de Novembro de 2009, e dividiu-se em sessões teóricas, sessões teórico-práticas, visitas de estudo, estágios e avaliação (Tabela 1, Apêndice III/IV).

ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA MÉDICA			
	N.º HORAS	LOCAL	DESCRIÇÃO
SESSÕES TEÓRICAS	11	DRP do INEM	Basearam-se no “Manual de SAV” e “Manual de Técnicas de Extracção e Imobilização das Vítimas de Trauma”, fornecido previamente, em formato digital, a todos alunos. Exposição dinâmica dos temas, intercalada com discussão e esclarecimento de dúvidas.
SESSÕES TEÓRICO-PRÁTICAS	13	DRP do INEM	Aplicação individual dos conhecimentos teóricos adquiridos, através de simulação de situações de emergência e uso de modelos experimentais (manequins e simuladores, material clínico diverso e material de imobilização).
VISITAS DE ESTUDO	9	DRP do INEM	Apresentação das instalações do CODU Porto, da ambulância, da mota e da VMER.
		Base do Helicóptero n.º 2 do INEM, localizado na ULSM	Visita e apresentação das regras de funcionamento e segurança do helicóptero e base, contextualizadas através das vivências em EM dos pilotos de serviço.

ESTÁGIOS	VMER (5)	30	Gaia	2 estágios com 2 saídas (1 por Doença Súbita; 1 por Trauma).
			HSJ	1 estágio com 4 saídas (2 por Doença Súbita; 2 por PCR).
			USLM	1 estágio com 1 saída (1 por Doença súbita).
			CHP	1 estágio com 2 saídas (1 por Doença súbita; 1 por PCR).
	SIV (1)	12	Vila do Conde	1 estágio com 2 saídas (1 por Doença Súbita; 1 por Intoxicação etílica).
	SBV (2)	16	Porto 1	1 estágio com 4 saídas (4 por Doença Súbita).
Porto 2			1 estágio com 3 saídas (2 por Doença Súbita; 1 Abortada);	
CODU (2)	12	Porto	Passagem, com supervisão, pelos postos de atendimentos, activação de meios e recepção de dados.	
AVALIAÇÃO	EXAME PRÁTICO	-	DRP do INEM	<p>Todos os alunos foram individualmente colocados perante um caso emergente e tiveram que assumir a posição de <i>team leader</i>.</p> <p>Fui confrontada com uma situação de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM). Fui considerada “APTA” com a classificação de 20 valores.</p> <p>A todos os alunos considerados “APTOS” (<math>\geq 9,5</math> valores) será fornecido um Certificado equivalente a um Curso de SAV.</p>
	EXAME TEÓRICO		DRP do INEM	Tipo escolha múltipla.
Classificação final: 19 valores				

**Tabela 1** – Descrição de actividades.

### 3.2 - ANÁLISE CRÍTICA

A disciplina opcional de EM surge como uma oportunidade única para os estudantes de medicina do 6.º ano contactarem com uma área claramente subjugada. A EM é um campo no qual a formação pré-graduada é insuficiente e inconsistente, realidade que é transversal às várias Faculdades de Medicina do país. Ainda não existe uma obrigação das Faculdades de Medicina prestarem um treino definido e estandardizado em SBV e SAV e os estudantes que ingressam em cursos SBV/SAV fazem-no de uma forma autónoma, fora do horário curricular. Considero que a EM deveria fazer parte da formação pré e pós graduada em Medicina e ser integrada como unidade curricular obrigatória.

Primando por uma excelente organização, o estágio proporcionou um conhecimento quanto ao modo de actuação nas diferentes situações de emergência, a par de uma apreensão da realidade da EM em Portugal.

A disciplina compreende um curso de SAV, formação teórica na área do Trauma e estágios nos meios INEM. Os conhecimentos adquiridos no início do estágio permitiram integrar as rotinas das diferentes equipas e compreender o papel decisivo do *team leader* e da cooperação para um desempenho eficiente.

O estágio no CODU foi importante para perceber a articulação entre os vários meios INEM e as dificuldades que se colocam aos profissionais, principalmente na triagem e activação de meios adequados. Assim, a título de exemplo, observei uma situação que a triagem orientou como um ligeiro mal-estar e à chegada a SBV deparou-se com um quadro clínico típico de EAM. A informação confusa do familiar impediu o accionamento de um meio mais adequado, como a VMER. Este caso salienta a necessidade de sensibilizar e formar a população na área da EM.

Em termos de estruturação, a importância do estágio não parece ser condizente com o número reduzido de créditos *European Credit Transfer and Accumulation System* (ECTS). Considero ainda que um estágio no CODU seria suficiente.

Como aspecto menos positivo, saliento a falta de acesso ao “*Manual de Técnicas de Extracção e Imobilização das Vítimas de Trauma*”, por motivos que provavelmente ultrapassam a instituição, e a impossibilidade de aplicar os algoritmos de trauma.

Em suma, este estágio atendeu aos objectivos propostos e permitiu acumular vivências e conhecimentos que serão certamente importantes no meu futuro como médica e cidadã.

## **4 –DAE EM LOCAIS PÚBLICOS – QUALQUER UM PODE REVERTER UMA PCR?**

*"Porque em qualquer dia, a qualquer hora, em qualquer lugar, é provável que algo de improvável venha a acontecer."*

Aristóteles

*Se existisse um DAE por perto, teria alguma das PCRs observadas no estágio, um desfecho diferente?*

Provavelmente sim. Porquê? Porque o que está realmente em causa é uma luta contra o tempo. A desfibrilhação precoce é o único tratamento da fibrilhação ventricular e as hipóteses de sobrevivência diminuem 10-15% a cada minuto que passa, sem SBV e sem desfibrilhação, com índices de sobrevivência aos 12 minutos de apenas 2-5%.

Sendo a MS cardíaca responsável por 700.000 mortes/ano na Europa, com taxas de sobrevivência que geralmente não ultrapassam os 5%, parece indiscutível a importância de garantir o acesso rápido à desfibrilhação (*ERC Guidelines, 2005*). Este objectivo é difícil de atingir se a desfibrilhação for efectuada apenas por médicos, uma vez que a PCR ocorre na maioria das vezes em ambiente pré-hospitalar. Neste sentido, foi instituída em muitos países a desfibrilhação por não médicos, medida que está associada a um aumento significativo da probabilidade de sobrevivência em casos de MS. Constatou-se que em locais onde o programa de DAE proporciona SBV imediato e a desfibrilhação nos 3 minutos após a PCR, a taxa de sobrevivência é superior a 74% (*PNDAE*). Para um maior impacto, defende-se a colocação de DAEs em todos os locais onde se prevê que possa acontecer uma PCR no período de 2 anos.

Seguindo as orientações internacionais, nomeadamente do ILCOR e do ERC, Portugal implementou também um Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE), com regulamentação desde Agosto de 2009 (Decreto-lei n.º188/2009), que prevê a utilização de DAEs por não médicos, desde que integrada num contexto organizativo estruturado e com controlo médico rigoroso (tabela 2).



Portugal está ainda na fase inicial do processo de implementação do DAE, com todas as dificuldades inerentes.

Apesar da regulamentação do PNDAE em Portugal ter surgido apenas em 2009, 5 anos antes o grupo SONAE iniciou a implementação de um Programa de DAE nos seus hipermercados. Este foi um dos primeiros programas de DAE desenvolvidos em Portugal. Considerou-se, por isso, importante conhecer a experiência deste grupo e o estado actual do programa.

## 4.1 – PROGRAMA DE DAE DA SONAE NOS MODELO CONTINENTE HIPERMERCADOS (MCH)

Na sequência do Euro 2004, o grupo SONAE implementou um programa de DAE nos MCH, de modo a garantir uma resposta rápida e eficaz a eventuais PCRs ocorridas nestes estabelecimentos.

A formação dos operacionais de DAE esteve a cargo da Associação “Salva-Vidas” (creditada pelo CPR), que ministrou formação qualificada e certificada em SBV e DAE a um grupo seleccionado de profissionais do departamento de segurança.

Numa fase inicial, o programa limitou-se às cidades onde se realizariam jogos do Europeu de Futebol e a um reduzido número de operacionais. Seguiu-se uma generalização a grande parte dos MCH do país, com um número actual de 42 operacionais de DAE (tabela3).

NÚMERO DE OPERACIONAIS DE DAE POR UNIDADE				
UNIDADE	LOCAL TRABALHO	RESULTADOS	DOP	NÚMERO DE OP. DAE
MCH	Matosinhos	Operacional	Norte	5
MCH	Guimarães	Operacional	Norte	3
MCH	Coimbra	Operacional	Norte	3
Entrepasto	Maia	Operacional	Norte	5
MCH	Antas	Operacional	Norte	4
Entrepasto	Azambuja	Operacional	Sul	4
MCH	Vasco da Gama	Operacional	Sul	3
MCH	Guia	Operacional	Sul	4
MCH	Amadora	Operacional	Sul	1
MCH	Leiria	Operacional	Sul	4
MCH	Cascais	Operacional	Sul	2
MCH	Colombo	Operacional	Sul	4
NÚMERO TOTAL OPERACIONAIS DAE: 42				

**Tabela 3** - Número e distribuição de operacionais DAE nos MCH.

### 4.1.1 - Formação e certificação

A formação em SBV/DAE tem uma duração de 10 horas (AnexoII) e é sujeita a uma actualização e recertificação de 2 em 2 anos.

Após a certificação os operacionais assinam um termo de compromisso (Anexo III) e é-lhes fornecido um cartão de identificação como Operacional de DAE (figura 2).



**Figura 2** – Cartão identificativo do Operacional de DAE.

### 4.1.2 - DAE – Equipamento e manutenção

Os desfibriladores do programa são todos automáticos, do modelo *Powerheart AED G3 Automatic*, fornecidos pela REMEDITEC S.A. (figura 3).

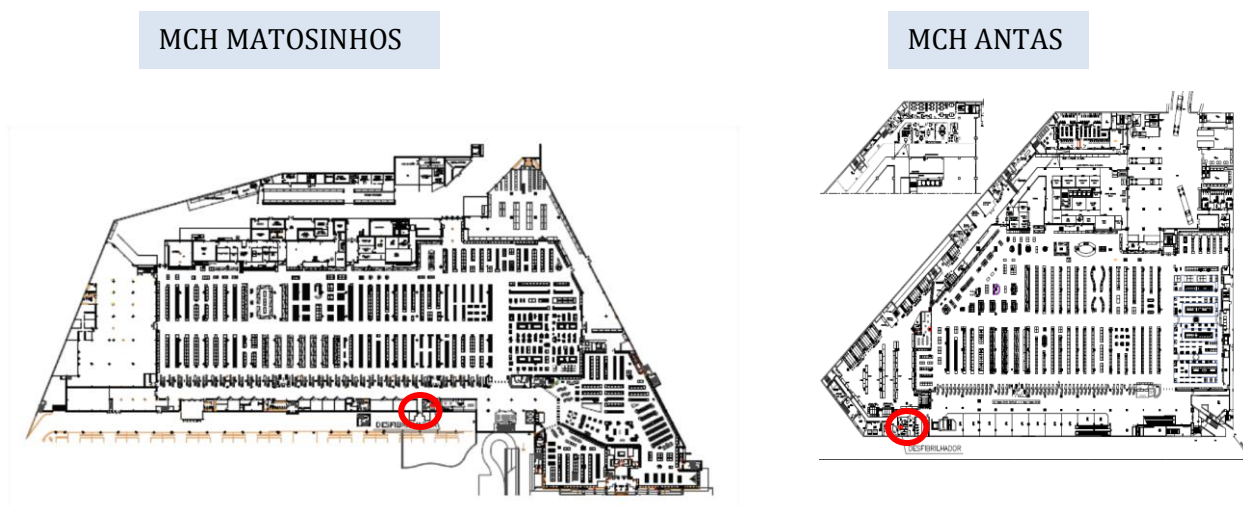


**Figura 3** - Modelos de DAEs da REMEDITEC S.A..

Além de um software de simples utilização, estes DAEs apresentam uma função de auto-teste, informando o operador sobre irregularidades e necessidade de manutenção.

### 4.1.3 - DAE - localização

Os DAEs foram colocados em locais previamente seleccionados e variáveis consoante a superfície comercial (figura 4, Apêndice V/VI).



**Figura 4** - Plantas de estabelecimentos MCH, com identificação da localização do DAE.

Na maioria dos casos encontram-se na cabine de segurança, local de acesso limitado onde se encontra o operacional de DAE. Este local comporta ainda uma mala com material de emergência para prestação de cuidados de primeiros socorros/SBV/SAV (figura 5).



**Figura 5** – Localização de DAE e mala de emergência no MCH de Matosinhos (cabine de segurança).

Existem alguns hipermercados nos quais o DAE se encontra num local público, fixado e ladeado por um editorial com instruções de segurança e utilização.



**Figura 6** - DAE fixado em local público, num dos MCH.

A informação sobre a localização do DAE é apenas do conhecimento dos operacionais de DAE e dos responsáveis pelo Programa.

#### **4.1.4 – Modo de actuação**

<b>PROCEDIMENTOS INTERNOS – COMO ACTUAR INTERNAMENTE EM CASO DE EMERGÊNCIA:</b>
<b>MEIO DE DESLOCAÇÃO DOS OPERACIONAIS DEPOIS DE SEREM ACTIVADOS: A pé</b>
<b>FORMA DE ACTUAR /QUEM DETECTA A VÍTIMA EMERGENTE:</b>
<b>Unidades MCH:</b>
Se for operacional DAE inicia o socorro e por telemóvel pede ajuda, nomeadamente que lhe façam chegar o DAE Se for um colaborador da segurança, sem ser operacional DAE, entra em contacto com este via rádio Se for outro colaborador da unidade, este contacta via telefone interno com a segurança que, via rádio, entra em contacto com o operacional DAE
<b>Entrepastos:</b>
Se for operacional DAE inicia o socorro e por telemóvel pede ajuda, nomeadamente que lhe façam chegar o DAE Se não for um operacional DAE avisa verbalmente a chefia mais próxima que por telemóvel avisa o Operacional DAE

**Tabela 4** – Modo de actuação em caso de emergência nos estabelecimentos SONAE.

O programa encontra-se em funcionamento diariamente, das 9h às 23h, e o número mensal de utilizadores dos espaços MCH é de 7228 pessoas.

#### **4.1.5 - Controlo de qualidade e auditoria médica permanente**

##### **4.1.5.1 - SIMULACROS PERIÓDICOS**

É realizado um simulacro anual em cada um dos estabelecimentos (sem conhecimento prévio pelos operacionais), no qual os operacionais de DAE são colocados perante um caso clínico fictício, com uso de manequins (figura 7). A sua actuação é filmada, visualizada e sujeita a avaliação. Caso existam falhas graves de actuação, o certificado em SBV/DAE poderá ser revogado.



**Figura 7** – Imagens da actuação dos Operacionais DAE em 2 simulacros nos MCH.

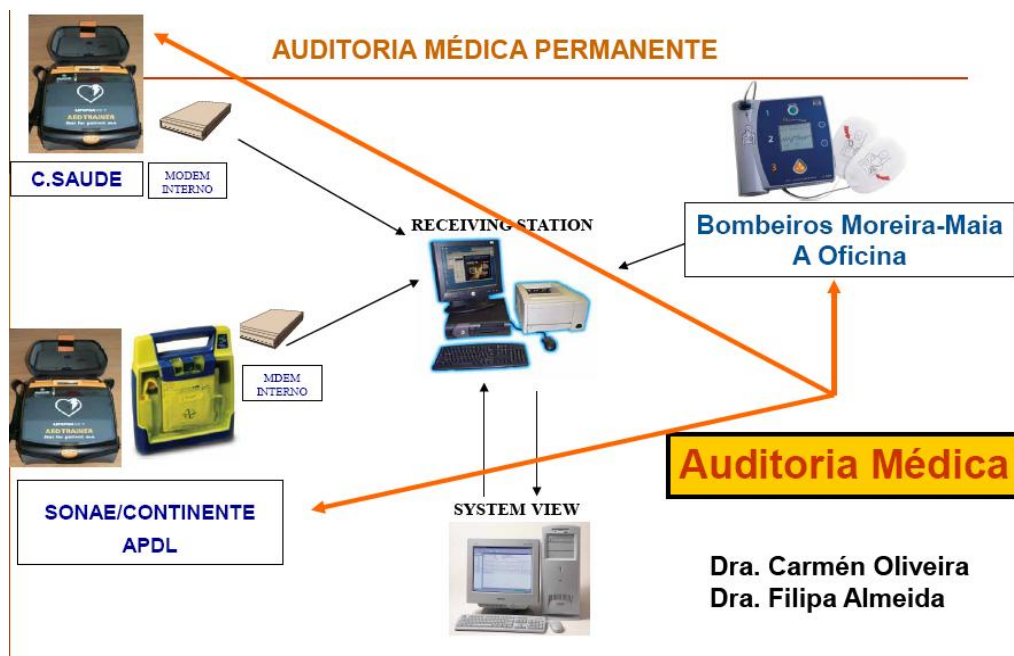
##### **4.1.5.2 - RECERTIFICAÇÕES**

A recertificação dos operacionais depende da sua prestação nos simulacros e nos cursos de actualização de conhecimentos, realizados de 2 em 2 anos.

##### **4.1.5.3- REGISTOS/ LEITURA DE TODAS AS ACTIVAÇÕES DE DAE**

Todos os eventos são gravados pelo DAE e essa informação é enviada através do modem para a ULSM, de modo a ser analisada, registada e avaliada por um médico

especializado (figura 8). Uma semana após o evento, é enviado um relatório final da auditoria aos profissionais que utilizaram o DAE.



**Figura 8** - Esquema representativo da transferência de dados do DAE para a ULSM.

(Granja, C., *Formação em DAE – experiência dum modelo formativo e importância da certificação*, Congresso Nacional de Emergência Médica 2009. Com a autorização da autora.)

Desde a implementação do programa, o DAE foi usado apenas uma vez (semana de 4-10 Abril 2010, Leiria). No entanto, o ritmo era não desfibrilhável.

#### 4.1.6 - Custos

O custo da formação de cada operacional de DAE é de 300 euros e o custo de cada DAE é aproximadamente 2700 euros. De notar ainda os custos inerentes à manutenção, recertificação e garantia de qualidade. Quando inquirida sobre a questão do custo-benefício, a Dra Amélia Fontoura afirma que “essa questão não se coloca, quando o que está em causa é salvar vidas”.

No seguimento do Decreto-lei n.º188/2009 de Agosto de 2009, todos os dados relativos ao programa implementado em 2004 foram enviados ao INEM para auditoria.

Actualmente a SONAE pretende alargar o uso de DAEs aos centros comerciais do grupo, pelo que foi enviado um pedido de licenciamento ao INEM.

*Todos os dados foram obtidos através de reuniões com a Dr<sup>a</sup> Amélia Fontoura, médica da SONAE Distribuição e coordenadora do programa DAE do grupo, contactos com a Dr<sup>a</sup> Cristina Granja, directora do Departamento de Emergência e Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano e da Associação Salva-Vidas, e de uma visita de campo, guiada, ao MCH de Matosinhos, a 15/04/2010 (figura 9, anexo VII).*



**Figura 9** - Imagens da visita à cabine de segurança do MCH Matosinhos.

Após esta avaliação, constatou-se que o programa de DAE SONAE apresenta uma boa estruturação e organização, é sujeito a auditorias regulares e cumpre com rigor as condições de segurança. Este programa de DAE apresenta-se como um exemplo a seguir e considera-se que a avaliação realizada poderá ser um contributo para os programas de DAE a implementar no futuro.

Face ao exposto, e tendo como base o impacto das Doenças Cardiovasculares e MS associada na Saúde Pública, parece essencial o desenvolvimento de programas de DAE na comunidade. Contudo, foi notório o facto de um programa eficiente requerer um investimento significativo e apresentar algumas barreiras, nomeadamente ao nível do custo-efectividade. Considera-se ainda que um alargamento dos utilizadores de DAE à população em geral, como acontece internacionalmente, por exemplo nos EUA, implicaria uma maior aposta na formação em SBV, com início nos primeiros anos escolares.

**“O direito a ser reanimado conquista-se assumindo o dever de reanimar.”**

*(Manual DAE, ERC 2005 - Versão Portuguesa, CPR)*

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional, permitiu vincar o desejo futuro de seguir a área da EM e motivou uma reflexão sobre o estado actual da prestação de cuidados nesta âmbito.

Nos últimos anos, o INEM foi uma força motriz para a evolução da prestação de cuidados em EM em Portugal. Foi reforçada a estrutura, a formação, o controlo e a qualidade, foram implementados programas importantes como o PNDAE, iniciados projectos como o da Escola de Formação Médica no Porto, que poderá desempenhar um papel importante no estabelecimento de uma especialidade de Medicina de Emergência(...), mas quer-se mais.

O estágio permitiu reconhecer alguns pontos que merecem reflexão:

- o claro desconhecimento da organização e funções do INEM, que abarca a sociedade em geral, incluindo a classe médica, mostrando a importância de massificar a formação na área da EM;
- a assimetria da prestação de cuidados de saúde entre o litoral e interior do país, a qual poderia ser colmatada com o aumento número de meios;
- a falta de médicos especializados em EM, capazes de suprir e garantir o funcionamento de todos os meios do INEM, nomeadamente os meios VMER. Este ponto poderia ser solucionado através da criação de uma especialidade de EM em Portugal, aproximando-se do que já é uma realidade em muitos países como p.ex. EUA, Canadá ou Inglaterra;
- o estado embrionário do PNDAE, legislado desde Agosto de 2009. É imperioso garantir a existência de DAEs em locais como os aeroportos, estádios de futebol, centros comerciais, acelerar o processo de licenciamento dos Programas de DAE, assegurar uma formação continuada para a sua utilização e estender o uso de DAEs a todas as ambulâncias do SIEM;
- a boa estruturação e organização do programa de DAE implementado pela SONAE, apresentando-se como um exemplo a seguir.

Ressalta a necessidade de continuar a investir numa formação qualificada e certificada em EM, envolvendo toda a sociedade civil, estabelecendo parcerias, por exemplo, com entidades académicas, centros de formação e organizações empresariais e culturais, e não esquecer a classe médica, à qual é exigida, com todo o direito, um cuidado maior.

Contribui-se desta forma para o desenvolvimento continuado e sustentado da EM em Portugal.

# BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, F.C., Camacho, O., Granja, C., Costa-Pereira, A., “*On-site defibrillation by lay people in high risk public areas: an innovative project in Portugal*”, *Resuscitation*, 2006;
2. “*Decreto-Lei n° 167/2003*”, *Diário da República – I Série-A*, n° 173 – 29 de Julho de 2003, 4392-4398;
3. “*Decreto-Lei n° 188/2009*”, *Diário da República – 1.ª série*, n° 155 – 12 de Agosto de 2009, 5247-5252;
4. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*, 2005;
5. Granja, C., “*Formação em DAE – experiência dum modelo formativo e importância da certificação*”, *Congresso Nacional de Emergência Médica*, 2009;
6. Hallstrom, A., Ornato, J.P., “*Public-access Defibrillation and Survival after Out-of-Hospital Cardiac Arrest*”, *The New England Journal of Medicine*, 2004, vol.381, n.º7;
7. Almeida, F., Oliveira, C., Granja, C., Carneiro, A., *Manual DAE - ERC 2005 - Versão Portuguesa pelo CPR*;
8. Página oficial do INEM - [www.inem.pt](http://www.inem.pt);
9. Página do 1.º Congresso Nacional de Emergência Médica 2009 - [www.cnem2009.com](http://www.cnem2009.com);
10. *Plano Nacional de Desfibrilhação Automática Externa (PNDAE)*, Portugal;
11. *Relatório de Actividades INEM*, 2008;
12. Santos, J.P.F.G., *Relatório de Estágio em Emergência Médica*, Abril 2009;
13. *Via verde para a vida – Newsletter INEM n° 24*, Dezembro 2008;
14. *Via verde para a vida – Newsletter INEM n° 26*, Agosto 2009;
15. Wyatt, W.D., Stead, L.G., “*The International Journal of Emergency Medicine: a new journal for a new era*”; *Int. J. Emerg. Med.*, 2008.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

# APÊNDICE I

## EMERGÊNCIA MÉDICA: EVOLUÇÃO NO TEMPO

A prestação de cuidados em Emergência Médica (EM) é tão ancestral como a própria arte da Medicina, com descrições que remontam ao antigo Egipto, cerca de 2600 a.c.. Contudo, considera-se que a era do tratamento pré-hospitalar surgiu apenas em 1795, quando Dominick Larrey criou a “ambulância voadora” – uma carruagem puxada por cavalos com pessoal médico treinado para prestar socorro no campo de batalha e durante o transporte rápido dos soldados para os hospitais de campanha.

Nos anos que se seguiram e até meados do século XX, os conceitos de EM foram reintroduzidos e aperfeiçoados, essencialmente à custa dos conflitos militares e tratamento médico dos soldados.

Em Portugal, o primeiro sistema de EM surgiu em 1965, em Lisboa, e visava unicamente transportar as vítimas para o hospital mais próximo. O Serviço funcionava a cargo da PSP e era activado pelo número de emergência 115.

Em 1971, numa tentativa de expandir o sistema do emergência a uma área maior do país, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA). Uma década depois, em 1981, o SNA transforma-se no INEM, na sequência da implementação do conceito pré-hospitalar da “cadeia de sobrevivência” (figura 1).



**Figura 1** – Cadeia de sobrevivência.

Em termos de actuação existem dois grandes modelos: o modelo de origem Francófona “*Stay and Play*”, caracterizado pela estabilização do doente no terreno e posterior transporte para a unidade hospitalar, por contraposição ao modelo de origem Americana “*Scoop and Run*”, que defende um resgate imediato do doente e transporte para o hospital. Considera-se que Portugal adoptou uma prática de actuação mista.

# **APÊNDICE II**

## **EMERGÊNCIA MÉDICA E O INEM**

### **A - ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNÇÕES**

O INEM é constituído por um Conselho Directivo, vários departamentos de apoio e 4 Delegações Regionais: Porto, Coimbra, Lisboa e Vale do Tejo e Faro. Encontra-se sediado em Lisboa e apresenta jurisdição sobre Portugal Continental.

O INEM coordena o SIEM, que compreende o conjunto de acções coordenadas, de cariz hospitalar e extra-hospitalar, que resultam da intervenção dos vários componentes do Sistema Nacional de Saúde; compreende toda a actividade de urgência e emergência, nomeadamente o Sistema de Socorro Pré-Hospitalar (SSPH), transporte, recepção hospitalar e a apropriada referenciação do doente.

### **B – MEIOS INEM**

#### **CODU-CENTRO DE ORIENTAÇÃO DE DOENTES URGENTES**

O accionamento da “cascata de emergência” é feito através de uma chamada para o número europeu de emergência médica, 112. Tratando-se de uma ocorrência relacionada com a saúde, a chamada é reencaminha para o CODU da área regional. Cabe ao CODU fazer a triagem e avaliação dos pedidos de socorro recebidos, com a maior celeridade possível, enviar os meios adequados, acompanhar as equipas no terreno e ainda estabelecer o contacto com as unidades de saúde, de modo a preparar a recepção do doente. O seu funcionamento é assegurado 24h/dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos reguladores, enfermeiros e técnicos operadores).

Actualmente, existem 4 CODUs – Porto, Coimbra, Lisboa e Vale do Tejo e Faro – que abrangem a totalidade do território nacional continental.

## **MOTA DE EMERGÊNCIA**

A mota de emergência é um veículo tripulado por um Técnico de Ambulância de Emergência (TAE), capaz de transportar material de SBV e um Desfibrilhador Automático Externo (DAE), e que oferece uma resposta rápida à prestação de socorro. Ideal para o trânsito citadino.



**Figura 2 - Mota INEM.**

## **AMBULÂNCIA INEM**

As ambulâncias do INEM, destinadas à estabilização e transporte dos doentes, compreendem 2 tipos:

- Ambulâncias SBV - tripuladas por 2 TAEs, com equipamento que permite a aplicação de medidas de SBV;
- Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) - tripuladas por um enfermeiro e um TAE, com equipamento que permite a aplicação de medidas de SBV e de SAV, com base em protocolos.



**Figura 3 - Ambulância INEM.**

## **VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação)**

A VMER é um veículo com base hospitalar e equipamento SAV, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica (médico e enfermeiro) directamente ao local onde se encontra o doente.



**Figura 4 - VMER INEM.**

## HELICÓPTERO

O Helicóptero de EM do INEM é um meio utilizado no transporte primário e secundário de doentes graves. Encontra-se equipado com material de SAV, sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos.



**Figura 5** - Helicóptero INEM.

## OUTROS MEIOS

O INEM dispõe ainda de outros serviços, nomeadamente o Centro de Informação Anti-Venenos (**CIAV**), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes para situações ocorridas no mar (**CODU-Mar**) e o **Sub-sistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco**.

## APÊNDICE III | CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES

<b>Disciplina Opcional “Emergência Médica”</b>												
	31-10-2009	7-11-2009	9-11-2009	10-11-2009	11-11-2009	12-11-2009	13-11-2009	16-11-2009	17-11-2009	18-11-2009	19-11-2009	20-11-2009
	Sábado	Sábado	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08.00h					Estágio (CODU)		Estágio (SBV Porto 1)		Estágio (SIV Vila do Conde)	Estágio (VMER Gaia)	Estágio (SBV Porto 2)	
09.00h	Apresentação O SIEM	SAV Teoria III	Apresentação	Visita de Estudo Heli 2				Técnicas de Trauma				
10.00h	SAV Teoria I	Demonstração de SAV	O INEM		Delegação Regional do Porto do INEM		Almoço			Estágio (SIV Vila do Conde)	Estágio (VMER Gaia)	Estágio (SBV Porto 2)
11.00h			Práticas de SAV	Visita de Estudo		Delegação Regional do Porto do INEM			Almoço			
12.00h	Práticas de SBV	Práticas de SAV		Delegação Regional do Porto do INEM	Delegação Regional do Porto do INEM			Almoço			Estágio (SIV Vila do Conde)	Estágio (VMER Gaia)
13.00h	Almoço		Almoço	Almoço		Almoço			Almoço			
14.00h		Práticas de SAV	Marcação dos Estágios	Estágio (VMER Gaia)	Estágio (VMER H.P.Hispano)	Estágio (VMER S.João)		Estágio (SIV Vila do Conde)		Estágio (VMER Gaia)	Estágio (SBV Porto 2)	Avaliação teórica Teste Escrito
15.00h	SAV Teoria II		Práticas de SAV				Marcação dos Estágios		Estágio (VMER Gaia)			
16.00h	Competências SAV Ritmos, Via Aérea e Desfibrilhação	Práticas de SAV		Visita de Estudo	Estágio (VMER Gaia)	Estágio (VMER H.P.Hispano)	Estágio (VMER S.João)			Estágio (SIV Vila do Conde)	Estágio (VMER Gaia)	Estágio (SBV Porto 2)
17.00h	Competências SAV Ritmos, Via Aérea e Desfibrilhação		Práticas de SAV	Delegação Regional do Porto do INEM				Estágio (VMER Gaia)	Estágio (VMER H.P.Hispano)			
18.00h												
19.00h												

# APÊNDICE IV | ESTÁGIOS: CASOS CLÍNICOS

ESTÁGIOS EM VMER - GAIA		
	ESTÁGIO 10-11-09   14H – 20H	ESTÁGIO 18-11-09   8H – 14H
	SAÍDA 1	SAÍDA 2
<b>HORA</b>	19h30	11h00
<b>LOCAL</b>	Espinho (domicílio)	Gaia (estabelecimento comercial)
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo masculino, 89 anos	Sexo masculino, 2 anos
<b>MOTIVO</b>	Edema agudo do pulmão	Queda
<b>QUEIXAS</b>	Dispneia	-
<b>ANTECEDENTES</b>	Insuficiência cardíaca. AVC com sequelas (hemiparesia, défices motores generalizados, acamado). Edema agudo pulmão.	Sem antecedentes de relevo.
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS</b>	Polimedicado	Sem medicação habitual
<b>AVALIAÇÃO</b>	Depressão do estado de consciência. Edemaciado e com secreções na orofaringe.	Queda de uma altura de 20 cm., sobre a região lateral esquerda. Dor na região lombar após a queda. À chegada, reactivo e sem queixas.
<b>ECG</b>	10 (4+1+5)	15
<b>FR (c.p.m.)</b>	-	-
<b>FC (b.p.m.)</b>	45	-
<b>TA (mmHg)</b>	93/74 → 82/40	-
<b>TEMPERATURA</b>	-	-
<b>PELE</b>	S/ alt.	S/ alt.
<b>PUPILAS</b>	S/ alt.	S/ alt.
<b>GLICEMIA (mg/dl)</b>	-	-
<b>SAT.O2 (%)</b>	56 → 96	-
<b>ACTUAÇÃO</b>	Aspiração de secreções. Acesso venoso no antebraço esquerdo e administração e.v. de 2 ml de furosemida, 200 ml de hidrocortisona, 0,5 mg de atropina e soro fisiológico. Ventilação com O2 por máscara a 6l/min.	-
<b>TRANSPORTE</b>	CHG com acompanhamento	Ficou no local.

ESTÁGIO EM VMER – U.L.S.MATOSINHOS   11-11-09   14H – 20H	
	<b>SAÍDA 1</b>
<b>LOCAL</b>	Prisão Santa Cruz
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo masculino, 35 anos
<b>MOTIVO</b>	Hemorragia no membro superior esquerdo não controlável.
<b>QUEIXAS</b>	Hemorragia
<b>ANTECEDENTES</b>	Oligofrénico. Varias tentativas de suicídio com lâmina. Hepatite C.
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS</b>	Antipsicóticos
<b>AVALIAÇÃO</b>	Doente calmo e pálido. Reactivo. Ferida incisa no antebraço esquerdo, na dobra do cotovelo. Hemorragia relativamente controlada (com pressão sobre o membro e garrote). Tinha perdido aprox. 1 litro de sangue (tentaram estancar com garrote e compressão manual).
<b>ECG</b>	15
<b>FR (c.p.m.)</b>	-
<b>FC (b.p.m.)</b>	120
<b>TA (mmHg)</b>	95/58
<b>TEMPERATURA</b>	-
<b>PELE</b>	Palidez
<b>PUPILAS</b>	S/ alt.
<b>GLICEMIA (mg/dl)</b>	-
<b>SAT.O2 (%)</b>	-
<b>ACTUAÇÃO</b>	Limpeza e penso compressivo. Acesso venoso 16G no MSD - soro fisiológico 100 ml + 500 ml.
<b>TRANSPORTE</b>	Ambulância para ULSM. VMER não acompanhou.

**ESTÁGIO EM VMER – S.JOÃO | 11-11-09 | 14H – 20H**

	SAÍDA 1	SAÍDA 2	SAÍDA 3	SAÍDA 4
<b>HORA</b>	14h20	17h30	17h50	19h00
<b>LOCAL</b>	Rio Tinto (domicílio)	Gaia (Centro de Saúde Soares Reis)	S. Pedro Cova. Bairro do Mineiro (domicílio)	Porto (domicílio)
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo masculino, 39 anos	Sexo masculino, 19 meses	Sexo masculino, 70 anos	Sexo masculino, 57 anos
<b>MOTIVO</b>	PCR	Cianose, dispneia	PCR	Síndrome coronário agudo-EAM
<b>QUEIXAS</b>	Inconsciente	Dificuldade respiratória	-	Dor pré-cordial em aperto com irradiação para o MSE e dorso. Sem outros sintomas. Início da dor às 17h. Tinha feito 3 nitratos s.l. sempre sem alívio.
<b>ANTECEDENTES</b>	Epilepsia; Tuberculose em 2005 - não se sabe se cumpriu terapêutica; Meningite tuberculosa; Hepatite B.	Asma	Antecedentes de AVC com sequelas. Acamado. Pneumonia pneumocócica.	HTA. DM. Obesidade. EAM. Doença coronária 3 vasos. Doença arterial periférica. Síndrome apneia sono. Amputação do MSE por trauma.
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS</b>	-	-	Polimedicado	Polimedicado
<b>AVALIAÇÃO</b>	Vítima em PCR (presenciada pela família 20 min antes).	Agitado e queixoso. Retracção esternal, tiragem supraclavicular. Sem cianose. Sem adejo nasal. Já tinha feito salbutamol há uma hora e iniciado nebulização com Atrovent®.	PCR desde 17h20. Em SBV pelos Bombeiros há 10 min.	CCO. Doente queixoso. Sem sinais de dificuldade respiratória.
<b>ECG</b>	3	15	3	15
<b>FR (C.P.M.)</b>	-	-	-	18
<b>FC (B.P.M.)</b>	45	114	-	109 ->104 ->101
<b>TA (MMHG)</b>	93/74-> 82/40	107/86	-	139/87 -> 133/78 -> 121/84.
<b>TEMPERATURA</b>	-	-	-	-
<b>PELE</b>	-	S/ alt.	-	S/ alt.
<b>PUPILAS</b>	-	S/ alt.	-	S/ alt.
<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	-	-	-	-
<b>SAT.O2 (%)</b>	-	-	-	96 -> 98 -> 99
<b>ACTUAÇÃO</b>	Manobras RCP durante 40 min, com reversão após 16 ciclos. Monitorização: inicialmente DEM, depois TVsp e depois TV. 3 choques. Acesso venoso (não se conseguiu no MSE. Acesso na veia jugular esquerda) – 8 adrenalinas (2+2+2+2+2+2+2); atropina 3mg; soro fisiológico 500ml; bicarbonato de Na 100 ev; IOT. Ventilação com O2.	Fez salbutamol 0,25 e nebulização com Atrovent®.	Monitorização: assistolia. Declarado óbito.	Ventilação O2 15l. ECG 12 d. - supra ST V1-V3 AAS 250mg oral. Acesso venoso MSD.. Soro fisiológico 100 ml ev. Nitrito 5mg sublingual – não cedeu. DNI 2mg ev.2 ml em bolus. Morfina 3+2+3+2 ev. Supra ST e dor não reverteram mas melhoraram durante transporte.
<b>TRANSPORTE</b>	HSJ com acompanhamento	HSJ com acompanhamento	Ficou no local.	HSJ com acompanhamento

**ESTÁGIO EM AMBULÂNCIA SIV- VILA DO CONDE | 18-11-09 | 8H – 20H**

	<b>SAÍDA 1</b>	<b>SAÍDA 2</b>
<b>HORA</b>	11h30	16h30
<b>LOCAL</b>	Rua dos Jasmins - Póvoa do Varzim (domicílio)	Praça Almada. Póvoa do Varzim
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo masculino, 63 anos.	Sexo masculino, 69 anos.
<b>MOTIVO</b>	Dispneia	Dispneia
<b>QUEIXAS</b>	Dificuldade respiratória	Dificuldade respiratória
<b>ANTECEDENTES</b>	AVC há 1 mês com hemiparesia. D. Alzheimer. Episódios de traqueobronquite.	Desconhecidos
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS</b>	Polimedicado	Desconhecidos
<b>AVALIAÇÃO</b>	Doente acamado, com sonda NG. Tinha feito nebulização às 8h30. Dificuldade respiratória, muita expectoração, tremores. Secreções purulentas abundantes na orofaringe. ACP: crepitações em todo o campo pulmonar.	Alcoolizado. Desequilibrado. Ligeira dificuldade respiratória. Pouco colaborante.
<b>ECG</b>	3 (estado normal do doente)	15
<b>FR (c.p.m.)</b>	-	-
<b>FC (b.p.m.)</b>	110	-
<b>TA (mmHg)</b>	103/73	190/110
<b>TEMPERATURA (°C)</b>	37,7	-
<b>PELE</b>	Suada	-
<b>PUPILAS</b>	S/ alt.	S/ alt.
<b>GLICEMIA (mg/dl)</b>	132	110
<b>SAT.O2</b>	95 -> 98	95
<b>ACTUAÇÃO</b>	Aspiração de secreções. Ventilação com O2 15l. Acesso venoso 16G MSE – soro fisiológico 100ml. Monitorização - ECG: Taquicardia sinusal; anomalia auricular esquerda; sinais de HVE.	-
<b>TRANSPORTE</b>	CHPVVC com acompanhamento.	CHPVVC com acompanhamento.

**ESTÁGIO EM AMBULÂNCIA SBV – PORTO 1 | 13-11-09 | 8H – 16H**

	SAÍDA 1	SAÍDA 2	SAÍDA 3	SAÍDA 4
<b>HORA</b>	9h30	10h30	11h00	12h30
<b>LOCAL</b>	Rua da Bolsa.	Rua do Almada (domicílio).	Rua Sá da Bandeira	Rua do Almada (domicílio).
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo masculino, 33 anos.	Sexo feminino, 77 anos.	Sexo feminino, 56 anos.	Sexo feminino, 82 anos.
<b>MOTIVO</b>	Hemorragia activa na mão (corte com vidro)	Lipotímia	Agitação	AIT?
<b>QUEIXAS</b>	-	-	Mal estar	Desvio esquerdo da comissura labial e hipotonia MSE desde há 2 horas
<b>ANTECEDENTES</b>	Toxicodependente. Epilepsia. Sem medicação desde há uma semana.	DM2, IC.	Sem antecedentes patológicos de relevo. Problemas sociais.	AIT EAM CCR com necessidade de cirurgia e quimioterapia. Acalásia – cirurgia de prótese.
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS-</b>	Antiepiléticos	Polimedicada	Sem medicação habitual.	Polimedicada
<b>AVALIAÇÃO</b>	CO pouco colaborante. Feridas incisivas nos 2 polegares de aprox. 2 cm de comprimento. Sem hemorragia activa – feridas sem aparência recente.	Palidez. Perda de esfíncteres. Dor espontânea e à palpação na FID. Blumberg negativo. Vômitos alimentares desde há 3 dias. Tonturas e tremores desde há 1 dia.	Choro. Aparentemente deprimida. Agitada. Sem ingestão alimentar desde há 5 horas	CCO. Já sem desvio da comissura labial e com tonus muscular normal e simétrico.
<b>ECG</b>	15	15	15	15
<b>FR (C.P.M.)</b>	-	-	-	-
<b>FC (B.P.M.)</b>	-	Normal	Normal	-
<b>TA (MMHG)</b>	-	Normal	Normal	Normal
<b>TEMPERATURA (°C)</b>	-	39,1	-	-
<b>PELE</b>	-	S/alt.	S/alt.	S/ alt.
<b>PUPILAS</b>	S/ alt.	S/alt.	S/alt.	S/alt.
<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	110	Normal	86	Normal
<b>SAT.O2</b>	-	-	-	-
<b>ACTUAÇÃO</b>	Desinfecção e penso.	-	Foi acalmada, chamada a filha e administrado soro glicosado oral.	-
<b>TRANSPORTE</b>	CHP com acompanhamento	CHP com acompanhamento	Ficou no local.	CHP com acompanhamento

**ESTÁGIO EM VMER – STO. ANTÓNIO | 18-11-09 | 14H – 20H**

	<b>SAÍDA 1</b>	<b>SAÍDA 2</b>
<b>HORA</b>	18h20	19h20
<b>LOCAL</b>	Gaia (lar de idosos)	Valongo (lar de idosos)
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo feminino, 84 anos.	Sexo masculino, 82 anos.
<b>MOTIVO</b>	Dispneia. Alterações do estado de consciência.	PCR
<b>QUEIXAS</b>	Dispneia desde de manhã. Alterações do estado de consciência.	Dispneia desde de manhã. Alterações do estado de consciência.
<b>ANTECEDENTES</b>	DM2 Dislipidemia Obesidade. Tetraplégica. Acamada. Traumatismo MSE (ainda com gesso). Episódios de oclusão intestinal.	D. Parkinson D. Alzheimer HTA
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS</b>	Polimedicada	Polimedicado
<b>AVALIAÇÃO</b>	Cianose labial. Depressão do estado de consciência. Algaliada crónica: urina escura com sedimento; de manhã estava clara, limpa, segundo relato de enfermagem. AP: diminuição do murmúrio vesicular a esquerda.	Inconsciente. Cianose. À tarde tinha vomitado, e estava pálido e queixoso. Estado normal: paraplégico, demente, capacidade verbal mantida. Sem pulso. Respiração superficial. Em SBV pelos bombeiros há 4,5 min.
<b>ECG</b>	9	9
<b>FR (C.P.M.)</b>	-	-
<b>FC (B.P.M.)</b>	70	55->38
<b>TA (MMHG)</b>	-	68/48
<b>TEMPERATURA (°C)</b>	36,7	-
<b>PELE</b>	-	-
<b>PUPILAS</b>	-	-
<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	-	-
<b>SAT.O2 (%)</b>	83 -> 100	-
<b>ACTUAÇÃO</b>	ECG 12 d.: sem alterações. Ventilação com O2 (máscara). Acesso venosos MSD - 100ml soro fisiológico.	Ventilação com O2 (máscara). Monitorização: DEM? Depois Bradicardia com pulso. Acesso venoso MSE - soro fisiológico.
<b>TRANSPORTE</b>	CHP com acompanhamento	CHP com acompanhamento

**ESTÁGIO EM AMBULÂNCIA SBV – PORTO 2 | 19-11-09 | 8H – 16H**

	SAÍDA 1	SAÍDA 2	SAÍDA 3
<b>HORA</b>	9H38	10h30	11h48 - <b>ABORTADA</b>
<b>LOCAL</b>	Rio Tinto (domicílio)	Porto (domicílio).	Av. Fernão de Magalhães (Loja do Cidadão)
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Sexo feminino, 68 anos.	Sexo feminino, 57 anos.	Sexo feminino, 33 anos.
<b>MOTIVO</b>	Lipotímia	Mal estar geral	Lipotímia
<b>QUEIXAS</b>	Tonturas, parestesias. Queda, sem alterações do estado de consciência.	Mal estar geral, cefaleias e dor torácica com irradiação para dorso. Dispneia. Tinha vomitado há 1 hora.	-
<b>ANTECEDENTES</b>	DM2. Não cumpre medicação.	DM2. AVC há 6 anos com sequelas - hipotonia MIE e MSE.	-
<b>HÁBITOS FARMACOLÓGICOS-</b>	Antidiabéticos orais	Polimedicada	-
<b>AVALIAÇÃO</b>	CCO. Tinha comido meia bola de Berlim e pão com marmelada na noite anterior. Condições no domicílio precárias.	Doente deitada e muito queixosa. Dificuldade respiratória e dor torácica com irradiação para dorso.	-
<b>ECG</b>	15	15	-
<b>FR (C.P.M.)</b>	-	-	-
<b>FC (B.P.M.)</b>	70	90	-
<b>TA (MMHG)</b>	160/80	130/60	-
<b>TEMPERATURA (°C)</b>	-	-	-
<b>PELE</b>	-	-	-
<b>PUPILAS</b>	-	-	-
<b>GLICEMIA (MG/DL)</b>	140	167	-
<b>SAT.O2</b>	-	-	-
<b>ACTUAÇÃO</b>	-	Ventilação com O2.	-
<b>TRANSPORTE</b>	CHP com acompanhamento	HSJ com acompanhamento	-

# APÊNDICE V

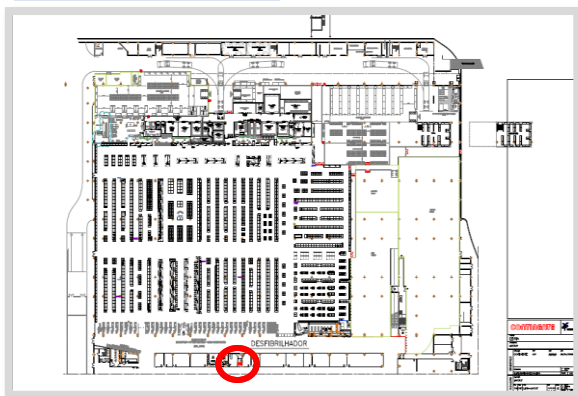
## NÚMERO E LOCALIZAÇÃO DOS DAES NO MCHS

LOCALIZAÇÃO DOS DAES   ESTABELECIMENTOS SONAE					
UNIDADE	RESULTADOS	DOP	MODELO/REF <sup>a</sup>	Nº SÉRIE	LOCALIZAÇÃO
Matosinhos	Operacional	Norte	Powerheart AED G3 Automatic	4043957	Gabinete de segurança, num suporte que foi colocado para o efeito.
Antas	Operacional	Norte	Powerheart AED G3 Automatic	4043590	Gabinete de segurança. Está afixado a um suporte de uma das paredes, com identificação através de uma OPL do conceito KAIZEN.
Guimarães	Operacional	Norte	Powerheart AED G3 Automatic	4043901	Gabinete de segurança/sala de primeiros socorros.
Maia	Operacional	Norte	Powerheart AED G3 Automatic	4110110	Entrepasto Maia Sul - Gabinete dos Supervisores.
Coimbra	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4043963	Gabinete de primeiros socorros dentro da Central de Segurança do MCH (colocado num armário).
Leiria	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4043959	Sala de primeiros socorros no Gabinete de Segurança e em local identificado.
Colombo	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4043897	Gabinete de Segurança, mais precisamente junto à consola de todos os equipamentos técnicos, CCTV, CDI, CI, em local criado para o efeito.
Azambuja	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4110108	O DAE do Centro de Distribuição Pólo Sul encontra-se na enfermaria do entreposto de Azambuja, fixado, em caixa própria equipada com sistema de alarme, na parede situada a sudoeste da enfermaria (à entrada do consultório é a parede do fundo esquerda).
Vasco Gama	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4043898	Gabinete de primeiros socorros. Fica em frente a linha de caixa.
Guia	Operacional	Sul	Powerheart AED G3 Automatic	4043960	Sala de primeiros socorros em local próprio.

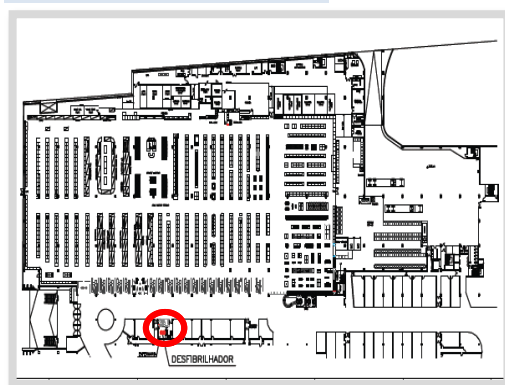
# APÊNDICE VI

## PLANTAS DOS ESTABELECIMENTOS SONAE – LOCALIZAÇÃO DO DAE

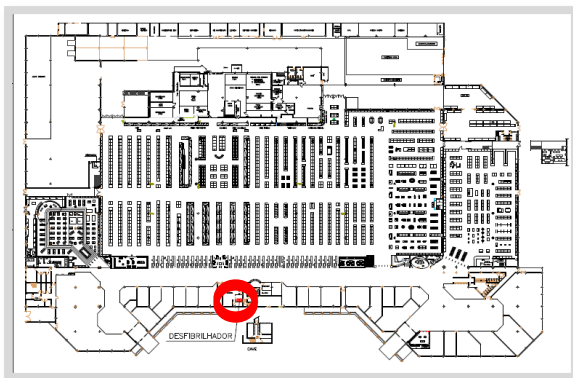
MCH GUIMARÃES



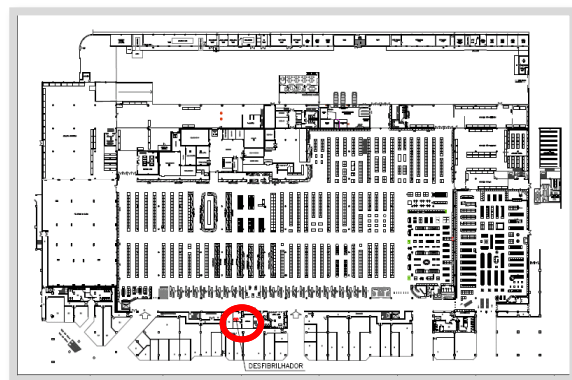
MCH VASCO DA GAMA



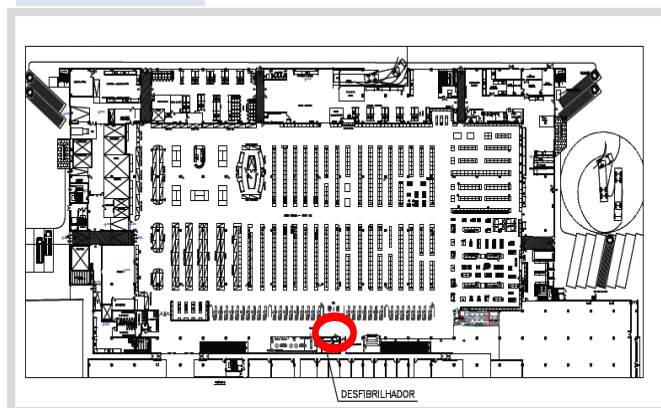
MCH LEIRIA



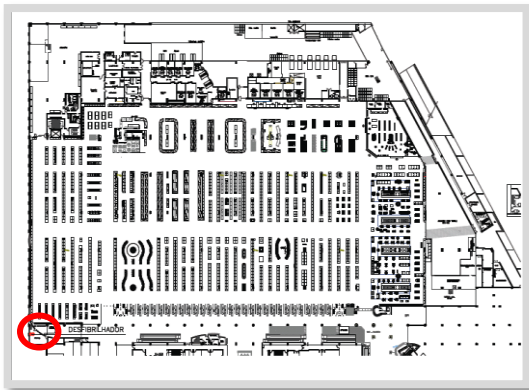
MCH CASCAIS



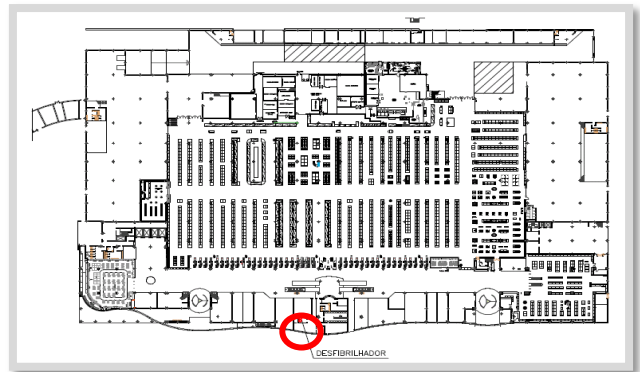
MCH GUIA



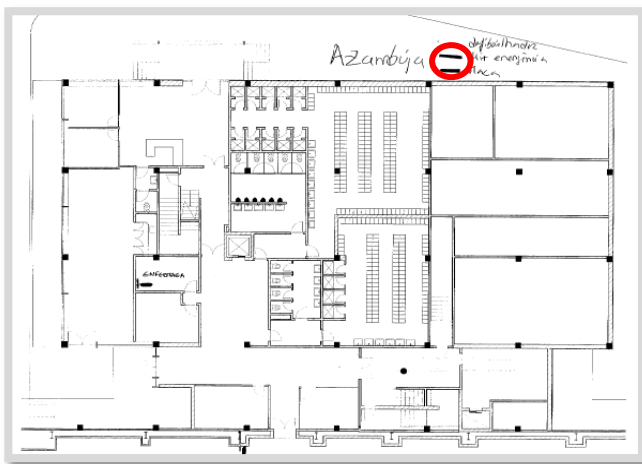
ENTREPOSTO AZAMBUJA



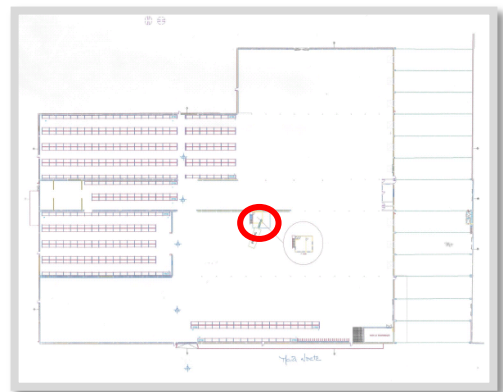
ENTREPOSTO MAIA NORTE



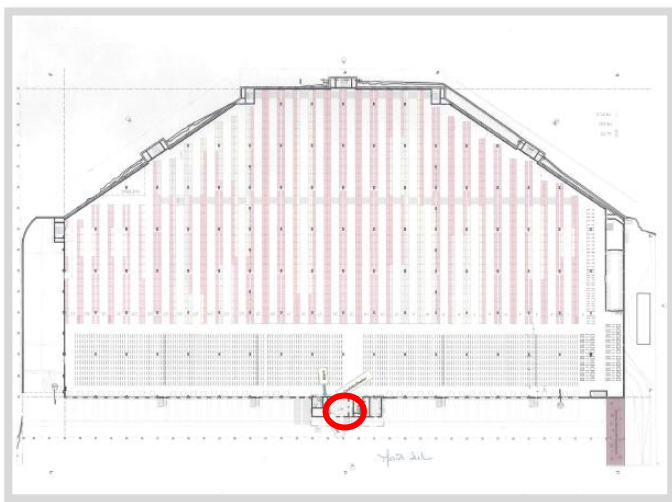
ENTREPOSTO MAIA SUL



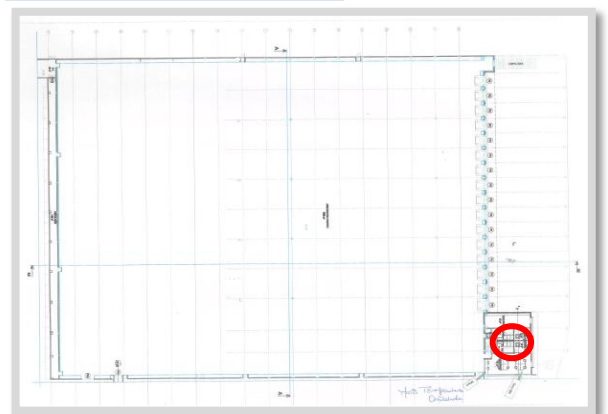
ENTREPOSTO MAIA TC



ENTREPOSTO MAIA SUL



ENTREPOSTO MAIA TC



# APÊNDICE VII

## SIMULACRO DE EMERGÊNCIA – MCH GUIA

**OCORRÊNCIA:** No dia 11/05/09, às 14h, foi efectuado um simulacro de emergência, coordenado por uma enfermeira da Associação Salva-Vidas. O simulacro consistiu num “desmaio” de um colaborador que laborava nos escritórios.

### **CRONOLOGIA DE ACÇÕES:**

**14h** – Chegada da enfermeira da Associação Salva-Vidas ao balcão de informações.

**14h03** – O representante da Associação Salva-Vidas substituiu o desfibrilhador da loja pelo desta entidade.

**14h10** – Colocação do manequim nos escritórios, ilustrando o desmaio do colaborador.

**14h11** - Informação para o Gabinete de Segurança de que algo de anormal se passava com um colega, que se encontrava a laborar nos escritórios

**14H12** - Chegada dos elementos do Departamento de Segurança (operacionais DAE), que se faziam acompanhar da mala de Primeiros Socorros e do DAE. Após a análise das condições de segurança, os operacionais verificaram as funções vitais da vítima. Seguidamente, deram início à operação de salvamento da mesma com recurso ao DAE

**14H20** - O Simulacro de Emergência foi dado como terminado.

### **PONTOS POSITIVOS:**

1 - Rapidez na chegada dos vigilantes após informação da situação.

Este Simulacro foi visto pela enfermeira da Associação Salva-vidas como um exemplo a seguir. Foram realçados o rigor e o profissionalismo dos envolvidos.

A filmagem do respectivo Simulacro, foi visualizada pelos envolvidos, na presença da enfermeira..

Esta, por sua vez, indicou alguns pontos de melhoria em futuras situações.

### **PONTOS DE MELHORIA:**

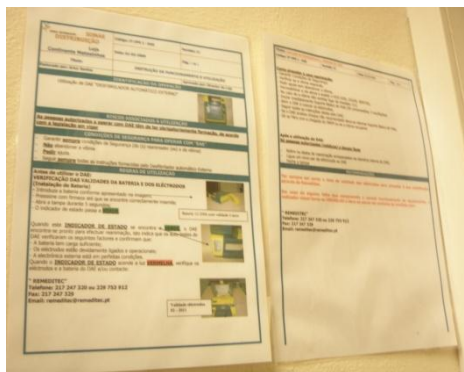
O local da colocação dos eléctrodos . Embora ambos estivessem bem para a continuação da operação, foi sugerido que corrigissem esse pormenor, conforme exemplificado pela enfermeira da Associação Salva-vidas.

## APÊNDICE VIII

### VISITA DE CAMPO: MCH MATOSINHOS

No dia 15-04-10, às 14 horas, foi realizada uma visita à cabine de segurança do MCH de Matosinhos, guiada pela Dra Amélia Fontoura. Foi possível observar o local onde se encontra o DAE e a mala de emergência. Constatou-se que nas paredes da cabine existe também informação sobre prestação de primeiros socorros e sobre questões de segurança e utilização do DAE.

Contactou-se com o operacional de DAE da superfície, certificado desde 2004, e com o coordenador do departamento de segurança, os quais descreveram o funcionamento da prestação de cuidados neste MCH, com partilha de experiências. Foram ainda recolhidas imagens fotográficas (com autorização), algumas das quais se encontram abaixo e ao longo do relatório.



**Figura 6** – Imagens da visita de estudo ao MCH Matosinhos.

# APÊNDICE IX

## FICHAS INFORMATIVAS DE REALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa*

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: *10/11/09*

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: *UTER (GAIA)*

Nº DE ACTIVAÇÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

*Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa*

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

*Rui Morgado*

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Socida 19h30 Espinho. Domicílio.  
ZT18, sexo masculino, 83 anos. Eclosão aguda do Pulmão.  
Achegada: Doente acordado em respirador ARV; secreções orofaríngeas, as quais foram aspiradas; ECG 10 (4+15); PA= 93/74 mmHg; FC= 45 bpm; SatO<sub>2</sub>= 96.  
Fez ver tilaxil com O<sub>2</sub>. Foi estabelecido um acesso venoso no D15 e administrado: Furosemida 2ml, hidroalbu na 200, atropina 0,5mg, soro NaCl.  
Foi transportado para HES Santa Silveira (Cova Branca).  
Durante o transporte: SatO<sub>2</sub> 100, FC 55 bpm, PA 82/40 mmHg.

A Maria mostrou um bom espírito de equipa e uma boa integração no trabalho de Emergência Pré Hospitalar.







### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 12 / 11 / 09

Turno:  Manhã

Tarde

Meio: VETER (HSS)

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Via Fernandes

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Setida 1. Bairro Rio Tinto. Domicílio. Sexo masculino, 53 anos, raça negra. PCP. Admissão em PCP presenciada pela família há 30 min. Potenciais membros de SBU que chegaram → 35 min. Com reversão para 16 ciclos. Inicialmente DEN, depois TVSP e depois TV. Boloques. Acesso venoso veia jugular esquerda - Bacteraemia em. Aspirina 3mg, Soro fisiológico 500, Bicarbo-nato 100 e 100 e 100 e 100 com O2. Condição para sale de emergência do HSS.

Setida 2. Bairro 23 meses. Centro Saúde Soares dos Reis - Gaiás. História de asma brônquica. Diagnóstico. Admissão: brônquitos, queixas, e chomar. Hertzog externa, tiragem supracavicular. Sem cicatriz. Sem acção nasal. PA = 100/60. FC = 114 bpm. PC salbutamol O2 e nebulização com Atrovent.

Antecedentes: crise semelhante aos 3 meses. Transportado em vambur para a Unidade Hospitalar de Gaiás.

Setida 3. Bairro do Pinheiro. Domicílio. Sexo masculino, 70 anos. PCP. Admissão (30h) bombeiros em manobras SBU há 30 min. PCP desde 24h. Doença crônica. Síndrome Rigler. Abi declarado o óbito 18h40.

Setida 4. Sexo masculino, 57 anos. Dor torácica com irradiação para T16 e dorso. No cefaléia irritados. Síndrome coronária causada - EAT. A chegada: Dor parietal esquerda com irradiação para T16 e dorso desde há 2 horas. Tinha feito 3 injeções. Sempre sem alívio. Antecedentes: EAT, Diarrea, 3 dias, H2A, PCP. ACPI normal. Sem estase. ECG: supra ST-T-A-B. PC venilizar O2 2L. AAs em 25mg, soro fisiológico 100ml, nitrito 5mg sublingual - no edema - DM 1mg/ml sublingual. Tensão 3/2.13+2 ev. PA: 130/80. 133/70. 129/84. FC: 105/104/109. PC sem cateteres. Pupilas 4 mm reage. Sat O2: 96/98/95. PA: 18/18/18. Transportado para HSS.

A Marta demonstrou interesse e conhecimentos na prática médica com boa participação no trabalho em equipa.



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 13 / 11 / 09

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: SOV Porto 1

Nº DE ACTIVAÇÕES: 34

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

João Azevedo (EIA), Juliana Nov (JN)

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Suicida A. Rua da Bola. Sexomasculino. 33 anos. Tóxico dependente. Hemorragia activa no max por corte com vidro. A chegada sem hemorragia activa. CO pouco colaborante. Sem T.C.B. Glóbulos 40. Desinfect, penso e envio para HGA.

Suicida B. 77 anos, sexo feminino. Vômitos desde há 3 dias (alimentos). Dor ABD. Anamnese: Pérdida, perda de esfíncter, náuseas alimentares na boca (percepção de peso) de vômitos. Tonturas e tremores desde dia anterior. Antecedentes: I. cardíaca; DM. Durante transporte: Dor espontânea e em pulsos na ABD. Desembarço negativo. Pupilas normais. F.A normal. Glóbulos 40. Sem sinais de insuficiência respiratória. Enviada para HGA.

Suicida C: Sexo feminino. Doente muito ansioso. Sinais vitais normais. Queixa de apatia de mal estar, choro. Sem antecedentes ou medicações habituais. Glóbulos 86 (sem ingestão alimentar há algumas horas). Vários problemas sociais. Foi a ela mãe, chama-se a filha e administra zero qüiosaco oral sem mais parte para controlo hospitalar.

Suicida D: Sexo feminino, 82 anos. Desvio da corrente (abico para a esquerda) e hipertensão ASB desde há 2 anos. Diabete tipo 2 sem insulina e controlado igual nos 2 membros. Antecedentes: ASH, EAH, CCR com necessidade de cirurgia e QT, alergia com coriza crónica. Glóbulos 40. DM. Sem sinais de desidratação respiratória. Sem alterações pele e mucosas. Relativamente calma. Sem antecedentes familiares ASC. Enviada para HGA.

Felicidades!

Paula Leal

João Azevedo

Deluostmo Inicialiva, Capacidade de adaptação e um bom trabalho.

Revela espírito de equipa e demonstrou bom relacionamento com a equipa e com nrmas e população.  
Juliana Nov



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 16/11/09

Turno:  Manhã

Tarde

Meio: CODU

Nº DE ACTIVACÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Benito M. L.

[Signature]

#### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

Compreensão do funcionamento geral do CODU: contacto com os profissionais, tarefas, desafios e problemas inerentes aos vários departamentos, nomeadamente atendimento, coleta de dados, seleção e atribuição de meios, acompanhamento do enfermeiro e tratamento de dados e acompanhamento do médico.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Estágio do CODU -
- Atendimento e
- atendimento.

[Signature]



Instituto Nacional de Emergência Médica

### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *Tarta Raquel Dias Fernandes de Sousa*

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: *17/11/09* Turno:  Manhã  Tarde Meio: *SIV (Vila Verde)*

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

Assinaturas: *O Estagiário* *Tarta Raquel Dias Fernandes de Sousa*  
*O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo*

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
<p><i>Saída 1. Rua Jasmim. Póvoa do Varzim. Domício.</i> Sexo masculino. 63 anos. Dispneia. Doente aquecido com sonda NG.</p> <p><i>À chegada: q rante dificuldade respiratória; pelo sonda; muito expectoração. Pupilas simétricas - secas, abn pupilares abundantes na orofaringe as quais foram aspiradas. FC 128, sítio soro fisiológico 100 cc. ECG: Regulação sinusal; anormalis condução esquerda; sinuóte 47%. Temperatura 37,2°C. PA=120/75 mmHg Glicemia 192. FC 110bpm. EtOH 3 (3) antes deste episódio; em sequência de AVC há 2 m. Transportado para H. R. Sousa.</i></p> <p><i>Saída 2. Praça Almeida. Póvoa do Varzim.</i> Sexo masculino. 63 anos. Alcoolizado (desequilibrado; <del>em</del> hilituacão). Glicemia 110; PA=120/75 mmHg FC 130bpm. EtOH 1. LD. Ligeira dispneia. Sat O2 95%. Transportado para Hospital da Póvoa.</p>	<p><i>- demonstrou boa integração, conhecimento, iniciativa e diversidade das actividades de abordagem da vítima.</i></p> <p><i>Adelino de Costa (f. c. c.)</i></p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: Marta Raquel Das Fernandes de Sousa

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: 18 / 11 / 09

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: VETER GATA

Nº DE ACTIVACÕES: 1

Doença Súbita:

Trauma: 1

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Basil Ribeiro

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Saida 11h00. Estabelecimento comercial - Praça do Gato. Criança 2 anos. Queixa.

A chegada: criança reactiva, sem alterações. A mãe refere que a criança teve acesso de uma altura de 10cm, sobre o registo lateral esquerda; ~~sem~~ não teve embatido com a cabeça. A criança tem-se queixado de dor labial após a queda, a qual aliviou. Não há vômitos, tosse, febre ou outras alterações. Não foram efectuados quaisquer procedimentos.

... não, não se tem no 2º quarto.  
...  
...  
...  
...  
...  
Basil



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *Mark Raquel Dias Fernandes de Sousa*

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: *16 / 11 / 09*

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: *VICER SDO Américo*

Nº DE ACTIVAÇÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: *O Estagiário*

*O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo*

*Mark Raquel Dias Fernandes de Sousa*  
*Lara Farcelo*

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Sociedade - Lar de idosos. Goiás.  
Doente sexo feminino. 65 anos. Dispneia. Alterações do estado de consciência.  
Achegada: Cianose labial. Dispneia desde de manhã. Doente acamada. FC 81, PR 41. SatO<sub>2</sub> 83. T° 36,7°C. PA 39/36/33mmHg. AP: diminuição do murmúrio vesicular na esquerda. FC 70 bpm.  
Ataque cardíaco: urina escura com sedimento. De manhã estas cefaléias, tampo, segundo classes de enfermagem. Antecedentes: DM2, Diabetes mellitus, hipertensão, hiperlipidémia. FCL O<sub>2</sub> e soro fisiológico 400 ml.  
Dignidade: pto? Inf. respiratória?. Transportada para SI Hospitalária.

Sociedade? Valongo - Lar de idosos. Sexo masculino. 83. PR 41.  
A chegada: sem pulso. Respiração superficial. Em SOV pelas bombeiros desde há 4,5 min. Dan 110/100 mmHg. DM? Depois bradycardia com pulso (140/90 mmHg) (PA = 68/46 mmHg). FC = 55. Ao início da tarde estava quieto, pacífico e tenia vomitadas.  
FC e ventilação com O<sub>2</sub>.  
Antecedentes: Diabetes mellitus, Demência Alchimer, Paralisia. HIA.  
Transportado para HSI.

Devido o estágio a Mark demonstrou interesse em todas as actividades realizadas, bem como ajudou nas mesmas. Promoveu o bom espírito de equipa.  
Bom estágio.  
*Lara Farcelo*



### FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: *Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa*

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio:

Data: *19 / 01 / 09*

Turno:  Manhã  Tarde

Meio: *SBV (HSJ)*

Nº DE ACTIVAÇÕES:

Doença Súbita:

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: *O Estagiário*

*Marta Raquel Dias Fernandes de Sousa*

*O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo*

*Andreia Cristina Nunes Pinto*

### OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO


*Seiða 1. Riokinho. Dominio. Sexo feminino, 68 anos. Genujoas habituais precoces. DM. Não cumpre medicação. Queixas de tonturas e queda. Queixas de. Tem comido uva e bola Berlin e pil com marmelada na noite anterior. Desconhece antecedentes. PA = 160/80 mmHg. FC = 108 bpm. Desconhece antecedentes. Hipertensão arterial e de comunicação e de estabelecimento de queixas. Transporte para H&SA.*

*Seiða 2. Sexo feminino, 57 anos. Tem vomito de manhã. Queixas de cefaleias e mal estar geral. Antecedentes: Hipertensão arterial, gastrite, AVC há 10 anos com sequelas (lipotimia H&SA e H&SA). PA = 130/60. Não ventilar O2. Durante transporte para HS) agravamento das queixas de cefaleias; queixas de alteração da consciência que reacção para de sono e desorientação.*

*Seiða 3. Av. Fernão de Magalhães, loja de ci de claus. 33h40. Lipotimia. Sexo feminino. Abortada.*

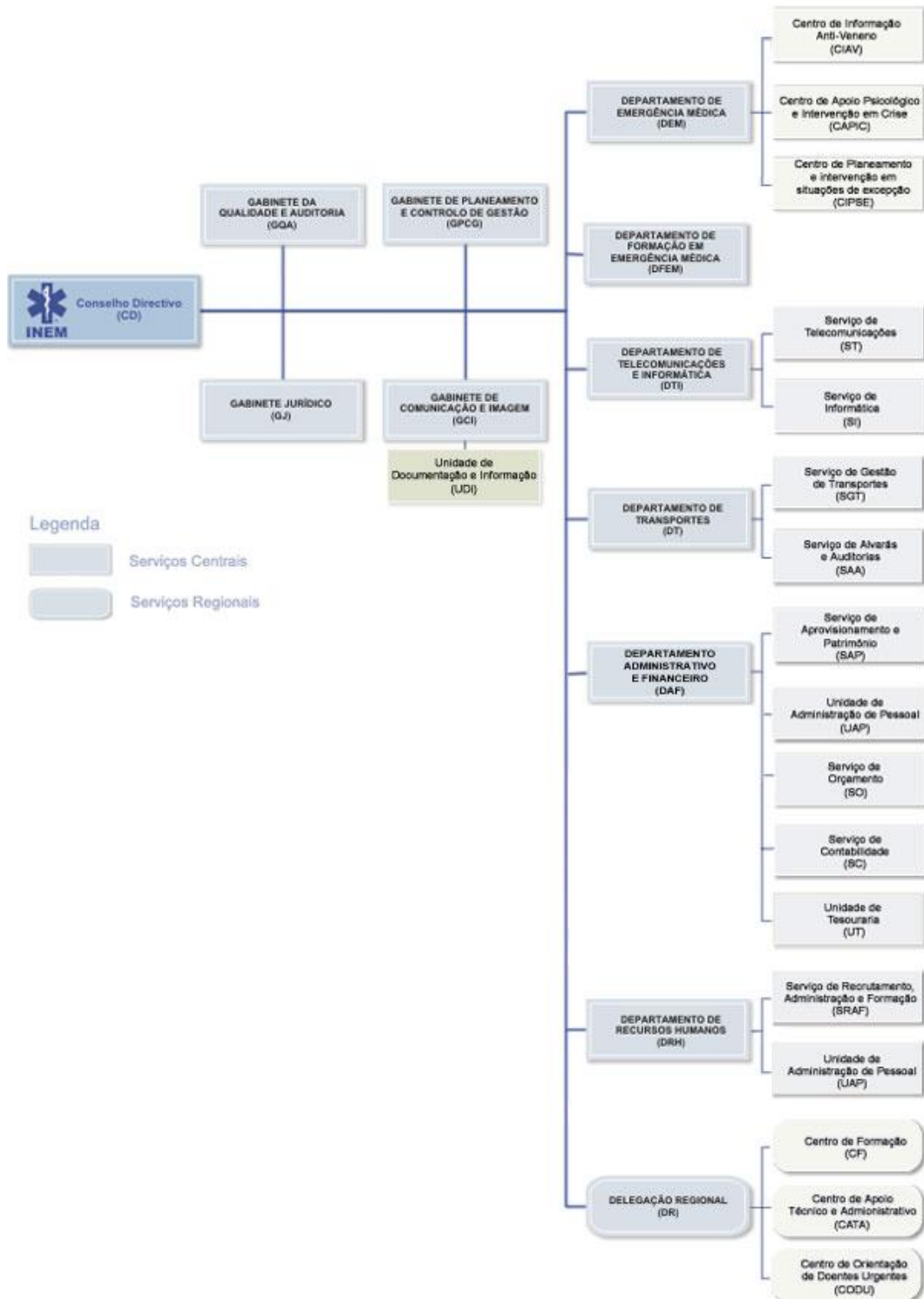
*Demonstra conhecimento na área, favorece o relacionamento entre militares e equipa.*

*ACP.*



# ANEXO I

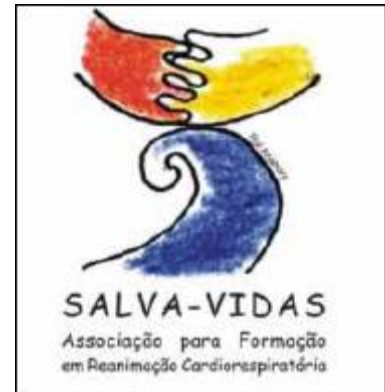
## ORGANOGRAMA DO INEM



## ANEXO II

### PLANO DO CURSO DE DAE DOS OPERACIONAIS DA SONAE

08:30-08:45	Apresentação
08:45-08:50	Introdução
08:50-09:00	Cadeia de Sobrevivência
09:00-09:10	Riscos para o Reanimador
09:10-09:25	Suporte Básico de Vida
09:25-09:40	Algoritmo de Tratamento em SBV
09:40-10:00	Simulação de Caso Clínico
10:00-10:50	<i>Prática de SBV - I</i>



#### INTERVALO

11:10-12:00	<i>Prática de SBV - II</i>
12:00-12:20	Como Funciona o DAE
12:20-12:35	Algoritmo de Tratamento
12:35-13:00	Prática (Comandos e Colocação de Eléctrodos)

#### ALMOÇO

14:00-14:10	Reanimação com DAE – Quem faz o quê?
14:10-14:25	Simulação de Caso Clínico
14:25-14:55	<i>Caso Clínico I – Sucesso Imediato</i>
14:55-15:20	<i>Caso Clínico II – Choque N/ Recomendado</i>
15:20-15:50	<i>Caso Clínico III – Insucesso</i>

#### INTERVALO

16:15-16:55	<i>Caso Clínico IV – Sucesso Tardio</i>
16:55-17:10	Problemas na reanimação com DAE
17:10-18:45	Avaliação
18:45-19:00	Encerramento do Curso

# ANEXO III

## OPERACIONAIS DE DAE – TERMO DE RESPONSABILIDADE

### COMPROMISSO

Eu, **xxxxx xxxxxx**, declaro, sob compromisso de honra, que:

1) Tenho conhecimento dos objectivos programáticos do Programa Salva-Vidas e aceito ser considerado como Operacional de Desfibrilhação Automática Externa (DAE).

2) Como Operacional de DAE inserido no Programa Salva-Vidas, entendi que apenas posso utilizar um DAE enquanto estiver a exercer as minhas funções ao serviço dos Hipermercados Continente da minha zona de trabalho.

3) Comprometo-me a utilizar o DAE de acordo com os preceitos que me foram ensinados no Curso de DAE, no qual tive aproveitamento.

4) Aceito que seja gravada a minha voz pelos DAE que utilizar para que possa ser efectuado o controlo de qualidade.

5) Entendi ainda que serão da minha inteira responsabilidade os danos causados à vida humana, decorrentes da utilização dum DAE em quaisquer outras circunstâncias, não tendo pois suporte legal, e não podendo, portanto, ser o Médico Responsável pelos operacionais de DAE do meu local de trabalho nem o Director Médico do Programa Sava-Vidas, responsáveis pelos meus actos.

O Declarante