



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Vera Rita Oliveira Mendes
Relatório de Estágio em
Emergência Médica

Junho, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Vera Rita Oliveira Mendes
Relatório de Estágio em
Emergência Médica

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Emergência Médica

Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Dr. Luís Alberto Rodrigues Alves Meira

Junho, 2010

FMUP

Nome: Vera Rita Oliveira Mendes

Endereço electrónico: m04064@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Relatório de Estágio em Emergência Médica

Nome completo do Orientador:

Luis Alberto Rodrigues Alves Meira

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Emergência Médica

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio~~ (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2010

Assinatura: Vera Rita Oliveira Mendes

Eu, Vera Rita Oliveira Mendes, abaixo assinado, nº mecanográfico_040801064, 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, 20/04/2010

Assinatura: Vera Rita Oliveira Mendes

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. Luís Meira por ser o orientador deste relatório e por reger esta unidade curricular opcional, criando assim o elo com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, permitindo aos alunos desta faculdade a oportunidade de contactarem com a emergência médica pré-hospitalar, área não abordada no actual modelo pedagógico.

Agradeço também ao corpo docente desta disciplina que sempre demonstrou disponibilidade para as solicitações dos estagiários, e que contribuíram de forma determinante para o meu interesse na área de emergência médica, pelo entusiasmo com que relataram as suas vivências enquanto profissionais desta área.

A todos os médicos e enfermeiros das Viatura Médica de Emergência (VMER), aos Tripulantes de Ambulância de Emergência (TAE) das Ambulâncias e aos operadores do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), fica também o meu agradecimento por me terem recebido e integrado, contribuindo assim para um bom ambiente de trabalho e aprendizagem.

Relatório de Estágio em Emergência Médica

Resumo

A disciplina opcional de “Emergência Médica” corresponde a um estágio de prática clínica em emergência médica pré-hospitalar, com uma carga horária de 96 horas, distribuídas por sessões teóricas, teórico-práticas, visitas de estudo e estágios práticos: em Viatura Médica de Emergência e Reanimação, em Ambulância de Suporte Básico de Vida e/ou Suporte Imediato de Vida e no Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Este estágio teve como objectivos situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, identificar as principais situações de emergência e aplicar o algoritmo do Suporte Avançado de Vida. Com este relatório pretendem-se enumerar as funções e limitações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), descrever as vivências nos estágios práticos e realizar uma reflexão crítica sobre os mesmos. Além disso, procura-se estabelecer qual a importância do conhecimento das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) por parte da população geral e o que se ganharia com o esclarecimento sobre a forma como funciona a linha 112.

Conclui-se que a ampliação do conhecimento da população em geral em relação ao correcto accionamento do número 112, e das manobras de SBV facilitará o desempenho do INEM e aumentará a probabilidade de recuperação e sobrevivência das vítimas de Paragem Cardio-Respiratória. Assim sendo, o investimento na formação deverá ser uma prioridade, tendo como alvo preferencial os alunos que se encontram na escolaridade obrigatória, promovendo desde cedo e de forma sustentada, o conhecimento geral na área dos primeiros socorros.

Medical Emergency Internship Report

Abstract

The optional subject of "Medical Emergency" is a internship of clinical practice in pre-hospital medical emergency, with a workload of 96 hours, divided into theoretical sessions, theoretical and practical study visits and practical training in: Medical Car Resuscitation and Emergency, Ambulance Basic Life Support and / or Immediate Life Support and Guidance Centre for Emergency Patients. This internship had the intent to contextualize the physician's role in addressing emergency and patient treatment, identify major emergencies and apply the algorithm of the Advanced Life Support. " With this report it is intended to enumerate the functions and limitations of the National Institute for Medical Emergency (INEM), describe experiences in internships and conduct a critical reflection on them. Furthermore, it aims to establish how important is the knowledge of the maneuvers of Basic Life Support (BLS) by the general population and what would be gained with the clarification on how the emergency number 112 works.

It is concluded that the expansion of general population`s knowledege about the proper usage of the 112 number, and the BLS maneuvers facilitate the performance of INEM and increase the likelihood of survival and recovery of victims of cardio-respiratory arrest. Therefore, investment in training should be a priority, targeting preferentially students who attend compulsory school years in order to promote in an early and sustained manner, the general knowledge in the area of first aid.

Índice

Agradecimentos	2
Relatório de Estágio em Emergência Médica.....	4
Resumo	4
Lista de siglas e abreviaturas	7
Lista de siglas.....	7
Lista de abreviaturas	8
Introdução e enquadramento	9
Motivação	9
Objectivos	9
Introdução	9
Descrição das actividades	10
1) Sessões teóricas	10
2) Sessões teórico-práticas	11
3) Visitas de estudos	12
4) Estágios práticos.....	12
Limitações e Sugestões.....	13
1) Má utilização do número 112.....	13
2) Falta de formação em SBV da população geral	14
3) Falta de meios e de profissionais	18
Reflexão crítica.....	19
1) o estágio	19
2) o relatório	19
Conclusões.....	20
Bibliografia.....	21
Anexos	24
Apêndices	35

Lista de siglas e abreviaturas

Lista de siglas

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteróide

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CDI – Cardiodesfibrilhador Implantável

CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhação Automática Externa

DM – Diabetes Mellitus

ECG – Electrocardiograma

HSJ - Hospital São João

HTA – Hipertensão Arterial

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem cardio-respiratória

PLS – Posição Lateral de Segurança

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

TAE – Tripulante de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Lista de abreviaturas

Admin. - administração

F. – feminino

M. – masculino

Pat. – patologia

Sínd. - Síndrome

Esq. – esquerdo (a)

Dir. – direito (a)

Ev. – endovenoso (a)

Introdução e enquadramento

Motivação

Optei por realizar um estágio opcional na área da emergência médica, porque sempre tive uma grande vontade de conhecer e participar nos cuidados de socorro pré-hospitalar. Além de gostar das situações que exijam raciocínios e acções emergentes, essas acções são absolutamente cruciais para a manutenção da vida das vítimas. À parte das tendências pessoais, existem, na minha opinião lacunas na formação médica no que diz respeito à emergência pré-hospitalar, daí ter sentido necessidade de frequentar este estágio, de forma a valorizar a minha formação e munir-me de mais e melhores ferramentas para exercer a profissão médica. Por todas estas razões faz todo sentido um Relatório de Estágio em Emergência Médica.

Objectivos

Com este relatório pretende-se conhecer e esclarecer as funções do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Descrever as vivências nos diferentes meios do INEM, assim como as condições e limitações dos próprios serviços deste Instituto. Procura-se aqui dar um contributo para que todos aqueles que accionam o número 112 conheçam e entendam as funções do INEM e dos seus profissionais. Tenciona-se também chamar a atenção para importância do conhecimento das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) na população geral. Ressaltam-se ainda os benefícios de se incorporar no ensino secundário uma formação nesta área.

Introdução

A unidade curricular de “Emergência Médica” corresponde a um estágio de prática clínica em emergência médica pré-hospitalar. Do seu corpo docente fazem parte o Dr. Luís Meira, Dr. António Táboas, Mestre Isabel Rocha e Mestre Rui Campos. Este

estágio teve a duração de duas semanas, 96 horas, distribuídas por sessões teóricas, teórico-práticas, visitas de estudo e estágios práticos: VMER, Ambulância SBV e/ou SIV e CODU. Além da duração prevista para esta disciplina realizei de forma complementar 8 horas de Ambulância SBV e 8 horas de VMER (Apêndice 1).

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde que assegura o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), cujo objectivo é garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. O INEM tem como principais funções a prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do SIEM. A sua área de acção cobre a totalidade de Portugal Continental, através das várias Delegações Regionais: Porto, Coimbra, Lisboa e Faro.

Descrição das actividades

1) Sessões teóricas

Nas sessões teóricas foi descrito o modelo organizacional do INEM, assim como as suas funções e competências. Enfatizou-se o modo de funcionamento do CODU, onde se faz a triagem e avaliação dos pedidos de socorro efectuados através do 112 e o envio dos meios.

Enumeraram-se e descreveram-se alguns dos meios que o INEM dispõe para socorrer as vítimas de forma rápida e adequada:

- **VMER** (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), cuja tripulação é composta por um médico e um enfermeiro, que dispõem de equipamento adequado para executar SAV.

-**Ambulâncias SBV**, que têm como objectivos a estabilização e transporte de doentes que necessitam de assistência durante o mesmo. A tripulação é composta por dois TAE, que têm formação específica na área de emergência, estando aptos a realizar manobras de SBV e Desfibrilhação Automática de Externa (DAE).

-Motos de emergência, cujo tripulante é um TAE.

-Helicópteros, cujo objectivo é o transporte de doentes graves do local de ocorrência para o hospital mais adequado (missão primária), assim como o transporte inter-hospitalar (missão secundária). A tripulação deste meio é composta por 2 pilotos e a equipa médica (médico e enfermeiro), com experiência de pelo menos dois anos em VMER e 6 meses em Unidade de Cuidados Intensivos.

-Ambulância SIV (Suporte Imediato de Vida), cuja tripulação é um TAE e um enfermeiro, que têm capacidade para executarem alguns actos mais diferenciados, regendo-se sempre por protocolos médicos e pelo acompanhamento da equipa médica do CODU;

-Recém-Nascidos (Sub-sistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco), desta tripulação fazem parte, além do TAE que conduz a Ambulância, um médico e, um enfermeiro com valência em pediatria ou neonatologia.

Existem ainda outros serviços prestados pelo INEM, como:

-CODU-mar, situado em Lisboa, responsável pelo apoio médico, a todos os navios que navegam em águas que estão sob a responsabilidade de Portugal;

-CAPIC (Centro de Apoio Psicológico em Crise);

-CIAV (Centro de Informação Antivenenos), centro médico de informação toxicológica.

2) Sessões teórico-práticas

2.1) Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV)

Este curso foi dividido em um componente teórico e outro prático. Todos os seus fundamentos se basearam no Manual de Suporte Avançado de Vida, elaborado pelo Departamento de Formação Médica do INEM, em Maio de 2007, que seguiu as recomendações publicadas pelo *European Resuscitation Concil* em 2005. Entre os vários pontos abordados, enfatizou-se o algoritmo do SAV, cujo conhecimento absoluto era obrigatório.

Nas sessões práticas simularam-se casos clínicos, onde se treinaram todos os componentes do SAV, como a abordagem da via aérea e ventilação, o reconhecimento de ritmos cardíacos e a sua classificação em desfibrilháveis e não desfibrilháveis, a

desfibrilhação eléctrica e as condições de segurança obrigatórias referentes a este procedimento, a administração dos fármacos adequados e ainda as manobras de SBV.

2.2) Trauma

Na divisão teórica da formação sobre traumatologia nomearam-se as principais causas de trauma e descreveu-se a abordagem padronizada ao doente traumatizado.

No componente prático desta sessão apresentou-se o material utilizado na abordagem à vítima de trauma (ex.: plano duro, colar cervical, maca Scoop, colete de extracção). Demonstraram-se e executaram-se as técnicas de rolamento, levantamento e extracção de vítimas encarceradas.

3) Visitas de estudos

Estes estágios incluíram visitas a alguns dos meios do INEM: **VMER, Moto de Emergência, Ambulância SBV e Helicóptero**. Enumerou-se o equipamento que faz parte de cada viatura, com uma breve explicação do seu funcionamento. Evidenciou-se a utilidade dos meios com características particulares, como são os casos do Helicóptero e da Moto de Emergência.

Na visita ao **CODU**, foi descrito o seu modelo organizacional e as funções atribuídas aos diferentes profissionais que lá trabalham: médicos, enfermeiros, psicólogos e operadores de central com formação específica. O atendimento fica a cargo dos operadores. Actuando no pré-socorro, estes profissionais podem aconselhar e indicar algumas medidas aos utentes enquanto esperam pelo socorro. O sistema informático de apoio permite localizar a ocorrência e indicar os meios mais próximos e adequados. Finalmente, é ao médico do CODU que cabe avaliar a necessidade de activar ou não uma VMER ou ambulância.

4) Estágios práticos

Foram realizados dez estágios práticos, cinco em VMER, três em Ambulância SBV e dois no CODU. Nos meios totalizaram-se vinte accionamentos, dezoito das quais foram por doença súbita (tabela 1). As descrições resumidas de cada accionamento encontram-se nas tabelas do Apêndice 2 e as fichas informativas de cada estágio são apresentadas no Anexo 1.

Tabela 1. Accionamentos da VMER e Ambulância SBV.

	VMER	Ambulância SBV	Total
Trauma	0	2	2
Doença súbita	10	8	18
Outra	0	0	0
Total	10	10	20

Nos estágios práticos tive oportunidade de conhecer e participar nas actividades de rotina, como *checklist's* diárias do equipamento. Com acompanhamento e supervisão da tripulação, realizei medições de pressão arterial e glicemia e acompanhei a monitorização dos doentes. Particpei também nas manobras de rolamento, imobilização e levantamento em plano duro de uma das vítimas de trauma.

Nos estágios no CODU conheci o seu sistema organizacional, o equipamento e a função atribuída aos diferentes profissionais.

Limitações e Sugestões

1) Má utilização do número 112

Os profissionais do INEM enfrentam vários obstáculos e limitações, no decorrer das suas funções. No CODU, os operadores deparam-se frequentemente com uma má utilização do serviço 112, devido à falta de informação dos utentes. É frequente ligarem para o 112 nas situações não emergentes, que requerem apenas transporte não assistido para um Centro de Saúde ou Hospital. Desta forma ocupa-se indevidamente uma linha de emergência, dificultando e atrasando o acesso em situações verdadeiramente emergentes. Além disso, por desconhecimento ou falta de serenidade, os utentes não respondem frequentemente às perguntas essenciais: onde?, o quê? e quem?, dificultando desta forma a adequabilidade e a acessibilidade dos meios ao local.

Existem ainda situações em que os utentes perante um evento emergente não accionam de imediato o 112, quebrando desta forma o primeiro elo da cadeia de sobrevivência, que é sem dúvida o mais maleável¹.

Esta realidade revela que a população não está devidamente informada quanto à correcta utilização do número 112, o que prejudica significativamente os serviços prestados pelo INEM. Assim, sendo sugere-se aqui a elaboração de campanhas informativas, devidamente explícitas, de forma a esclarecer toda a população sobre este assunto, evidenciando a importância do uso correcto do 112. As campanhas televisivas que aconselham a população a ligar 117 no caso de incêndios, ou ainda as que indicam medidas a seguir no caso de suspeita de Gripe A, são exemplos a considerar. A utilização correcta do número de emergência, não me parece menos merecedora deste tipo de campanhas.

2) Falta de formação em SBV da população geral

Muitas situações poderiam adicionalmente ter um desfecho mais favorável com o devido conhecimento de SBV, por parte do público^{2,3}. Contudo, só num pequeno número de países da Europa o SBV é praticado por leigos que testemunham a PCR⁴. O SBV é o segundo elo da cadeia de sobrevivência, e tem como objectivo manter algum grau de circulação com sangue minimamente oxigenado, para a preservação da viabilidade do coração e cérebro, permitindo ganhar tempo até à chegada do desfibrilhador e da equipa do SAV. A eficácia da desfibrilhação eléctrica reduz-se 7 a 10 % a cada minuto⁴, daí a importância indiscutível do rápido accionamento do serviço de emergência e do início imediato do SBV.

A American Heart Association afirma que com apenas 20% da população treinada em SBV, a morbidade e a mortalidade das PCR extra-hospitalares podia ser reduzida de forma significativa⁵. De facto, as PCR extra-hospitalares representam 70% de todas as PCR⁶. O tempo decorrente entre a paragem e o início de SBV é directamente proporcional à taxa de sobrevivência, sendo que o SBV tem de ser iniciado dentro de um período de 4 minutos para evitar danos irreversíveis em indivíduos normotérmicos¹. A taxa de sobrevivência de paragem cardíaca extra-hospitalar no Reino Unido, por exemplo, ronda os 7%⁷ e estudos do fenómeno na Europa apontam igualmente para

taxas inferiores a 10% ^{8,9,10}. Quando o SBV é iniciado aquando da ocorrência de PCR, a taxa de sobrevivência duplica comparativamente às situações em que tal não acontece. Quando comparando dados de regiões americanas com e sem treino generalizado em SBV, a taxa de sobrevivência é superior nas primeiras, chegando aos 20-30% ².

A população juvenil é um alvo muito atractivo de instrução em SBV seja pelo interesse demonstrado, disponibilidade, facilidade logística e até resultados alcançados¹¹.

No campo político português, este assunto já foi recentemente focado pelo Partido Popular (CDS-PP) que entregou, em 2008, um projecto de diploma que defendia, fundamentalmente, o seguinte: "a forma mais eficaz de, a médio/longo prazo, ter a grande maioria da população suficientemente informada e apta a prestar cuidados de Suporte Básico de Vida, é introduzindo nas escolas cursos de formação nesta área, nomeadamente dirigidos aos jovens do 3º ciclo do Ensino Básico”.

Não existem dados concretos de Portugal relativamente à percentagem de tentativas de reanimação iniciadas antes da chegada do INEM, no entanto serão certamente muito baixos. É assumido no Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de Agosto que “para a melhor concretização deste propósito [facultar o acesso generalizado a meios de socorro adequados às necessidades de um significativo número de vítimas] serão ainda reforçadas iniciativas complementares [...] designadamente, o investimento na formação em suporte básico de vida”.

A nível internacional, a problemática da instrução de SBV aos mais novos é desde há muito tempo debatida. O ensino de SBV a crianças em idade escolar foi pela primeira vez ministrado na Noruega em 1961⁵, sendo que continua a ser prática comum, com aumento de complexidade do treino à medida que os alunos vão progredindo ao longo dos anos curriculares. Outros países já assumiram igualmente o ensino obrigatório de SBV ^{5,11,12,13,14,15,16}.

Dentro das recomendações do European Resuscitation Council encontra-se a inclusão do SBV no currículo escolar¹⁷, posição igualmente assumida pela International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)¹⁸, American Academy of Paediatrics⁵ e American Heart Association¹⁶.

Um artigo de 2003¹⁴ que se foca na exequibilidade do ensino de medidas de primeiros socorros em escolas primárias na Áustria, levanta questões muito pertinentes como a falta de disponibilidade da população adulta para formação nesta área. Aliás, é realçado que existem cursos gratuitos de SBV para a população em geral,

nomeadamente através da Cruz Vermelha mas esses não têm adesão quanto mais aqueles que são pagos, sendo que os esforços já existentes se centraram definitivamente na população mais jovem.

No panorama geral, existem muitos relatos do sucesso de programas de ensino de SBV a jovens dos 10 aos 14 anos^{5,15} alicerçados no maior desenvolvimento cognitivo e no grau de desenvolvimento muscular que facilitam, respectivamente, a apreensão de conhecimentos e a execução de manobras de compressão torácica¹⁸. Contudo, existem igualmente vários relatos de programas de ensino de medidas de primeiros socorros com sucesso em crianças até aos 10 anos^{11,13,14,20}, incluindo crianças com idades entre os 6 e os 7 anos^{14,21} embora com algumas limitações. Aliás, Bollig, Wahl et al apresentam uma sugestão de programa de treino gradual de acordo com a idade para a população em geral, começando nos 6 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2. Modelo de Formação Geral em Primeiros Socorros. (Adaptado de Bollig, Wahl et al. 2009)

Fase 3: Suporte Básico de Vida + Outras MPS
Para todos a partir dos 15 anos
SBV + Medidas primeiros socorros
Situações mais complexas de emergência
Fase 2: Suporte Básico de Vida
Para crianças entre os 10 e os 15 anos
SBV + Medidas primeiros socorros
Fase 1: Primeiros Socorros Básicos
Para crianças na faixa etária entre os 6 e os 10 anos
Repetição anual recomendada

O modelo ainda prevê uma Fase 4 que consiste fundamentalmente na repetição da Fase 3 de dois em dois anos, de acordo com a sugestão dos autores. Trata-se de um modelo simples de planeamento, tendo em conta as capacidades próprias de cada escalão etário.

Em relação ao ensino do SBV, existem estudos que relatam fundamentalmente abordagens em pirâmide^{22,23}, em que são profissionais da área da emergência que treinam professores de determinadas escolas ou estudantes de medicina que leccionam SBV a grupos de 20-30 alunos. Assim um profissional de saúde que treine

adequadamente 20-30 pessoas, rapidamente torna exponencial a transmissão de conhecimentos, desde que, obviamente, devidamente fundamentada e consolidada.

Um artigo em particular²⁴ relata a comparação de formas distintas de aprendizagem de SBV por parte de estudantes de medicina em que, de três grupos de estudantes, um é sujeito a treino e depois encarregado de ministrar aulas de SBV a alunos de escolas secundárias enquanto os outros dois grupos eram sujeitos a métodos mais convencionais de aprendizagem. Após avaliação, o primeiro grupo teve resultados comparáveis na avaliação teórica com os outros grupos mas claramente melhores resultados na avaliação prática e fundamentalmente com menos erros considerados críticos. Uma ilação a tirar é que os estudantes de medicina, neste contexto, podem tirar, tanto para si como para a sociedade, claros benefícios.

Existem questões a considerar na aplicação e exequibilidade do ensino de SBV nas escolas:

a) Qualquer programa não tem um impacto a longo prazo se não prever reciclagens de conhecimento, dado que 3 anos após a formação, sem prática entretanto, o nível de conhecimento, em geral, não tem benefício para a vítima de PCR³. Os programas têm de ser adaptados aos estudantes e ao escalão etário respectivo.

c) Qual será a receptividade das escolas à realização destes programas? Não é imperativa a colocação de responsabilidades acrescidas directamente nos professores, o que poderá aumentar a receptividade das escolas em acolherem o ensino de SBV, tal como foi documentado num estudo-piloto feito em Espanha com jovens entre os 12 e 16 anos^{16,25}.

d) Qual será a disponibilidade de formadores para este tipo de programas? Como já referido, os estudantes de medicina poderão ser uma mais-valia neste ponto.

e) E por fim, mais importante que tudo, o financiamento. Só uma iniciativa governamental poderá dar o mote para o início de um programa deste género. A atribuição de fundos estatais/comunitários para um programa de ensino obrigatório de SBV será, certamente, incontornável. No entanto, pensando o programa a nível regional, as necessidades de financiamento são certamente menores e controladas caso a caso.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 220/2007, de 29 de Maio, a entidade responsável pela definição, organização, coordenação e avaliação das actividades de emergência médica é o INEM. Qualquer iniciativa de índole nacional deverá ter como ponto de referência este Instituto mas quando falamos a nível regional, duas outras entidades podem desempenhar um papel crucial, com a respectiva articulação com o INEM:

Centros de Saúde/Unidades de Saúde Familiar, pela sua relação necessariamente próxima da comunidade em que estão inseridos, e as Faculdades de Medicina, que têm recursos humanos valiosos nos seus estudantes. Estas podem prestar um serviço público através da formação de SBV nas escolas e, simultaneamente enriquecerem a formação prática dos seus alunos²⁴.

O conjunto de parcerias que se pode desenvolver entre estes três tipos de instituição, todas com o seu papel na Saúde, juntamente com as Escolas pode facilitar o financiamento local, público e privado, para programas locais de ensino, quiçá um programa-piloto, perspectivando um hipotético programa nacional.

Tendo em conta os exemplos internacionais aqui citados e a exequibilidade em Portugal, há base suficiente para sugerir a inclusão do SBV nos currículos de escolaridade obrigatória.

3) Falta de meios e de profissionais

Outra das limitações que dificulta a optimização dos serviços prestados pelo INEM é a falta de meios e de profissionais. A VMER e a sua tripulação são o exemplo mais óbvio. A carência deste meio faz-se notar mais em algumas regiões do país, como o interior, e até nos grandes centros quando as activações são numerosas e praticamente simultâneas. Além disso e apesar da existência de 42 VMER a actuarem no território nacional, algumas delas estão frequentemente inoperacionais, por falta de médico.

Aqui depara-se obrigatoriamente, embora não só, com um problema de financiamento governamental. Além da disponibilidade de meios é necessário investir nos incentivos aos profissionais de emergência médica. Neste ponto, não só os profissionais que já desempenham funções no INEM devem ser incentivados, mas também seria importante cativar nova mão-de-obra qualificada para preencher esta lacuna. Mais uma vez, as Faculdades de Medicina poderão fazer parte da resolução deste problema. Tendo em conta o número de médicos recém-formados que saem em cada ano, certamente que pelo menos uma parte serão emergencistas em potencial. Devido à ausência de duma

unidade curricular na área de emergência médica, que seja bem estruturada e completa, nos currículos obrigatórios das Faculdades de Medicina, o interesse dos alunos destas faculdades pode não se manifestar, devido exclusivamente ao desconhecimento ou falta de contacto com esta área. A unidade curricular opcional a que este relatório se refere é uma óptima via promocional da emergência médica junto dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Reflexão crítica

1) o estágio

O estágio em emergência médica decorreu como previsto, tanto a nível teórico como prático. Penso que os temas incluídos nas sessões teórico-práticas são fundamentais, nomeadamente o SAV e a abordagem à vítima de trauma, e foram dirigidos de forma adequada. Neste ponto, seria benéfica uma versão mais extensa das apresentações referentes à abordagem de vítimas de situações especiais, como queimaduras, afogamento, intoxicação e violência. Nos estágios práticos fui sempre devidamente acompanhada pelos profissionais do INEM, que demonstraram competência e profissionalismo.

Retirei deste estágio o aproveitamento pretendido, com a concretização dos objectivos propostos. Considero que esta formação foi um complemento essencial ao meu percurso académico e que influenciou de forma determinante as minhas opções profissionais futuras.

2) o relatório

Escolhi realizar um relatório de estágio por ser um protótipo com objectivos mais direccionados à prática clínica. Este documento é um pouco mais extenso que o previsto

porque o simples relatório de estágio ficou aquém das minhas expectativas de uma abordagem à Emergência Médica. Por acreditar que a inclusão do SBV no ensino obrigatório em Portugal e que o investimento em campanhas informativas possa fazer uma diferença no quotidiano da emergência médica, incluí uma reflexão sobre a temática no relatório de estágio.

Conclusões

Durante este estágio testemunhei situações em que se desperdiçou tempo valioso por, resumidamente, falta de preparação de quem requisita os serviços de emergência. Não existem formas fáceis de solucionar este problema mas provavelmente a solução para melhorar o uso dos meios de emergência em Portugal passa pela divulgação alargada de informação, com linguagem simples e objectiva, para que chegue a toda a população. Saber como agir em situações de emergência é um direito e um dever cívico.

Neste relatório evidencia-se que a inclusão do SBV no ensino obrigatório em Portugal é uma prioridade a considerar. Com a contribuição e envolvimento do INEM, Unidades Locais de Saúde, Direcções Regionais de Educação e Instituições de Ensino Superior parece exequível, se não uma formação verdadeiramente nacional, um número significativo de iniciativas regionais.

Bibliografia

1. Eisenburger, P. and P. Safar (1999). "Life supporting first aid training of the public—review and recommendations." *Resuscitation* 41(1): 3-18.
2. Eisenberg, M. S., B. T. Horwood, et al. (1990). "Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities." *Annals of Emergency Medicine* 19(2): 179-186.
3. Isbye, D. L., L. S. Rasmussen, et al. (2006). "Laypersons may learn basic life support in 24min using a personal resuscitation manikin." *Resuscitation* 69(3): 435-442.
4. Departamento de Formação em Emergência Médica - INEM (2007). "Manual de Suporte Avançado de Vida".
5. Lester, C. A., C. F. Weston, et al. (1994). "The need for wider dissemination of CPR skills: are schools the answer?" *Resuscitation* 28(3): 233.
6. Eisenberg, M. S. and T. J. Mengert (2001). "Cardiac resuscitation." *New England Journal of Medicine* 344(17): 1304.
7. Atwood, C., M. S. Eisenberg, et al. (2005). "Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe." *Resuscitation* 67(1): 75-80.
8. Van Hoeyweghen, R. J., L. L. Bossaert, et al. (1993). "Quality and efficiency of bystander CPR." *Resuscitation* 26(1): 47-52.
9. Gaul, G. B., M. Gruska, et al. (1996). "Prediction of survival after out-of-hospital cardiac arrest: results of a community-based study in Vienna." *Resuscitation* 32(3): 169-176.

10. Eisenburger, P., M. List, et al. (1998). "Long-term cardiac arrest survivors of the Vienna emergency medical service." *Resuscitation* 38(3): 137-144.
11. Reder, S. and L. Quan (2003). "Cardiopulmonary resuscitation training in Washington state public high schools." *Resuscitation* 56(3): 283-288.
12. Plotnikoff, R. and P. J. Moore (1989). "Retention of cardiopulmonary resuscitation knowledge and skills by 11-and 12-year-old children." *The Medical journal of Australia* 150(6): 296.
13. Lafferty, C., P. Larsen, et al. (2003). "Resuscitation teaching in New Zealand schools." *Journal of the New Zealand Medical Association* 116: 1181.
14. Uray, T., A. Lunzer, et al. (2003). "Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools." *Resuscitation* 59(2): 211-220.
15. Lubrano, R., S. Romero, et al. (2005). "How to become an under 11 rescuer: a practical method to teach first aid to primary schoolchildren." *Resuscitation* 64(3): 303-307.
16. Miró, Ò., X. Jiménez-Fábrega, et al. (2006). "Teaching basic life support to 12–16 year olds in Barcelona schools: Views of head teachers." *Resuscitation* 70(1): 107-116.
17. Nolan, J. (2005). "European resuscitation council guidelines for resuscitation 2005 section 1. Introduction." *Resuscitation* 67: 3-6.
18. Chamberlain, D. A. and M. F. Hazinski (2003). "Education in resuscitation." *Resuscitation* 59(1): 11-43.
19. Kaye, W., S. F. Rallis, et al. (1991). "The problem of poor retention of cardiopulmonary resuscitation skills may lie with the instructor, not the learner or the curriculum." *Resuscitation* 21(1): 67.

20. Phillips, P. S. and J. P. Nolan (2001). "Training in basic and advanced life support in UK medical schools: questionnaire survey." *British Medical Journal* 323(7303): 22.
21. Bollig, G., H. A. Wahl, et al. (2009). "Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures." *Resuscitation* 80(6): 689-692.
22. Connolly, M., P. Toner, et al. (2007). "The 'ABC for life' programme—teaching basic life support in schools." *Resuscitation* 72(2): 270-279.
23. Toner, P., M. Connolly, et al. (2007). "Teaching basic life support to school children using medical students and teachers in a 'peer-training' model—Results of the 'ABC for life' programme." *Resuscitation* 75(1): 169-175.
24. Breckwoldt, J., D. Beetz, et al. (2007). "Medical students teaching basic life support to school children as a required element of medical education: a randomised controlled study comparing three different approaches to fifth year medical training in emergency medicine." *Resuscitation* 74(1): 158-165.
25. Miró, Ò., X. Jimenez-Fabrega, et al. (2005). "Programa de Reanimación cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES): análisis de los resultados del estudio piloto." *Medicina clinica*(Ed. impresa) 124(1): 4-9.

Outras consultas:

- www.inem.pt

Anexos

Anexo 1. Fichas informativas dos estágios práticos.



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA MENDES

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: DR. LUIS MEIRA

Data: 10/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: AMBULANCIA SBV

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Mendes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Helley Rodrigues - TAE

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª saída: 75 anos, sexo F.
vômito de conteúdo alimentar,
afecções, tonturas e dor no QSD

2ª saída: 21 anos, sexo M.
inconsciente, ventilava e tinha
pulso. História etílico marcado.

3ª saída: 50 anos, sexo M.
assistido inicialmente por TAE
em motociclo - vítima inconsciente.
vômito de conteúdo alimentar.
AP: epilepsia e alcoolismo.

4ª saída: 9 anos, sexo F.
Síncope e clamor após trauma
ligeiro no MII.

5ª saída: 48 anos, sexo F.
desconforto tóxico e palpitações
desde há 3 dias, com agravamento
nas duas últimas horas.

- Demonstra grande simpatia e empatia com as vítimas e com os membros da equipa da ambulância.
- Apesar de ser estágio de observação mostra conhecimentos técnicos e práticos em algumas situações.
- Rápida aprendizagem e bom poder de observação.
- Excelente adaptação a equipa e ao ambiente de emergência pré-hospitalar.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA TENDES

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: DR. LUIS PEIRA

Data: 13/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER (HSJ)

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Tendes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Aluisio Almeida (43378)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª saída: 67 anos, sexo M.
PCR.
Encontrado em situação crítica.
AP: DM, HTA, AVC, paraneoplasia.

2ª saída: 8 anos, sexo M.
crise convulsiva.
AP: epilepsia (diagnosticada há 1 mês), sínd. nefrótico.

3ª saída: 38 anos, sexo F.
inconsciente, tinha pulso e ventilação.
ECG: ritmo sinusal.
Pupilas midriáticas reativas.
sem evidência de ingestão ou administração de drogas.

4ª saída: 32 anos, sexo M.
inconsciente, tinha pulso e ventilação. Indícios de intoxicação medicamentosa.
Administração de flumazenil e introdução de SNO paracetamol sistémico.

5ª saída: 39 anos, sexo M.
inconsciente, com pulso e ventilação.
administração de meloxicam, com recuperação de ECG (4-13)

Resumo os objectivos a que se propôs:

- competência
- interesse
- participação no trabalho de equipa.

Aluisio (43378)



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA MENDES

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: DR. LUIS REIRA

Data: 13/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: AMBULÂNCIA SBV

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Mendes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo _____

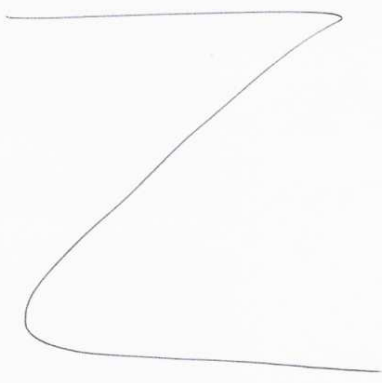
OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO


MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª saída: 55 anos, sexo F.
letargia marcada (ELG10)
hálito etílico marcado.
pupilas isocólicas reactivas.

2ª saída: 69 anos, sexo F.
dor abdominal no QSD intense.
AP: IRC (hemodialise), veludopatia
múltipla (hipocogulaxo)



Mostrou interesse nas Tarifas Realizadas,
Interagiu positivamente nas ~~atividades~~
activações de Ambulância;





Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA TEIXEIRA

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: DR. LUIS TEIXEIRA

Data: 16/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER (6a/c)

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Teixeira

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rita Rita Teixeira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª saída: 49 anos, sexo M.
Suspeita de crise hipoglicémica
com indicação de glicémia a 7 mg/dl
Verificou-se a nível editeiro do
aparelho medidor de glicémia.
nova medição de glicémia:
76 mg/dl



Turno com 1 saída para
uma vítima com uma crise
hipoglicémica.
A VERA demonstrou bastante
interesse pelas actividades desenvol-
vidas com a equipa médica na
delegada ao local. Mostrou-se
interessada pelos procedimentos
tomados desde a activação de
uma ambulância delegada ao local,
no local no meio ambiente da
vítima e a saída com a colaboração
dos bombeiros.

Rita (15/02/09)



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA TRENDES

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: DR. LUIS REIRA

Data: 17/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: AMBULÂNCIA SBV

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

Assinaturas: O Estagiário VERA RITA TRENDES

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo CARLA DIAS (TAE)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

1ª saída: 49 anos, sexo M.
vítima de atropelamento por autocarro.
escoriações em vários membros e dor na cintura pélvica à esq.
transporte com imobilização em plano duro.

2ª saída: 35 anos, sexo F.
dor torácica há 3 dias, febre, mialgias e cefaleias.
vómito de conteúdo alimentar (hoje).
transporte para Rev. de Emerg. - H.S.J.

3ª saída: 89 anos, sexo M.
queda de própria altura, após ter tropeçado.
ferida profunda no dorso do nariz.

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Integrou-se com bastante facilidade, mostrou interesse e motivação em participar em todas as actividades.
Mostrou a vontade e empatia na relação com a vítima.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA FLENDÉS

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: DR. LUIS MEIRA

Data: 18/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: CODU

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Flendes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
	<p>1º. Estágio codu - Fano pelo trabalho e decorado Boa impressão. Inter participa activamente, demonstra interesse.</p> <p>[Signature]</p>



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA FENDES

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: DR. LUIS FEIRA

Data: 11/11/10P Turno: Manhã Tarde Meio: CODU

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Fendes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Signature]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO	MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO
	<p>2º Estágio de Loucas Pensou por atendimento, segurança e regras médicas Fato forte, aumento interesse por regras médicas</p> <p>[Signature]</p>



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA FRENDES

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: DR. LUIS REIRA

Data: 19/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: VITER (Coia)

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita FrenDES

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo 3am

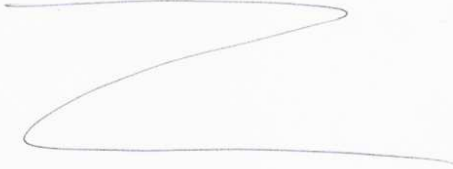
OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª scida: 74 anos, sexo F.
inconsciente, SatO₂: 60%
à chegada (Rendiz-Vous)
AP: palcacia cardiaca,
pacemaker, hipoxoculose
Entubação e apoio à ventilação
com insuflador manual.

2ª scida: 79 anos, sexo F.
crise hipoglicémica
glicemia 29 mg/dl à chegada
(Rendiz-Vous).
Administração de 3 ampolas
de glicose. Glicemia pós
intervenção: 124 mg/dl.



Esteve muito interessada e participativa.
Repetiu regras de segurança. Inte-grou-se muito bem na equipa. Bom!



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA FLENDOS

OBJECTIVOS: _____

Coordenador do Estágio: DR. LUIS NEIRA

Data: 19/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: VNER (Gova)

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Flendos

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Daurila Silva Araujo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

Apoio às tarefas de manutenção
do VNER. Troca do conteúdo
das molas da via aérea e traqueia.



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: VERA RITA MENDES

OBJECTIVOS:

Coordenador do Estágio: DR. LUIS MEIRA

Data: 26/11/09 Turno: Manhã Tarde Meio: VITER (HSJ)

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

Assinaturas: O Estagiário Vera Rita Mendes

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Rogério Oliveira

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

1ª saída: 80 anos, sexo F.
chamada por dor torácica com irradição
para o braço esquerdo e abdómen.
Não feito nitro sublingual
antes da chegada da equipa
médica.
ECG: ritmo sinusal, sem
alterações. AC e P sem alterações.
Sem indícios de EAP.

2ª saída: 30 anos, sexo M.
Vários "choques" consecutivos
de CDI e da torácica.
AP: cardiomegalia dilatada
e/ou disfunção ventricular esquerda,
CDI (há 2 anos), hipococulagem.
ECG: extra-sístoles. Sem outras alterações.

A estagiária Rita Mendes
colaborou com grande interesse
e empenho em todas as
actividades desenvolvidas pela
VITER do S. João.

Rogério
45102

Apêndices

Apêndice 1. Calendarização

Tabela 1. Calendarização das actividades da Disciplina de Emergência Médica

Horário	31-10-2009	7-11-2009	9-11-2009	10-11-2009	12-11-2009	13-11-2009	16-11-2009	17-11-2009	18-11-2009	19-11-2009	20-11-2009	26-11-2009
	Sábado	Sábado	Segunda	Terça	Quinta	Sexta	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Quinta
8:00-9:00												
9:00-10:00	Apresentação O SIEM	SAV Teórica III	Apresentação	Visita de estudo Heli 2	Técnicas de Trauma	Estágio prático VMER HSJ	Estágio prático VMER CHVNG	Estágio prático Ambulância SBV Porto2	Estágio prático CODU	Estágio prático VMER CHVNG	Trauma Teoria	
10:00-11:00	SAV Teórica I	Demonstração de SAV	O INEM									
11:00-12:00			Visita de Estudo									
12:00-13:00	Práticas SBV	Práticas SAV	Delegação Regional do Porto do INEM									
13:00-14:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço						Almoço	
14:00-15:00	SAV Teórica II	Práticas SAV	Marcação de estágios	Estágio prático Ambulância SBV Porto4		Estágio prático Ambulância SBV Porto2			Estágio prático CODU	Estágio prático VMER CHVNG	Avaliação teórica	Estágio prático complementar VMER HSJ
15:00-16:00			Visita de estudo								Teste escrito	
16:00-17:00	Competências SAV		Delegação Regional do Porto do INEM								Avaliação da cadeira	
17:00-18:00	Ritmos, via aérea e desfibrilhação	Avaliação SAV									Encerramento	
18:00-19:00												
19:00-20:00												

Apêndice 2. Descrição resumida das actividades dos estágios práticos.

Tabela 2. Descrição resumida das saídas da Ambulância SBV Porto 4 (10-11-2009, das 14:00 às 20:00h)					
Identificação	Sexo F., 75 anos	Sexo M., 21 anos	Sexo M., 50 anos	Sexo F., 9 anos	Sexo F., 48 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Dor no quadrante superior direito, tonturas, cefaleias e vômito de conteúdo alimentar	Inconsciente, com ventilação e pulso. Índícios de consumo de bebidas alcoólicas	Inconsciente, com ventilação e pulso. Teria consumido 12 cervejas.	Síncope e cianose, após trauma ligeiro do MI, com escoriação. Recuperação espontânea	Palpitações e desconforto torácico há 3 dias, com agravamento há duas horas
Antecedentes Pessoais	Gastrite, patologia óssea degenerativa	Desconhecidos	Epilepsia DM	7º dia de resguardo domiciliário após suspeita de Gripe A	HTA
Sinais vitais					
Pressão arterial (mmHg)	170/82	128/72	90/72	*	164/98
Frequência cardíaca (bpm)	70	78		80	80
Frequência Respiratória (cpm)	17	19	18	20	19
Temperatura (°C)	36,11	35,11	36	36,2	-
Glicemia (g/dL)	111	117	276	100	-
Pupilas	Isocóricas	Simétricas, midríase média	isocóricas	Isocóricas e fotoreactivas	Isocóricas
Escala de Coma de Glasgow	15	8	13 (inicial) 15 (final)	15	15

*Não obtida por inexistência de esfigmomanómetro pediátrico

Tabela 3. Descrição resumida das saídas da VMER HSJ (13-11-2009, das 8:00 às 14:00h)

Identificação	Sexo M., 67 anos	Sexo M., 8 anos	Sexo F., 38 anos.	Sexo M., 32 anos	Sexo M., 39 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	PCR Encontrado em rigidez <i>mortis</i>	Crise convulsiva recuperada.	Inconsciente, com ventilação e pulso. Indícios de consumo de bebidas alcoólicas.	Encontrado na banheira não submerso, com embalagens vazias de AINEs e antibióticos.	Encontrado inconsciente na via pública, com sinais de agressão. Hálito etílico e indícios de consumo de drogas.
Antecedentes Pessoais	DM, HTA, AVC, pat. cardíaca (pacemaker)	Epilepsia Sind. Nefrótico	Desconhecidos	Sem antecedentes	Desconhecidos
Sinais vitais					
Pressão arterial (mmHg)	-	-	135/95	157/102	148/86
Frequência cardíaca (bpm)	-	-	85	85	90
Saturação O ₂ (%)	-	-	100 (com O ₂ suplementar)	95 (com O ₂ suplementar)	99 (com O ₂ suplementar)
Frequência Respiratória (cpm)	-	-		18	16
Glicemia (g/dL)	-	-	114	105	101
Pupilas	-	-	Midriáticas reactivas	Isocóricas reactivas	Mióticas reactivas
Escala de Coma de Glasgow	3	15	8 (inicial); 12 (final)	3 (inicial); 15 (final)	4 (inicial); 13/14 (final)
Intervenção	Verificação do órbito	-	Monitorização; oxigenoterapia	Monitorização; admin. de O ₂ , e flumazenil; entubação naso-gástrica para lavagem	Monitorização; administração de O ₂ e naloxona

Tabela 4. Descrição resumida das saídas da Ambulância SBV Porto 2 (13-11-2009, das 14:00 às 20:00h)

Identificação	Sexo F., 55 anos	Sexo F., 69 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Inconsciente, com ventilação e pulso. Hálito etílico marcado.	Dor no quadrante superior direito intensa, de início súbito.
Antecedentes Pessoais	Desconhecidos	IRC (hemodiálise), valvulopatia, hipocoagulada
Sinais vitais		
Pressão arterial (mmHg)	145/90	10/50
Frequência cardíaca (bpm)	76	78
Frequência Respiratória (cpm)	17	18
Temperatura (°C)	-	36,3
Glicemia (g/dL)	110	97
Pupilas	Isocóricas reactivas	Isocóricas
Escala de Coma de Glasgow	9	15

Tabela 5. Descrição resumida da saída da VMER CHVNG/E (16-11-2009, das 8:00 às 14:00h)

Identificação	Sexo M., 49 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Suspeita de crise hipoglicémica, pois o medidor marcava 7g/dl. Verificou-se a má calibração deste.
Antecedentes Pessoais	DM (medicada com antidiabéticos orais)
Sinais vitais	
Pressão arterial (mmHg)	138/73
Frequência cardíaca (bpm)	72
Frequência Respiratória (cpm)	18
Glicemia (g/dL)	76
Pupilas	Isocóricas reactivas
Escala de Coma de Glasgow	15
Intervenção	Reavaliação da glicemia

Tabela 6. Descrição resumida das saídas da Ambulância SBV Porto 2 (17-11-2009, das 8:00 às 14:00h)

Identificação	Sexo M., 49 anos	Sexo F., 35 anos	Sexo M., 79 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Vítima de atropelamento. Dor na cintura pélvica, à esq. Escoriações nos joelhos e cotovelo dir.	Dor torácica há três dias, febre, mialgias e cefaleias. Hoje vomitou.	Queda da própria altura, após ter tropeçado. Ferida inciso-contusa profunda no nariz.
Antecedentes Pessoais	DM	Sem antecedentes	AVC com sequelas; HTA
Sinais vitais			
Pressão arterial (mmHg)	132/76	100/50	90/48
Frequência cardíaca (bpm)	65	100	80
Frequência Respiratória (cpm)	16	24	16
Temperatura (°C)	-	38	-
Glicemia (g/dL)	266	129	127
Pupilas	Isocóricas	Isocóricas	Isocóricas
Escala de Coma de Glasgow	15	15	15
Intervenção	Imobilização e transporte em plano duro. Limpeza e protecção das feridas.	-	Controlo da hemorragia.

Tabela 7. Descrição resumida das saídas da VMER CHVNG/E (19-11-2009, das 8:00 às 14:00h)

Identificação	Sexo F., 74 anos	Sexo F., 79 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Inconsciente, com ventilação e pulso. Declínio rápido na saturação de O ₂ e na escala de coma de Glasgow. (Rendez-vous)	Crise hipoglicémica
Antecedentes Pessoais	Pat. cardíaca (pacemaker), hipocoagulada	DM; Pat. cardíaca.
Sinais vitais		
Pressão arterial (mmHg)	118/67	123/49
Frequência cardíaca (bpm)	64	95
Frequência Respiratória (cpm)	16	14
Saturação O ₂ (%)	60 (inicial) 99/100 (com O ₂ suplementar)	75 (inicial) 99 (com O ₂ suplementar)
Glicemia (g/dL)	127	40; 20; 29; 124 (após glicose ev.)
Pupilas	Isocóricas	Isocóricas
Escala de Coma de Glasgow	4	9 (inicial); 13 (final)
Intervenção	Entubação endotraqueal e ventilação com insuflador manual acoplado a fonte de O ₂ (12L/min)	Monitorização, ECG; admin. de O ₂ e glicose ev (3 ampolas); reavaliação da glicemia.

Tabela 8. Descrição resumida das saídas da VMER HSJ (26-11-2009, das 14:00 às 20:00h)

Identificação	Sexo F., 80 anos	Sexo M., 30 anos
Queixas/resumo da história de doença actual	Mal-estar geral e dor torácica com irradiação para o braço esq. Já teria sido administrado nitrato sublingual (PA: 190/85)	Vários choques foram disparados pelo CDI após uma crise de ansiedade. Dor torácica no local do CDI.
Antecedentes Pessoais	Desc.	Cardiomiopatia dilatada. CDI
Sinais vitais		
Pressão arterial (mmHg)	170/63	114/77
Frequência cardíaca (bpm)	82	86
Frequência Respiratória (cpm)	19	14
Saturação O ₂ (%)	97	100 (com O ₂ suplementar)
Glicemia (g/dL)	-	137
Intervenção	ECG: sem alterações; Auscultação cardíaca e pulmonar: sem alterações.	ECG: extrassístoles sem outras alterações; Oxigenoterapia.

