



Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

João Filipe Correia de Freitas Gagean

Orientador:

Prof. Dr. António Marques da Silva

Porto 2013

JOÃO FILIPE CORREIA DE FREITAS GAGEAN

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto

Orientador: António Marques da Silva
Licenciatura em Medicina, Mestrado em Medicina
Especialista em Anestesiologia,
Chefe de Serviço de Anestesiologia na Carreira Médica,
Diretor do Departamento de Anestesiologia,
Cuidados Intensivos e Emergência, do Centro Hospitalar do Porto;
Professor Associado Convidado do Curso de Medicina,
no ICBAS, da Universidade do Porto

Resumo

O estágio foi realizado no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) admitido pela Unidade Curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, inserida no plano de estudos do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

A escolha do estágio partiu do meu interesse pessoal na Emergência Médica Pré-Hospitalar e na tentativa de integrar a minha formação adquirida durante o curso de Medicina para uma vertente mais prática. Acresce também a vontade de aprofundar os conhecimentos nesta área que foi pouco abordada durante todo o curso.

O estágio teve a duração de 84 horas divididas pelos diversos meios, Ambulância de Emergência Médica (AEM) (24 horas), ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) (24 horas), Veículo Médico de Emergência e Reanimação (VMER) (24 horas) e Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) (12 horas). No decorrer deste estágio assisti a 34 ocorrências, tendo sido 29 de Doença Súbita, 4 de Trauma e 1 Abortada.

Considero que a realização deste estágio foi bastante útil e que os objectivos foram cumpridos, tratando-se de uma experiência enriquecedora, a qual me fará tornar um melhor médico.

Abstract

This internship was made in the National Institute of Medical Emergency, admitted in “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, included in the study plan of the 6th year of Medicine.

The choice of the internship came from my personal interest in Pre-Hospitalar Medical Emergency and to try to integrate my knowledge acquired during the course of medicine in a more practical aspect. Also the desire to improve my knowledge in this area that was not so addressed throughout the course.

The internship had the duration of 84 hours divided by various areas, Medical Emergency Ambulance (AEM) (24 hours), Immediate Life Support ambulance (SIV) (24 hours), Emergency and Resuscitation Medical Vehicle (VMER) (24 hours) and Orientation Center of Urgent Patients (CODU) (12 hours). During this internship I had 34 events, having been 29 of Sudden Illness, 4 of Trauma and 1 was Aborted.

I believe that the realization of this internship was very useful and that the objectives have been met. I was, in fact, an enriching experience which will make me a better doctor.

Agradecimentos

Os meus mais sinceros agradecimentos:

Ao Dr. António Marques pela oportunidade de realização do Estágio e da orientação da Dissertação da Tese de Mestrado.

Aos Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Ambulância de Emergência e operadores de todas as equipas que tive contacto no INEM, pela simpatia e acolhimento, assim como pelo esclarecimento de todas as dúvidas que me foram surgindo ao longo do estágio.

Um agradecimento final muito importante à minha família que sempre me apoiou em toda a minha vida, me educou e me deu todas as oportunidades para eu ser o que sou e virei a ser no futuro.

Siglas e Abreviaturas

AEM – Ambulância de Emergência Médica
AIT – Acidente Isquémico Transitório
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BiPAP – Bilevel Positive Pressure Airway
bpm – batimentos por minuto
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
cpm – ciclos por minuto
DM – Diabetes Mellitus
DM II – Diabetes Mellitus tipo II
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
E.U.A. – Estados Unidos da América
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECG 12D – ElectroCardioGramma de 12 Derivações
ES – Escola Secundária
EV – EndoVenoso
FA – Fibrilhação Auricular
FR – Frequência Respiratória
GNR – Guarna Nacional Republicana
GPS – Global Positioning System
GSA – Gasimetria Arterial
HBV – Vírus da Hepatite B
HSA – Hospital de Santo António
HSJ – Hospital de São João
HTA – Hipertensão Arterial
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
INML – Instituto Nacional de Medicina Legal
MJD – Maternidade de Júlio Dinis
O₂ – Oxigénio
PA – Pressão Arterial
PCR – Paragem Cardio-Respiratória
PO – per os
PSP – Polícia de Segurança Pública
RVL – Resposta Ventricular Lenta
SatO₂ – Saturação de Oxigénio
SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TAT – Técnico de Ambulância de Transporte

VCI – Via de Cintura Interna

VMER – Veículo Médico de Emergência e Reanimação

Índice

Introdução	1
Motivação Pessoal	1
Objectivos	2
INEM	3
História.....	3
Serviços do INEM.....	4
Meios do INEM.....	5
Metodologia e Resultados	7
Meio AEM	8
1º Turno: AEM Porto 4 – 17/12/2012 8h-14h (Anexo 4)	8
2º Turno: AEM Porto 4 – 17/12/2012 14h-20h (Anexo 5).....	11
3º Turno: AEM Porto 2 – 13/05/2013 14h-20h (Anexo 6).....	13
4º Turno: AEM Porto 2 – 14/05/2013 14h-20h (Anexo 7).....	14
Meio SIV	16
1º Turno: SIV Santo Tirso – 19/12/2012 08h-14h (Anexo 8)	16
2º Turno: SIV Santo Tirso – 19/12/2012 14h-20h (Anexo 9).....	16
3º e 4º Turno: SIV Vila do Conde – 18/05/2013 08h-20h (Anexo 10)	16
Meio VMER	19
1º Turno: VMER Santo António – 12/12/2012 14h-20h (Anexo 11).....	19
2º Turno: VMER Santo António – 26/12/2012 14h-20h (Anexo 12).....	21
3º Turno: VMER Santo António – 15/04/2013 14h-20h (Anexo 13).....	22
4º Turno: VMER Santo António – 16/04/2013 14h-20h (Anexo 14).....	25
CODU Norte	27
Turnos: 18/12/2012 e 17/05/2013 das 08h-14h (Anexo 15 e Anexo 16)	27
Discussão	28
Conclusões	32
Bibliografia	34
Anexos	35

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Percentagem de ativações por meio INEM durante o estágio	28
Gráfico 2 - Distribuição das ativações por local	29
Gráfico 3 - Distribuição por destino das vítimas	29
Gráfico 4 - Distribuição por Sexo.....	30
Gráfico 5 - Distribuição das ativações por doença súbita	30

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição do número de chamadas, por tipo e prioridades, e meios acionados ...	27
Tabela 2 - Discussão dos Objectivos e Competências propostas	33

Índice de Anexos

Anexo 1 – Descrição dos restantes serviços prestados pelo INEM.....	36
Anexo 2 – Descrição dos diversos meios INEM que não foram frequentados	38
Anexo 3 – Termo de Responsabilidade	40
Anexo 4 – Ficha de Realização de AEM – 1º Turno.....	41
Anexo 5 – Ficha de Realização de AEM – 2º Turno	42
Anexo 6 – Ficha de Realização de AEM – 3º Turno.....	43
Anexo 7 – Ficha de Realização de AEM – 4º Turno	44
Anexo 8 – Ficha de Realização de SIV – 1º Turno	45
Anexo 9 – Ficha de Realização de SIV – 2º Turno	46
Anexo 10 – Ficha de Realização de SIV – 3º e 4º Turno	47
Anexo 11 – Ficha de Realização de VMER – 1º Turno	48
Anexo 12 – Ficha de Realização de VMER – 2º Turno	49
Anexo 13 – Ficha de Realização de VMER – 3º Turno	50
Anexo 14 – Ficha de Realização de VMER – 4º Turno	51
Anexo 15 – Ficha de Realização de CODU – 1º Turno	52
Anexo 16 – Ficha de Realização de CODU – 2º Turno	53

Introdução

A Unidade Curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”, inserida no plano de estudos do curso Mestrado Integrado em Medicina, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, admitiu-me a possibilidade de opção pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) como local de estágio para a obtenção da frequência à referida disciplina.

Motivação Pessoal

Quando chegou a altura para decidir qual a área que iria escolher para a realização da minha tese de mestrado, coloquei logo como primeira opção a realização deste estágio, deixando de lado algumas alternativas para o caso de este não ser possível de se realizar. Prontamente comecei a colher informações tanto de colegas de anos anteriores, que lhes tinha sido possível a realização deste estágio, como pelos órgãos mais formais. Desta forma, entrei em contato com o Dr. António Marques pessoalmente para lhe questionar sobre esta possibilidade.

Esta vontade primária de me poder envolver pelos meios do INEM, vem já desde antes de entrar no Curso de Medicina, altura em que fiz uma formação na Cruz Vermelha Portuguesa de Curso de Tripulante de Ambulância de Transporte (TAT). Este curso de 35 horas, pouco mais abordava do que as diversas manobras de Suporte Básico de Vida nas diversas situações, no entanto, daí começou a vir uma vontade cada vez maior de aprofundar os meus conhecimentos e um sonho de no meu futuro como médico os poder colocar em prática como um membro ativo no INEM e VMER. Após ter entrado em Medicina e contrariamente às minhas expectativas, deparei-me com um curso predominantemente teórico, com uma componente prática bastante reduzida, sendo esta muito demarcada, infelizmente, na área de Emergência Médica e de Pré-Hospitalar. Isto também motivou bastante a minha procura deste estágio, pensando que seria uma mais-valia para a minha futura carreira médica, conhecer a organização e os meios de área pré-hospitalar existentes em Portugal, fazer por aprender o máximo possível com quem viesse a trabalhar, assim como, ter oportunidade de pôr em prática tudo aquilo que fui aprendendo ao longo da minha formação como estudante de Medicina. Quem sabe, com isto, não ficaria um passo mais perto de vir a realizar o meu desejo de vir a seguir a área de emergência como parte do meu percurso profissional.

Objectivos

Inicialmente, aquando da candidatura a este estágio, o INEM propôs objetivos gerais, nos quais se incluíam 12 horas de CODU, 24 horas de SIV, AEM e VMER, completando a carga horária de 84 horas. Para além dos motivos acima referidos, assim como para satisfação das minhas ambições pessoais de realização deste estágio, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente, reconhecendo o seu papel fundamental na liderança das equipas que prestam cuidados a esse tipo de doentes;
- Identificar as principais situações de emergência do foro médico e traumatológico;
- Aprender técnicas “life-saving” – assumidas como essenciais para a manutenção da vida no doente grave;
- Conhecer os protocolos de actuação e aplicar os Algoritmos de Suporte Avançado de Vida;
- Tomar consciência da importância do trabalho em equipa na Emergência Médica.

Competências a adquirir na Área da Emergência Médica:

- Liderança e de gestão, em situação de pressão e ansiedade próprias da abordagem do doente muito grave e emergente;
- Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes, em situação de doença súbita e trauma;
- Trabalho em equipa;
- Responsabilidade e Ética profissional.

INEM

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) é o organismo do Ministério da saúde ao qual compete assegurar o funcionamento, no território de Portugal continental, de um 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, designadamente através das redes de telecomunicações relativas à emergência médica, da prestação de socorro no local da ocorrência, do transporte assistido das vítimas para o hospital (unidade de saúde) adequado e de articulação entre os vários estabelecimentos hospitalares, conforme disposto na nova Lei Orgânica do INEM (Ministério da Saúde, 2012).

História

A emergência médica pré-hospitalar surgiu, inicialmente, num contexto militar, mais especificamente durante as invasões napoleónicas, devido ao aumento da necessidade de se estabilizar e de se transportar rapidamente os soldados gravemente feridos para um hospital mais próximo.

Esse conceito, rapidamente, passou a ser usado, não só pelo meio militar, mas também, pelo meio civil. Nesse meio, cedo se levantou a questão se o que seria mais favorável seria um método em que os doentes eram transportados rapidamente para os centros médicos ou, pelo contrário, um método em que os meios médicos é que deveriam chegar rápido aos doentes.

Dessa forma surgiram duas filosofias pré-hospitalares divergentes:

- O modelo Anglo-Saxónico “Load and Go” ou “Scoop and Run”, que tem como conceito principal o transporte rápido ao Hospital após uma breve estabilização do doente. Neste modelo, os profissionais envolvidos são paramédicos com formação específica.
- O modelo Franco-Germânico conhecido como “Stay and Play”, que dá mais importância à estabilização da vítima no local através de meios mais diferenciados e do trabalho de equipa de médicos e enfermeiros.

O sistema de socorro em Portugal, baseia-se neste último modelo. Existe muito debate sobre qual será o melhor sistema. Considerando que a melhor solução é aquela que melhor se adequa à realidade, sabemos que, nos E.U.A., há uma maior frequência de lesões penetrantes e, na Europa, de traumas fechados. Ou seja, em Portugal existe a necessidade de reforçar o papel da equipa médica no local tendo em conta a necessidade e disponibilidade dos meios

qualificados, ainda que os serviços mínimos sejam assegurados através da profissionalização nas ambulâncias de emergência (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000).

A Emergência Médica, em Portugal, teve início em 1965, em Lisboa, com a implementação dum sistema de transporte de doentes e feridos a cargo da PSP, tendo sido estendido ao Porto e Coimbra em 1967.

Em 1971 foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), tendo como objectivo “assegurar a orientação e coordenação de todos os organismos com intervenção na prestação de primeiros socorros e transporte de vítimas para o hospital” (Pinto *et al*, 2002).

Em 1981 formou-se o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que se mantém até hoje com a função de integrar um conjunto de entidades que visam a prestação de assistência às vítimas de doença súbita ou acidente. O SIEM é ativado através do número europeu de emergência: 112. Atualmente, as entidades que o integram são a PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Centros Hospitalares e os Centros de Saúde.

Também em 1981, foi fundado o (INEM) pelo cardiologista Francisco Rocha da Silva. Em 1991 surgiu a Delegação Regional do Porto, assim como o CODU do Porto (Instituto Nacional de Emergência Médica, www.inem.pt).

Serviços do INEM

Aqui optei por apenas descrever detalhadamente o CODU pois foi o único serviço que tive a possibilidade de frequentar. Os restantes serviços prestados pelo INEM, estão descritos em anexo (Anexo 1).

CODU

O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) é o elo da cadeia de socorro para onde são encaminhados os pedidos da área da saúde, recebidos através do Número Nacional de Socorro - 112 – nas Centrais de Emergência. O seu funcionamento é assegurado em permanência por médicos e operadores de central com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento de pré-socorro, seleção e acionamento dos meios de socorro mais adequados a cada ocorrência, preparando a recepção hospitalar dos doentes. Através da criteriosa utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor tem capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los aquando da sua prestação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, seleccionar e preparar

a recepção hospitalar dos diferentes doentes. Em situações de exceção assume o papel de coordenação na área de saúde, efetuando a ligação entre o pré-hospitalar e os cuidados hospitalares (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000).

O INEM tem quatro CODU em funcionamento: Norte (Porto), Centro (Coimbra); Lisboa e Vale do Tejo / Alentejo (Lisboa) e Algarve (Faro). Atualmente, as chamadas relacionadas com emergências médicas feitas para o 112 são encaminhadas para qualquer um dos CODU do país através de uma distribuição equitativa.

O funcionamento dos CODU é assegurado, 24 horas por dia, por equipas de profissionais qualificados (Médicos e Técnicos) que possuem um conjunto de equipamentos como, sistemas informáticos e programas especializados na localização e mapas (GPS) que permitem gerir e organizar os meios e veículos existentes.

Um novo sistema de triagem do CODU foi implementado em Setembro de 2012, que consiste na utilização de um novo programa informático de triagem de doentes, levando em linha de conta, de forma automática, outros dados cedidos, como o número de vítimas, estado clínico e os sintomas que a(s) vítima(s) apresenta(m) ativando, automaticamente o(s) meio(s) a enviar. Este novo sistema pretende diminuir o número de erros humanos cometido pelos técnicos do CODU e o tempo de ativação dos meios. Contudo, este novo sistema não tem vindo a receber boas críticas por parte tanto dos operadores como dos profissionais no terreno devido à sobreativação de meios que se tem vindo a notar desde que este foi implementado.

Meios do INEM

Para a finalidade deste relatório, decidi apenas abordar sucintamente os meios em que participei: AEM, SIV e VMER. A descrição dos restantes meios está em anexo (Anexo 2).

AMBULÂNCIAS

Ambulâncias de Emergência Médica

As Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), anteriormente designadas por Ambulâncias de Suporte Básica de Vida (SBV), integram uma equipa de dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) do INEM e têm como missão a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica pré-hospitalar ao local da ocorrência, a estabilização clínica das vítimas de acidente ou de doença súbita e o transporte assistido para o serviço de urgência mais adequado ao seu estado clínico.

As AEM estão sediadas em bases do próprio INEM e dispõem de diverso equipamento de avaliação, reanimação e estabilização clínica, indispensável ao cumprimento dos algoritmos de

decisão médica definidos pelo INEM e aprovados pela Ordem dos Médicos (Ministério da Saúde, 2012).

Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV)

As SIV são capazes de garantir cuidados mais diferenciados que as AEM. São tripuladas por um TAE e um Enfermeiro e ,para além de todo o material que as AEM têm, possuem um monitor-desfibrilhador, materiais para garantir acesso venoso e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais para os CODU para serem avaliados por médicos (Ministério da Saúde, 2011).

VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local de ocorrência não servindo como meio de transporte de doentes. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. Estão sediadas em bases hospitalares e são ativadas pelos CODU em caso de necessidade de apoio médico no local ou durante o transporte das vítimas em situações de emergência. Atualmente existem 42 VMER distribuídas pelo país (Ministério da Saúde, 2011).

Metodologia e Resultados

Após ter recebido a confirmação que poderia realizar o estágio, dirigi-me ao edifício da Delegação Regional do Porto do INEM onde me foram dados a conhecer os meios em que poderia realizar o estágio, assim como, a assinatura de um Termo de Responsabilidade (Anexo 3) que isentava o INEM de qualquer responsabilidade por eventuais acidentes que poderiam vir a acontecer durante o período de estágio voluntário tanto nos meios como nos locais de emergência. Foi-me também mostrado como seriam as normas de comportamento em estágios de observação em locais (CODU) ou meios INEM. Posteriormente, foi-me pedido a realização de um seguro de Acidentes Pessoais, assim como, uma identificação que me qualificasse como Estudante do 6º Ano de Medicina, pois o INEM proporciona diversos estágios de observação para diferentes entidades.

Foram-me, também, fornecidas várias folhas de preenchimento obrigatório após o término de cada turno em meios do INEM que informava o número total de ativações feitas, assim como a caracterização destas em Doença Súbita, Trauma, Outras ou Abortada. Nessas folhas também é feita uma avaliação subjetiva, preenchida pela entidade responsável do meio em questão.

O estágio teve a duração total de 84 horas distribuídas da seguinte forma:

- CODU – 2 Turnos
- AEM – 4 Turnos
- SIV – 4 Turnos
- VMER – 4 Turnos

Todos os turnos feitos tiveram a duração de 6 horas e davam-nos a escolher a possibilidade de fazer o turno da manhã, das 08h às 14h, ou o turno da tarde, das 14h às 20h. Os turnos no CODU, tinham que, obrigatoriamente, ser feitos no Edifício da Delegação Regional do Porto, na Central do CODU Norte. Em relação aos turnos de 2012 da AEM, fiz 2 turnos na AEM Porto 4, situados nas traseiras do edifício da Delegação e em 2013 ambos na ambulância AEM Porto 2, cuja sede é no Hospital São João. Quanto aos turnos de SIV, marquei 2 turnos seguidos, tanto em 2012 como em 2013, na SIV de Santo Tirso e na SIV de Vila do Conde, respetivamente. Todos os estágios da VMER foram realizados na VMER do Santo António.

Após as 84 horas cumpridas nos vários meios disponíveis, passo a descrever aqui, de forma sucinta, todas as situações observadas e participações efetuadas.

Meio AEM

1º Turno: AEM Porto 4 – 17/12/2012 8h-14h (Anexo 4)

8 ativações (8 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação AEM: 08h01

Chegada ao local: 08h10

Local: VCI – Sentido Arrábida-Freixo, Saída Mercado Abastecedor – Via Pública.

Informação do CODU: Feminino, 11 meses, trauma após acidente de viação.

À nossa chegada ao local, vítima consciente, ainda colocada na cadeira de bebé, no banco de trás do veículo acidentado. À nossa avaliação, a bebé parecia encontrar-se bem, sem nenhuma sequela do acidente, apenas com um choro constante devido, provavelmente, a todo o ambiente atribulado que a rodeava.

Transporte: HSJ – SU Pediátrica.

Comentário: Nesta situação, apesar de a bebé se encontrar consciente e sem trauma aparente, foi-nos informado pelo CODU para a transportarmos para o SU do HSJ, apenas como atitude preventiva. Esta saída serve como um bom exemplo para mostrar o importante papel das cadeiras de bebés, pois, apesar de ter sido um acidente com vários carros que ficaram em mau estado, nada aconteceu a esta bebé.

2ª Ativação

Ativação AEM: 9h25

Chegada ao local: 9h33

Local: Rua Faria Guimarães – Domicílio.

Informação CODU: Masculino, 64 anos, Alteração do Estado de Consciência.

À nossa chegada a casa da vítima, esta encontrava-se consciente, colaborante e orientada. Deitada num sofá, bastante ansiosa. Refere que teve vários vômitos durante a noite e alguns episódios de desmaio. Previamente saudável.

FR 20cpm. Pulso 70bpm. PA 130/67mmHg. SatO₂ 100%. Glicemia 88mg/dL.

Transporte: Sem transporte ao Hospital

Comentário: Nesta situação, o diagnóstico mais provável seria uma crise de ansiedade/pânico, pelo que se tranquilizou a vítima, dizendo que não se passava nada de grave e informou-se que se os vômitos e os desmaios voltassem, para contactar o 112 novamente.

3ª Ativação

Ativação AEM: 10h16

Chegada ao local: 10h25

Local: Parque de Estacionamento da Alfândega do Porto – Via Pública.

Informação CODU: Masculino, 50 anos, Etilizado.

À chegada ao local, vítima consciente, colaborante e orientada. Etilizado. Queixas álgicas, após queda, no membro inferior direito.

FR 16cpm. Pulso 72bpm. PA 130/80mmHg. Glicemia 110mg/dL

Transporte: HSA

Comentário: Esta foi a primeira de várias ativações que tive para indivíduos etilizados na via pública que sofreram quedas ou que se encontravam inconscientes, algo, que me foi referido pelos TAE, que seria uma grande percentagem das suas ativações.

4ª Ativação

Ativação AEM: 11h03

Chegada ao local: 11h12

Local: Estação de Metro do Marquês, Porto – Local Público.

Informação CODU: Masculino, 65 anos, Alteração do estado de consciência.

À nossa chegada, encontrado sentado num banco da estação de metro, acompanhado de sua mulher e de vários seguranças do metro. Refere ter tido tonturas quando se levantou da cadeira da carruagem de metro e que perdeu os sentidos.

Quando íamos começar a avaliação do doente, chegou a equipa da VMER do São João, que tomou conta do ocorrido.

Antecedentes pessoais: Problemas Cardíacos.

Transporte: Recusa transporte ao Hospital, contra aconselhamento da médica da VMER e assina consentimento.

5ª Ativação

Ativação AEM: 12h42

Chegada ao local: 12h55

Local: Batalha – Domicílio.

Informação CODU: Feminino, 80 anos, Dispneia.

Chegados ao local, paciente acamada, dependente das atividades de vida diária, muito queixosa. A filha refere que a mãe aparentava estar com dificuldades respiratórias desde o dia anterior, com agravamento nas últimas horas. Paciente também bastante queixosa de dores nos membros inferiores que dificultaram a sua mobilização para a ambulância.

Antecedentes Pessoais: Cancro do colo do útero + metrorragias + metástases ósseas.

Transporte: MJD.

Comentário: Nesta saída senti a dificuldade em que muitas vezes os TAE sentem em chegar com a ambulância em algumas zonas da cidade do Porto devido ao tamanho desta e de muitas ruas serem estreitas e de muito difícil acesso. A ambulância teve que ficar encostada numa zona nos arredores da residência desta paciente que não é o mais indicado, até porque depois tivemos que transportar a doente um longo caminho com ela na maca.

6ª Ativação

Ativação AEM: 13h10

Chegada ao local: 13h17

Local: Rua Sá da Bandeira, Porto – Via Pública.

Informação CODU: Feminino, 84 anos, Síncope.

À nossa chegada, vítima sentada numa paragem de autocarro, acordada, orientada e colaborante. Sem queixas. Segundo testemunhas que iam a passar na rua, terá tido perda de consciência e deslizado para o chão. Pele e mucosas coradas e hidratadas.

Escala AVDS: Estadio A.

FR 16cpm. Pulso 80bpm. PA 115/65mmHg. SatO₂ 98%. Glicemia 215mg/dL.

Antecedentes pessoais: DM II

Transporte: HSA – SU.

Comentário: Escala AVDS – Trata-se de uma escala utilizada pelos TAE para caracterizar o estado de consciência da vítima. (A – alerta; V – resposta à voz; D – resposta à dor; S – sem resposta).

7ª Ativação

Ativação AEM: 14h04

Chegada ao local: 14h10

Local: Shopping Via Catarina, Porto – Local Público.

Informação CODU: Feminino, 21 anos, Síncope.

À nossa chegada, vítima sentada, consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Refere episódio de tontura enquanto caminhava, sem queda e sem perda de consciência. Sem outras queixas. Pele suada e pálida.

FR 16cpm. Pulso 50bpm. PA 95/60mmHg. SatO₂ 98%. Glicemia 147 mg/dL. Temperatura axilar 35,8°C.

Escala AVDS: Estadio A.

Transporte: HSA – SU.

Comentário: A vítima foi transportada em cadeira de rodas para a ambulância, evitando-se desta forma o ortostatismo para prevenir a recorrência dos sintomas devido à hipotensão.

8ª Ativação

Ativação AEM: 15h20

Chegada ao local: 15h29

Local: Rua Miguel Bombarda, Porto – Domicílio.

Informação CODU: Feminino, 35 anos, Intoxicação Medicamentosa.

À nossa chegada, pouco colaborante e orientada. Responde a estímulos verbais. Nega consumo excessivo de medicamentos.

FR 24cpm. Pulso 80bpm. PA 120/80mmHg. Glicemia 120mg/dL.

Escala AVDS: Estadio V

Antecedentes pessoais: Depressão.

Transporte: HSA – SU.

2º Turno: AEM Porto 4 – 17/12/2012 14h-20h (Anexo 5)

3 Ativações (1 Doença Súbita + 2 Trauma)

1ª Ativação

Ativação AEM: 15h00

Chegada ao local: 15h10

Local: Domicílio.

Informação CODU: Feminino, 85 anos, alteração do estado da consciência.

À nossa chegada, paciente encontrada na cama, incapaz de cumprir ordens e com sinais de dificuldade respiratória e tosse com expectoração. Família refere alteração do estado de consciência com agravamento no último dia. Durante a nossa avaliação começa a demonstrar melhorias na consciência, embora continue sem responder às ordens e às perguntas colocadas (a família refere que é assim o estado natural da paciente devido a demência).

FR 19cmp. Pulso 76bpm. PA 148/87. Glicemia 100mg/dL

Antecedentes pessoais: AVC + Demência + Dislipidémia + HTA.

Transporte: Família recusa transporte ao Hospital mesmo após aconselhamento contrário.

Comentário: Esta saída foi importante para demonstrar dois aspetos. Primeiro, para demonstrar a importância da família que acompanha estes doentes com demência marcada, tanto para o acompanhamento destes como a transmissão de informações. Segundo, esta saída realça o medo que as famílias têm de os seus familiares mais idosos irem para o Hospital e serem internados, referindo que estes “entram, mas não saem” devido às infeções hospitalares. Julgo também que a presença de um médico nestas situações ajudaria bastante à persuasão de transportar estes doentes ao Hospital em vez de apenas dois técnicos e um estagiário.

2ª Ativação

Ativação AEM: 17h40

Chegada ao local: 17h50

Local: Shopping Dolce Vita, Porto – Via Pública.

Informação CODU: Feminino, 68 anos, queda da própria altura.

Chegados ao local, averiguamos que a vítima terá caído por ter tropeçado num degrau, numa zona com má visibilidade, na entrada do Shopping. Esta encontrava-se ainda deitada no chão, apenas com queixas no punho direito que aparentava estar fraturado. Foi feita a imobilização da fratura com uma tala e colocada a vítima na ambulância.

Transporte: HSJ – Ortopedia.

Comentário: No caso desta senhora, ela também não queria ser transportada para o Hospital, contudo, face às circunstâncias, não teve outra hipótese.

3ª Ativação

Ativação AEM: 19h23

Chegada ao local: 19h36

Local: ES Filipa Vilhena, Porto – Local Público.

Informação CODU: Feminino, 19 anos, traumatismo do nariz.

À chegada ao local, vítima encontrada sentada numa cadeira, com hemorragia ativa proveniente duma ferida aberta na cana do nariz. Foi feita a limpeza da ferida e aplicação de um curativo. Posteriormente a vítima deslocou-se com o próprio pé para a ambulância.

Transporte: HSJ – SU.

Comentário: Na minha opinião, julgo que não seria necessário a ativação de um meio do INEM nesta situação, pois a vítima tinha condições de ser transportada em viatura particular, até porque se encontrava acompanhada de vários colegas e professores responsáveis.

3º Turno: AEM Porto 2 – 13/05/2013 14h-20h (Anexo 6)

1 Ativação (1 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação AEM: 17h40

Chegada ao local: 17h55

Local: Paranhos, Porto – Domicílio.

Informação CODU: Masculino, 83 anos, Dispneia.

Fomos ativados em conjunto com a VMER do Hospital São João. À chegada ao local, vítima avaliada pela médica da VMER, consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço, dispneico, taquipneico, com tiragem supravlavicular. À auscultação pulmonar, com sibilos dispersos e crepitações bibasais mas com murmúrio vesicular simétrico. Sem alterações na auscultação cardíaca. Foi diagnosticado como agudização da DPOC.

Glasgow 15 (4+5+6). FR 24. Pulso 92bpm. PA 143/89. Pele pálida. ECG com ritmo sinusal. SatO₂ 89%.

Antecedentes pessoais: DPOC grave sob oxigenioterapia e BiPAP no domicílio + patologia cardíaca + HTA + obesidade. Medicação habitual: Tromalyt + nebulização + anti-hipertensores.

Atuação da VMER: Oxigénio 2L/min + Ventilação por máscara facial + GSA + Acesso Venoso. Administração de Brometo de Ipratrópio 0,5mg e Salbutamol 0,5mg por nebulização + administração de Morfina 2mg + Furosemida 60mg + Hidrocortisona 200mg por via endovenosa.

Vítima apresenta melhoria sintomática após a terapia.

Transporte: HSJ com acompanhamento médico.

4 Ativações (2 Doença Súbita + 2 Trauma)

1ª Ativação

Ativação AEM: 16h43

Chegada ao local: 17h00

Local: Hotel Carris Porto Ribeira, Porto – Local Público.

Informação CODU: Feminino, 64 anos, queda da própria altura.

À chegada ao local, a vítima já estava a ser socorrida por uma enfermeira do Hotel, apresentava-se consciente e colaborante, com uma lesão aberta no sobrolho esquerdo devido à queda, sem mais nenhuma queixa. Foi realizada a lavagem da ferida, feito um curativo e transportada a doente para a ambulância.

FR 19cpm. Pulso 85bpm. PA 159/80. Glicemia 80.

Transporte: HSA

2ª Ativação

Ativação AEM: 17h48

Chegada ao local: 17h59

Local: Rua Sá da Bandeira, Porto – Via Pública.

Informação CODU: Masculino, 50 anos, etilizado.

Foi-nos indicado que estaria uma vítima caída na via pública, bastante etilizada e suspeita de fratura fechada no braço direito. Contudo, quando chegamos ao local, esta já não se encontrava presente.

3ª Ativação

Ativação AEM: 18h01

Chegada ao local: 18h10

Local: Escola Secundária Dona Filipa de Vilhena, Porto – Local Público.

Informação CODU: Masculino, 14 anos, vômitos e alteração do estado de consciência.

Chegados ao local, vítima encontrada deitada em cima duma mesa num corredor da escola, socorrido pelos assistentes e professores e já na companhia de sua mãe. Refere ter tido 2 episódios de vômitos de conteúdo alimentar e episódios de lipotimia. Durante a nossa

avaliação, apresentava-se bastante pálido e confuso e queixava-se de dores nos membros inferiores, sem outras queixas. Foi levado para a ambulância com o auxílio da cadeira de rodas.

FR 18. Pulso 81. PA 116/67. Glicemia 98. Sem alterações nas pupilas e na pele.

Transporte: HSJ – SU Pediátrica.

4ª Ativação

Ativação AEM: 18h48

Chegada ao local: 19h00

Local: Rua Costa Cabral, Paranhos, Porto – Via Pública.

Informação CODU: Masculino. 53 anos, etilizado.

Vítima encontrada etilizada, sentada na berma de um passeio, confuso e desorientado e com uma disartria marcada.

FR 14cpm. Pulso 67bpm. PA 156/70. Glicemia 75

Transporte: HSJ

Meio SIV

1º Turno: SIV Santo Tirso – 19/12/2012 08h-14h (Anexo 8)

0 Ativações

2º Turno: SIV Santo Tirso – 19/12/2012 14h-20h (Anexo 9)

0 Ativações

Comentário: Por comodidade, efetuei os dois turnos de SIV seguidos, um de manhã e um de tarde. Contudo, nessas 12h que a SIV de Santo Tirso esteve operacional, não teve nenhuma ativação. Tentei marcar novamente um estágio neste meio em 2012 para compensar, mas fui informado que até ao fim do mês já não era possível nas datas que tinha disponibilidade. Foi, no entanto, uma oportunidade de assistir à verificação da “checklist” dos materiais e equipamentos que estas ambulâncias dispõem, e de familiarização com o seu acondicionamento.

3º e 4º Turno: SIV Vila do Conde – 18/05/2013 08h-20h (Anexo 10)

4 Ativações (4 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação SIV: 12h55

Informação do CODU: Masculino, 67 anos, Transporte Secundário.

Transporte secundário de um doente que se encontrava na Urgência do Hospital da Póvoa para o Hospital Pedro Hispano, com ativação da Via Verde Coronária. Acompanhamento com médico.

Diagnóstico: EAM s/ ST.

FR 19cpm. Pulso 59bpm. PA 110/86mmHg. SatO₂ 99%.

2ª Ativação

Ativação SIV: 14h29

Chegada ao local: 14h37

Local: Mindelo, Vila do Conde – Domicílio.

Informação do CODU: Masculino, 82 anos, Dispneia.

À nossa chegada, vítima encontrada na cama, com dispneia intensa, exausto, incapaz de completar frases. Glasgow 15 (4+5+6). Pupilas e pele sem alterações. À auscultação pulmonar, roncosp dispersos.

Medicação Habitual: Polimedicado.

FR 14cpm. Pulso 72bpm. PA 130/60mmHg. Temperatura axilar 36,8°C. SatO₂ 100%.

Atuação: Administração de O₂ por máscara facial a 3L/min.

Antecedentes pessoais: Demência.

Transporte: Hospital, pelos bombeiros da Cruz Vermelha.

3ª Ativação

Ativação SIV: 16h19

Informação do CODU: Masculino, 78 anos, Transporte Secundário.

Transporte de um doente do Hospital da Póvoa para o Hospital Pedro Hispano. Acompanhamento sem médico.

Diagnóstico: Bradicardia com síncope.

FR 14cpm. Pulso 41bpm. PA 144/75mmHg. SatO₂ 100%.

4ª Ativação

Ativação SIV: 17h46

Chegada ao local: 18h10

Local: Tougues, Vila do Conde – Via Pública.

Informação do CODU: Masculino, 45 anos, PCR.

Chegados ao local, vítima encontrada sentada no lugar de passageiro da sua viatura, estacionada perto do local onde trabalhava. Terá ido para o carro sentar-se para descansar após se andar a queixar de dores no peito, segundo nos foi informado pela mulher e que isso já teria sido há mais de 3 horas. À nossa avaliação, já se encontrava com um certo grau de rigidez, com livores, midríase fixa e em assistolia medida pelo ECG. Foi contactado o CODU que nos informou que seria para dar início a manobras de SBV. Dessa forma, retiramos o corpo do carro e colocamos na ambulância. Ainda antes de darmos início às manobras, chegou ao local a VMER de Famalicão e após a avaliação médica é declarado o óbito e ordenado não realizarmos manobras. Foram contactadas as autoridades e permanecemos com o corpo na

ambulância até que chegou uma viatura dos bombeiros e levantou o corpo para ser transportado para o Instituto Nacional de Medicina Legal.

Transporte: INML-Porto pelos Bombeiros de Vila do Conde.

Comentário: Na minha opinião, não percebo muito bem porque é que nos foi ordenado darmos início a manobras de SBV nesta situação. Fui informado pelo Enfermeiro que atualmente só se pode considerar óbito, na ausência de médico, se o corpo estiver decapitado ou já em putrefação. Caso contrário, é sempre necessário dar início às manobras SBV. Como retiramos o corpo da viatura e o colocamos na ambulância, tivemos de aguardar até às 19.50h, hora a que chegou a ambulância que transportou o corpo ao INML. Tratou-se de uma enorme perda de tempo e ocupação de meios.

Meio VMER

1º Turno: VMER Santo António – 12/12/2012 14h-20h (Anexo 11)

5 Ativações (5 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação VMER: 14h31

Chegada ao local: 14h40

Local: Campanhã – Via Pública.

Informação do CODU: Masculino, 62 anos, Crise Convulsiva.

À nossa chegada, ambulância AEM Porto 1 no local e vítima já na ambulância. Vigil, pouco colaborante. Glasgow 15 (4+5+6). Refere que ia na rua e que perdeu a consciência com queda da própria altura. Testemunhas que assistiram e que ligaram para o 112 afirmam que a vítima esteve em crise convulsiva cerca de 10 minutos, com recuperação espontânea. Pequena ferida corto contusa na região frontal.

Medicação Habitual: Anti-epiléticos que afirma tomar.

Avaliação:

FR 18cpm. Pulso 60bpm. PA 151/76mmHg. Glicemia 136mg/dL. SatO₂ 100%. ECG 12D em ritmo sinusal sem alterações evidentes.

Antecedentes pessoais: Epilepsia; Cirurgia Gástrica por Úlcera.

Diagnóstico provável: Crise Epilética.

Transporte: Recusa transporte apesar de aconselhado. Assina consentimento.

2ª Ativação

Ativação VMER: 15h20

Chegada ao local: 15h29

Local: Rio Tinto – Domicílio.

Informação do CODU: Masculino, 75 anos, Alteração do Estado de Consciência.

À nossa chegada, vítima encontrada sentada na sanita, onde terá ficado prostrado enquanto defecava. Quem ativou o INEM foi a cuidadora. Glasgow 8 (1+2+5). Uma vez posto na cama, com o auxílio do bombeiros que entretanto chegaram, recuperou gradualmente a consciência.

Medicação Habitual: Diazepam, Alprazolam.

Avaliação:

FR 12cpm. Pulso 67bpm. PA 90/56mmHg. Glicemia 97mg/dL. SatO₂ 99%. Pele pálida.

Antecedentes pessoais: HTA + Neoplasia da Próstata + AVC com hemiparésia à esquerda.

Diagnóstico provável: 1º AIT; 2ª Alteração do Estado de Consciência.

Transporte: HSJ – SU, sem acompanhamento médico.

3ª Ativação

Ativação VMER: 16h35

Chegada ao local: 16h44

Local: Cedofeita – Cabeleireiro – Local Público.

Informação do CODU: Feminino, 78anos, Dor Torácica.

À nossa chegada, vítima sentada na cadeira do cabeleireiro. Queixas de dor torácica difusa, sem irradiação, sem relação com esforços, agrava com o toque na região pré-cordial.

Avaliação:

Glasgow 15 (4+5+6). FR 19cpm. Pulso 80bpm. PA 120/60mmHg. SatO₂ 92%. ECG 12D sem sinais de isquemia aguda.

Antecedentes pessoais: Patologia Cardíaca. Ansiedade.

Diagnóstico provável: Dor Torácica.

Transporte: Explicada a necessidade de cuidados, mas recusa transporte ao Hospital. Assina consentimento.

4ª Ativação

Ativação VMER: 18h15

Chegada ao local: 18h25

Local: Santo Ildefonso – Via Pública.

Informação do CODU: Masculino, 53 anos, Dor Torácica.

À nossa chegada, vítima encontrada num café, com dor pré-cordial em aperto com irradiação para o braço esquerdo e sem relação com esforços ou respiração, com início há 1h30min. Foi colocado na ambulância do AEM Porto 4.

Avaliação:

FR 18cpm. Pulso 78bpm. PA 175/110mmHg. Glicemia 109mg/dL. SatO₂ 99%. ECG 12D sem sinais de isquemia aguda.

Atuação: Captopril 25mg + 300mg PO.

Antecedentes pessoais: Dislipidemia. Asma.

Diagnóstico provável: Dor Torácica.

Transporte: HSA – SU, sem acompanhamento médico.

5ª Ativação

Ativação VMER: 18h48

Chegada ao local: 18h59

Local: Campanhã – Lar de Idoso.

Informação do CODU: Masculino, 80 anos, Dispneia.

À nossa chegada, vítima acamada, totalmente dependente das atividades da vida diária, com dispneia intensa de início há alguns dias e com agravamento no último dia. Na auscultação pulmonar com roncospersos e com tiragem supraclavicular e batimento das asas nasais.

Glasgow 11 (4+1+6)

Medicação Habitual: Eutirox®, Olsar Plus®, Lasix®.

Avaliação:

FR 24cpm. Pulso 79bpm. PA 174/89mmHg. Temperatura axilar 38,9°C. SatO₂ 78%.

Atuação: O₂ por máscara facial 6L/min + Combivent®.

Antecedentes pessoais: AVC com sequelas (hemiparesia esquerda e difusa). IRC. Hipotireoidismo.

Diagnóstico provável: Infecção Respiratória.

Transporte: HSJ – SU, com acompanhamento médico.

2º Turno: VMER Santo António – 26/12/2012 14h-20h (Anexo 12)

2 Ativações (2 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação VMER: 14h45

Chegada ao local: 14h50

Local: Águas Santas, Porto – Domicílio.

Informação do CODU: Masculino, 90 anos, PCR.

À nossa chegada, vigo e colaborante, Glasgow 15, sem défices neurológicos. À avaliação do médico verificou-se que se tinha tratado duma síncope com resolução espontânea. A vítima tinha sido internada recentemente no Hospital São João para colocação de Pacemaker devido

a síncope cardíaca associado a bradicardia com défice de perfusão cerebral. No ECG 12D não se visualizaram os spikes associados ao pacemaker, mas verificou-se uma FA com RVL.

Medicação Habitual: Varfine®, Lasix®, Lorazepan.

Avaliação:

FR 24cpm. Pulso 45bpm. PA 105/59mmHg. Glicemia 120mg/dL. SatO₂ 98%.

Antecedentes pessoais: HTA + Dislipidemia + FA permanente + HBV crónica + Pacemaker colocado.

Diagnóstico provável: Síncope de Origem Cardíaca.

Transporte: HSA – SU, com acompanhamento médico.

2ª Ativação

Ativação VMER: 18h05

Chegada ao local: 18h17

Local: Rio Tinto, Porto – Via Pública.

Informação do CODU: Masculino, 55 anos, Etilismo Agudo.

À nossa chegada, vítima já a ser avaliado pelos AEM que referem ter sido encontrada deitada no passeio após queda. Apresentava um discurso bastante confuso. Com queixas de dor torácica em picada difusa, sem fraturas. Glasgow 14 (4+4+6). Na auscultação cardíaca e pulmonar, rítmico e com murmúrio vesicular amplo e simétricos. ECG 12D sem alterações do segmento ST e em ritmo sinusal.

Avaliação:

FR 16cpm. Pulso 88bpm. PA 166/99mmHg. Glicemia 286mg/dL. SatO₂ 98%.

Antecedentes pessoais: AVC + EAM prévio com cateterismo + DM II.

Diagnóstico provável: Etilismo Agudo.

Transporte: Transportado para sua casa pela ambulância AEM.

3º Turno: VMER Santo António – 15/04/2013 14h-20h (Anexo 13)

4 Ativações (4 Doença Súbita)

1ª Ativação

Ativação VMER: 14h54

Chegada ao local: 15h02

Local: Ramalde, Porto – Domicílio.

Informação do CODU: Feminino, 84 anos, Prostração.

Doente com prostração e queda da própria altura para a cama, sem trauma. Sem perda da consciência ou continência dos esfíncteres. Neurónios motores no exame neurológico simétricos. ECG 12D em ritmo sinusal, sem alterações.

Avaliação:

FR 16cpm. Pulso 59bpm. PA 140/70mmHg. Glicemia 185mg/dL. SatO₂ 97%. Pupilas em miose.

Antecedentes pessoais: Angina Estável, Doença Bipolar.

Diagnóstico provável: 1º Prostração; 2ª Intoxicação Medicamentosa

Transporte: Sem transporte para o Hospital.

2ª Ativação

Ativação VMER: 15h20

Chegada ao local: 15h30

Local: Centro de Saúde de Aldoar.

Informação do CODU: Masculino, 10 meses, Crise Convulsiva.

À chegada do local, vítima já recuperada da crise convulsiva, após a administração de Paracetamol 125mg + Diazepam 2,5mg rectal pela médica do centro de saúde.

Avaliação:

FR normal. Pulso 180bpm. PA não avaliada. Temperatura axilar 40,4°C. SatO₂ 98%. Pele com palidez e suada. ECG com ritmo sinusal.

Antecedentes pessoais:

Diagnóstico provável: Crise convulsiva após pico febril.

Transporte: HSJ – SU Pediátrica, com acompanhamento médico.

3ª Ativação

Ativação VMER: 16h40

Chegada ao local: 16h45

Local: Avenida da Boavista, Porto – Domicílio.

Informação do CODU: Feminino, 85 anos, Dor Torácica.

À nossa chegada, vítima encontrada sentada num sofá, consciente, colaborante e orientada no espaço. Refere dor retroesternal em aperto, sem irradiação e com duração de 10min após esforço moderado que não está habituada. Sem sinais de isquemia aguda no ECG 12D.

Avaliação:

Glasgow 15 (4+5+6). FR 16cpm. Pulso 54bpm. PA 115/75mmHg. SatO₂ 98%. Pele e pupilas sem alterações.

Atuação: Hemodinamicamente estável, sem SDR e sem dor, após administração de 10mg de Nitroglicerina SB + 160mg de ácido acetilsalicílico mastigável.

Diagnóstico provável: EAM

Transporte: HSA – SU, com acompanhamento do médico na ambulância.

4ª Ativação

Ativação VMER: 19h05

Chegada ao local: 19h20

Local: Avelada, Vila do Conde – Domicílio.

Informação do CODU: Feminino, 59 anos, Hipoglicemia.

À nossa chegada, vítima inconsciente deitada no sofá. Bombeiros já no local que referem que tinha glicemia de 33, tentaram dar-lhe água com açúcar mas sem efeito. Familiares referem que a última refeição desta teria sido já há mais de 5 horas. Glasgow 10 (1+4+5). Recuperação do estado de consciência após 3 ampolas de glicose 30% EV.

Avaliação:

FR normal. Pulso 81bpm. Glicemia 51mg/dL (147mg/dL após Glicose). SatO₂ 93%.

Atuação: Colocação de acesso venoso e administração de 3 ampolas de Glicose 30%.

Antecedentes pessoais: DM Insulino-dependente.

Diagnóstico provável: Hipoglicemia

Transporte: Sem transporte por decisão médica.

Comentário: Foi pela primeira vez que observei um doente diabético em hipoglicemia. Esta saída, foi importante, nesse ponto de vista pois foi-me possível assistir às alterações causadas por este estado, tanto ao nível autonómico, como neuroglicopénico. Foi também possível ver a rapidez com que estas situações se revertem após a administração de Glicose EV.

De salientar ainda que, segundo as orientações aceites, esta doente deveria ter sido transportada ao hospital para estudo e identificação da causa da hipoglicemia. Neste caso a médica optou por não transportar a doente ao hospital, limitando-se a explicar a gravidade da situação e aconselhando-a a ter mais cuidado com os horários de alimentação.

4º Turno: VMER Santo António – 16/04/2013 14h-20h (Anexo 14)

3 Ativações (2 Doença Súbita + 1 Abortada)

1ª Ativação

Ativação VMER: 17h29

Chegada ao local: 17h33

Local: Rua Antero de Quental, Porto – Via Pública.

Informação do CODU: Masculino, 40 anos, Atropelamento.

Chegados ao local e após várias voltas à procura do acontecimento, ligámos ao CODU que referiu que a saída tinha sido abortada.

2ª Ativação

Ativação VMER: 18h25

Chegada ao local: 18h35

Local: Campanhã, Porto – Domicílio.

Informação do CODU: Feminino, 48 anos, Dor Torácica.

À nossa chegada, vítima deitada na cama, consciente e colaborante, com queixas de dor torácica e epigástrica com vómitos associados, com uma hora de evolução. Abdómen doloroso à palpação. ECG 12D com sinais de EAM inferior e posterior. Após a atuação pela equipa da VMER, apresentou melhorias sintomáticas. Foi ativada a Via Verde Coronária para o Hospital São João.

Avaliação:

(18h36) FR 20cpm. Pulso 46bpm. PA 96/70mmHg. SatO₂ 99%. ECG em ritmo sinusal. Pele pálida.

(18h45) Pulso 80. PA 120/85mmHg.

Atuação: Foi administrado O₂ por máscara facial a 6L/m e colocado acesso venoso.

Administração de AAS 500mg PO + Clopidogrel 300mg PO + Morfina 2+2+2mg EV + Primperam 10mg EV + NaCl 100cc EV + 500cc EV.

Antecedentes pessoais: Fibromialgia + HTA + Fumadora.

Diagnóstico provável: EAM

Transporte: HSJ – SU – Via Verde Coronária, com acompanhamento do médico.

3ª Ativação

Ativação VMER: 19h21

Chegada ao local: 19h28

Local: Paranhos, Porto – Domicílio.

Informação do CODU: Feminino, 83 anos, PCR.

À nossa chegada, vítima em PCR há mais de uma hora e vinte minutos, com manobras de SBV há mais de 45 min, em assistolia e midríase fixa. Devido ao tempo prolongado de PCR, foi ordenado interromper as manobras e registada a data de óbito às 19h30.

Diagnóstico provável: PCR.

Comentário: Esta saída serviu para evidenciar que nem sempre é necessário continuar a realizar manobras de reanimação numa vítima em PCR. Se a vítima apresentar sinais “inequívocos” de morte que traduzam uma paragem com bastante tempo, a função da equipa resume-se a informar a família. A forma como a notícia é dada é de grande importância pois a reação da família é muitas vezes inesperada. O óbito é verificado pelo médico do INEM e deve ser certificado pelo médico de família ou outro médico assistente que conheça a vítima. Caso não haja médico assistente ou este seja desconhecido ou esteja incontactável, as autoridades devem ser alertadas e seguido o protocolo legal.

CODU Norte

Turnos: 18/12/2012 e 17/05/2013 das 08h-14h (Anexo 15 e Anexo 16)

No CODU tive oportunidade de assistir o modo como se processa o atendimento geral das chamadas. Foi-me apresentado o interface informático usado e a codificação dos eventos para melhor priorização das situações, assim como, à transmissão de dados, ou seja, o envio de informação clínica da vítima pelos profissionais que estão no terreno, que pode ser feita quer por via telefónica, quer por via electrónica. Assisti também como se proporciona o acionamento adequado dos vários meios disponíveis.

Tabela 1 - Distribuição do número de chamadas, por tipo e prioridades, e meios acionados

Atendimento							Acionamento	
Triagem	Dados	P1	P3	P5	P8	Total	P1	P3
6	26	5	19	3	1	60	7	8

Discussão

No total, presenciei 34 ativações, tendo sido uma dela abortada pelo CODU. Durante os quatro turnos que tive em cada meio, a VMER foi ativada 14 vezes, a AEM 16 e a ambulância SIV 4 (Gráfico 1).

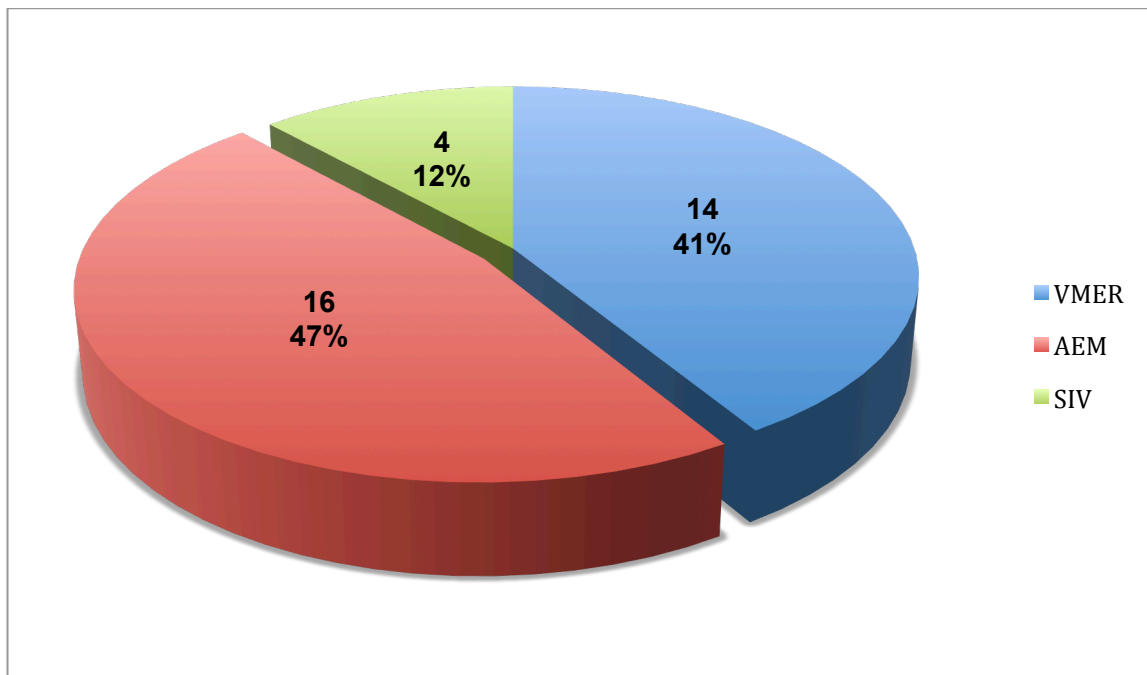


Gráfico 1 - Percentagem de ativações por meio INEM durante o estágio

Assisti a 11 vítimas na via pública, 13 no domicílio, 6 em locais públicos como shoppings e lojas, 1 num centro de saúde, 1 num lar de idosos e a 2 transportes secundários inter-hospitalares (Gráfico 2).

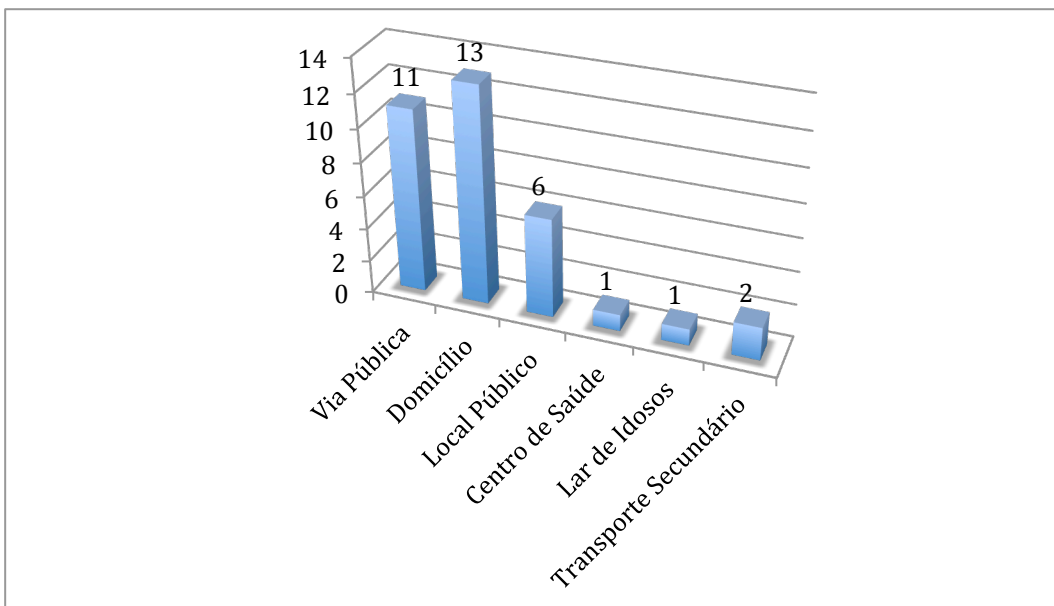


Gráfico 2 - Distribuição das ativações por local

Relativamente ao transporte de doentes, 7 foram transportados para um hospital com acompanhamento de um médico e 15 sem, 4 vítimas não foram transportadas, 4 recusaram transporte, 1 abandonou o local e registaram-se 2 óbitos (Gráfico 3). 19 eram do sexo Masculino e 15 do sexo Feminino (Gráfico 4).

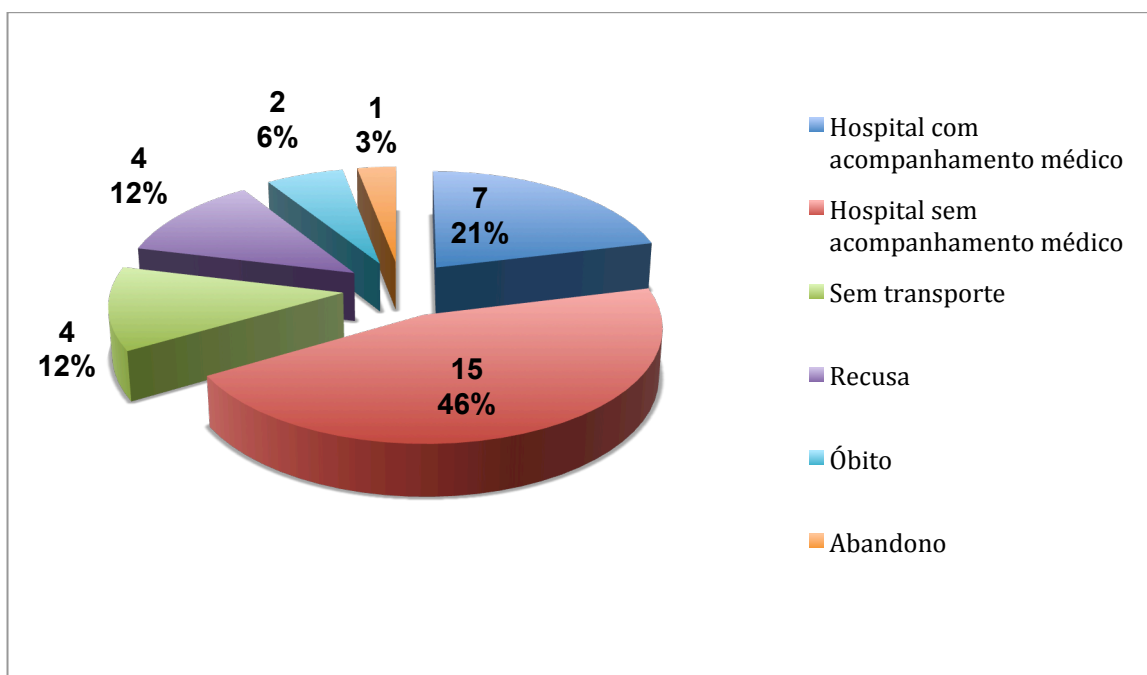


Gráfico 3 - Distribuição por destino das vítimas

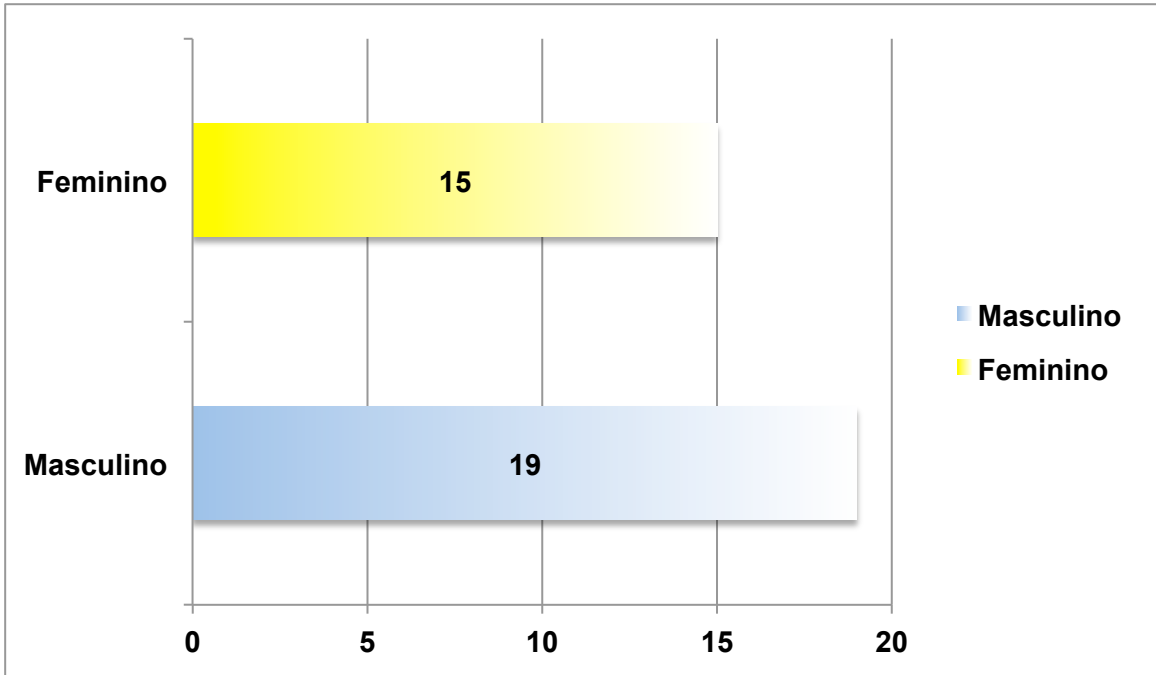


Gráfico 4 - Distribuição por Sexo

Entre todas as ativações 4 corresponderam a situações de trauma e 29 a doença súbita (Gráfico 5).

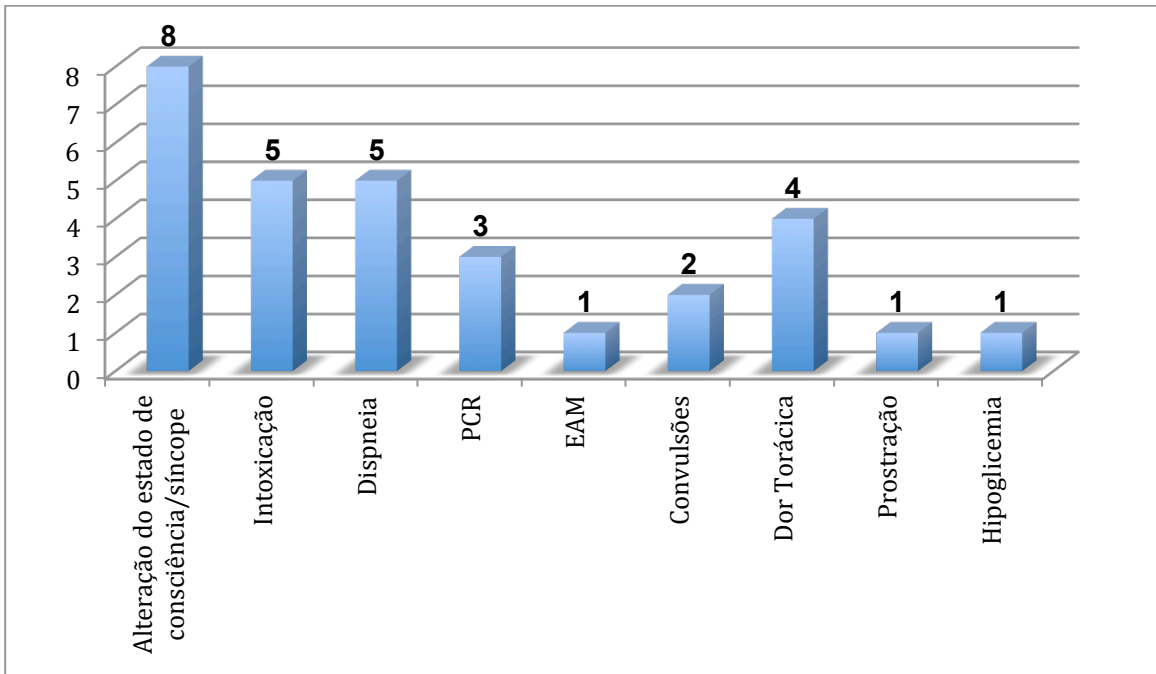


Gráfico 5 - Distribuição das ativações por doença súbita

Após a conclusão do estágio e de ter participado ativamente tanto no CODU como nos diversos meios disponíveis, foi-me possível compreender como todo SIEM funciona, desde os protocolos de atuação, passando pelo material disponível em cada meio até às diferentes

competências em cada um destes. A estadia no CODU permitiu mostrar-me como começa toda a cascata do SIEM desde que alguém liga para o “112” até ao acionamento de um meio para o local. Foi bom verificar que existe uma boa articulação de todos os intervenientes deste sistema para que se cumpra o objectivo crucial de demorar o menos tempo possível entre que alguém liga para o “112” até que a vítima é socorrida da melhor forma possível, tendo em conta as características da sua queixa e dos meios disponíveis.

Apesar de, de um modo geral, julgar que o SIEM está bem estruturado e funcionalmente capaz, há alguns aspectos que poderiam ser melhorados. Como por exemplo, no CODU, senti a dificuldade passada pelos operadores nos atendimentos das chamadas, principalmente devido a problemas de comunicação com o interlocutor, desde chamadas de pessoas que se encontravam bastante nervosas e/ou em pânico que dificultavam a passagem de informação, a pessoas com sotaques muito “carregados” e de difícil compreensão, chamadas de pessoas que não sabiam a morada em que se encontravam e dessa forma seria impossível avançar com a triagem. Senti também, por muitas vezes, a falta de paciência dos operadores ao fazerem o seu serviço e a falta de compreensão pelas pessoas que ligavam. Esses pequenos pormenores tornavam-se uma entrave para que o diálogo fosse rápido e eficaz como seria desejado nestes casos.

Outro ponto que notei foi que, a população geral, usa o sistema, muitas vezes de forma desadequada, desde sentir necessidade de ligar para o “112” em casos que não seria necessário, como vi em muitas saídas que tive em que bastava a vítima ou acompanhantes deslocarem-se à urgência do hospital mais próximo, sem necessidade de se “ocupar” um meio para esse caso ou até para se aproveitar melhor o tempo. Outros casos são, as pessoas mostrarem-se receosas para pedir ajuda de emergência e só em último recurso o fazerem, sendo, muitas vezes, tarde de mais. Neste aspeto, sinto que será necessário uma maior consciencialização da população geral para a forma de atuação em situações concretas. Um exemplo que demonstra a ignorância ou desconhecimento de uma parte da nossa população, é ainda haver muita gente que quando necessitada, em vez de ligar para o “112”, liga diretamente para os bombeiros da localidade e estes, posteriormente, têm que ser eles a ligar para o CODU para que seja feita a triagem. Isto, num caso em que seja necessário uma equipa médica, atrasa todo o sistema.

Algo que devia ser de conhecimento geral e não o é, são, também, as manobras de SBV, ou até mesmo a colocação de uma vítima em posição lateral de segurança e até gestos mais básicos como o estancamento de uma hemorragia. Sendo a população geral parte constituinte do SIEM, julgo que seria útil que esta tivesse mais informada como reagir em situações de emergência que podem fazer toda a diferença em alguns casos. Torna-se, então, necessário o

investimento nesta formação a nível escolar ou através de campanhas de consciencialização na televisão, tendo como alvo as gerações futuras.

Já no curso de medicina, penso que tanto o SBV como o SAV deveriam ser obrigatoriamente integrados no currículo académico, já que estes podem ser aprendidos, mas só por opção do aluno.

Em relação ao estágio em si, na minha opinião como Estudante de Medicina, sinto que seria bastante mais proveitoso uma maior carga horária na VMER, nem que para isso tivesse que haver uma redução de turnos nos outros meios, já que foi a VMER que me suscitou mais interesse e que sinto que obtive maiores conhecimentos práticos que poderei usar no futuro.

Conclusões

No geral, sinto que toda esta experiência foi imensamente gratificante e enriquecedora e estou deveras contente com a decisão que tomei em aproveitar esta oportunidade que tive em realizar este estágio no INEM. Sinto que foi uma mais-valia para mim pois obtive conhecimentos sobre todo um universo em que sabia muito pouco e, a nível pessoal, sinto-me mais preparado para o auxílio de vítimas em ambiente pré-hospitalar.

Para terminar, em relação aos objetivos propostos no início do estágio, elaborei uma tabela com uma breve descrição de como foram cumpridos (Tabela 2).

Tabela 2 - Discussão dos Objectivos e Competências propostas

Objetivos/Competências	Comentário
<p>Situar o papel do médico na abordagem e tratamento do doente emergente. Liderança e de gestão, em situação de pressão e ansiedade</p>	<p>O papel do médico torna-se vital para o adequado funcionamento da emergência médica, tanto do médico da VMER como do médico do CODU. Este assume um papel de líder e tem que tomar todas as decisões imediatamente e pensar no que irá ser feito, ao mesmo tempo que lida com situações de stress e antecipa o aparecimento de novos problemas mantendo sempre uma postura profissional e de auto-controlo.</p>
<p>Identificar as principais situações de emergência do foro médico e Traumatológico</p>	<p>Ao longo de todas as saídas que tive, tive oportunidade de ver mais saídas de emergência do foro médico do que traumatológico. Dentro das saídas de Doença Súbita, pude observar e participar na abordagem de doentes com EAM, PCR, Hipoglicemia, Bradicardias e Infecção Respiratória. Em relação às saídas de trauma, o que mais vi foram casos de quedas.</p>
<p>Apreender técnicas “life-saving”. Técnicas de reanimação e estabilização de doentes emergentes</p>	<p>Em todos os meios foi-me possível visualizar as técnicas “life-saving”, desde a abordagem geral à vítima, avaliação ABCDE, pesquisa da Glicemia, Saturação Arterial, Pressão Arterial, até à aplicação de Suporte Ventilatório com Oxigenação, Suporte Hemodinâmico, imobilização de fraturas e correção de desequilíbrios metabólicos.</p>
<p>Conhecer os protocolos de atuação e aplicar os Algoritmos de SAV;</p>	<p>Presenciei diversos casos e foi-me possível observar e aplicar, quando possível, os respetivos protocolos, como casos de Dispneia, Intoxicações, Hipoglicemia, Bradicardia, Ativação de Via Verde Coronária e algoritmo de PCR. Não tive oportunidade de observar a utilização do DAE, ainda assim explicaram-me o seu modo de atuação.</p>
<p>Tomar consciência da importância do trabalho em equipa</p>	<p>Desde logo me apercebi que o trabalho em equipa é extremamente necessário para o bom funcionamento de todo o sistema. Isto foi perceptível pela interajuda e coordenação que existe entre os diversos meios, entre os enfermeiros e os médicos e entre os técnicos/bombeiros. Assim como, pela interação existente CODU/Meio/Hospital. Também foi bastante demarcado os diferentes papéis dos diferentes membros de cada equipa em ação. Eu próprio fui sempre tratado como um membro da equipa e participei ativamente sempre que me foi permitido e me era solicitado.</p>
<p>Responsabilidade e Ética profissional</p>	<p>Foi, sem dúvida, uma característica encontrada em todas as pessoas com as quais lidei. Além do sentido de responsabilidade e ética profissional, o carinho, a preocupação e o prazer na sua profissão eram notáveis. Trata-se de uma componente de extrema importância na posição de prestadores de cuidados de saúde.</p>

Bibliografia

- Instituto Nacional de Emergência Médica. (s.d.). *INEM*. Obtido em Maio de 2013, de INEM: www.inem.pt
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2000). *Manual da VMER*.
- Ministério da Saúde. (14 de Fevereiro de 2012). Decreto-Lei n.º 34/2012. *Diário da República*, 1ª série (32), p. 748.
- Ministério da Saúde. (24 de Outubro de 2012). Despacho n.º 13794/2012. *Diário da República*, 2 (206).
- Ministério da Saúde. (3 de Novembro de 2011). Despacho n.º 14898/2011. *Diário da República*, 2 (211), pp. 43563-43564.
- Pinto, R. P., Santos, T. C., Cardoso, V. V., & Luzio, F. M. (2002). Emergências e Urgências Médicas - Sistema Integrado de Emergência Médica. (9), 55.

Anexos

Anexo 1 – Descrição dos restantes serviços prestados pelo INEM.

CODU-MAR

Ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar) compete, em cooperação com as Autoridades Marítimas Locais, Centros Navais de Busca e Salvamento, entre outros, prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. Uma equipa de médicos garante (24 horas por dia) os cuidados a prestar, procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o serviço hospitalar adequado. Num país com uma orla costeira e uma ligação tão grande ao mar é sem dúvida um serviço de inquestionável importância.

CIAV

Ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar) compete, em cooperação com as Autoridades Marítimas Locais, Centros Navais de Busca e Salvamento, entre outros, prestar aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações. Uma equipa de médicos garante (24 horas por dia) os cuidados a prestar, procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o serviço hospitalar adequado. Num país com uma orla costeira e uma ligação tão grande ao mar é sem dúvida um serviço de inquestionável importância.

TIP

O Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) é um serviço que se dedica ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde (não realizam transporte do local da ocorrência para hospital). As ambulâncias que asseguram este serviço são tripuladas por um médico, um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência (TAE) e estão equipadas com todo o material necessário à estabilização de doentes dos 0 aos 18 anos de idade, permitindo o seu transporte para hospitais onde existam unidades diferenciadas com capacidade para o seu tratamento. O TIP surgiu em Janeiro de 2011 e veio absorver o antigo Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco e funciona no INEM desde 1987.

CAPIC

O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) foi criado pelo INEM em 2004 para atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais do INEM. É

constituído por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe.

As principais situações merecedoras da ativação deste serviço são casos como comportamentos suicidas, vítimas de ato sexual ou físico, ocorrências dramáticas com crianças e situações de catástrofe.

Anexo 2 – Descrição dos diversos meios INEM que não foram frequentados

MOTAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA

Fazem parte dos meios do INEM desde Julho de 2004, sendo um meio ágil, de fácil deslocação na cidade, que permite uma chegada mais rápida ao local e possibilita ao Técnico adotar as medidas iniciais necessárias à estabilização da vítima até à chegada de um eventual transporte ou de meios mais potentes. Muitas vezes a intervenção da mota é suficiente e a única necessária.

Para permitir uma adequada abordagem de diversas situações, as motas estão equipadas com um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de Suporte Básico de Vida (SBV).

HELICÓPTEROS

Os helicópteros de emergência médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (transporte primário). Estão equipados com material de SAV, sendo a tripulação composta por um Médico, um Enfermeiro e dois pilotos. Atualmente o INEM dispõe de uma frota de 5 helicópteros.

UMIPE

A Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência é acionada pelo CODU e intervém com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros.

SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO

A Viatura de Intervenção em Catástrofe (VIC) é utilizada em acidentes multi-vítimas ou em caso de catástrofe natural. A sua carga é composta por diverso material de SAV, permitindo a montagem de um Posto Médico Avançado (PMA), que é um pequeno Hospital de Campanha com capacidade para assistir 8 doentes críticos.

O Hospital de Campanha é uma estrutura móvel transportada num contentor. É constituído por 17 tendas insufláveis equipadas para funcionar com algumas das principais valências de um hospital normal. Desde Bloco Operatório, enfermarias, laboratório ou sala de reanimação. O Hospital Campanha possui total autonomia logística e elétrica e é acionado em caso de

catástrofe ou calamidade natural ou técnica, ataques terroristas ou em casos de acidentes multi-vítimas.

Anexo 3 – Termo de Responsabilidade



Instituto Nacional de Emergência Médica

TERMO DE RESPONSABILIDADE

João Felipe C. F. Gagean (nome), portador de documento de identificação 13399817 (número B.I. ou C.C.), declara para os devidos efeitos, isentar o INEM de qualquer responsabilidade por eventuais acidentes que possam ocorrer durante o período de estágio voluntário nos Meios/Locais de Emergência do INEM.

Declaro ainda que,

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

João, 5 de Abril de 2013

João Felipe Gagean
(Assinatura do estagiário)

Anexo 4 – Ficha de Realização de AEM – 1º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Cajam

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 11/12/2020 Turno: Manhã Tarde Meio: AEM - Posto 9

Nº DE ACTIVAÇÕES: 8 Doença Súbita: 8 Trauma: Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João Filipe Correia de Freitas Cajam
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Assinatura]

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Integração na equipa de A&E com participação na colheita de sinais vitais e na instituição de oxigenoterapia.

- Familiarização com os procedimentos e materiais mais utilizados.

- Participação na "check-list" das medas e da ambulância.

Excelente interação com a equipa e com os doentes. Bom trabalho realizado.

Anexo 5 – Ficha de Realização de AEM – 2º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gomes

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 12/12/12 Turno: Manhã Tarde Meio: Póster

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

Assinaturas: O Estagiário João Gomes
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Joana Senouza Santos / Julia Novo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PsicÓLOGO

- "check-out"

- observação de acidente em causa de trauma ligeiro.

- Colabora activamente na activação dos URMES

- Colabora activamente c/ as funções do SOV.

- Boa intervenção c/ URMES.

JSS.

Anexo 6 – Ficha de Realização de AEM – 3º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia do Freitas Gagan

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Lopes

Data: 13/05/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: AEM Porto 2

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

Assinaturas: O Estagiário João Gagan
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Ramiro Luís Am

OBSERVAÇÕES

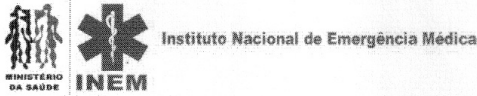
ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Observação da articulação da ambulância SBV com meios mais diferenciados, nomeadamente a UMER.

O estagiário demonstrou interesse e profissionalismo em todas as actividades da Ambulância de Emergência Médica. Participou activamente na realização de check-list e ocorrências.

Anexo 7 – Ficha de Realização de AEM – 4º Turno



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Gagean

OBJECTIVOS: Tese de Mentoring

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 14/05/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: Porto 2

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4 Doença Súbita: 2 Trauma: 2 Outras: Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário João Gagean
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Carla Sofia Rocha Soares (94568)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Observar a participação em atividades de trauma.

- "check list"

- Colheita e passagem de Dados

Mostrou interesse em conhecer os protocolos de atuação da AEM,

Conhece o funcionamento do SIEM.

Participou e colaborou na avaliação das vítimas,

Mostrou interesse em perceber todo o funcionamento da AEM.

Anexo 8 – Ficha de Realização de SIV – 1º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gagean

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. Amélia Magalhães

Data: 19 / 12 / 2012 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - St. Tiago

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

Assinaturas: O Estagiário João Filipe Gagean
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Vitor F. Mendes

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Não tivemos nenhuma
atuação. Contudo foi-me
possível conhecer a ambulan-
cia SIV e participar nas
"check lists" da mala e
da ambulância.

- Conhecimento do tipo de
saídas mais comuns em
Ambulâncias SIV

Anexo 9 – Ficha de Realização de SIV – 2º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: José Filipe Correia de Freitas Cayam

OBJECTIVOS: Tens de Mentado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 19/11/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Stº Tiago

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

Assinaturas: O Estagiário José Cayam
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Ângela Maria Reis de Araújo

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

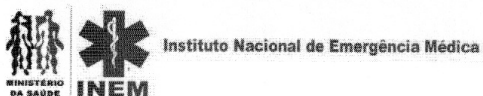
MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Não tive ativações

- Estagiário integra-se bem na
equipa.
- Ao longo do turno não houve
ativações.

fo

Anexo 10 – Ficha de Realização de SIV – 3º e 4º Turno



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: José Filipe Gajon

OBJECTIVOS: Tese do Método

Coordenador do Estágio: Dr. António Mendes

Data: 18/05/2015 Turno: Manhã Tarde Meio: SIV - Vila do Conde

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

Assinaturas: O Estagiário José Gajon
 O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo [Signature] 90259

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- "check list"
- Saídas de PCR
- Visualizei o procedimento em caso de transporte secundário.

- Plano preventivo em todas as situações de SIV;
- saídas súbitas
- Transporte intra-hospitalar (2)
- PCR
- check list

[Signature]

Anexo 11 – Ficha de Realização de VMER – 1º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Geyser

OBJECTIVOS: Tiro de Meritório

Coordenador do Estágio: Dr. António Mendes

Data: 12/12/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário João Geyser
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Ricardo Correia 50074

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Integração na dinâmica da equipa VMER
- Conhecimento dos protocolos de actuação da VMER
- Compreensão do lugar da VMER na hierarquia dos meios INEM
- Procedimento de actuação em caso de crises convulsivas, síncope, dor torácica e dispnéia.

Interessado, empenhado, participativo, bem integrado na equipa.

Anexo 12 – Ficha de Realização de VMER – 2º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gajon

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Soares

Data: 26/12/2012 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário João Filipe Gajon
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo José Gil Pereira Rodrigues

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

<p>- Preparação dos fármacos utilizados no SAM. Explicação acerca dos fármacos disponíveis na VMEC, assim como as situações mais comuns que justificam o seu uso.</p> <p>- "check list"</p> <p>- Colheita de ritmos vitais e ECG</p>	<p>Participação activa nos casos clínicos</p> <p>Comunicação adequada com as vítimas</p> <p>Colabora com as funções da equipa, revelando a vontade.</p> <p>Gil Rodrigues N.O. 48838</p>
--	---

Anexo 13 – Ficha de Realização de VMER – 3º Turno



Instituto Nacional de Emergência Médica

FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João GAGEAN

OBJECTIVOS: Tens de Meibado

Coordenador do Estágio: Dr. António Mendes

Data: 15/04/2013

Turno: Manhã Tarde

Meio: VMER - St. António

Nº DE ACTIVAÇÕES: 4

Doença Súbita: 4

Trauma:

Outras:

Abortadas:

Assinaturas: O Estagiário

João Felipe Gagean

O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo

Diogo Infante (42438)

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem ao doente com caso hipoglucémico, caso convulsivo em bebé, das tóxicas e priorização.

Participou activamente nas actividades desenvolvidas pela equipa de VMER.

Anexo 14 – Ficha de Realização de VMER – 4º Turno



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO EM MEIO INEM

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gajon

OBJECTIVOS: Tercer de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Lopes

Data: 16/04/2013 Turno: Manhã Tarde Meio: VMER

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

Assinaturas: O Estagiário João Filipe Gajon
O Médico/Enfermeiro/TAE/Psicólogo Dmitri Chouvalov 41849

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO/ENFERMEIRO/TAE/PSICÓLOGO

- Abordagem do paciente em PCR e óbito.
- Abordagem do paciente com EAM.

Anexo 15 – Ficha de Realização de CODU – 1º Turno



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gajem

OBJECTIVOS: Tiro do Mercado

Coordenador do Estágio: Dr. António Lopes

Data: 18/12/2012 Turno: Manhã Tarde CODU: Noite

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

Assinaturas: O Estagiário João Filipe Gajem
 O Médico Regulador António Talboas

OBSERVAÇÕES

ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

- Observação da atuação de um técnico no ponto de recepção de chamadas.
- Observação das técnicas no acionamento das meios
- Explicação do funcionamento do sistema de sêdo SIKESP
- Explicação do funcionamento geral do CODU

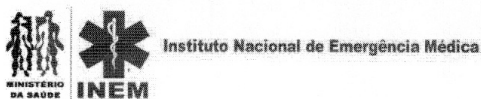
Contatou com as diferentes áreas do CODU

- atendimento
- acionamento.

Também contactou com fluxos de triagem de chamadas de emergência.

António Talboas

Anexo 16 – Ficha de Realização de CODU – 2º Turno



FICHA DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO NO CODU

ESTAGIÁRIO: João Filipe Correia de Freitas Gajem

OBJECTIVOS: Tese de Mestrado

Coordenador do Estágio: Dr. António Marques

Data: 11/05/2019 Turno: Manhã Tarde CODU: Noite

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

Assinaturas: O Estagiário: João Gajem
O Médico Regulador: Alan A. / Silvia Costa

OBSERVAÇÕES


ESTAGIÁRIO

MÉDICO REGULADOR

- Observação de um operador de atendimento das demandas de socorro e de transmissão de dados

- Observação de métodos de acionamento de meios através de rádio, telefone e internet informáticos

O estagiário esteve presente no CODU, nas suas várias áreas, tendo acompanhado com interesse e empenho o trabalho efectuado.


Silvia Costa
45043