

8º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Investigação

Monografia Final de Licenciatura

**Viatura Médica de Emergência e Reanimação:
Intervenções do Enfermeiro**



Michael John Silva Isidro 200891776

Orientado por: Prof. Doutora Maria João Sousa Fernandes

Barcarena, 2012



8º Curso de Licenciatura em Enfermagem

Investigação

Monografia Final de Licenciatura

Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Intervenções do Enfermeiro

Finalidade: Obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem

Michael John Silva Isidro 200891776

Orientado por: Prof. Doutora Maria João Sousa Fernandes

Barcarena, 2012

O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste trabalho.

Agradecimentos

Este trabalho envolveu um enorme esforço e dedicação pessoal, sendo o culminar de quatro anos de aprendizagem e ensinamentos e para o qual contribuíram um conjunto de pessoas às quais gostaria de agradecer.

Agradeço à Professora Doutora Maria João Sousa Fernandes, pela sua orientação, empenho e engenho, pelos seus conselhos que me ajudaram a nortear e concretizar todo este trabalho.

Ao restante corpo docente da Universidade Atlântica, pelo seu alento e preceitos, pedras base na minha vida académica. Obrigado, serei melhor Enfermeiro amanhã pelo que partilharam hoje comigo...

A todos os Enfermeiros, que contribuíram para o meu estudo, para a minha evolução e progresso e que nas mais diversas formas colaboraram, para tornar este projeto uma realidade.

Agradeço aos meus pais e aos meus avós, pela sua preocupação e apoio incondicional, em mais uma etapa da minha vida.

À minha maninha Samy, um muito obrigado, pelo ânimo e carinho constantes.

A ti Bárbara, pelo teu amor, ajuda e carinho, sempre ao meu lado para me “reanimar” nos instantes de fraqueza e por partilhares comigo as maiores alegrias. Obrigado. Sem ti teria sido difícil...

A todos, bem-haja, foram a minha força e estarei para sempre agradecido...

Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.

Fernando Pessoa

Resumo

O presente estudo tem como título “Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER): Intervenções do Enfermeiro” e tem como finalidade contribuir para o aumento de conhecimentos nesta área, investigando a intervenção do enfermeiro a exercer funções neste veículo de suporte avançado de vida pré-hospitalar. Este é um tema de interesse pessoal, atual e ainda pouco explorado. Tem como objetivo geral: conhecer as intervenções dos enfermeiros a exercer funções na VMER, sendo que mais especificamente se procurou: identificar os cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros operacionais da VMER; descrever as conceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções em ambiente pré-hospitalar; identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando do exercício na VMER; reconhecer as estratégias estabelecidas pelos enfermeiros da VMER para suplantar as suas dificuldades; e ainda apreender as diferenças entre a intervenção da enfermagem no meio pré-hospitalar e no ambiente intra-hospitalar, em contexto de emergência. Para a realização desta investigação optei por uma abordagem qualitativa, de carácter exploratório descritivo, traduzindo as vivências e relatos dos profissionais em contexto de prática clínica. A população acessível deste estudo são os enfermeiros operacionais da VMER, de uma unidade hospitalar da grande lisboa, integrada num serviço de urgência polivalente, sendo a amostra constituída por cinco desses enfermeiros, de acordo com o processo de amostragem utilizado. A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas individuais semi-dirigidas e audiogravadas, para se poderem narrar as vivências dos profissionais. Após a recolha de depoimentos, foi então feita a análise de conteúdo segundo *Bardin* na demanda de poder traduzir as práticas dos enfermeiros da VMER. Dos resultados obtidos pode concluir-se que a intervenção destes enfermeiros é desenvolvida em condições de trabalho difíceis, exigindo um domínio operacional perfeito das técnicas com uma resposta célere, metódica e organizada. Distinguem-se ainda as distâncias entre a intervenção intra e pré-hospitalar e autentica-se a relevância do papel do enfermeiro na VMER e no pré-hospitalar. Percebem-se igualmente os obstáculos e as estratégias de resolução de problemas destes enfermeiros exercendo diariamente, com um objetivo e uma perspetiva: a qualidade e a excelência de cuidados que todos os dias salvam vidas nas ruas de Portugal.

Palavras-chave:

Enfermagem pré-hospitalar; Intervenções do enfermeiro; VMER.

Abstract

This investigation study is entitled "Emergency Medical and Resuscitation Vehicle (EMRV): Nurses Interventions" and it aims to improve the awareness in this area, by investigating the intervention of nurses, in this vehicle of advanced life support in the prehospital care field. This is a topic of personal interest, very current and still little explored. Its overall goal is: to know the interventions of nurses working in the EMRV, and more specifically sought to: identify the nursing care performed by operational nurses of the EMRV; describe the conception of the nurses about their interventions in prehospital environment; identify the difficulties experienced by nurses when they exercise in EMRV; recognize the strategies of EMRV nurses to overcome their difficulties; and also understand the differences in the intervention in the prehospital environment and the intra-hospital, emergency setting. To carry out this research study I chose a qualitative approach, in an exploratory and descriptive study, reflecting the experiences and reports from professionals in the context of clinical practice. The population of this study, is the operational EMRV nurses, of a hospital unit in the city of Lisbon, part of a general emergency department. The sample consists of five nurses, accessible for the collection of information. Data collection was done through audio recorded semi-directed interviews, to be able to narrate the true experiences of the professionals. After gathering testimonies, it was then performed the content analysis according to *Bardin*, in the demand to translate the practices of EMRV nurses. From the results, it can be concluded that the intercession of these nurses is developed in difficult working conditions, requiring a perfect operational domain of interventions with a rapid response, very technical, systematic and organized. It is also shown the dissimilarity between the intra-hospital intervention and the pre-hospital care, and authenticated the role and importance of nurses in the EMRV and in the pre-hospital care field. In this study it is also perceived the barriers and the strategies for solving problems in the nurse's daily practice, at all times with one goal and one perspective: the quality and excellence in care. The goal that saves lives every day, in the streets of Portugal.

Key words:

Pre-hospital nursing; Emergency Medical and Resuscitation Vehicle; Nurse intervention

Índice

Índice de Figuras	XIX
Índice Quadros	XIX
Lista de abreviaturas e siglas.....	XX
Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	9
1.1 Enfermagem.....	9
1.2 Enfermagem de Emergência.....	10
1.3 Intervenções de enfermagem	11
1.4 Enfermagem Pré-hospitalar no SIEM.....	14
1.5 Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).....	15
1.6 Formação VMER	20
1.7 Características técnicas e estatísticas VMER	21
1.8 Trabalho em equipa	24
1.9 Tomada de decisão em enfermagem.....	27
1.10 Inteligência emocional segundo Goleman.....	28
1.11 Satisfação Profissional.....	30
2. Decisões Metodológicas.....	33
2.1 Paradigma e tipo de estudo	33
2.2 Meio de Estudo	34
2.3 População Alvo e Amostra	35
2.4 Instrumento de colheita de dados.....	36
2.5 Considerações éticas	38
2.6 Método de análise de conteúdo.....	40
3. Resultados	42
3.1 Caracterização da amostra	42

3.2	Análise e discussão de resultados	43
3.2.1	Categoria: Intervenções do enfermeiro na VMER.....	45
3.2.2	Categoria: Perceção dos enfermeiros sobre as suas intervenções.....	48
3.2.3	Categoria: Dificuldades de intervenção na VMER.....	51
3.2.4	Categoria: Estratégias para interposição de dificuldades.....	55
3.2.5	Categoria: Diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar	58
3.2.6	Categoria: Melhoria das intervenções de enfermagem na VMER.....	61
4.	Conclusão.....	65
5.	Considerações Finais, Implicações, Limitações e Sugestões.....	67
5.1	Considerações Finais	67
5.2	Implicações para a enfermagem.....	68
5.3	Limitações.....	69
5.4	Sugestões	70
	Referências Bibliográficas	71
	Apêndice 1 – Instrumento de Colheita de Dados.....	75
	Apêndice 2 – Pedido de autorização para Estudo Exmo. Sr.	76
	Apêndice 3 – Carta Explicativa.....	77
	Apêndice 4 – Consentimento Informado	80
	Apêndice 5 – Unidades de Registo	81
	Apêndice 6 – Entrevista 1	88
	Apêndice 7 – Entrevista 2	96

Índice de Figuras

Figura 1 - SIEM, Estrela da Vida.....	14
Figura 2 - Organograma SIEM	19

Índice Quadros

Quadro 1 - Curso formação VMER	21
Quadro 2 - Material VMER	22
Quadro 3 - Estatísticas VMER 2011	22
Quadro 4 - Caracterização do trauma VMER	23
Quadro 5 - Caracterização da doença VMER	23
Quadro 6 - Intervenções executadas VMER.....	24
Quadro 7 - Inteligência emocional Goleman	30
Quadro 8 - Fatores de satisfação no trabalho. Martins e Santos 2006	31
Quadro 9 - Fatores de Higiene-Motivação no Trabalho de Herzberg (1959)	31
Quadro 10 - Fatores motivacionais	32
Quadro 11 - Fatores higiénicos	32
Quadro 12 - Unidades de Registo e Contexto.....	44
Quadro 13 – Intervenções do enfermeiro na VMER: unidades de contexto.....	46
Quadro 14 - Perceção dos enfermeiros sobre as suas intervenções: unidades de contexto	49
Quadro 15 - Dificuldades de intervenção na VMER: unidades de contexto	52
Quadro 16 - Estratégias para interposição de dificuldades: unidades de contexto	55
Quadro 17 - Diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar: unidades de contexto	59
Quadro 18 - Melhoria das intervenções de enfermagem na VMER: unidades de contexto	62

Lista de abreviaturas e siglas

CIAV – Centro de Informação Anti-Veneno;

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes;

EPE - Entidade Pública Empresarial;

GEM – Gabinete de Emergência Médica;

GNR – Guarda Nacional Republicana;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PSP – Polícia de Segurança Pública;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SIV – Suporte Imediato de Vida;

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias;

TAE – Tripulante de Ambulância de Emergência;

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação;

Introdução

A produção deste trabalho de monografia surge no âmbito do plano de estudos do 8º curso de licenciatura em enfermagem da Universidade Atlântica, como estrutura preconizada para o desenvolvimento de competências de investigação e obtenção do grau de licenciado.

É pela investigação que se constitui um campo de conhecimentos específicos de uma disciplina, assim acontece com enfermagem e assim desejo com a produção deste trabalho.

“O ponto de partida de investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão.” (Fortin, 2009)

O tema que pretendo abordar refere-se à vertente de emergência em enfermagem, na sua valência de intercessão pré-hospitalar, mais especificamente na intervenção do enfermeiro na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Visto esta temática constituir o meu principal campo de inquietude em enfermagem, decidi seleccioná-la para desenvolver a minha investigação, aliando o prazer pessoal à pesquisa, construção e execução deste trabalho tendo em consideração que “o tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação” (Fortin, 2009)

Quando decidi ingressar o curso de enfermagem fi-lo, porque quero fazer a diferença. E fazer essa diferença, adquirindo o direito de poder salvar a vida de outro. Defini então, que me dedicaria intensivamente à ampliação de conhecimentos em enfermagem, procurando absorver o máximo de cada área de intervenção para me ir preparando para ser um excelente enfermeiro de emergência e quem sabe da VMER onde terei que prestar cuidados desde, o mais pequeno e frágil neonato, até ao idoso mais sábio e versado.

Em contexto pré-hospitalar e na VMER, os clientes não nos escolhem. Em vez disso, eles chegam até nós e aos serviços de saúde por alguma ocorrência disruptiva de saúde, que produziu uma lesão e que necessita dos nossos cuidados.

Nós sim, escolhemos tratar dos nossos clientes. Poderíamos ter escolhido outra profissão, mas não o fizemos, recebemos a responsabilidade de cuidar dos clientes e algumas vezes nas piores condições (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007). Devemos aceitar essa responsabilidade ou desistir dela. Devemos oferecer o que há de melhor em cada um de nós e no final de uma jornada de trabalho sentir que o nosso cliente recebeu a melhor intervenção terapêutica que tínhamos para oferecer (National Association of Emergency Medical Technicians, 2007). Também ambiciono partilhar esta responsabilidade e tal como os enfermeiros que diariamente executam esta atividade, poder dedicar-me a esta causa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) “a intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada” (OE, 2007).

Recentemente tem-se assistido a uma reestruturação e reorganização das estruturas e recursos humanos envolvidos no sistema de emergência médica e onde por vezes é questionada a interposição e a competência do enfermeiro, estando pouco clarificadas as verdadeiras intervenções de enfermagem. Este plano de mudança tem vindo a ser expresso nos planos de recursos humanos de emergência pré-hospitalar (INEM, 2010). Como tal, e por ser uma temática ainda pouco amplificada, pretendo debruçar-me sobre este assunto e contribuir para o aumento dos conhecimentos nesta área de interesse, procurando ilustrar algumas questões no domínio da profissão, tendo em ponderação que na “construção do problema de investigação deve considerar-se que este seja uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação” (Fortin, 2009)

A definição do problema de investigação começou a tornar-se transparente quando iniciei a consulta de bibliografia relativa a este fenómeno, e a congreguei à experiência pessoal em emergência pré-hospitalar que tenho vindo a desenvolver como voluntário num corpo de bombeiros.

Verifiquei então que a intervenção de enfermagem na vertente pré-hospitalar tem ganho relevo, ao longo dos últimos anos, como resposta a um necessário aumento da qualidade dos cuidados pré-hospitalares que traduzam um prognóstico mais benigno para o cliente, no seu processo agudo de doença.

No entanto, e no quadro do exercício da emergência pré-hospitalar os profissionais estão, muitas vezes, sujeitos a situações de stress que provocam um acréscimo considerável nas dificuldades técnicas no processo terapêutico em enfermagem.

A resposta nas situações de emergência deve ser célere. Esta envolve a execução de gestos técnicos em condições de trabalho difíceis e exige um domínio operacional perfeito das intervenções pela equipa. (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005)

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção pré-hospitalar, conduzido por enfermeiros destinado ao transporte rápido de uma equipa diferenciada ao local onde se encontra o doente. Estes profissionais dispõem de equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV). O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. (Mateus, 2007)

A equipa de VMER é composta por um enfermeiro e um médico. “Não raras vezes, este binómio sofre uma cisão, como por exemplo em cenários multi-vítimas. Neste contexto, é passível que o enfermeiro tenha que intervir sozinho para suprimir necessidades que, não satisfeitas, colocam a vida da vítima em risco” (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005). “Os enfermeiros do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), e de um modo particular os enfermeiros da VMER, estão por isso, bastante expostos a questões deontológicas” (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005).

Segundo investigações anteriores são colocadas interrogações, relativamente à fronteira de atuação do enfermeiro em situação de emergência. “Podem ser suscitadas algumas dúvidas pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde em relação ao âmbito de intervenção do enfermeiro” (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005).

Consultando as normas e legislação imputadas à intervenção destes profissionais verificamos as intervenções espectáveis desde enfermeiros.

- Atuar ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar, participando na vertente medicalizada;
- Realizar referenciação e transporte de doente urgente/emergente;
- Colaborar na formação;
- Participar em planos de emergência;
- Realizar ou colaborar na realização de estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados;
- Atuar em situações de exceção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais quer internacionais, prestar apoio a de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades. (INEM, 2010)

Nesta perspetiva, podemos igualmente encontrar as orientações para as intervenções do enfermeiro no pré-hospitalar, precedidas pela ordem dos enfermeiros (OE, 2007) encontramos:

- Atuar sempre de acordo com o seu enquadramento legal, procurando assegurar, no exercício das suas competências, a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais por todos os meios à sua disposição;
- Garantir o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais, durante o transporte;
- Assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da receção do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência;
- Garantir adequada informação e acompanhamento à família do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a minimizar o seu sofrimento;

Neste cenário de interposição de funções, os enfermeiros são diariamente conferidos com dilemas de intervenção, num semblante de prestação de cuidados em que todos os segundos podem ser sentenciosos, agindo em benefício da vida do cliente, na prestação de cuidados inadiáveis a doentes muitas vezes em risco de vida. (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005).

Ao conseguir perceber as intervenções destes enfermeiros apascentarei este sonho de poder vir a trabalhar em emergência e compreenderei as dificuldades e conflitos aos quais estão expostos diariamente, sem nunca darem menos que a excelência de cuidados que todos os dias salvam vidas.

Assim sendo, os objetivos deste trabalho são:

Como objetivo geral ambiciono:

- Conhecer as intervenções dos enfermeiros que exercem funções na VMER;

E como objetivos específicos pretendo:

- Identificar cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros operacionais da VMER;
- Descrever as conceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções em ambiente pré-hospitalar;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando do exercício na VMER;
- Reconhecer as estratégias subordinadas pelos enfermeiros da VMER para suplantar as suas dificuldades;
- Apreender as diferenças de intervenção no meio pré-hospitalar e no ambiente intra-hospitalar em contexto de emergência;

Tendo em consideração que, “a questão de investigação decorre diretamente do objetivo e precisa a informação que se pretende obter” (Fortin, 2009) o que aspiro realmente aprofundar com este trabalho, pode caracteriza-se pela seguinte interrogação: Quais as intervenções dos enfermeiros a exercer funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação?

Quanto aos métodos utilizados para o desenvolvimento deste estudo, foi selecionada a metodologia científica, tendo como alicerce as fases do processo de investigação.

Este processo passa por quatro etapas: fase conceptual; fase metodológica, fase empírica e interpretação e difusão dos dados (Fortin, 2009).

Para a arquitetura de investigação, selecionei o paradigma qualitativo pois como futuro enfermeiro desejo compreender claramente as experiências vividas pelos profissionais, dando-lhes sentido. A investigação qualitativa ocupa-se da descoberta de múltiplos modos de compreensão através da análise dos indivíduos que participam ativamente no fenómeno (Streubert & Carpenter, 2002).

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, selecionado para este estudo de investigação foi estabelecido que seria a entrevista semi-dirigida audiogravada, isto porque, nos casos em que se deseja obter mais informações específicas sobre um tema esta apresenta-se como uma opção bastante fidedigna, sendo particularmente utilizada nos estudos qualitativos quando o investigador quer saber o valor de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes (Fortin, 2009).

Expostos os principais traços introdutórios, passo a expor a estrutura global desta monografia.

Inaugurei este trabalho pela exposição da introdução, onde se pode descobrir a pertinência do tema, a razão da sua escolha e o seu enquadramento no âmbito do curso e da enfermagem. É analogamente definido o problema de investigação, a circunscrição da temática e apresentadas algumas conclusões segundo uma investigação anterior, que suportarão este trabalho.

Ainda na fase introdutória são apresentados os objetivos, a metodologia adotada e as fases de pesquisa deste trabalho de investigação. Para proferir sustentabilidade teórica a esta etapa inicial fui introduzindo pequenas porções da pesquisa efetuada.

Sucessivamente é exposto o enquadramento teórico deste estudo onde procurarei caracterizar as circunstâncias que rodeiam este trabalho de investigação. Para auxiliar à contextualização da temática e a compreensão das ações que pretendo abordar, consolidei a construção deste trabalho com a pesquisa bibliográfica das fontes de referência.

Seguidamente explicito as decisões metodológicas que anunciam o rumo e progresso deste estudo, onde estão dispostas as particularidades relativas ao paradigma de investigação, à população alvo, à amostra e o processo de amostragem, selecionados para este trabalho de investigação.

É também nesta etapa que são apresentados os preceitos e considerações éticas, cumpridos para a execução de toda a investigação.

Seguidamente são descritos os resultados deste trabalho, aqui dilatados pela análise de conteúdo, com a consequente discussão dos dados retratados e obtidos.

Finalmente apresento as referências bibliográficas de todas as fontes e procedências onde consultei informação para o desenvolvimento deste trabalho, estando ainda em apêndice: o instrumento de recolha de dados criado; a carta com o pedido de autorização para o estudo; a carta explicativa dirigida aos participantes, com a informação relativa a este estudo de investigação; o documento reproduzido para a obtenção do consentimento informado; as transcrições das entrevistas e as unidades de registo seleccionadas

Realço o facto, deste relatório ter sido construído segundo as regras e normas de construção de trabalhos da Universidade Atlântica disponíveis *online* (http://www.uatla.pt/repositorio/t_uatla).

1. Enquadramento Teórico

Neste capítulo encontra-se desenhado o enquadramento teórico onde procurei incorporar os resultados da consulta bibliográfica cumprida e que conferiram a corroboração necessária para o desenvolvimento deste estudo de investigação.

Como previamente referido, este é um fenómeno ainda pouco estudado pelo que, a sustentação teórica do conteúdo contrai particular importância, na medida em que, nesta etapa inicial se torna imperativo enraizar conceitos que permitirão a compreensão do tema e a preparação de entendimentos, para se poder efetivar a exploração e descrição do fenómeno, podendo-se posteriormente analisar testemunhos, identificar perceções, conceitos e ideias.

1.1 Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros em 2010, define a profissão de Enfermagem como sendo:

“... a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” no artigo 4º do REPE (Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros)

Já no documento oficial “Enfermagem: Protocolado de Política Social”, da Associação dos Enfermeiros Americanos (2003), a Enfermagem:

“... Consiste na proteção, promoção e otimização da saúde e das capacidades, na prevenção de doença e traumatismo, no alívio do sofrimento mediante diagnóstico e tratamento das reações da pessoa humana, bem como na defesa do indivíduo, da família e da população durante a prestação dos cuidados.”

Estas duas definições decretadas por autores diferentes complementam-se e tornam claras as perspetivas da profissão de enfermagem num misto de ciência e arte nos cuidados à pessoa, família e população.

1.2 Enfermagem de Emergência

No exercício de funções na VMER, o enfermeiro atua em constante situação de emergência e risco de vida para o cliente, pelo que é importante alicerçar os conceitos de enfermagem de emergência.

A vertente de emergência em enfermagem é multidimensional e de difícil delimitação, no entanto pode ser caracterizada como, um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado.

“A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale e tem vindo a evoluir como prática especializada ao longo dos últimos anos. Por definição enfermagem de urgência é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções (Sheehy, 2010).

“Em nenhuma outra área se espera do enfermeiro tantos conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento, monitorização, tratamento e simultaneamente um papel de defensor do doente e família” (Sheehy, 2010).

Para Howard e Steinman (2010):

“O âmbito da prática de enfermagem de urgência envolve avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. A resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ou família, referenciação adequada, bem como conhecimento das implicações legais.”

Já Mcphail, (2010), define enfermagem de urgência como sendo “... a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções...”

Segundo o mesmo autor,

“Os enfermeiros da urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento.”

Para Pontes (2008), aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Este autor defende também que:

“O enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos mas também ... com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente”

Podemos então caracterizar os cuidados de enfermagem de urgência como episódios, primários e normalmente agudos definidos por uma diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença. Os enfermeiros de urgência prestam cuidados a todas as populações de todas as idades “do berço ao túmulo” (Sheehy, 2010), por todo um espectro de doenças, medidas para salvar vidas e prevenir lesões.

É fundamental termos a consciência que a especificidade do serviço de urgência, em situações específicas, transforma a prática num ambiente de stress, de medos e vulnerabilidade (Ribeiro, 2008).

É consensual que neste serviço a necessidade de atuar rapidamente nas situações de risco imediato, muitas vezes inesperado com técnicas específicas, são fatores que limitam e influenciam o sucesso da relação de ajuda aos utentes e familiares ou pessoas significativas (Ribeiro, 2008).

Em contexto pré-hospitalar de intervenção as fronteiras de atuação são por vezes “cinzentas” sendo igualmente necessário clarificar alguns conceitos sobre intervenções de enfermagem.

1.3 Intervenções de enfermagem

Este é um estudo que visa investigar quais as intervenções de um enfermeiro na VMER. Assim sendo torna-se fundamental clarificar alguns conceitos sobre intervenções de enfermeiros.

No campo das intervenções de enfermagem, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) (Conselho de Enfermagem, 2001).

Comparativamente às intervenções de enfermagem, as que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação.

Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (Conselho de Enfermagem, 2001).

As intervenções são então distinguidas em autónomas e interdependentes. Intervenções autónomas são:

“as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (Artº9, REPE).

Já as intervenções interdependentes são:

“as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.» (Artº9, REPE).

O enfermeiro de urgência deve então, ter obrigatoriamente presente a todo o tempo quais as intervenções autónomas e interdependentes que realiza, tanto para proteger o doente como para se proteger a si próprio. Deve ser inerente ao enfermeiro “Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude.” (Artº88, Código Deontológico).

É extremamente importante o enfermeiro de urgência “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Artº88, Código Deontológico).

Segundo investigações e estudos realizados em hospitais e unidades de saúde nos Estados Unidos (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006), o enfermeiro pode agir e até assumir liderança em situação de emergência impondo cuidados diferenciados.

“Nurse-led medical emergency teams have been successful in various hospital settings, from the small community hospital to the very large tertiary referral center”

Em conformidade com estas investigações, são apresentadas vantagens da intervenção do enfermeiro na equipa de emergência e sustentação que corrobora que podem e executam determinadas intervenções que seriam normalmente interdependentes, como intervenções autónomas. Assim acontece, desde que se apresente um quadro devidamente protocolado e treino especializado, situação que já se verifica nos profissionais da VMER.

“Nurses spend more time with patients than other health care team members, and often have an instinctive and experiential ability to sense a patient’s deterioration.” (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006)

“Experienced critical care nurses also demonstrate a patient-centered focus: a steadfast determination to get the failing patient the treatment needed. Nurses can lead medical emergency teams responses. Special tools may be necessary to make them most effective, including communication pathways, treatment protocols, specialized training in crisis response skills” (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006)

No binómio de intervenção VMER (enfermeiro-médico) este estabelecimento de limiar de intervenção é ainda mais ténue, cumprindo ambas intervenções semelhantes num trabalho em equipa ritualizado.

O que nos estudos de torna inequívoco é a pertinência e importância de um enfermeiro nas equipas de emergência. *“Nursing brings a unique perspective to the emergency medical emergency: Experience, instinct, determination, and a spirit of collaboration”* (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006).

“O enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites” (OE, 2007).

“Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar” (OE, 2007).

O enfermeiro assume-se assim como elemento diferenciado na prestação de cuidados de emergência, fazendo-o com qualidade e segurança. As suas intervenções podem ser autónomas ou na interdependência de outro elemento da equipa de saúde. Acima de tudo são intervenções diferenciadas que asseguram ações e competências específicas, exclusivas para um adequado socorro urgente/emergente.

1.4 Enfermagem Pré-hospitalar no SIEM

A intervenção de enfermagem pré-hospitalar está integrada no Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) que se caracteriza por um conjunto de meios e ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com a intervenção ativa dos vários componentes de uma comunidade. Logo é pluridisciplinar, programada de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes ou catástrofes, nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico e terapêutica, pode acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente (Madeira, Ramos, & Meira, 2010).



Figura 1 - SIEM, Estrela da Vida

Tendo como base o símbolo da “Estrela da Vida”, a cada uma das suas hastes corresponde uma fase do SIEM.

- **Deteção** - Correspondendo ao momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente;
- **Alerta** - Fase em que se contactam os serviços de emergência, utilizando o Número Europeu de Emergência – 112;
- **Pré-socorro** - Conjunto de gestos simples que podem e devem ser efetuados até à chegada do socorro;
- **Socorro** - Correspondendo aos cuidados de emergência iniciais efetuados às vítimas de doença súbita ou de acidente, com o objetivo de as estabilizar, diminuindo assim a morbilidade e a mortalidade. Esta é geralmente a fase inicial de interferência da equipa VMER.
- **Transporte** - Consiste no transporte assistido da vítima numa ambulância com características, tripulação e carga bem definidas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuação dos cuidados de emergência necessários. Também neste período a equipa VMER assume um papel elementar, com o acompanhamento de doentes em estado crítico e risco de deterioração.
- **Tratamento na Unidade de Saúde** - Esta fase corresponde ao tratamento no serviço de saúde mais adequado ao estado clínico da vítima.

A equipa VMER assume neste estágio competências fundamentais, pois são instituídos os primeiros cuidados de emergência, que interferem no prognóstico do cliente e na definição da unidade de drenagem mais apropriada.

1.5 Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

Em Portugal, o Instituto Nacional de Emergência Médica é o organismo do Ministério da Saúde ao qual cabe coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica, no território de Portugal Continental, de forma a garantir às vítimas em situação de emergência, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes no SIEM (hospitais, bombeiros, polícia, etc.), são as principais tarefas do INEM.

A organização da resposta à emergência, fundamental para a cadeia de sobrevivência, simboliza-se pelo Número Europeu de Emergência - 112 e implica, a par do reconhecimento da situação e da concretização de um pedido de ajuda imediato, a existência de meios de comunicação e equipamentos necessários para uma capacidade de resposta pronta e adequada. (Mateus, 2007)

O INEM, através do Número Europeu de Emergência - 112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica.

As chamadas de emergência efetuadas através do número 112 são atendidas em Centrais de Emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP) / Guarda Nacional Republicana (GNR). Atualmente, no território de Portugal Continental, as chamadas que dizem respeito a situações de saúde são encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM em funcionamento no Lisboa, Porto, Coimbra, e Faro.

Compete aos CODU atender e avaliar no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. O funcionamento dos CODU é assegurado em permanência por médicos e operadores de central, com formação específica para efetuar:

- O atendimento e triagem dos pedidos de socorro;
- O aconselhamento de pré-socorro, sempre que indicado;
- A seleção e acionamento dos meios de socorro adequados;
- O acompanhamento das equipas de socorro no terreno;
- O contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar dos doentes.

Até há pouco tempo, os enfermeiros faziam parte das equipas do CODU, contribuindo para a triagem de pedidos de socorro e acompanhamento das equipas no terreno com o aconselhamento e referência necessárias, constituindo uma mais-valia nestas centrais de emergência. Desde Julho de 2010, os enfermeiros foram afastados do CODU com a instituição do novo plano de recursos humanos do INEM. (INEM, 2010)

Os CODU têm à sua disposição diversos meios de comunicação e de atuação no terreno, como sejam as ambulâncias INEM, os motociclos de emergência, as VMER, as SIV's (ambulâncias de suporte imediato de vida) e os helicópteros de emergência médica.

Através da criteriosa utilização dos meios de telecomunicações ao seu dispor, têm capacidade para acionar os diferentes meios de socorro, apoiá-los durante a prestação de socorro no local da ocorrência e de acordo com as informações clínicas recebidas das equipas no terreno, selecionar e preparar a receção hospitalar da(s) vítima(s) envolvida(s).

O INEM dispõe então de um conjunto de meios para dar respostas as necessidades de socorro pré-hospitalares. Passarei apenas a descrever os meios tripulados por enfermeiros visto estar somente a debruçar-me sobre as intervenções dos mesmos:

- As Ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV) do INEM destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, permitindo a sua tripulação e equipamento, a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática Externa (DAE) para além da possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sobre supervisão médica. São tripuladas por um tripulante de ambulância de emergência (TAE) e um enfermeiro do INEM, devidamente habilitados. Atuam na dependência direta dos CODU, e estão localizadas em unidades de saúde;
- Os Helicópteros de Emergência Médica do INEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de suporte avançado de vida sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos;
- E as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. (enfermeiro e médico).

Dispondo agora uma breve evolução histórica da emergência médica pré-hospitalar em Portugal, passo a apresentar os principais marcos do desenvolvimento do sistema de emergência até aos dias de hoje, com a criação do INEM.

Em 1965 iniciou-se o socorro a vítimas de acidente na via pública, em Lisboa. As ambulâncias eram ativadas através do número de telefone '115', a tripulação era constituída por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP) e o transporte efetuado para o hospital. Este serviço estendeu-se de seguida às cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro.

Mais tarde e com o objetivo de assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte foi criado em 1971, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA).

Este serviço constituiu os chamados ‘Postos de Ambulância SNA’, dotados de ambulâncias com equipamento sanitário e de telecomunicações, sedeadas na PSP (nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal), na GNR e em Corporações de Bombeiros, numa uma rede organizada que abrangia todo o país.

No ano de 1980, após um ano de trabalho desenvolvido por uma Comissão de Estudo de Emergência Médica e que culminou com a apresentação de uma proposta de desenvolvimento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), foi constituído o Gabinete de Emergência Médica (GEM.) A sua principal atribuição seria a elaboração de um projeto de organismo, que viesse a desenvolver e coordenar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

Como resultado do trabalho desenvolvido pelo GEM, em 1981 foi criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) sendo extintos o SNA e o GEM.

Dispondo o INEM à partida dos meios de socorro/transporte (instalados pelo SNA na PSP e em Quartéis de Bombeiros), das centrais 115 e de uma rede de avisadores SOS colocados em estradas nacionais e tendo como principal objetivo o desenvolvimento e coordenação do SIEM.

Verificou-se então uma reorganização com o desenvolvimento das centrais de emergência e os avisadores SOS e também uma remodelação dos Postos de Ambulância, estabelecendo acordos com Bombeiros, Polícia e Cruz Vermelha para a constituição de Postos de Emergência Médica (PEM) e Postos Reserva.

Para melhor explicitar a organização e ativação dos meios de emergência do INEM, passo a apresentar um organograma contendo as entidades envolvidas e percurso de acionamento de meios, incluindo os de suporte avançado de vida onde se inclui a VMER.

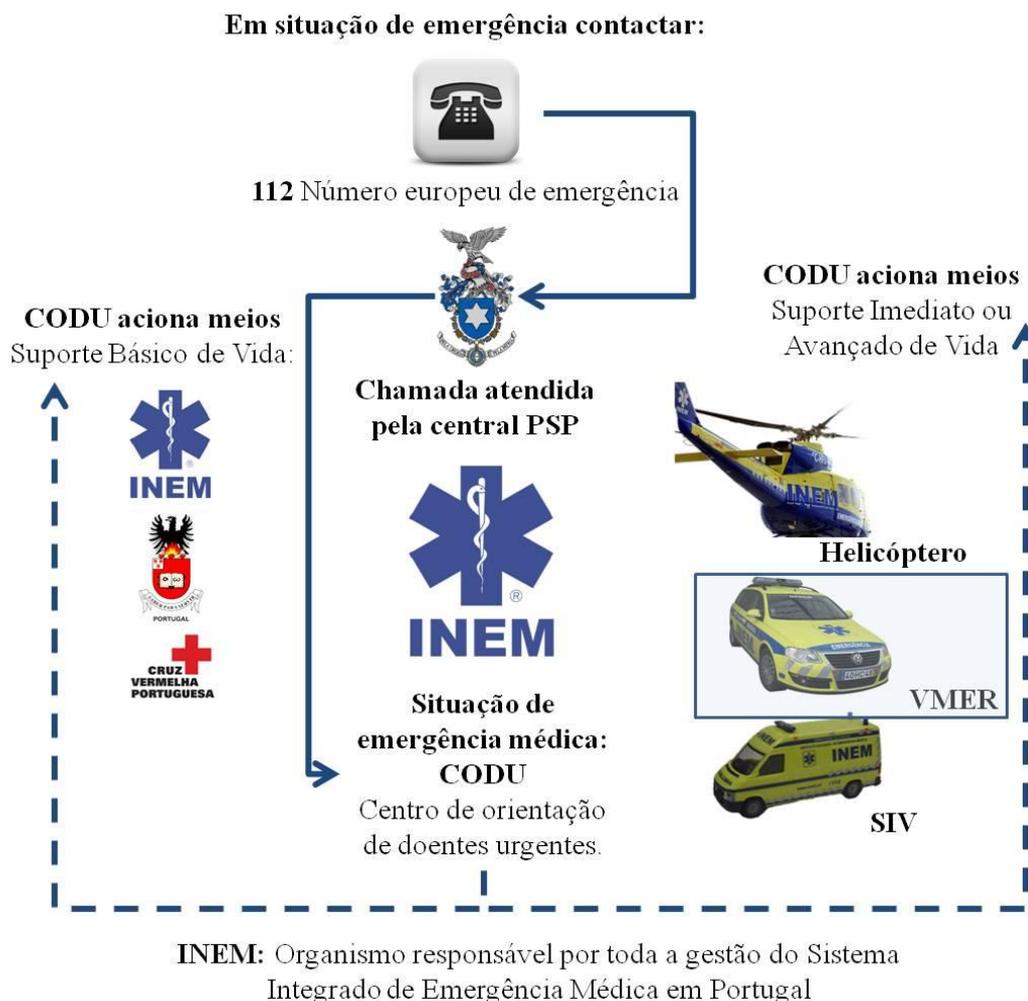


Figura 2 - Organograma SIEM

No organograma podemos identificar o INEM como organismo responsável pela coordenação e gestão dos recursos de emergência em Portugal. As chamadas 112, número europeu de emergência, são atendidas por um agente PSP. Este faz então a triagem da situação: Incêndio, assalto, emergência médica, etc. para então passar a ocorrência à entidade responsável pela gestão. Verificando-se então uma situação de emergência médica a chamada é transmitida para o INEM que através dos CODU, reconhece e aciona os meios necessários para a intervenção. Como referido anteriormente estão disponíveis para atuação um conjunto de meios para dar resposta às situações solicitadas. São então enviados meios de suporte básico de vida, ou quando a situação é mais grave e necessita de maior diferenciação, são acionados meios de suporte avançado de vida, entre os quais a VMER.

1.6 Formação VMER

Passo agora a explicitar a formação exigida às equipas da VMER, sendo atualmente idêntica para médicos e enfermeiros.

A formação específica destas equipas tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos. Os primeiros cursos, com uma carga horária de 60 horas, ministrados conjuntamente a estes dois grupos profissionais, datam de 1990 e eram denominados de curso de técnicas de emergência médica para enfermeiros e médicos. (Mateus, 2007)

Em 1999, entendeu-se ser necessário efetuar cursos de formação diferenciados para médicos e enfermeiros.

Assim, é a partir desta data que se criam os cursos, que ainda hoje se mantêm, com conteúdos programáticos mais alargados e aprofundados, que anteriormente, mas que na realidade quando comparados entre si, não diferem muito.

Passaram a denominar-se cursos de viatura médica de emergência e reanimação – médicos com uma carga horária de 95 horas e curso de viatura médica de emergência e reanimação – enfermeiros, com uma duração de 91 horas.

No entanto, os enfermeiros para poderem tripular a VMER têm ainda de efetuar um outro curso, o de técnicas de condução de alto risco (INEM, 1999).

Em 2006 ocorreu uma nova reformulação destes cursos, conforme se pode verificar no quadro abaixo. Os cursos de VMER, apesar de manterem as duas designações, curso de viatura médica de emergência e reanimação – médicos e enfermeiros, passam a ter conteúdos programáticos idênticos, assim como a mesma carga horária, 112 horas (INEM, 2006).

Para além desta formação muitos dos enfermeiros são detentores de cursos de trauma e pós-graduações na área de emergência que constituem uma mais-valia na sua qualificação profissional (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005).

Curso VMER Médicos e Enfermeiros INEM (Mateus, 2007)

Tema	Curso VMER – Médicos		Curso VMER – Enfermeiros	
	Teóricas	Práticas	Teóricas	Práticas
Saúde				
SBV	1	2	1	2
SAV	6	11	6	11
Emergências Médicas	4	-	4	-
Traumatologia	2	11	2	11
Emergências Obstétricas	1	1	1	1
Outros:				
Aspetos Médico-legais	1	-	1	-
Operacionalidade VMER	1	-	1	-
Situações de Exceção	1	1	1	1
Módulo Comportamental	2	-	2	-
Módulo Comunicação Rádio	1	2	1	2
Módulo Extração Vítimas	-	12	-	12
Simulações	-	8	-	8
Avaliação	3	3	3	3
Subtotal	23	51	23	51
Ensino Prático:				
Estágio CODU	-	6	-	6
Estágio VMER	-	32	-	32
Subtotal	-	38	-	38
Total horas curso VMER	112		112	

Quadro 1 - Curso formação VMER

1.7 Características técnicas e estatísticas VMER

Passo a expor algumas características técnicas relativas à viatura médica de emergência e reanimação. A informação apresentada é concernente à VMER onde efetuei a minha colheita de dados de modo a contribuir para um maior aprofundamento e contextualização de resultados e experiências recolhidas.

Passo a expor algum do material da VMER, sendo uma das intervenções do enfermeiro realizar a manutenção e conservação de equipamentos e materiais.

- Mala médica
- Caixa de fármacos suplementares
- Saco de reanimação
- Saco de pediatria
- Saco de trauma
- Saco de oxigenoterapia
- Aspirador portátil
- Monitor / desfibrilhador / pacing modelo *lifepack 12*
- Seringa infusora
- Ventilador volumétrico portátil
- Garrafa de oxigénio suplementar
- Kit parto súbito
- Kit para drenagem torácica
- Mala de material de reserva
- Mala para cpap de *boussignac*
- Aparelho i-stat portátil (para determinação analítica da troponina, gasimetria, hemograma e ionograma)
- Saco com colares cervicais
- Colete de imobilização e extração
- Cinto de imobilização tipo aranha
- Plano duro pediátrico - tipo *pedilock*
- Capacetes com fonte de luz
- Sacos cadáver
- Caixas de luvas não estéreis
- Saco com fichas de catástrofe
- Pasta fichas observação médica
- Roteiros diversos
- Gps *mio moov 400*
- Lanternas
- Extintor de pó abc 6kg

Quadro 2 - Material VMER

Exponho agora alguns dados estatísticos da VMER onde efetivei o estudo. Os dados são relativos a 2011. Esta VMER foi a viatura com mais saídas, ao nível da delegação regional do sul do INEM, num total de 18.

Estatísticas do ano 2011	
Total doentes assistidos	2672
Média serviços diários	7,3
Média serviços mensal	222,7
Inoperacionalidade	0 horas
Ocorrências:	
Trauma	582 (21,8%)
Doença	2090 (78,2%)
Destino Final:	
Não Transportado	30,5%
Transporte ao SU	69,5%
Transporte a UCI	2%

Quadro 3 - Estatísticas VMER 2011

Caracterizando agora o tipo de ocorrências, podemos analisar nos seguintes quadros o género de saídas desta VMER.

Caracterização do Trauma:	
Acidentes de Viação	218
Agressão	91
Acidentes de Trabalho	12
Atropelamentos	103
Quedas	130
Afogamento	3
Queimados	25

Quadro 4 - Caracterização do trauma VMER

Podemos identificar os acidentes de viação e os atropelamentos como as principais causas de traumatismos graves e que requerem a intercessão da VMER. As quedas e as agressões são seguidamente os motivos de intervenção mais frequentes, da viatura médica de emergência e reanimação.

Caracterização da Doença:	
Patologia Cardiovascular	27,6%
Patologia Respiratória	17,8%
Patologia Neurológica	17,3%
Patologia Psiquiátrica	1%
Patologia Metabólica	10,3%
Intoxicações	5,5%
Paragem Cardio-Respiratória	5,3%
Cadáver	12,1%
Outros	3,1%

Quadro 5 - Caracterização da doença VMER

Conseguimos neste quadro perceber que a patologia cardiovascular e os problemas respiratórios se manifestam como causa maioritária das ativações da VMER, para situações do foro médico. Seguidamente, encontramos as patologias do foro neurológico e metabólico, motivo de muitas saídas da equipa VMER.

Relativamente a intervenções executadas, foram encontrados dados que traduzem concretamente o tipo de técnicas e procedimentos efetuados.

Intervenções executadas	
Desobstrução / Aspiração da Via Aérea	232
Entubação endotraqueal	198
Traqueotomia / Cricotiroidotomia	2
Ventilação Assistida	211
Cateterização Venosa Periférica	1214
CPAP <i>Boussignac</i>	49
Cateterização Venosa Central	5
Cateterização Intra-óssea	6
Compressão Torácica Externa	143
Desfibrilhação eléctrica	45
Cardioversão eléctrica	3
Pacing Externo	13
Entubação Gástrica	101
Lavagem Gástrica	19
Toracocentece / Drenagem torácica	0
Pericardiocentese	0
Bloqueio de Plexo / Nervos Periféricos	2
Administração de Fármacos	1341
Imobilizações	233

Quadro 6 - Intervenções executadas VMER

1.8 Trabalho em equipa

Como já referido, pronunciar VMER, é sinónimo de mencionar trabalho de equipa. O binómio enfermeiro-médico é indissociável, sendo portanto necessário analisar alguns conceitos sobre este mote.

Segundo Fachada (2006), o modo como as pessoas se relacionam umas com as outras, a maior ou menor eficácia no seu relacionamento, depende do poder e da habilidade das mesmas na comunicação, sendo que o ato comunicacional, por vezes, é confundido com o ato informativo.

O modo como as pessoas comunicam decorre de um processo de aprendizagem, em que cada ser humano se ajusta à sua própria individualidade e nível de desenvolvimento. As comunicações traduzem um passado de atitudes, de valores, de princípios e de diversas experiências, que constituem a marca do nosso comportamento presente.

De acordo com Pontes (2008), em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde é tão essencial o trabalho “...em equipa e o respeito mútuo.”

Por conseguinte, e segundo o mesmo autor anteriormente mencionado,

“...a qualidade e a humanização dos cuidados assenta neste conceito de equipa. Enfermeiros, médicos, auxiliares, todos, em conjunto, têm de agir com os demais colegas de forma a prestar ao cliente os melhores cuidados possíveis.”

Segundo Muchinsky (2004), citado por Pontes (2008), equipa é “... um conjunto de pessoas com um número limitado, interagindo regularmente para atingir objetivos comuns sobre a sua responsabilidade.”

O trabalho de Equipa requer que os membros interajam (troca de informações), partilhando recursos, coordenando-se e “discutindo” um com outro na realização da tarefa do grupo. Além disso sempre existe um certo grau de interdependência entre os membros de uma Equipa.

Segundo Robbins (2002), citado por Pinho (2006) “... as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência.”

De acordo com o artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, citada por Pontes (2008), o Enfermeiro como membro da Equipa de saúde, assume o dever de:

- Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;

- Integrar a Equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Para Pinho (2006), para a obtenção de uma equipa eficaz, existe ainda a necessidade de um projeto de trabalho, uma composição relativa à equipa, recursos, influências contextuais e variáveis, uma vez que o trabalho em equipa possui elementos que se encontram na base da formação e caracterização de uma equipa. As equipas de saúde, para além destes elementos, ainda têm certas particularidades, nomeadamente as que se encontram relacionadas com o facto de existir uma convivência entre profissionais de saúde.

Cada profissional necessita de manter as suas funções especializadas, de forma a dar uma continuidade a nível da comunicação com outros, formando assim uma continuação de interações e responsabilidades. Segundo Pontes (2008),

“... é fundamental que os elementos intervenientes interiorizem que o desenvolvimento de um trabalho em equipa é crucial. Nas equipas, as pessoas têm um elevado grau de interdependência, têm de colaborar umas com as outras, de adaptar a sua atividade e comportamento às necessidades e objetivos da equipa, sendo portanto necessário envolvimento, qualidade, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente.”

A relação médico-enfermeiro é uma das mais discutidas e criticadas formas de “trabalho em equipa” nos sistemas de saúde (Allen & Hughes, 2002).

Sociólogos há muito que observam que esta relação é baseada numa série de hierarquias e divisão de trabalho e conhecimentos (Allen & Hughes, 2002). Estas hierarquias, segundo estes autores, funcionam nas duas perspetivas, ou seja, tanto podem estar relacionadas com enfermeiros que se “alimentam” da experiência de médicos para aumentar os seus conhecimentos, como médicos o fazem de enfermeiros mais experientes (Allen & Hughes, 2002).

Os autores ainda afirmam que muitas vezes os médicos tomam decisões importantes devido à influência de enfermeiros, mas numa plataforma informal.

Estudos apontam que a ótima comunicação entre médicos e enfermeiros no serviço de urgência contribuem para a redução dos erros de diagnóstico (Cuculino & Tibbles, 2011). Os autores identificaram cinco áreas vulneráveis na troca de informação entre estes profissionais de saúde que contribuem frequentemente para erros de diagnóstico, sendo estas:

- A disponibilidade de história médica do paciente proveniente do processo do mesmo ou do médico que encaminha;
- Alterações do estado do doente ou sinais vitais anormais não resolvidos;
- O tempo de espera por valores laboratoriais ou exames complementares de diagnóstico;
- Comunicação do médico que está responsável pelo doente no momento;
- Barreiras à comunicação efetiva entre o médico e o enfermeiro responsáveis.
- Sendo assim, Cuculino e Tibbles (2011), chegaram à conclusão que existem estratégias para colmatar estas falhas de comunicação:
- Conversas frequentes e atempadas entre o médico e o enfermeiro onde se trocam informações relevantes sobre o estado do doente e procedimentos a efetuar;
- Estar alerta para alterações anormais dos sinais vitais do doente e rápida comunicação de tal acontecimento;
- Revisão da informação do utente antes da alta, pelos dois profissionais de saúde, ou seja, pelo médico e enfermeiro em conjunto;
- Estabelecimento de protocolos;
- Educação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, com reuniões de reflexão em conjunto, principalmente no serviço de urgência pela diversidade de horários.

1.9 Tomada de decisão em enfermagem

Em qualquer intervenção o enfermeiro passa por um processo de tomada de decisão que orienta a sua ciência e fundamenta os seus cuidados. Em emergência e em contexto VMER esse processo é ainda mais importante, pois são necessárias intervenções rápidas e organizadas num contexto em todo mais célere, devendo o enfermeiro manter a segurança e qualidade das suas decisões.

Debruçando-me sobre este processo, sabemos que a tomada de decisão do enfermeiro, orienta o seu exercício profissional autónomo e implica uma abordagem sistémica e sistemática. “Tomar uma decisão clínica é a competência que distingue um enfermeiro licenciado do pessoal técnico e auxiliar” (Hughes & Young, 1992).

Depois de analisar os limiares de intervenção do enfermeiro e médico e as relações entre ambos, torna-se agora importante clarificar os processos de tomada de decisão em enfermagem, já que conduzem a ação e desenvolvimento de intervenções.

Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade).

Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. (Enfermagem, 2001)

1.10 Inteligência emocional segundo Goleman

Como exposto anteriormente, sabemos que a intervenção de enfermagem em emergência implica múltiplos contextos e o sucesso das intervenções é multifatorial. Entre outros aspetos e de acordo com referências já expostas, é unânime que o enfermeiro a exercer funções em contexto limite está muitas vezes exposto a situações traumáticas e de difícil resolução, devendo ser detentor de elevada capacidade e inteligência emocional.

Uma competência emocional é uma capacidade baseada na inteligência emocional que é aprendida, resultando num desempenho extraordinário do trabalho (Agostinho, 2010). Esta existe quando se atinge um nível desejado de realização.

Goleman, em 2003, defendeu que existem dois grupos de capacidades: as pessoais e as sociais. As primeiras determinam a forma como nos gerimos a nós próprios e as segundas determinam a forma como lidamos com as relações (Agostinho, 2010).

Estas capacidades estão definidas na tabela seguinte:

<p>Autoconsciência (conhecer as próprias emoções)</p>	<p>É a capacidade de reconhecer um sentimento enquanto decorre, é a perceção de si e do que se sente no momento.</p> <p>Considerada a pedra base da Inteligência Emocional.</p> <p>É mantida ativa a auto-reflexão, pois tem-se consciência do seu estado de espírito e dos pensamentos a respeito do mesmo, como “não devia sentir-me assim” ou “estou a pensar em coisas agradáveis para me animar”.</p> <p>Sem esta capacidade, a gestão das emoções é impossível (Agostinho, 2010).</p>
<p>Gestão de Emoções (gerir as emoções)</p>	<p>É o sentido de auto-domínio, é uma capacidade que nasce do autoconhecimento, sendo a chave do bem-estar emocional.</p> <p>Quem não tem esta capacidade está constantemente em luta com os seus sentimentos, enquanto que quem a tem consegue ultrapassar mais rapidamente os processos negativos ao longo da vida.</p> <p>Esta capacidade assenta então no controlo das emoções, ou seja, a capacidade de substituir emoções negativas por positivas por vontade própria (Agostinho, 2010).</p>
<p>Automotivação (motivar-se a si mesmo)</p>	<p>A automotivação prende-se com o ato de usufruir das nossas preferências mais profundas para avançar e guiar-nos para os nossos objetivos, para nos ajudar a tomar a iniciativa e ser altamente eficientes e para perseverar face a contrariedades e frustrações.</p> <p>É necessária a capacidade de controlar impulsos perante uma tentação imediata, escolhendo adiar a recompensa, de modo a pensar nos objetivos a longo prazo e receber uma recompensa maior e melhor (Agostinho, 2010).</p>
<p>Empatia (reconhecer as emoções dos outros)</p>	<p>Esta capacidade baseia-se em ter predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido expressados verbalmente, ou seja, ter habilidade para interpretar os canais não verbais (tom de voz, gestos ou expressões faciais). Esta é a mais fundamental das aptidões pessoais e nasce da autoconsciência, pois quanto mais conscientes estivermos das nossas ações, mais corretos seremos a ler os sentimentos dos outros. As pessoas empáticas são particularmente aptas em profissões que envolvem, por exemplo, a prestação de cuidados (Agostinho, 2010).</p>

**Gestão de
Relacionamentos em
Grupos
(gerir relacionamentos)**

Esta capacidade representa a aptidão emocional que se desencadeia em cascata ao se reconhecer os sentimentos dos outros e agir de forma a influenciar esses sentimentos. Requer, portanto, a maturação das capacidades de autocontrolo e empatia.

Possuir esta capacidade depende, entre outras coisas, da habilidade de criar e cultivar relações, de reconhecer os conflitos e de os solucionar, de encontrar o tom adequado e de perceber o estado de espírito do outro (Agostinho, 2010).

Quadro 7 - Inteligência emocional Goleman

1.11 Satisfação Profissional

No processo de pesquisa sobre a temática e no contacto com os profissionais percebi que a satisfação e a motivação profissional eram fatores extremamente associados ao contexto de prestação de cuidados de emergência, pelo que decidi aprofundar um pouco mais este assunto.

A profissão de enfermagem tem sido sujeita, nos últimos anos, a uma evolução quer no domínio técnico quer no domínio científico. Sendo assim, é pertinente falar-se sobre a satisfação profissional dos enfermeiros pois, segundo Amaro e Jesus (2008):

“É frequente ouvirmos os profissionais de saúde e os de enfermagem em particular referirem que se encontram insatisfeitos, quer pelo tipo de cuidados que prestam, quer pelos recursos materiais e humanos de que dispõem, quer pelas relações que estabelecem com os utentes ou com os restantes membros da equipa multidisciplinar.”

Segundo os mesmos autores, estudos efetuados anteriormente apontam para a existência de uma fraca satisfação profissional dos enfermeiros, tanto relativa à remuneração como aos conteúdos funcionais da própria profissão.

É importante referir que, partindo do princípio que exercer funções no serviço de urgência acarreta emoções por parte dos enfermeiros que podem ser consideradas negativas para o trabalho, como, por exemplo o *stress*, Blegen chegou a uma conclusão, em 1993, ao levar a cabo uma revisão bibliográfica a 48 estudos. O autor comprovou que quanto maiores forem os níveis de *stress* a que os enfermeiros estão sujeitos, como é o caso no serviço de urgência, menor será a sua satisfação profissional.

O estudo da satisfação profissional e o crescente interesse por esta área fez com que se multiplicassem os estudos efetuados e consequentemente as teorias desenvolvidas (Amaro & Jesus, 2008). Martins e Santos (2006) adaptaram e validaram a Escala de Satisfação no Trabalho, que reunia fatores de satisfação e insatisfação no trabalho, sendo estes os representados na seguinte tabela:

Fatores de Satisfação no Trabalho	Fatores de Insatisfação no Trabalho
Satisfação com o reconhecimento profissional	Insatisfação com a falta de suporte social
Satisfação com a utilidade social da organização e do trabalho	Insatisfação com a sobrecarga de trabalho
Satisfação com o suporte organizacional	
Satisfação com o relacionamento afetivo no trabalho	

Quadro 8 - Fatores de satisfação no trabalho. Martins e Santos 2006

Para este estudo optou-se pela teoria dos fatores de Herzberg, que data de 1959, por ser a mais adequada. A autora do estudo acima mencionado refere que a escala que validou está diretamente relacionada com a teoria de Herzberg.

Nesta teoria, o autor identificou os seguintes fatores responsáveis pela satisfação ou insatisfação profissional dos trabalhadores:

Motivacionais	O trabalho em si Responsabilidade Progresso Crescimento
	Realização Reconhecimento <i>Status</i>
Higiénicos	Relações interpessoais Supervisão Colegas e subordinados
	Supervisão técnica
	Políticas administrativas empresariais
	Segurança no cargo
	Condições físicas de trabalho
	Salário Vida pessoal

Quadro 9 - Fatores de Higiene-Motivação no Trabalho de Herzberg (1959)

Esta teoria é uma explicação da natureza e das necessidades humanas e que se baseia em estudos de satisfação no trabalho (Marques, 2009). Esta defende que as pessoas possuem dois grupos de necessidades independentes que atuam de forma diferenciada:

- **Necessidades motivadoras**, que “... obedecem a uma dinâmica de crescimento que conduz à satisfação a longo prazo e à felicidade...” (Marques, 2009).
- **Necessidades de higiene**, que “... seguem uma dinâmica de evitamento da dor a qual conduz ao alívio a curto prazo da insatisfação e da infelicidade.” (Marques, 2009).

Deste modo e em jeito de síntese:

Fatores Motivacionais						
O trabalho em si	Responsabilidade	Progresso	Crescimento	Realização	Reconhecimento	Status
A base psicológica da motivação é a necessidade constante de crescimento pessoal. As fontes de satisfação motivacional são limitadas as melhorias na motivação têm efeitos a longo prazo. No entanto, os fatores que contribuem para a motivação são, por vezes, aditivos. As necessidades de motivação têm um ponto zero de não escalada. Existem sempre respostas para estas necessidades (Marques, 2009).						

Quadro 10 - Fatores motivacionais

Fatores Higiénicos								
Relações interpessoais	Supervisão	Colegas e subordinados	Supervisão técnica	Políticas administrativas empresariais	Segurança no cargo	Condições físicas de trabalho	Salário	Vida pessoal
A base psicológica das necessidades de higiene é o evitamento da dor proveniente do ambiente. Existem, neste, variadas fontes de dor. As melhorias higiénicas têm apenas efeitos de curto prazo. As necessidades higiénicas têm, não só, uma natureza cíclica, como um ponto zero de escalada. Não existe uma resposta definitiva para estas necessidades (Marques, 2009).								

Quadro 11 - Fatores higiénicos

Tudo o que foi exposto neste enquadramento teórico será utilizado posteriormente para analisar a informação colhida junto dos participantes deste estudo, de modo a fundamentar e correlacionar a realidade com a literatura.

2. Decisões Metodológicas

Neste capítulo passo a explicitar as resoluções metodológicas selecionadas para a concretização deste trabalho de investigação, identificando e fundamentando a estrutura do conhecimento adotada.

Na produção da investigação e no empreendimento da descoberta, o investigador deve apurar de forma coerente a metodologia a eleger alicerçando as suas decisões (Streubert & Carpenter, 2002).

A metodologia selecionada para este estudo foi a metodologia científica, tendo como alicerce as fases do processo de investigação. Este processo passa por quatro etapas: fase conceptual; fase metodológica, fase empírica e interpretação e difusão dos dados (Fortin, 2009).

O método científico dispõe-se na aquisição de conhecimentos que permitirão encontrar respostas para questões científicas (Fortin, 2009). É detentor de diversas características para esse propósito:

- É sistémico, pois deve aplicar-se da mesma forma a todos os fenómenos com as mesmas características;
- Recorre a métodos claramente definidos;
- É redutor, ignorando aspetos reais distratores;
- É objetivo, por ser controlável e porque diferentes investigadores, utilizando os mesmos procedimentos, chegam aos mesmos resultados;
- É claro, pois os conceitos utilizados são nitidamente definidos;
- Nunca termina, visto que há sempre necessidade de aperfeiçoamento (Fortin, 2009);

2.1 Paradigma e tipo de estudo

Para o meu estudo de investigação, seleccionei o paradigma qualitativo pois como futuro enfermeiro desejo compreender claramente as experiências vividas pelos profissionais, dando-lhes sentido. A investigação qualitativa ocupa-se da descoberta de múltiplos modos de compreensão através da análise do comportamento dos indivíduos que participam ativamente no fenómeno (Streubert & Carpenter, 2002).

Tal como referi precedentemente, a temática em investigação ainda se manifesta pouco difundida sendo este paradigma adequado para a aceção do que se pretende averiguar.

“Quando um tema foi pouco estudado, é necessário descrever as suas características antes de examinar relações de associação ou de causalidade” (Fortin, 2009). Como tal, o estudo irá ser do tipo descritivo exploratório.

Para uma melhor compreensão das particulares do paradigma qualitativo, passo a descrever sucintamente os seus mais primários desígnios, segundo Rossman e Rallis (1998) permitindo a argumentação relativa às ações de execução metodológica:

- A investigação qualitativa desenrola-se no meio natural dos participantes;
- Utiliza múltiplos métodos interativos tais como a participação de todos na colheita de dados;
- Dá lugar a uma interpretação, ou seja, faz a descrição de um indivíduo, de um meio, põe em evidência temas ou categorias na análise dos dados e extrai conclusões;
- Supõe uma visão holística dos fenómenos sociais;
- Baseia-se em princípios ou em estratégias na colheita e na análise dos dados.

2.2 Meio de Estudo

O presente estudo foi realizado na VMER do Hospital de São Francisco Xavier, do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE.

O meio foi escolhido por preferência e disponibilidade do investigador e participantes do estudo. «O investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo e justifica a sua escolha.» (Fortin, 2009).

Deste modo o meio do estudo é considerado o meio Natural.

2.3 População Alvo e Amostra

Quanto às características da população, amostra e processo de amostragem é necessário ter em ponderação que “a investigação qualitativa acredita que os indivíduos participam ativamente nas ações sociais, através das quais conhecem e compreendem o fenómeno” (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim sendo, a população alvo deste estudo foram os enfermeiros a exercer funções na VMER, pois são eles, os principais “atores” do fenómeno que se pretende estudar, podendo transmitir intimamente as suas intervenções quotidianas.

“Na investigação qualitativa é essencial que as experiências sejam relatadas segundo a perspetiva das pessoas que a viveram” (Streubert & Carpenter, 2002).

A população acessível foram então os enfermeiros a exercer funções na VMER do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - Entidade Pública Empresarial (CHLO - EPE), instituição que permitiu a autorização para o desenvolvimento deste estudo de investigação.

A amostra foi constituída por cinco enfermeiros a exercer funções na VMER do CHLO – EPE, tendo em ponderação os números sustentados pelos autores de referência “A amostra pode ter entre dois a dez participantes, pois o seu número é irrelevante, na medida em que o importante é o estudo do fenómeno em profundidade” (Streubert & Carpenter, 2002).

Os critérios de inclusão deste estudo foram:

- Ser enfermeiro a exercer funções na VMER do CHLO – EPE;
- Aceitar participar no estudo;
- Ter experiência de VMER igual ou superior a um ano (garantindo deste modo a riqueza de depoimentos sustentada por um período de experiência profissional mais alargado, visando uma reflexão mais intensa).

Quanto ao processo de amostragem, na presença de uma população homogénea verificando-se pouca variação de um indivíduo para o outro, pode optar-se por uma amostragem do tipo não probabilística visto que se pretendem compreender certas atividades particulares de uma fração da população (Fortin, 2009).

O processo de amostragem foi então definido como não probabilístico e do tipo racional, isto porque “a amostragem por escolha racional permite uma seleção de participantes que possuam as características procuradas” (Fortin, 2009).

De forma a obter um perfil da amostra foram criadas algumas particulares a analisar. A amostra foi então caracterizada de acordo com:

- Género;
- Tempo de experiência profissional;
- Percurso como enfermeiro;
- Experiência profissional na VMER;
- Experiência pré-hospitalar.

Sendo esta uma temática ainda pouco deslindada e descrita, não se torna pertinente a explicitação de uma variável de estudo, sendo antes prioritário neste patamar de investigação, explorar e descrever fenómenos para futuramente se poderem estabelecer vínculos entre conceitos e conferir a sustentabilidade necessária à criação e mensuração de variáveis, isto porque, as variáveis de investigação impõem-se como “qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas” (Fortin, 2009). Neste estudo não se pretendem medir variáveis, mas antes explorar e descrever fenómenos.

2.4 Instrumento de colheita de dados

Quanto ao instrumento de colheita de dados selecionado para este estudo de investigação, foi estabelecido que seria a entrevista semi-dirigida audiogravada, isto porque, nos casos em que se deseja obter mais informações específicas sobre um tema esta apresenta-se como uma opção bastante fidedigna, sendo particularmente utilizada nos estudos qualitativos quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vividos pelos participantes (Fortin, 2009).

Como vantagem deste tipo de instrumento de colheita de dados, o entrevistado pode falar livremente sobre o conteúdo em análise e quando se desvia do objeto original, o entrevistador pode persuadir a retoma ao conteúdo através da estruturação das questões. A entrevista semi-dirigida oferece ainda ao entrevistado a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado. O objetivo é compreender o ponto de vista do entrevistado (Fortin, 2009).

Este tipo de instrumento de colheita de informação exige ao investigador alguns cuidados preparatórios que devem ser substanciados antes da recolha de depoimentos.

Para além das considerações éticas que abordarei posteriormente, o investigador deve efetuar um contacto inicial com os participantes do estudo com o intuito de os preparar, para o momento da colheita de dados. “O investigador deve contactar os participantes antes da entrevista a fim de os preparar para o momento da entrevista e para responder a qualquer pergunta preliminar” (Streubert & Carpenter, 2002). Para a satisfação deste preceito, foi realizada uma carta explicativa que informou os enfermeiros da temática e tipo de estudo a desenvolver podendo estes, ir refletindo sobre o conteúdo.

Outra conjuntura necessária para a recolha de depoimentos, é a preparação de questões para a entrevista. “A questão é o elemento base da entrevista” (Fortin, 2009). Para o desenvolvimento de uma entrevista semi-dirigida o padrão de questões, que se apresenta mais eficaz em estudos de paradigma qualitativo, são as questões abertas. “As questões abertas têm a vantagem de favorecer a livre expressão do pensamento e de permitir um exame aprofundado da resposta do participante” (Fortin, 2009). Tendo em apreciação o cariz de estudo a desenvolver, foram então organizadas um conjunto de questões que serviram como base para a entrevista, e que se encontram ilustradas em apêndice.

Quanto ao pré-teste, que consiste na aplicação do instrumento de recolha de dados de modo a permitir descobrir possíveis defeitos do mesmo e, deste modo, poder corrigi-los. Pode então verificar-se a eficácia e o valor do instrumento junto de uma amostra reduzida da população-alvo (Fortin, 2009). Neste caso específico, foi realizado o pré-teste junto de um enfermeiro da população-alvo, dias antes da recolha dos dados da amostra do estudo.

Foi possível verificar que as questões foram bem interpretadas, não deixando qualquer espaço para dúvidas e, por isso mesmo, o instrumento foi validado por um perito da área da investigação, sem ser necessário recorrer a quaisquer alterações.

2.5 Considerações éticas

Dissecando agora as considerações éticas contingentes a este trabalho de investigação, passo a declarar os preceitos que concederam a sustentabilidade bioética deste estudo.

Na aplicação de métodos de investigação qualitativa, é preciso ter especial atenção a certos aspetos éticos particularmente no que concerne à confidencialidade e à vida privada. “Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009).

Para a subsistência destes mesmos aspetos, regi-me pelos princípios estabelecidos no ano de mil novecentos e setenta e oito no relatório de Belmont e que, tem pautado a investigação científica e a proteção da pessoa humana, iluminando a perspetiva bioética da pesquisa médica e comportamental. Tendo em contemplação que “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (Fortin, 2009) foram celebrados os intentos a respeitar.

Os desígnios éticos reverenciados foram:

- Princípio de beneficência
- Respeito à dignidade humana
- Princípio de justiça

Relativamente ao princípio de beneficência nas suas reunidas dimensões, este trabalho consuma um dos mais virtuosos princípios hipocráticos, “acima de tudo não causar dano” tendo necessariamente em contemplação: a isenção de dano; a isenção de exploração e a relação risco/benefício. Em conformidade com a isenção de dano, este trabalho de investigação não expôs os participantes do estudo a experiências que resultassem em dano grave ou permanente e imputou-se a evitar experiências que pudessem resultar em dano físico ou psicológico. Os sujeitos do estudo não foram colocados em desvantagem e foi-lhes transmitida a garantia, que a sua participação não seria utilizada contra os mesmos, segundo a dimensão, de isenção de exploração.

Quanto à análise da relação de riscos e benefícios, estes foram cautelosamente ponderados, sendo que os riscos ratificados não excederão os potenciais benefícios.

Refletindo agora sobre as fundações do princípio do respeito à dignidade humana este artifício de investigação, teve e de forma idêntica, em apreciação o:

- Direito à autodeterminação, onde os sujeitos tiveram o direito de decidir voluntariamente, se queriam ou não participar no estudo, sem o risco de se sujeitarem a penalidades ou tratamentos que pudessem prejudicá-los. Incluindo a ausência de coerção.
- E o direito de revelação completa, onde os sujeitos do estudo conheceram antecipadamente, a natureza do estudo em toda a sua extensão, tendo havido disponibilidade para os esclarecimentos de irresoluções no decorrer de todo o processo. No final da investigação os sujeitos tomaram conhecimento dos resultados obtidos com este estudo (Fortin, 2009).

Retratando agora o princípio da justiça, este trabalho de investigação propôs-se a acolher os sujeitos em estudo antes, durante e após a sua participação, com a aplicação de um tratamento justo e imparcial, além do seu direito à privacidade. O direito a tratamento justo supracitado contende que neste trabalho se tenha verificado: um procedimento de seleção equitativo e isento; o acolhimento dos sujeitos excetuando de preconceitos; o respeito e dignificação dos compromissos estabelecidos; o acesso a esclarecimentos, questões e informações disponível e permanente; o acesso a auxílio profissional; e um tratamento respeitoso e cortês ininterruptamente.

Resta-me concluir este concílio de considerações éticas, referindo que todos estes desígnios se encontram disponíveis no consentimento informado preparado, para este trabalho de investigação tendo em cuidado que “no momento da primeira entrevista, o investigador deve obter o consentimento informado e autorização para gravar a entrevista” (Streubert & Carpenter, 2002).

O consentimento informado permitiu obter o conhecimento que o participante recebeu a informação necessária, que entendeu adequadamente a informação recebida e após a sua consideração, sem ser submetido a coerção, influência, incentivo ou intimidação, se determinou a participar no estudo.

O documento criado encontra-se disponível em apêndice.

2.6 Método de análise de conteúdo

A análise do conteúdo deste estudo foi realizada segundo o método psicossociológico desenvolvido por Laurence Bardin nos anos setenta e que tem patenteado a sua eficácia na extração de estruturas descritivas tornando-as traduzíveis.

O objetivo deste método é permitir a validação da análise tendo por base as subseqüentes regras:

1. Pretende-se a homogeneidade;
2. Exige-se objetividade;
3. Impõe-se exclusividade;
4. Patenteia-se adequação e pertinência;
5. Impõe-se a exaustividade;

Este método permitiu tornar acessíveis e manejáveis os dados descritivos recolhidos, pelo que é necessário transforma-los em representações condensadas e explicativas.

Para elucidar a configuração de como foram instituídos os regimentos de análise passo a realçar os propósitos que definem este método e que permitiram a investigação dos dados recolhidos. Antes de mais contemplou-se uma leitura fluente dos dados descritivos a submeter a análise e após a colheita de depoimentos foi feita a transcrição dos testemunhos e a sua leitura aprofundada. (Bardin, 2008) Substanciado o processo de leitura pode então avançar-se para os trechos de análise, sendo que estes podem ser sucintamente narrados em cinco passos, que passo a descrever:

1º Identificação das unidades de significação, que constituíram as frases determinadamente valorizadas;

2º Associação das unidades de significação que apresentaram o mesmo sentido;

3º Seleção, para unidade de registo, das frases que transmitiram o sentido das unidades aglutinadas com maior clareza;

4º O nº das unidades aglutinadas corresponde às unidades de enumeração;

5º Por fim, e esgotadas as unidades de registo, procede-se à sua arrumação por unidades de contexto, que permitiram a organização de toda a informação. (Bardin, 2008)

3. Resultados

A investigação culmina com a redação de resultados. Só quando se passam a escrito os resultados da pesquisa de um modo acessível aos outros é que tudo fica perfeitamente claro (Moreira, 2007).

3.1 Caracterização da amostra

Foram entrevistados cinco enfermeiros do centro hospitalar de Lisboa ocidental – Hospital São Francisco Xavier e que exercem funções na viatura médica de emergência e reanimação.

Pode caracterizar-se a amostra de acordo com: o género; os anos de experiência profissional como enfermeiro; o percurso como enfermeiro; os anos de experiência como enfermeiro na VMER; e ainda a experiência pré-hospitalar anterior.

Género

Relativamente ao género: duas das entrevistadas eram mulheres e os restantes três profissionais homens.

Anos de experiência profissional como enfermeiro

Quanto aos anos de experiência como enfermeiros, constatou-se que todos os enfermeiros tinham prática profissional superior a treze anos. Com uma média de quinze anos de experiência, no total dos participantes neste estudo.

Percurso como enfermeiro

Comparativamente ao percurso como enfermeiro verificou-se que os participantes no estudo possuem experiências profissionais anteriores em superfícies diversificadas: cuidados de saúde primários; serviços de medicina; serviços de cardiologia e pneumologia; unidades de cuidados intensivos cirúrgicos; e ainda experiência em serviços de urgência e no instituto nacional de emergência médica.

Anos de experiência como enfermeiro na VMER

Analisando os anos de experiência na viatura médica de emergência e reanimação verificamos que todos tinham exercício superior a dois anos. Com uma média de seis anos de prática em VMER, no total dos participantes em estudo.

Experiência pré-hospitalar anterior

Já relativamente à experiência pré-hospitalar anterior, verificou-se que três não tinham desenvolvido qualquer contacto anterior à VMER, enquanto dois tinham executado funções de tripulante de ambulância.

3.1 Análise e discussão de resultados

Efetivada a caracterização da amostra passo a expor a análise e tratamento dos dados, segundo *Bardin*.

Como referido, a análise de conteúdo é um método que permite tornar acessível e flexível o conjunto de dados descritivos retirados, pelo que é necessário transformá-los em representações condensadas e explicativas. A análise de conteúdo segundo Bardin é caracterizada como sendo homogénea, objetiva, exclusiva, adequada, pertinente e exaustiva. Estas características conferem rigor à análise e tratamento dos dados, tendo sido essa a razão de escolha deste método (Bardin, 2008). Pode dizer-se que a análise de conteúdo é um método que permitirá, entre outros aspetos, medir a clareza das mensagens transmitidas pelos participantes do estudo (Martins, 2000).

Após transcrição das entrevistas e várias leituras amplas procedi então à enumeração das unidades de significação por número de entrevista e ordem numérica. Ao longo das cinco entrevistas, auferi um total de seis categorias, com vinte e sete unidades de contexto e um total de duzentas e catorze unidades de registo.

Abaixo apresento a totalidade das unidades de contexto e categorias emergidas:

Categorias	Unidades de Contexto
Intervenções do enfermeiro na VMER	Condução e manutenção da VMER
	Intervenção técnica
	Comunicação e intervenção relacional
	Intervenção em equipa Enfermeiro – Médico
	Intervenções da essência de enfermagem
Perceção dos enfermeiros sobre as suas intervenções	Satisfação profissional
	Vantagem de ter um enfermeiro na VMER
Dificuldades de intervenção na VMER	Segurança
	Tempo de intervenção
	Ambiente
	Situações especiais, emocionais e traumáticas
	Imprevisibilidade das situações
	Limitações Pessoais
	Nenhumas
Estratégias para transposição de dificuldades	Formação
	Experiência profissional
	Estratégias pessoais
	Partilha experiências
	Preparação antes das ocorrências
Diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar	Autonomia
	Espaço físico – ambiente
	Situações clínicas
	Diferenças técnicas
	Similaridade nas intervenções
Melhoria nas intervenções de enfermagem na VMER	Continuidade de cuidados
	Investimento em ambulâncias SIV
	Sem necessidade de mudança

Quadro 12 - Unidades de Registo e Contexto

Serão agora analisadas individualmente cada uma das categorias que emergiram das unidades de contexto e estas, das unidades de registo.

3.2.1 Categoria: Intervenções do enfermeiro na VMER

A categoria intervenções do enfermeiro na VMER, emergiram cinco unidades de contexto, sendo estas: a condução e manutenção da VMER; as intervenções técnicas; a comunicação e intervenção relacional; a intervenção em equipa | enfermeiro – médico; e as intervenções da essência da enfermagem.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e de registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Condução e manutenção da VMER	<p>“...condutor, na qual foi preciso fazer um curso de técnicas de marcha de emergência» E4.1; E2.1; E5.1;</p> <p>“...quer as atividades mesmo adstritas à enfermagem, quer a condução” E3.1; E4.3</p> <p>“...todas as manhãs a revisão de tudo o que é material, nas quantidades e conservação e manutenção dos mesmos” E3.2; E3.3; E5.3</p>
Intervenções técnicas	<p>“...a minha intervenção dentro da enfermagem no pré-hospitalar é muito virada para a competência técnica e para a competência de diagnóstico” E1.5; E1.1; E1.6; E3.4</p> <p>“...competência técnica e muita competência de destreza e de realização” E1.10; E1.9</p> <p>“...são todas intervenções como trabalhamos no serviço de urgência, na base de uma prescrição” E2.5; E2.3</p> <p>“...eu posso picar, entubar, desfibrilhar mas sabemos que na base existe uma prescrição, que é feita oralmente ou por um olhar mas essa prescrição tem que existir” E2.8</p> <p>“...técnicas depois inerentes ao enfermeiro, que são nada mais, nada menos do que as que fazemos aqui no hospital, no sector da reanimação» E4.2</p>
Comunicação e intervenção relacional	<p>“...somos quem eles estão à espera, portanto não só da técnica, mas a nossa presença a nossa postura” E1.3</p> <p>“...intervenção relacional” E1.4; E1.12</p> <p>“...poder dizer fique tranquilo, nós estamos cá para ajudar” E1.11</p> <p>“A comunicação é muito nossa” E2.10</p> <p>“...apoio à vítima, utente e família” E5.2</p> <p>“A maioria das pessoas pensa que só fazemos a técnica e somos meros executantes como se fossemos robotizados e não somos” E1.22; E1.2</p>
Intervenção em Equipa Enfermeiro – Médico	<p>“...priorizar aquilo que tens para fazer, funcionas em equipa” E1.7</p> <p>“...nem precisa de haver diálogo entre a equipa. Eu olho, avalio, faço o meu diagnóstico em termos de prioridade, priorizo a minha atuação” E1.8; E2.6; E3.5; E3.6; E3.35</p> <p>“Outra mais valia no pré-hospitalar é a capacidade de trabalho em equipa” E1.53; E2.2</p> <p>“...o diálogo ente médico e enfermeiro, neste contexto tão pequeno, tão</p>

	<p>reduzido é muito bom” E1.54</p> <p>“O enfermeiro faz muito mais coisas do que cumprir ordens médicas” E1.56</p> <p>“...nós sabemos para aquilo que vamos e sabemos o que esperar um do outro” E3.8; E4.6; E4.10</p> <p>“Somos responsáveis por nós, mas temos um médico ao lado, temos a vítima que nós temos que chegar, os condutores” E3.27</p> <p>“...o espírito de equipa é muito importante: médico-enfermeiro” E3.34; E3.56; E1.48; E3.7</p> <p>“Sinceramente não vejo assim grandes dificuldades ou barreiras, os médicos sabem a nossa função nós sabemos a deles” E3.55</p> <p>“Enquanto o médico está a fazer uma coisa, nós estamos a fazer outra e aí ganhamos muito tempo” E4.7</p> <p>“Quando estamos na VMER somos nós, o médico e os bombeiros” E4.35</p> <p>“...uma equipa de dois e que deve ser suficiente para aquilo que se tem de fazer” E5.14</p>
<p>Intervenções da essência de enfermagem</p>	<p>“Depois há outras diretamente relacionadas connosco, por exemplo a morte, os cuidados pós-morte que são cuidados específicos” E2.4</p>

Quadro 13 – Intervenções do enfermeiro na VMER: unidades de contexto

Dissecando os dados recolhidos podemos verificar que as intervenções referenciadas pelos entrevistados são diversas e complexas.

Relativamente à unidade de contexto condução e manutenção da VMER, conferimos que o enfermeiro para além de conduzir este veículo de emergência “...condutor, na qual foi preciso fazer um curso de técnicas de marcha de emergência» **E4.1; E2.1; E5.1** é responsável pela verificação e gestão de material e carga, disponíveis para as intervenções. “...todas as manhãs a revisão de tudo o que é material, nas quantidades e conservação e manutenção dos mesmos” **E3.2; E3.3; E5.3**. Estas intervenções estão de acordo com o conteúdo funcional descrito e exigido pelas unidades hospitalares e INEM.

Quanto à unidade de contexto das intervenções técnicas, verificamos que os enfermeiros entrevistados executam gestos altamente diferenciados e específicos, sendo substancialmente ações de destreza e capacidade diagnóstica. “...competência técnica e muita competência de destreza e de realização” **E1.10; E1.9**

“...a minha intervenção dentro da enfermagem no pré-hospitalar é muito virada para a competência técnica e para a competência de diagnóstico” **E1.5; E1.1; E1.6; E3.4**

De facto estudos anteriores sustentam estas capacidades e proficiências. Para Howard e Steinman (2010): “O âmbito da prática de enfermagem de urgência envolve avaliação inicial, diagnóstico, tratamento e avaliação final. A resolução dos problemas pode implicar cuidados mínimos ou medidas de suporte avançado de vida, ensino ao doente e/ou família, referência adequada, bem como conhecimento das implicações legais.”

Neste semblante é então exigido aos enfermeiros uma resposta rápida, circunspecta e organizada de forma célere e eficiente. Para Pontes (2008), aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.

Examinando os aspetos da unidade de contexto comunicação e intervenção relacional, conferimos que para além dos gestos técnicos, os enfermeiros investem e atribuem um peso significativo aos gestos e ações comunicacionais. “...somos quem eles estão à espera, portanto não só da técnica, mas a nossa presença a nossa postura” **E1.3** “A maioria das pessoas pensa que só fazemos a técnica e somos meros executantes como se fossemos robotizados e não somos” **E1.22; E1.2** “...poder dizer fique tranquilo, nós estamos cá para ajudar” **E1.11** É consensual que neste serviço existe necessidade de atuar rapidamente em situações de risco imediato, muitas vezes inesperado com técnicas específicas, e que estes são fatores que limitam e influenciam o sucesso da relação de ajuda aos utentes e familiares ou pessoas significativas (Ribeiro, 2008). Segundo a OE em 2007, o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas de comunicação e relação.

Constata-se portanto que embora com limitações e dificuldades os enfermeiros da VMER intervêm e criam tempo e espaço para os cuidados relacionais e comunicacionais essenciais para o sucesso das intervenções.

Sheehy, em 2010 diz que “Em nenhuma outra área se espera do enfermeiro tantos conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, inovações tecnológicas mais recentes de equipamento, monitorização, tratamento e simultaneamente um papel de defensor do doente e família”

Comentando agora a unidade de contexto intervenção em equipa: enfermeiro-médico, certifica-se que este binómio indissociável na VMER é funcionante e eficiente, desenvolvendo intervenções de forma conjunta e não individualizada. “...o espírito de equipa é muito importante: médico-enfermeiro” **E3.34; E3.56; E1.48; E3.7** “Outra mais valia no pré-hospitalar é a capacidade de trabalho em equipa” **E1.53; E2**. Estudos apontam que a ótima comunicação entre médicos e enfermeiros em urgência contribuem para a redução dos erros de diagnóstico (Cuculino & Tibbles, 2011). Os autores ainda afirmam que muitas vezes os médicos tomam decisões importantes devido à influência de enfermeiros, mas numa plataforma informal. Segundo Vieira, Oliveira e Ressureição, 2005 “Não raras vezes, o binómio enfermeiro-médico sofre uma cisão, como por exemplo em cenários multi-vítimas. Neste contexto, é passível que o enfermeiro tenha que intervir sozinho para suprimir necessidades que, não satisfeitas, colocam a vida da vítima em risco”

Segundo Muchinsky (2004), citado por Pontes (2008), o trabalho de equipa requer que os membros interajam (troca de informações), partilhando recursos, coordenando-se e “discutindo” um com outro na realização da tarefa do grupo. Além disso sempre existe um certo grau de interdependência entre os membros de uma equipa. “...nem precisa de haver diálogo entre a equipa. Eu olho, avalio, faço o meu diagnóstico em termos de prioridade, priorizo a minha atuação” **E1.8; E2.6; E3.5; E3.6; E3.35**.

Em último lugar, esta categoria emergiu também da unidade de contexto intervenções da essência da enfermagem, onde atestamos que para além de todas as ações já desenvolvidas, os enfermeiros da VMER prestam ainda os cuidados básicos de enfermagem, que caracterizam a profissão como humana e compassível, como os cuidados pós-morte “Depois há outras diretamente relacionadas connosco, por exemplo a morte, os cuidados pós-morte que são cuidados específicos” **E2.4** Os enfermeiros de urgência prestam cuidados a todas as populações de todas as idades “do berço ao túmulo” (Sheehy, 2010),

3.2.2 Categoria: Perceção dos enfermeiros sobre as suas intervenções

A categoria perceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções, adveio das duas unidades de contexto, sendo estas: a satisfação profissional; e a vantagem de ter um enfermeiro na VMER.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Satisfação Profissional	<p>“Nós somos uma parte muito importante do pré-hospitalar e acho que conseguimos trazer contributos para a emergência pré-hospitalar” E1.14</p> <p>“...eu própria gostar de fazer pré-hospitalar” E1.18</p> <p>“O nosso plano de atuação é muito grande é muito vasto e ajuda-nos a desenvolver todas as nossas competências” E1.21; E1.23</p> <p>“...é fantástico fazer pré-hospitalar, é fantástico” E1.36; E1.55</p> <p>“É muito gratificante fazer pré-hospitalar e é muito gratificante ser enfermeiro” E1.44; E1.38</p> <p>“Eu continuo a acordar todos os dias de manhã com vontade de vir trabalhar, sinto-me motivada para vir trabalhar” E1.45</p> <p>“Nós aqui realmente por aquilo que fazemos, atuamos na altura certa, não deixamos para mais logo, atuamos logo e normalmente nós vemos logo uma evolução” E3.17</p> <p>“...é bom, por sentimos que fazemos realmente alguma diferença” E3.18</p> <p>“Quando conseguimos salvar compensa isto tudo” E3.42</p>
Vantagem de ter um enfermeiro na VMER	<p>“Imprescindibilidade do enfermeiro no pré-hospitalar e na VMER, eu acho que nós não somos imprescindíveis” E1.13</p> <p>“Quando realizo uma técnica...realizo-a com conhecimento, se estou a administrar um fármaco, apesar de não ser eu a prescrevê-lo, sei o que é que vai acontecer” E1.15; E4.9</p> <p>“...eu não acho que o meu trabalho possa ser substituído, enquanto enfermeira e enquanto técnica” E1.16; E4.4; E4.8</p> <p>“...eu acho que é a mais valia de ter um enfermeiro no pré-hospitalar” E1.17; E1.19; E4.11</p> <p>“Pelos nossos conhecimentos, pela nossa experiência” E1.20; E3.10</p> <p>“...O enfermeiro consegue marcar a diferença pela postura, pelo saber estar, consegue fazer a diferença” E1.37; E1.57; E3.9</p> <p>“...nós não temos desculpa para não ser excelentes naquilo que fazemos” E3.54</p>

Quadro 14 - Perceção dos enfermeiros sobre as suas intervenções: unidades de contexto

Esmiuçando esta categoria, reconhecemos que na unidade de contexto satisfação profissional, os enfermeiros que participaram no estudo sentem um bom nível de satisfação profissional, na medida em que sentem reconhecimento profissional, realização pessoal e motivação no dia-a-dia. “É muito gratificante fazer pré-hospitalar e é muito gratificante ser enfermeiro” **E1.44; E1.38** “Eu continuo a acordar todos os dias de manhã com vontade de vir trabalhar, sinto-me motivada para vir trabalhar” **E1.45**

Estes aspetos vão de encontro às teorias suportadas por Martins e Santos (2006) na sua escala de satisfação no trabalho e Herzberg (1959), citado por Marques (2009).

Encontramos portanto fatores motivacionais que contribuem para um nível de satisfação elevado: quer na realização pessoal “Quando conseguimos salvar compensa isto tudo” **E3.42**; quer no reconhecimento “...é bom, por sentimos que fazemos realmente alguma diferença” **E3.18** ou mesmo no crescimento “O nosso plano de atuação é muito grande é muito vasto e ajudamos a desenvolver todas as nossas competências” **E1.21**; **E1.23**

Segundo Amaro e Jesus (2008) “É frequente ouvirmos os profissionais de saúde e os de enfermagem em particular referirem que se encontram insatisfeitos, quer pelo tipo de cuidados que prestam, quer pelos recursos materiais e humanos de que dispõem, quer pelas relações que estabelecem com os utentes ou com os restantes membros da equipa multidisciplinar.” No caso deste estudo de investigação não se verificou insatisfação profissional, pelo contrário os enfermeiros encontram-se altamente motivados e satisfeitos com as suas intervenções “...é fantástico fazer pré-hospitalar, é fantástico” **E1.36**; **E1.55**

Quanto à unidade de contexto, vantagem de ter um enfermeiro na VMER conferimos que os participantes reconhecem o seu trabalho e a sua intervenção como importante, muito relevante e até decisiva em contexto de emergência. “...O enfermeiro consegue marcar a diferença pela postura, pelo saber estar, consegue fazer a diferença” **E1.37**; **E1.57**; **E3.9**

Segundo a OE “Só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar” “Quando realizo uma técnica...realizo-a com conhecimento, se estou a administrar um fármaco, apesar de não ser eu a prescrevê-lo, sei o que é que vai acontecer” **E1.15**; **E4.9** “...eu não acho que o meu trabalho possa ser substituído, enquanto enfermeira e enquanto técnica” **E1.16**; **E4.4**; **E4.8**

Segundo estudos já apresentados (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006), alcançamos a confirmação e a importância e evidência do papel dos enfermeiros na VMER e no pré-hospitalar: “*Nurses spend more time with patients than other health care team members, and often have an instinctive and experiential ability to sense a patient’s deterioration.*” “...eu acho que é a mais valia de ter um enfermeiro no pré-hospitalar” **E1.17**; **E1.19**; **E4.11** “Pelos nossos conhecimentos, pela nossa experiência” **E1.20**; **E3.10**

É inequívoca a pertinência e importância de um enfermeiro nas equipas de emergência. *“Nursing brings a unique perspective to the emergency medical emergency: Experience, instinct, determination, and a spirit of collaboration”* (De Vita, Hillman, & Bellomo, 2006).

3.2.3 Categoria: Dificuldades de intervenção na VMER

Na categoria dificuldades de intervenção na VMER, sobrevieram sete unidades de contexto, sendo estas: a segurança; o tempo de intervenção; o ambiente; as situações especiais, emocionais e traumáticas; imprevisibilidade das situações; as limitações pessoais; e nenhuma dificuldades.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Segurança	<p>“...não estás seguro, não te sentes seguro” E1.28; E2.12; E2.13; E2.16</p> <p>“A proteção” E2.11</p> <p>“...acidente na marginal, uma das primeiras coisas que perguntamos é se já está autoridade no local” E2.18</p> <p>“...segurança da decisão da autonomia e da execução” E5.10; E2.27; E5.9</p>
Tempo de intervenção	<p>“Olha, as minhas principais dificuldades muitas das vezes prendem-se com o tempo” E1.25</p> <p>“O tempo que eu demoro a executar uma técnica porque não consigo” E1.26</p>
Ambiente	<p>“...dificuldade de acesso ao doente porque às vezes é difícil, é difícil o espaço, o local” E1.27; E4.15</p> <p>“...tu atuas em ambientes às vezes muito complicados” E3.12</p> <p>“...atuar nesses ambientes e o que nós fazemos, é sabermos reconhecer quais é que são os problemas” E3.13</p> <p>“...a minha principal dificuldade, se pode ser dificuldade e que acaba por não ser dificuldade é que nós trabalhamos em casa das pessoas, trabalhamos na rua, trabalhamos debaixo de uma viatura, trabalhamos no meio de uma ribeira” E4.13</p> <p>“...um espaço à chuva ao frio ao calor, em espaços confinados, numa cozinha numa dispensa, numa garagem sem luz” E4.16</p> <p>“...não é qualquer enfermeiro que esteja disposto a estar ao sol uma hora ou duas horas a tentar desencarcerar uma vítima” E4.27</p> <p>“...enfermeiros que não tenham medo de se ajoelhar, que não tenham medo de rastejar” E4.29</p> <p>“...num local onde temos que pendurar um soro e não temos o suporte, temos que improvisar” E4.36; E4.30</p>

	<p>“...é diferente trabalhar fora de quatro paredes ou trabalhar no conforto de um hospital” E5.7; E4.32</p> <p>“Tu lá fora tas por tua conta e risco mas tens um grupo de gente com que podes contar” E1.24; E5.8</p>
Situações especiais emocionais e traumáticas	<p>“...faz-me muita confusão... incomoda-me” E1.30</p> <p>“...tudo o que seja mutilações graves: amputações traumáticas graves, mortes com um violência muito marcada em que o corpo está muito ferido... Mexe muito comigo” E1.31; E1.29; E1.32</p> <p>“Crianças tenho muita dificuldade” E1.33</p> <p>“a situação mais traumática que eu tenho foi o óbito de uma criança” E1.34; E3.23; E3.37; E3.38</p> <p>“...são coisas que mexem, sobretudo nas pessoas que no seu ciclo de vida também têm um bebezinho, ou têm crianças pequenas” E3.39</p> <p>“As minhas maiores dificuldades, acho eu, têm a ver com as chamadas situações especiais, as situações de exceção” E3.22</p> <p>“Portanto a mim é mais essa componente emocional” E3.24</p>
Imprevisibilidade das situações	<p>“...nunca sabemos o que vai acontecer naquele turno” E4.26</p> <p>“Na VMER nós sabemos qual foi a triagem, mas no local é completamente diferente” E4.33</p>
Limitações Pessoais	<p>“...há um stress que pode ser uma dificuldade - condução é um stress” E3.25; E3.26; E3.28</p> <p>“Há técnicas que são menos utilizadas e que podem provocar alguma dificuldade na parte prática” E3.29</p> <p>“Inicialmente foi conhecer a área de influência da VMER, conhecer os bairros, as zonas, as ruas, os nomes” E4.12</p> <p>“Outra dificuldade que temos é termos que estar sempre com a matéria em dia” E4.17</p>
Nenhumas	<p>“...em termos do resto, realização de técnicas, acho que não tenho qualquer constrangimento ou dificuldade” E1.35</p> <p>“De resto não tenho outras, não há nenhuma intervenção, não há nada que me lembre” E2.14; E5.6</p>

Quadro 15 - Dificuldades de intervenção na VMER: unidades de contexto

É fundamental termos a consciência que a especificidade da intervenção em emergência e com situações específicas, transforma a prática num ambiente de *stress*, de medos e vulnerabilidade (Ribeiro, 2008).

Compartilhando agora as unidades de contexto relativas a esta categoria, começamos por identificar: a segurança. Constatamos que esta é uma dificuldade comum entre os participantes e que tem implicações nas suas intervenções. “...não estás seguro, não te sentes seguro” **E1.28; E2.12; E2.13; E2.16**

Sabemos que a resposta nas situações de emergência deve ser rápida, muitas vezes em ambientes complicados e desprotegidos, na rua, à chuva, no meio de um autoestrada ou num bairro problemático. Assim a segurança e proteção são apontadas como dificuldade “A proteção” **E2.11**

A intervenção em VMER envolve a execução de gestos técnicos em condições de trabalho difíceis e exige um domínio operacional perfeito das intervenções pela equipa (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005). No entanto os enfermeiros procuram salvaguardar-se dando sempre uma resposta eficiente e sobretudo em segurança, a sua, a do médico e a do cliente a necessitar de cuidados. “...acidente na marginal, uma das primeiras coisas que perguntamos é se já está autoridade no local” **E2.18**

Debruçando-me agora sobre a unidade de contexto limitações temporais, esta surge como dificuldade porque efetivamente os enfermeiros estão pressionados para intervir de forma muito rápida e com uma janela de tempo muito apertada. “Olha, as minhas principais dificuldades muitas das vezes prendem-se com o tempo” **E1.25** Segundo autores de referência é consensual que neste serviço existe a necessidade de atuar rapidamente nas situações de risco imediato, muitas vezes inesperado com técnicas específicas e são fatores que limitam e influenciam o sucesso (Ribeiro, 2008).

Relativamente à unidade de contexto ambiente, conferimos que é também uma dificuldade, inerente à intervenção dos enfermeiros na VMER e muito ligada às questões de segurança. “Tu lá fora tas por tua conta e risco mas tens um grupo de gente com que podes contar” **E1.24; E5.8** De acordo com teorias já mencionada suportadas por Martins e Santos (2006) na sua escala de satisfação no trabalho e Herzberg (1959), citado por Marques (2009). Podemos perceber que as necessidades de higiene, nesta caso as condições de trabalho e ambiente envolvente podem surgir como dificuldade. “...tu atuas em ambientes às vezes muito complicados” **E3.12** “...um espaço à chuva ao frio ao calor, em espaços confinados, numa cozinha numa dispensa, numa garagem sem luz” **E4.16**

No entanto é perceptível que os enfermeiros optam por uma perspetiva de segurança e proteção e «... seguem uma dinâmica de evitamento da dor a qual conduz ao alívio a curto prazo da insatisfação e da infelicidade.» (Marques, 2009).

Outra das unidades de contexto presentes, são: as situações especiais emocionais e traumáticas. “As minhas maiores dificuldades, acho eu, tem a ver com as chamadas situações especiais, as situações de exceção” **E3.22**

Estas situações especiais e de exceção são todas as situações que impliquem cenários multi-vítimas, morte de crianças ou qualquer outra situação traumática que envolva sofrimento ou morte. São geralmente situações violentas e com uma carga emocional sobre os profissionais muito negativa. “...tudo o que seja mutilações graves: amputações traumáticas graves, mortes com um violência muito marcada em que o corpo está muito ferido... Mexe muito comigo” **E1.31; E1.29; E1.32** “a situação mais traumática que eu tenho foi o óbito de uma criança” **E1.34; E3.23; E3.37; E3.38**

Como já referido o contexto de intervenção em VMER implica agir e resolver todo o tipo de cenários, incluindo estes. Muitos enfermeiros utilizam estratégias de inteligência emocional e satisfação profissional para darem respostas às suas dificuldades e problemas. Analisaremos mais atentamente estes aspetos seguidamente na categoria das estratégias para interposição de dificuldades.

Outra das dificuldades apresentadas surge na unidade de contexto imprevisibilidade das situações. “...nunca sabemos o que vai acontecer naquele turno” **E4.26**

Este é outro dos aspetos intrínsecos à prática pré-hospitalar, porque a qualquer dia, a qualquer hora, é provável que algo de improvável possa vir a acontecer (Aristóteles).

As limitações pessoais, surgem igualmente como unidade de contexto e dificuldade para alguns dos entrevistados. São, como o título indica, pequenas dificuldades individuais e pessoais aqui mencionas para o aprofundamento do estudo e pela riqueza dos depoimentos. “...há um stress que pode ser uma dificuldade - condução é um stress” **E3.25; E3.26; E3.28** “Há técnicas que são menos utilizadas e que podem provocar alguma dificuldade na parte prática” **E3.29** “Inicialmente foi conhecer a área de influência da VMER, conhecer os bairros, as zonas, as ruas, os nomes” **E4.12**

Finalmente, apresento a última unidade de contexto desta categoria: os enfermeiros que não referem nenhuma dificuldades. “...em termos do resto, realização de técnicas, acho que não tenho qualquer constrangimento ou dificuldade” **E1.35** “De resto não tenho outras, não há nenhuma intervenção, não há nada que me lembre” **E2.14; E5.6** Esta última unidade de contexto, sem dificuldades, é reflexo de muitas das estratégias utilizadas pelos enfermeiros e que explorarei seguidamente. Como se pode constatar pela caracterização da amostra, os enfermeiros inquiridos têm bastante experiência profissional o que tem influência na sua prática e intervenções.

3.2.4 Categoria: Estratégias para interposição de dificuldades

A categoria estratégias para interposição de dificuldades, surgiu das cinco unidades de contexto, sendo estas: formação; a experiência profissional; as estratégias pessoais; a partilha de experiências; e a preparação antes das ocorrências.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Formação	<p>“Temos um programa de formação interno, muito enriquecido, com várias experiências” E1.59; E3.23; E3.31; E3.32; E5.11</p> <p>“...vantagem de termos atualização” E3.33</p> <p>“De três em três meses de quatro em quatro obriga-me a ir ao manual olhar ou uma situação em que não me senti tão à vontade” E4.18; E4.19; E4.20; E4.25</p> <p>“...procura de melhoria no desempenho” E5.12</p>
Experiência Profissional	<p>“...tem a ver com a nossa prática, tempo de experiência, pela prática” E1.52; E2.15; E3.30; E4.21</p> <p>“Não temos nenhum enfermeiro com um mínimo de seis anos a fazer rua” E2.22</p>
Estratégias Pessoais	<p>“...ver como foi a minha postura, avaliar, ver como me portei, ver como é que estava e ver de que forma e se me incomodou ou não” E1.41</p> <p>“...depois há os próprios processos de <i>coping</i> pessoal, de adaptação para lidar com certas situações mais traumáticas” E3.36; E1.42</p> <p>“São aquelas coisas que, por mais que a gente não queira, temos que nos distanciar de alguma forma” E3.40</p> <p>“...acabamos por criar mecanismos de defesa, precisamos de olhar de outra maneira e vamos ultrapassando as dificuldades ou as diferenças com a experiência” E4.22; E1.40; E1.39</p> <p>“Não podemos stressar também com qualquer coisa” E4.31</p>
Partilha de experiências	<p>“...tiram-se dúvidas uns com os outros” E2.24</p> <p>“...falando com os colegas, também já me aconteceu isto, também faz impressão não é só a ti” E3.41</p>
Preparação antes das ocorrências	<p>“...preparação antes de irmos para a situação” E2.17</p> <p>“Só entramos quando há segurança” E2.19</p> <p>“...pés bem assentes na terra” E2.21</p> <p>“...carga da VMER, decorar o que a carga tem” E4.23; E4.24</p>

Quadro 16 - Estratégias para interposição de dificuldades: unidades de contexto

Esta categoria e as unidades de contexto alcançadas, dão resposta às dificuldades apresentadas na categoria anterior, sendo aqui apresentadas muitas estratégias que dão resposta aos problemas e irresoluções destes enfermeiros.

Na unidade de contexto formação, podemos comprovar a importância que a atualização de conhecimentos e técnicas tem para estes profissionais de saúde, sendo mais uma das estratégias de suplantação de dificuldades, inerente a toda a equipa de enfermagem desta VMER. “Temos um programa de formação interno, muito enriquecido, com várias experiências” **E1.59; E3.23; E3.31; E3.32; E5.11** “...vantagem de termos atualização” **E3.33** “De três em três meses de quatro em quatro obriga-me a ir ao manual olhar ou uma situação em que não me senti tão à vontade” **E4.18; E4.19; E4.20; E4.25** “...procura de melhoria no desempenho” **E5.12**

Tal como referido no enquadramento teórico a intervenção na VMER exige aos enfermeiros um curso específico, reformulado em 2006 e com uma carga horária de 112 horas. (INEM, 2006). Para além desta formação muitos dos enfermeiros são detentores de cursos de trauma e pós-graduações na área de emergência que constituem uma mais-valia na sua qualificação profissional (Vieira, Oliveira, & Ressureição, 2005). Segundo informação fornecida pela coordenadora geral da VMER, num relato informal, fui informado que para além destas formações referidas, os elementos desta VMER têm mensalmente sessões de formação contínua e reatualização de técnicas. O enfermeiro de urgência deve portanto “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Artº88, Código Deontológico).

Na unidade de contexto seguinte, a experiência profissional surge como outro dos fatores, que auxilia estes profissionais a resolver as suas dificuldades quotidianas. “...tem a ver com a nossa prática, tempo de experiência, pela prática” **E1.52; E2.15; E3.30; E4.21**

Para Pontes (2008) “O enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos mas também ... com a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente” Essas características são inerentes ao indivíduo mas são também adquiridas com o tempo e com a prática profissional “Não temos nenhum enfermeiro com um mínimo de seis anos a fazer rua” **E2.22**

Quanto às estratégias pessoais, outra das unidades de contexto desta categoria, podem verificar-se alguns mecanismos pessoais e estruturas internas facilitadoras da resolução de problemas e dificuldades. Interligadas com modelos de inteligência emocional, são essenciais para a prática destes enfermeiros “...ver como foi a minha postura, avaliar, ver como me portei, ver como é que estava e ver de que forma e se me incomodou ou não” **E1.41** “...depois há os próprios processos de *coping* pessoal, de adaptação para lidar com certas situações mais traumáticas” **E3.36; E1.42** A literatura de facto comprova que muitas destas estratégias pessoais assentam em competências emocionais que são “uma capacidade baseada na inteligência emocional que é aprendida, resultando num desempenho extraordinário do trabalho” (Agostinho, 2010).

Segundo o modelo de *Goleman* em 2003, podemos identificar algumas destas estratégias no seu paradigma. Relativamente à gestão de emoções, sabemos que quem não tem esta capacidade, está constantemente em luta com os seus sentimentos, enquanto quem a tem, consegue ultrapassar mais rapidamente os processos negativos ao longo da vida. Esta capacidade assenta no controlo das emoções, ou seja, a capacidade de substituir emoções negativas por positivas por vontade própria (Agostinho, 2010) “...acabamos por criar mecanismos de defesa, precisamos de olhar de outra maneira e vamos ultrapassando as dificuldades ou as diferenças com a experiência” **E4.22; E1.40; E1.39** “Não podemos stressar também com qualquer coisa” **E4.31**

Relativamente à autoconsciência, como capacidade de reconhecer um sentimento enquanto decorre, é a perceção de si e do que se sente no momento. É considerada a pedra base da Inteligência Emocional. É mantida ativa a autorreflexão, pois tem-se consciência do seu estado de espírito e dos pensamentos a respeito do mesmo, como “não devia sentir-me assim” ou “estou a pensar em coisas agradáveis para me animar”. Sem esta capacidade, a gestão das emoções é impossível (Agostinho, 2010). “As situações todas elas são difíceis mas fazem-me crescer” **E1.43** “São aquelas coisas que, por mais que a gente não queira, temos que nos distanciar de alguma forma” **E3.40**

Podemos concluir que estes enfermeiros desenvolvem de formas diferentes, diferentes estratégias e competências de inteligência emocional que lhes permitem desenvolver as suas intervenções.

A unidade de contexto, partilha de experiências, representa outra das estratégias de resolução de dificuldades e encontra-se também descrita no modelo de *Goleman*. “...tiram-se dúvidas uns com os outros” **E2.24**

São igualmente estratégias de inteligência emocional, quer de empatia, quer na gestão de relacionamentos. A empatia na capacidade em ter predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido expressados verbalmente. As pessoas empáticas são particularmente aptas em profissões que envolvem, por exemplo, a prestação de cuidados (Agostinho, 2010). Ou a gestão de relacionamentos como capacidade de reconhecer os sentimentos dos outros e agir de forma a influenciar esses sentimentos. Requer, portanto, a maturação das capacidades de autocontrolo e empatia (Agostinho, 2010). “...falando com os colegas, também já me aconteceu isto, também faz impressão não é só a ti”

E3.41

Por último nesta categoria, expõe-se a unidade de contexto, preparação antes das ocorrências. “...preparação antes de irmos para a situação” **E2.17**

Para Mcphail, (2010) “Os enfermeiros da urgência, ao contrário de outros grupos de especialidade de enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento.” Como tal devem preparar-se e tentar prever, o imprevisível, atuando de forma calma e sustentada e com segurança de intervenção “...pés bem assentes na terra” **E2.21** “...carga da VMER, decorar o que a carga tem” **E4.23; E4.24**

3.2.5 Categoria: Diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar

A categoria diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar, foi desenvolvida a partir de cinco unidades de contexto: a autonomia; o espaço físico-ambiente; as situações clínicas; as diferenças técnicas; e as similaridades nas intervenções.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Autonomia	<p>“Na rua sentes-te mais livre, mais autónomo” E1.49; E1.47</p> <p>“...sendo uma equipa mais reduzida sentes uma autonomia diferente” E1.50; E2.7</p> <p>“Nós fazemos muitas intervenções autónomas de enfermagem na urgência” E2.9</p> <p>“...apesar do médico nos prescrever oralmente as coisas, nós fazemos</p>

	também a nossa avaliação e antecipamos os passos” E4.5
Espaço Físico – Ambiente	<p>“...a diferença é que na rua tenho que por os joelhos na terra e aqui não tenho que me baixar” E2.29; E4.14; E4.29</p> <p>“...pessoas que se adaptam a punccionar e a entubar no chão” E4.30; E4.37</p> <p>“...A grande diferença tem a ver precisamente com a existência do padrão de conforto do hospital” E5.13</p> <p>“...no hospital é sempre mais fácil ter apoio, ter ajuda, poder partilhar ideias e no pré-hospitalar isso não acontece” E5.15; E4.34</p>
Situações Clínicas	<p>“No pré-hospitalar podemos ver o trauma diretamente” E2.26; E2.28</p> <p>“...situação multivítimas” E4.38</p>
Diferenças técnicas	<p>“A técnica em si é que é diferente lá fora e temos que ser mais diferenciados nela” E2.30</p> <p>“...nós aqui não fazemos diagnósticos, fazemos hipóteses diagnósticas” E3.14</p> <p>“...conseguimos atuar de forma a que se vejam resultados” E3.15; E3.20; E3.21; E3.19; E3.16</p>
Similaridades nas intervenções	<p>“...a minha intervenção é sempre positiva, numa e noutra” E1.46</p> <p>“Estão interligadas” E2.25</p> <p>“...extensão das intervenções que são feitas no ambiente intra-hospitalar para o ambiente pré-hospitalar” E5.16</p>

Quadro 17 - Diferenças entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar: unidades de contexto

Nesta categoria identificam-se as diferenças em cada um dos meios de intervenção, tendo procurado perceber as principais diferenças sentidas pelos enfermeiros da VMER que exercem funções em ambos os cenários.

Na unidade de contexto autonomia, encontramos um dos pontos de maior convergência entre os entrevistados e onde é unânime a diferença nos sentimentos de autonomia profissional. “Na rua sentes-te mais livre, mais autónomo” **E1.49; E1.47** “Nós fazemos muitas intervenções autónomas de enfermagem na urgência” **E2.9** No processo de tomada de decisão do enfermeiro, orientador do exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática. “Tomar uma decisão clínica é a competência que distingue um enfermeiro licenciado do pessoal técnico e auxiliar” (Hughes & Young, 1992).

No binómio enfermeiro-médico na VMER, o limiar de intervenção é ténue, cumprindo ambos intervenções semelhantes num trabalho em equipa ritualizado., muitas vezes sem preocupação de quem faz o que ou quem prescreve a quem. “...sendo uma equipa mais reduzida sentes uma autonomia diferente” **E1.50; E2.7.**

Na unidade de contexto espaço-físico e ambiente descobrimos evidentemente as principais diferenças já que, um dos contextos é na rua, e outro é desenvolvido dentro das paredes de uma unidade hospitalar. “...A grande diferença tem a ver precisamente com a existência do padrão de conforto do hospital” **E5.13**

Como já referenciado na categoria das dificuldades, o ambiente pode induzir algumas mudanças técnicas e que os entrevistados referiram: “...a diferença é que na rua tenho que por os joelhos na terra e aqui não tenho que me baixar” **E2.29; E4.14; E4.29** “...pessoas que se adaptam a puncionar e a entubar no chão” **E4.30; E4.37** “...no hospital é sempre mais fácil ter apoio, ter ajuda, poder partilhar ideias e no pré-hospitalar isso não acontece” **E5.15; E4.34**

Podemos assim fazer um paralelismo com a categoria das dificuldades e compreendermos que o ambiente, é sem dúvida diferente neste regime de intervenção em emergência podendo assim tornar-se uma dificuldade, sem o controlo da situação e dos enfermeiros.

Outra unidade de contexto presente, são as situações clínicas, que embora possam ser semelhantes e até consecutivas (primeiro na rua e depois num hospital) a fase de intervenção difere. Fazer VMER, e intervir na VMER implica ir ao princípio de todo o problema. Implica ir a um domicílio, a uma estrada, ao fundo de uma falésia ou a um buraco no meio do nada. Como tal as situações clínicas tornam-se muito mais complexas pois nenhum trabalho pode ainda ter sido executado, cabendo ao enfermeiro efetuar a estabilização inicial das vítimas. “No pré-hospitalar podemos ver o trauma diretamente” **E2.26; E2.28**

Outra particularidade são as situações multivítimas, que no pré-hospitalar são evidentes porque mais uma vez é a equipa VMER a fazer a primeira eficaz triagem e encaminhamento dos doentes, chegando estes às unidades hospitalares, minimamente referenciados e estabilizados. “...situação multivítimas” **E4.38**

Por último apresenta-se a unidade de contexto, diferenças técnicas, complementar de todas as outras diferenças já apresentadas.

Claramente que em ambiente diferente, com situações clínicas diferentes, as técnicas terão de ser diferentes e sobretudo mais apuradas. “A técnica em si é que é diferente lá fora e temos que ser mais diferenciados nela” **E2.30**

“...conseguimos atuar de forma a que se vejam resultados” **E3.15; E3.20; E3.21; E3.19; E3.16**

Para Pontes (2008), aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade sendo também necessária capacidade de improviso e destreza.

Na unidade de contexto: similaridades nas intervenções, são apresentados traços e semelhanças lineares identificadas pelos entrevistados. “...a minha intervenção é sempre positiva, numa e noutra” **E1.46** “Estão interligadas” **E2.25** “...extensão das intervenções que são feitas no ambiente intra-hospitalar para o ambiente pré-hospitalar” **E5.16**

Esta é a unidade de contexto que exhibe as pequenas semelhanças essenciais entre os dois meios de intervenção.

3.2.6 Categoria: Melhoria das intervenções de enfermagem na VMER

A categoria melhoria das intervenções de enfermagem na VMER, surgiu das três unidades de contexto, sendo estas: a continuidade de cuidados; o investimento em ambulâncias de suporte imediato de vida; e sem necessidade de mudança.

No quadro seguinte apresentam-se discriminadas as unidades de contexto e registo relativas a esta categoria:

Unidades de Contexto	Unidades de Registo
Continuidade de cuidados	<p>“A VMER ser um prolongamento do serviço de urgência” E2.31</p> <p>“...os enfermeiros que estão de serviço de VMER serem os enfermeiros que estão de serviço na urgência” E2.32; E2.33; E2.35</p> <p>“São uma clara extensão daquilo que são a prestação de cuidados de saúde de emergência do enfermeiro de emergência no hospital” E5.4</p> <p>“...o doente beneficiaria porque não tínhamos que estar a passar doentes, acompanhávamos o doente” E2.34</p> <p>“...há cada vez uma mais preocupação com o que é feito na rua” E3.43; E3.44; E3.45; E3.46; E3.47</p>
Investimento em ambulâncias SIV	<p>“...um investimento em SIV's era uma mais valia que VMER's” E2.36</p> <p>“...a mais valia seria o acompanhamento do doente na ambulância, é pá o enfermeiro poder vir dentro da ambulância no apoio” E3.52; E4.39; E4.40</p>
Sem necessidade de	<p>“...eu acho que não conseguiria mudar alguma coisa” E1.58; E1.61;</p>

mudança	E5.17; E5.18; E5.19 “Não te sei dizer em termos de intervenções o que poderia mudar” E1.60; E1.62
---------	--

Quadro 18 - Melhoria das intervenções de enfermagem na VMER: unidades de contexto

Nesta categoria encontramos como primeira unidade de contexto: continuidade de cuidados. Uma filosofia cada vez mais comentada e aprovada pelas estruturas responsáveis em saúde e que acaba por ser a ligação entre todo o trabalho desenvolvido na rua e a sua continuação no hospital. Ou seja tornar o início dos cuidados efetivos no pré-hospitalar e não recomeça-los do zero, à entrada do serviço de urgência. Assim os enfermeiros sugerem: “A VMER ser um prolongamento do serviço de urgência” E2.31 “...os enfermeiros que estão de serviço de VMER serem os enfermeiros que estão de serviço na urgência” E2.32; E2.33; E2.35 “...o doente beneficiaria porque não tínhamos que estar a passar doentes, acompanhávamos o doente” E2.34 “...há cada vez uma mais preocupação com o que é feito na rua” E3.43; E3.44; E3.45; E3.46; E3.47. Esta ideologia está cada vez mais disseminada, e os meios de intervenção pré-hospitalar em Portugal estão atualmente, e segundo fonte do INEM, a começar a ser integrados nos serviços de urgência com equipas mistas e compartilhadas.

Na unidade de contexto, investimento em ambulâncias SIV, encontramos uma sugestão inovadora e que igualmente começa a ganhar espaço na emergência médica em Portugal. As ambulâncias de suporte imediato de vida do INEM são destinadas à estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, permitindo a sua tripulação e equipamento, a aplicação de medidas de suporte básico de vida e desfibrilhação automática externa, para além da possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados. São tripuladas por um tripulante de ambulância de emergência e um enfermeiro do INEM, devidamente habilitados.

Esta é uma aposta num meio totalmente conquistado por enfermeiros, onde se realizam intervenções e cuidados de enfermagem de forma autónoma e espontânea e provavelmente uma aposta ganha, no sistema integrado de emergência médica nacional.

Por fim, descrevo a unidade de contexto sem necessidade de mudança. Os enfermeiros entrevistados consideram que a sua intervenção é bastante completa e com resultados favoráveis, não conseguindo salientar aspetos suscetíveis de mudança. “...eu

acho que não conseguiria mudar alguma coisa” **E1.58; E1.61; E5.17; E5.18; E5.19** “Não te sei dizer em termos de intervenções o que poderia mudar” **E1.60; E1.62** Estes dados transmitem igualmente a motivação pessoal introduzida nos participantes acabando por estar motivados e satisfeitos com o seu trabalho e suas intervenções, não reconhecendo que outras interposições poderiam mais desenvolver.

4. Conclusão

A intervenção do enfermeiro na VMER é um tema ainda pouco explorado, sendo importante investigar mais sobre esta temática. O problema identificado neste estudo, permitiu alcançar a minha demanda de procurar quais as verdadeiras intervenções dos enfermeiros na VMER podendo traduzi-las neste trabalho de investigação.

Posso concluir que a questão de investigação e o objetivo traçado primordialmente tenham obtido uma resposta dilatada, na medida em que se ficaram a conhecer as verdadeiras intervenções dos enfermeiros. Da mesma forma conseguiram-se retratar as perceções dos enfermeiros da VMER, compreenderam-se as suas dificuldades e que estratégias utilizam para as suplantar. Conseguiu-se ainda responder às diferenças entre a intervenção pré-hospitalar e a interposição intra-hospitalar e ficaram ainda a conhecer-se as opiniões dos enfermeiros sobre estratégias de melhoria de desempenho de funções na VMER.

Neste formato penso que se atingiram igualmente os objetivos específicos e foi encontrada resposta para a questão de partida que envolve esta temática.

O paradigma utilizado para a realização deste estudo foi de facto o mais adequado, uma vez que o problema era pouco estudado e era necessário aprofundá-lo.

Como principais conclusões deste estudo, são de referir as seguintes:

- Existe um conjunto vasto e complexo de intervenções de enfermagem na VMER;
- As intervenções na VMER são multifacetadas e implicam uma resposta célere com competência técnica e diagnóstica apurada;
- A VMER e o exercício de funções no pré-hospitalar, são um desafio constante, que envolve espírito de equipa;
- A relação enfermeiro – médico na VMER encontra-se bem delimitada e estruturada, sendo eficiente e produtiva;
- Os enfermeiros da VMER sentem grande satisfação na realização das suas intervenções e demonstram grande satisfação profissional;
- Este estudo contou com a participação de cinco participantes operacionais VMER;

- Podemos encontrar os testemunhos da relevância e vantagem de um enfermeiro na VMER através dos profissionais em prática clínica;
- Foram identificadas as principais dificuldades de intervenção dos enfermeiros;
- Assim como reconhecidas as suas estratégias de suplantação de desafios;
- Sinalizaram-se ainda as diferenças entre o conforto do meio intra-hospitalar e as condições difíceis do ambiente pré-hospitalar;
- E foram ainda sugeridas mudanças e condições de melhoria das intervenções de enfermagem na VMER.

A realização desta monografia final de curso foi obtida através do percorrer de um caminho difícil, muito trabalhoso mas, por fim, muito satisfatório e relevante para a minha formação académica e de investigação.

5. Considerações Finais, Implicações, Limitações e Sugestões

Com o final deste trabalho de investigação, passo a redigir algumas considerações finais relativas a todo o trabalho desenvolvido, exporro algumas apreciações pessoais e exponho algumas linhas conclusivas sobre a temática.

5.1 Considerações Finais

A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale e tem vindo a evoluir como prática especializada ao longo dos últimos anos. O ambiente pré-hospitalar e os primeiros cuidados de emergência sempre se associaram aos cuidados de enfermagem. Desde a ocorrência das primeiras guerras, os enfermeiros sempre se interpuseram na prestação e socorro inicial, muitas vezes a apenas alguns metros de onde as batalhas eram travadas.

Com essa mesma dinâmica, os cuidados de emergência foram evoluindo e para a excelência das intervenções pré-hospitalares atuais, em muito contribuíram os enfermeiros, na sua forma de atuar e intervir de forma rápida e eficiente.

A enfermagem pré-hospitalar representada neste estudo, na intervenção do enfermeiro na VMER, apossa-se como fator essencial no desenlace e resolução de situações clínicas críticas. Neste binómio, enfermeiro-médico celebrado nas equipas do INEM conseguimos conceber a imprescindibilidade do enfermeiro no SIEM e a sua mais-valia no decorrer das suas intervenções diárias.

Decompondo o objetivo geral proposto, neste trabalho de investigação, podemos testemunhar em lugar primordial, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros operacionais VMER e quais as suas intervenções diárias.

Podemos igualmente reconhecer as suas perceções e depoimentos sobre o trabalho por si desenvolvido e de que forma beneficia o socorro às vítimas.

Defrontaram-se também as suas principais dificuldades e obstáculos diários e esclarecerem-se algumas das estratégias utilizadas, para a prestação de cuidados de excelência.

Neste estudo são ainda testemunhadas as verdadeiras intervenções dos enfermeiros da VMER espontaneamente de serem autónomas ou interdependentes.

São retratadas as suas intervenções que independentemente de saírem do seu campo de competências padrão, são executadas e salvam vidas, fazendo muitas vezes a diferença entre a vida e a morte.

Com este trabalho pode ainda cotar-se a qualidade dos cuidados prestados na VMER e compreender-se, quais as remotas alterações a desenvolver no futuro: como a integração no serviço de urgência ou o desenvolvimento de meios SIV.

5.2 Implicações para a enfermagem

Como já sublinhado neste estudo de investigação, a intervenção em emergência sempre teve a contribuição dos enfermeiros. A própria Florence Nightingale, interveio na linha da frente na guerra da Crimeia, onde prestou também cuidados de emergência. “Cada 10 minutos nos chamam para estancar, como for possível uma hemorragia...” (Almeida, 1999).

Com a realização deste estudo, ficamos com o testemunho da importância das intervenções de um enfermeiro na VMER e da forma como diariamente asseguram a sobrevivência e sobrevida, das vítimas de qualquer acidente ou doença súbita.

Analisando e comparando, sistemas de emergência pré-hospitalares de diferentes países, percebemos rapidamente que onde o enfermeiro está presente, a qualidade de intercessão é distintamente melhor. Este fenómeno não será coincidência, sendo apenas reflexo da qualificação e diferenciação de um profissional fundamentado e qualificado.

Em Portugal a figura do enfermeiro do INEM, como órgão responsável pela coordenação da emergência médica, tem sido comprimida entre o papel das equipas médicas e tripulantes de ambulância. No entanto, é inequívoco que os enfermeiros são fundamentais para um sistema de emergência de qualidade. A sua presença na rua, ou na sala de emergência faz, e continuará a fazer a diferença e a salvar vidas.

Até há muito pouco tempo em Portugal, não existiam especialidades ou formação pós-licenciada, diferenciada para enfermeiros. Recentemente tem-se assistido a uma evolução e tomada de posição, no sentido de dar resposta a necessidades crescentes de formação e diferenciação e hoje, existem já especialidades em cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e pós-graduações específicas para enfermagem pré-hospitalar.

A eficácia da assistência ao doente em situação crítica depende da perfeita articulação dos meios de socorro pré-hospitalares e hospitalares. Para que esta articulação seja possível, é necessário um sistema organizado e eficaz.

A organização deste sistema passa pelo envolvimento de todos aqueles que fora ou dentro das estruturas hospitalares prestam cuidados diferenciados. É assim fundamental que o profissional que vai atender o doente em meio hospitalar tome contato o mais precocemente possível com o cliente.

Nada melhor que um enfermeiro diferenciado para ir ao local da ocorrência e iniciar de imediato estabilização e tratamento. (Almeida, 1999)

A enfermagem portuguesa e os enfermeiros, vivem atualmente momentos de maior dificuldade, não pela sua competência e qualidade, mas pelo panorama de desemprego e precariedade social. O investimento na área de emergência pré-hospitalar poderá ser um decifração bem-sucedida e um investimento com resultados bastante opulentos, sobretudo para os clientes que diariamente necessitam de proteção e socorro.

5.3 Limitações

Considerei este trabalho de investigação árduo e exigente, mas ao mesmo tempo desafiante e atraente. Decidi enveredar por uma área de interesse pessoal bastante específica, o que criou algumas dificuldades na obtenção de referências bibliográficas e suporte teórico. No entanto, e após pesquisar várias bases de dados e através do contacto com os profissionais na prática, penso ter conseguido criar um trabalho devidamente estruturado e fundamentado.

A investigação é definitivamente uma ferramenta de valorização profissional e aquisição de conhecimentos, com este trabalho pude trazer um humilde contributo para esta área ainda pouco explorada, mas fundamentalmente consegui adquirir mais competências de pesquisa e maiores conhecimentos para esta temática apaixonante.

Apesar de todas as dificuldades, este trabalho foi finalizado e de forma resumida consegui relatar alguns testemunhos dos enfermeiros que diariamente salvam vidas por esse Portugal fora, trazendo a sua perceção e principais intervenções.

Nos estudos de paradigma qualitativo procura-se a exaustão de resultados. Neste estudo foram apresentados os depoimentos de cinco enfermeiros, constituindo o corpo desta investigação. Obtiveram-se entrevistas e conteúdos bastante enriquecedores não se verificando grande repetição de testemunhos.

5.4 Sugestões

Como já referi, esta é uma vertente ainda pouco explorada, o que torna todos os estudos nesta área importantes e pertinentes. No entanto, esta temática e a intervenção do enfermeiro na VMER poderá ser mais dissecada. Seria também importante realizar um estudo semelhante, mas de carácter quantitativo traduzindo em números a realidade das intervenções dos profissionais, com apresentação: de percentagens de saídas; número de procedimentos efetuados; tempos médios de chegada a ocorrências; horas de trabalho; etc.. Repetir este estudo mas com mais participantes ou noutra VMER, também seria uma opção de aprofundamento.

A emergência pré-hospitalar tem evoluído ao longo dos tempos, quer em recursos quer em competências, mas assim também tem evoluído a complexidade de situações e dificuldades de intervenção. Alguns dos profissionais entrevistados referiam algumas áreas ainda por explorar e que poderiam ser um importante instrumento de indagação.

Entre as quais destacaram: a intervenção de enfermeiros em situação de catástrofe e multivítimas; a intervenção em situações de emergência pediátrica; ou os cuidados paliativos no pré-hospitalar.

Referências Bibliográficas

Livros

- Agostinho, L. (2010). *Competência Emocional em Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Allen, D., & Hughes, D. (2002). *Nursing and the Division of Labour in Healthcare*. Londres: Palgrave MacMillan.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Carvalho, J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico - "Saber-Fazer" da investigação para dissertações e teses*. Lisboa: Escolar Editora.
- De Vita, M., Hillman, K., & Bellomo, R. (2006). *Medical Emergency Teams*. New York: Springer.
- Dias, M. d. (2006). *Construção e Validação de um Inventário de Competências*. Loures: Lusociência.
- Fachada, M. O. (2006). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures : Lusodidacta.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Príncípia.
- Howard, P., & Steinmann, R. (2010). *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- INEM. (2010). *Plano Estratégico dos Recursos Humanos do Pré-hospitalar*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Madeira, S., Ramos, R., & Meira, L. (2010). *Manual de Tripulante de Ambulância de Transporte*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Martins, G. d. (2000). *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso*. São Paulo: Atlas.

- Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar - Que Realidade*. Loures: Lusociência.
- McPhail, E. (2010). Panorâmica da enfermagem de urgência. In P. Howard, & R. Steinman, *Enfermagem de Urgência - Da Teoria à Prática*.
- Moreira, C. D. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Morgan, G. (1986). *Images of organization*. California: Sage.
- Morse, J. (2007). *Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- National Association of Emergency Medical Technicians. (2007). *Prehospital Trauma Life Support*. São Paulo: Elsevier.
- Pinho, M. (2006). Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. *Ciências & Cognições*.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização*. São Paulo: Artmed.
- Ponce, P., & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lousã: Lidel.
- Pontes, B. (2008). *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM*. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Potter, P., & Perry, A. (2003). *Fundamentos de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Quivy, R. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, N. (2008). *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência de MACHICO*. Funchal: Universidade Atlântica.
- Sheehy, S. (2010). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.

Artigos de periódicos

- Amaro, H., & Jesus, S. (Janeiro, Fevereiro e Março de 2008). Satisfação Profissional e Burnout nos Enfermeiros - Que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem* , pp. 33-39.
- Burley, D. (Maio de 2011). Better Communication en the Emergency Department. *Emergency Nurse* , pp. 32-36.
- Martins, M., & Santos, G. (Julho-Dezembro de 2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF* , pp. 195-205.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, A.-M. (2004). Comparison of Nurse Competence in Different Hospital Work Environments. *Journal of Nursing Management* , pp. 329-336.
- Nunes, F. (Março de 2007). Tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing* , pp. 6-11.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (Julho de 2008). Construção e Validação da Escala de Bem-Estar no Trabalho. *Avaliação Psicológica* , pp. 11-22.
- Silveira, M., Stumm, E., & Kirchner, R. (2009). Stressores e Coping - Enfermeiros de uma Unidade de Emergência Hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem* , pp. 894-903.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência .
- Vieira, P., Oliveira, L., & Ressureição, S. (Julho de 2005). O Enfermeiros perante a Emergência Pré-hospitalar. *Sinais Vitais* , pp. 32-35.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Zavala, S., & Shaffer, C. (Outubro de 2011). Do patients understand discharge instructions? *ED Nursing* , pp. 138-140.

Documentos da ordem dos enfermeiros

- 104/98, D.-L. n. (21 de Abril de 1998). REPE. *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro* .
- Conselho de Enfermagem, O. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Enfermagem, C. d. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Divulgar* .
- OE. (2007). *Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE, O. d. (16 de Setembro de 2009). Código Deontológico.

Apêndice 1 – Instrumento de Colheita de Dados

Guião para Entrevista

1. Percurso profissional

- 1.1 Há quanto tempo é enfermeiro?
- 1.2 Qual o seu percurso como enfermeiro?
- 1.3 Há quantos anos é enfermeiro na VMER?
- 1.4 Antes de entrar para a VMER já possuía alguma experiência na área pré-hospitalar?

2. VMER – Intervenções do Enfermeiro

- 2.1 Quais as intervenções que executa ao serviço da VMER?
- 2.2 Qual a sua perceção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?
- 2.3 Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?
- 2.4 Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?
- 2.5 Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?
- 2.6 Como poderia melhorar o serviço VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

**Apêndice 2 – Pedido de autorização para Estudo****Exmo. Sr.****Enfermeiro Coordenador da VMER****Hospital de São Francisco Xavier****Data:****Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo de investigação.

Eu, Michael John Silva Isidro, aluno do 3º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica (UATLA), encontro-me a realizar um trabalho de final de curso subordinado ao tema: Viatura Médica de Emergência e Reanimação: Intervenções do Enfermeiro.

Pretendo com este trabalho identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros operacionais VMER com o objectivo de poder caracterizar

Neste sentido venho por este meio solicitar a V. Ex^a, autorização para a realização de entrevistas a 5 enfermeiros que exercem funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), com experiência igual ou superior a 1 ano, no período compreendido entre Junho e Outubro.

A informação será recolhida e tratada confidencialmente, respeitando a privacidade de cada entrevistado.

Informo que os dados obtidos serão disponibilizados à vossa instituição, no final desta investigação.

Na expectativa da V. breve e auspiciosa resposta, subscrevo-me com estima e consideração,

De V. Ex.^a

Atentamente,

(O aluno: Michael John Silva Isidro)

(A orientadora: Maria João Sousa Fernandes)

Contactos:**Aluno:** Michael John Silva Isidro | **Tlm:**916943491 | **E-mail:**michaelsilvaisidro@gmail.com**Professora Orientadora:** Maria J. S. Fernandes | **Tlm:**916592068 | **E-mail:**mjfernandes@uatlantica.pt



Apêndice 3 – Carta Explicativa

Título do Estudo:

Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Intervenções do Enfermeiro

Investigador Principal:

Michael Isidro, Universidade Atlântica

Co-investigador:

Professora Maria João Sousa Fernandes

A intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objectivo garantir, à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correcta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada. Os enfermeiros têm assumido um papel importante neste cenário de interposição sobretudo através das suas intervenções, ainda pouco amplificadas na VMER.

Este estudo de investigação propõe-se a explorar e descrever as intervenções de enfermagem no contexto VMER, evidenciando e protegendo a imprescindibilidade do enfermeiro no meio pré-hospitalar, como figura fundamental no cenário de emergência. Procurará de igual forma identificar dificuldades e potenciais obstáculos na intervenção do enfermeiro na VMER.

Este estudo é realizado no âmbito do desenvolvimento de competências na vertente de investigação e tem como finalidade a atribuição de grau de licenciatura em enfermagem, assim como, a ampliação de conhecimentos nesta área de interposição.

Este estudo tem como objetivos:

- Conhecer as intervenções dos enfermeiros que exercem funções na VMER;
- Identificar cuidados de enfermagem realizados por enfermeiros operacionais da VMER;
- Descrever as conceções dos enfermeiros sobre as suas intervenções em ambiente pré-hospitalar;
- Identificar dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando do exercício na VMER;
- Reconhecer as estratégias subordinadas pelos enfermeiros da VMER para suplantar as suas dificuldades;
- Apreender as diferenças de intervenção no meio pré-hospitalar e no ambiente intra-hospitalar em contexto de emergência;

A metodologia adotada para este estudo de investigação será de paradigma qualitativo, onde serão explorados e analisados os conteúdos dos depoimentos recolhidos através de uma entrevista semi-dirigida audiogravada, com duração prevista de 30 minutos.

Pretende-se a realização de entrevistas a 5 enfermeiros, a executar na base VMER do CHLO – EPE no período de (data) consoante a disponibilidade apresentada pelos participantes. A recolha de depoimentos poderá ser efectuada antes ou depois, de um turno de serviço, para evitar perturbar o normal funcionamento das dinâmicas da equipa.

Para a inclusão no estudo, é pedido aos participantes: que aceitem livremente a sua participação; que sejam enfermeiros na VMER com experiência igual ou superior a um ano.

Os benefícios com a participação neste estudo serão simplesmente que, se pretenderá dar visibilidade académica às intervenções diferenciadas dos participantes ao serviço da VMER, nesta área bastante ambicionada de enfermagem. Relativamente aos riscos, se os há, serão apenas a disponibilidade física e psicológica para o período de recolha de depoimentos.

A participação neste estudo de investigação é estritamente voluntária e os participantes poder-se-ão retirar a qualquer momento sem incorrerem em nenhuma pena, sem ser necessário justificarem a sua decisão e sem que seja posta qualquer questão relativa ao seu tratamento futuro.

Os participantes poderão ser excluídos do estudo se as directrizes de participação não forem cumpridas, se apresentarem alguma alteração disruptiva de saúde envolvida com o estudo.

Em caso de falta grave ou irregularidade lesiva com o decorrer do estudo, a Universidade Atlântica como órgão responsável pelo investigador, encontra-se preparada para responsabilização de prejuízos sofridos, consoante a lei em vigor.

Todo o estudo será de carácter confidencial sendo que os participantes estarão protegidos de qualquer exposição. Os princípios estabelecidos para a protecção e sustentação ética deste estudo foram constituídos segundo relatório de Belmont, conforme a protecção da pessoa humana na pesquisa médica e comportamental.

Os dados recolhidos serão analisados apenas pelo investigador e co-investigador, sendo que qualquer informação identificativa, será codificada e protegida. Os dados serão tratados e guardados apenas no decorrer do período de investigação.

Este estudo de investigação não trará despesas nem compensações para os participantes, sendo de âmbito puramente académico. O investigador compromete-se a deixar uma cópia do estudo para a instituição e seus profissionais.

Qualquer questão ou informação relativa ao estudo poderá ser transmitida ao longo de todo o processo, mediante a solicitação dos participantes, para os seguintes contactos:

Investigador: Michael John Silva Isidro | **Tlm:**916943491 | **E-mail:**michaelsilvaisidro@gmail.com

Co-investigador: Maria J. S. Fernandes | **Tlm:**916592068 | **E-mail:**mjfernandes@uatlantica.pt

Se o participante decidir interromper o estudo, deverá notificar os investigadores, para estes mesmos contactos.



Apêndice 4 – Consentimento Informado

Título do Estudo:

Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Intervenções do Enfermeiro

Investigador Principal:

Michael Isidro, Universidade Atlântica

Eu _____
reconheço que o processo de investigação descrito no formulário aqui junto, de que possuo uma cópia, me foi explicado e que me responderam a todas as minhas questões para minha satisfação. Eu compreendo a natureza e as vantagens (se as há) da minha participação neste estudo, assim como os inconvenientes e os riscos potenciais. Eu sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo ou o processo da investigação. Asseguram-me que os dados relativos à minha pessoa ou as declarações relativas aos meus depoimentos serão guardados confidencialmente e que nenhuma informação será dada ou publicada revelando a minha identidade, sem o meu consentimento. Eu autorizo o investigador a gravar a entrevista concedida obtendo as informações pertinentes para este estudo.

Eu compreendo que sou livre de retirar-me do estudo a qualquer momento sem que a _____ seja em algum caso afetada.

Pelo presente, eu consinto livremente em participar no estudo.

Nome Participante

Assinatura Participante

Nome Investigador

Assinatura Investigador

Data

Se tiver questões, pode comunicar por telefone com Michael Isidro – **916943491**

Apêndice 5 – Unidades de Registo

Unidades de Registo

- “Aquilo que nos basicamente fazemos em contexto de VMER, restringe-se muito à técnica” **E1.1**
- “...não vou dizer que é só tecnicista porque não é” **E1.2**
- “...somos quem eles estão à espera, portanto não só da técnica, mas a nossa presença a nossa postura” **E1.3**
- “...intervenção relacional” **E1.4**
- “...a minha intervenção dentro da enfermagem no pré-hospitalar é muito virada para a competência técnica e para a competência de diagnóstico” **E1.5**
- “...competência diagnóstica em termos de ver e olhar é a tua prioridade de atuação” **E1.6**
- “...priorizar aquilo que tens para fazer, funcionas em equipa” **E1.7**
- “...nem precisa de haver diálogo entre a equipa. Eu olho, avalio, faço o meu diagnóstico em termos de prioridade, priorizo a minha atuação” **E1.8**
- “...intervenção de enfermagem é tudo muito prático” **E1.9**
- “...competência técnica e muita competência de destreza e de realização” **E1.10**
- “...poder dizer fique tranquilo, nós estamos cá para ajudar” **E1.11**
- “...ter cuidado na parte relacional” **E1.12**
- “Imprescindibilidade do enfermeiro no pré-hospitalar e na VMER, eu acho que nós não somos imprescindíveis” **E1.13**
- “Nós somos uma parte muito importante do pré-hospitalar e acho que conseguimos trazer contributos para a emergência pré-hospitalar” **E1.14**
- “Quando realizo uma técnica...realizo-a com conhecimento, se estou a administrar um fármaco, apesar de não ser eu a prescrevê-lo, sei o que é que vai acontecer” **E1.15**
- “...eu não acho que o meu trabalho possa ser substituído, enquanto enfermeira e enquanto técnica” **E1.16**
- “...eu acho que é a mais valia de ter um enfermeiro no pré-hospitalar” **E1.17**
- “...eu própria gostar de fazer pré-hospitalar” **E1.18**
- “...nós trazemos uma mais valia e trazemos uma mais valia em todos os aspetos” **E1.19**
- “Pelos nossos conhecimentos, pela nossa experiência” **E1.20**
- “O nosso plano de actuação é muito grande é muito vasto e ajuda-nos a desenvolver todas as nossas competências” **E1.21**
- “A maioria das pessoas pensa que só fazemos a técnica e somos meros executantes como se fossemos robotizados e não somos” **E1.22**
- “...extremamente enriquecedora” **E1.23**
- “Tu lá fora tas por tua conta e risco mas tens um grupo de gente com que podes contar” **E1.24**
- “Olha, as minhas principais dificuldades muitas das vezes prendem-se com o tempo” **E1.25**
- “O tempo que eu demoro a executar uma técnica porque não consigo” **E1.26**
- “...dificuldade de acesso ao doente porque às vezes é difícil, é difícil o espaço, o local” **E1.27**
- “...não estás seguro, não te sentes seguro” **E1.28**
- “...tenho muita dificuldade em trabalhar com doentes mutilados” **E1.29**
- “...faz-me muita confusão... incomoda-me” **E1.30**
- “...tudo o que seja mutilações graves: amputações traumáticas graves, mortes com um violência muito marcada em que o corpo está muito ferido... Mexe muito comigo” **E1.31**
- “...o nosso corpo é sujeito a demasiada violência que a mim me custa a aceitar” **E1.32**

- “Crianças tenho muita dificuldade” **E1.33**
- “a situação mais traumática que eu tenho foi o óbito de uma criança” **E1.34**
- “...em termos do resto, realização de técnicas, acho que não tenho qualquer constrangimento ou dificuldade” **E1.35**
- “...é fantástico fazer pré-hospitalar, é fantástico” **E1.36**
- “...O enfermeiro consegue marcar a diferença pela postura, pelo saber estar, consegue fazer a diferença” **E1.37**
- “...isto é uma mais valia... É um ganho... enquanto pessoas e enquanto enfermeiros” **E1.38**
- “...se eu de conseguir de alguma forma salvar” **E1.39**
- “...o meu primeiro mecanismo de defesa, é o meu pensamento dizer: pá pode ser que não seja nada” **E1.40**
- “...ver como foi a minha postura, avaliar, ver como me portei, ver como é que estava e ver de que forma e se me incomodou ou não” **E1.41**
- “...tu vais-te adaptando a cada situação” **E1.42**
- “As situações todas elas são difíceis mas fazem-me crescer” **E1.43**
- “É muito gratificante fazer pré-hospitalar e é muito gratificante ser enfermeiro” **E1.44**
- “Eu continuo a acordar todos os dias de manhã com vontade de vir trabalhar, sinto-me motivada para vir trabalhar” **E1.45**
- “...a minha intervenção é sempre positiva, numa e noutra” **E1.46**
- “O pré-hospitalar tem uma coisa, que eu considero diferente, que é o sentimento de autonomia” **E1.47**
- “...a sensação de autonomia, desenvolve-se com o espírito de equipa” **E1.48**
- “Na rua sentes-te mais livre, mais autónomo” **E1.49**
- “...sendo uma equipa mais reduzida sentes uma autonomia diferente” **E1.50**
- “Em termos de intervenção, eu não noto pessoalmente grande diferença” **E1.51**
- “...tem a ver com a nossa prática, tempo de experiência, pela prática” **E1.52**
- “Outra mais valia no pré-hospitalar é a capacidade de trabalho em equipa” **E1.53**
- “...o diálogo ente médico e enfermeiro, neste contexto tão pequeno, tão reduzido é muito bom” **E1.54**
- “Aquilo que nós conseguimos fazer é muito bom” **E1.55**
- “O enfermeiro faz muito mais coisas do que cumprir ordens médicas” **E1.56**
- “...marcamos diferença pela qualidade e por aquilo que nós conseguimos demonstrar aos outros que somos” **E1.57**
- “...eu acho que não conseguiria mudar alguma coisa” **E1.58**
- “Temos um programa de formação interno, muito enriquecido, com várias experiências” **E1.59**
- “Não te sei dizer em termos de intervenções o que poderia mudar” **E1.60**
- “Eu se calhar eu não mudaria nada” **E1.61**
- “Acho que não mudava nada em termos de intervenções” **E1.62**
- “Excluindo a condução, são todas intervenções com base de prescrição médica” **E2.1**
- “...nós trabalhamos em equipa muito diretamente” **E2.2**
- “Autónomas só as que não precisam de intervenção médica” **E2.3**
- “Depois há outras diretamente relacionadas connosco, por exemplo a morte, os cuidados pós-morte que são cuidados específicos” **E2.4**
- “...são todas intervenções como trabalhamos no serviço de urgência, na base de uma prescrição” **E2.5**
- “Avaliação de um doente por exemplo tanto é nossa como é do médico” **E2.6**

- “...temos duas vítimas, eu fico autonomamente com uma delas, pode até ser a mais grave ou não” **E2.7**
- “...eu posso picar, entubar, desfibrilhar mas sabemos que na base existe uma prescrição, que é feita oralmente ou por um olhar mas essa prescrição tem que existir” **E2.8**
- “Nós fazemos muitas intervenções autónomas de enfermagem na urgência” **E2.9**
- “A comunicação é muito nossa” **E2.10**
- “A proteção” **E2.11**
- “Segurança, segurança, segurança” **E2.12**
- “...segurança é uma das principais dificuldades” **E2.13**
- “De resto não tenho outras, não há nenhuma intervenção, não há nada que me lembre” **E2.14**
- “Também já tenho alguma experiência e não é da VMER, é da minha experiência de base intra-hospitalar” **E2.15**
- “A segurança é o que consideraria a principal dificuldade” **E2.16**
- “...preparação antes de irmos para a situação” **E2.17**
- “...acidente na marginal, uma das primeiras coisas que perguntamos é se já está autoridade no local” **E2.18**
- “Só entramos quando há segurança” **E2.19**
- “...não somos super-mulheres nem super-homens, nem super-médicos ou super-enfermeiros, somos enfermeiros e médicos como os outros todos” **E2.20**
- “...pés bem assentes na terra” **E2.21**
- “Não temos nenhum enfermeiro com um mínimo de 6 anos a fazer rua” **E2.22**
- “Faz tudo parte de uma formação, de um percurso” **E2.23**
- “...tiram-se dúvidas uns com os outros” **E2.24**
- “Estão interligadas” **E2.25**
- “No pré-hospitalar podemos ver o trauma diretamente” **E2.26**
- “...o que aprendemos é no intra-hospitalar, a única coisa que não tenho é a segurança” **E2.27**
- “No trauma é diferente” **E2.28**
- “...a diferença é que na rua tenho que por os joelhos na terra e aqui não tenho que me baixar” **E2.29**
- “A técnica em si é que é diferente lá fora e temos que ser mais diferenciados nela” **E2.30**
- “A VMER ser um prolongamento do serviço de urgência” **E2.31**
- “...os enfermeiros que estão de serviço de VMER serem os enfermeiros que estão de serviço na urgência” **E2.32**
- “A mim faz-me sentido que os enfermeiros que estão na VMER serem enfermeiros do serviço de urgência” **E2.33**
- “...o doente beneficiaria porque não tínhamos que estar a passar doentes, acompanhávamos o doente” **E2.34**
- “...estaria outro encarregue de seguir com a VMER se houvesse outro acionamento” **E2.35**
- “...um investimento em SIV's era uma mais valia que VMER's” **E2.36**
- “...quer as atividades mesmo adstritas à enfermagem, quer a condução” **E3.1**
- “...nas funções de condução temos de ver o carro de manha, repô-lo” **E3.2**
- “...todas as manhãs a revisão de tudo o que é material, nas quantidades e conservação e manutenção dos mesmos” **E3.3**
- “...intervenções de enfermagem nós executamos de acordo com essa avaliação” **E3.4**
- “...avaliamos qualquer doente, tanto o médico como o enfermeiro” **E3.5**
- “...é completamente igual e tem que ser igual” **E3.6**
- “Nós nesta VMER, não estamos à espera que o médico diga” **E3.7**

- “...nós sabemos para aquilo que vamos e sabemos o que esperar um do outro” **E3.8**
- “...e não fazemos coisas de forma igual para toda a gente” **E3.9**
- “...sabemos atuar de acordo com as nossas bases teóricas e temos esse discernimento” **E3.10**
- “...o pré-hospitalar tem uma coisa muito boa, sentes a diferença logo” **E3.11**
- “...tu atuas em ambientes às vezes muito complicados” **E3.12**
- “...atuar nesses ambientes e o que nós fazemos, é sabermos reconhecer quais é que são os problemas” **E3.13**
- “...nós aqui não fazemos diagnósticos, fazemos hipóteses diagnósticas” **E3.14**
- “...conseguimos atuar de forma a que se vejam resultados” **E3.15**
- “Não ficamos à espera, como por exemplo numa enfermaria onde administramos antibioterapia e o resultado não aparece logo” **E3.16**
- “Nós aqui realmente por aquilo que fazemos, atuamos na altura certa, não deixamos para mais logo, atuamos logo e normalmente nós vemos logo uma evolução” **E3.17**
- “...é bom, por sentimos que fazemos realmente alguma diferença” **E3.18**
- “...normalmente vês a diferença” **E3.19**
- “...a perceção é que tu vais agir e vais ver logo o resultado” **E3.20**
- “...às vezes não é o esperado, mas pelo menos tens um resultado” **E3.21**
- “As minhas maiores dificuldades, acho eu, tem a ver com as chamadas situações especiais, as situações de exceção” **E3.22**
- “...situações de morte de crianças, ou de uma mãe e está o bebé ali ao lado a chorar” **E3.23**
- “Portanto a mim é mais essa componente emocional” **E3.24**
- “...há um stress que pode ser uma dificuldade - condução é um stress” **E3.25**
- “Temos de nos resguardar de alguma forma em termos de concentração para realmente a nível de condução, não falharmos” **E3.26**
- “Somos responsáveis por nós, mas temos um médico ao lado, temos a vítima que nós temos que chegar, os condutores” **E3.27**
- “Penso que consigo controlá-lo mas reconheço perfeitamente que é um stress essas situações” **E3.28**
- “Há técnicas que são menos utilizadas e que podem provocar alguma dificuldade na parte prática” **E3.29**
- “...a experiência nos faz completar isso mesmo” **E3.30**
- “...relativamente à questão das técnicas que referi é a formação” **E3.31**
- “...nós aqui temos uma formação bastante ativa nesta VMER” **E3.32**
- “...vantagem de termos atualização” **E3.33**
- “...o espírito de equipa é muito importante: médico-enfermeiro” **E3.34**
- “...o nosso espírito de saber o que um e outro pensam e a tomada de decisão, ajuda muito” **E3.35**
- “...depois há os próprios processos de *coping* pessoal, de adaptação para lidar com certas situações mais traumáticas” **E3.36**
- “Para mim foi um trauma ir para uma situação de parto em que a senhora já tinha efetivamente expulso o bebé” **E3.37**
- “Ele estava em paragem e o bebé estava praticamente sem pele nenhuma” **E3.38**
- “...são coisas que mexem, sobretudo nas pessoas que no seu ciclo de vida também tem um bebezinho, ou tem crianças pequenas” **E3.39**
- “São aquelas coisas que, por mais que a gente não queira, temos que nos distanciar de alguma forma” **E3.40**
- “...falando com os colegas, também já me aconteceu isto, também faz impressão não é só a ti” **E3.41**
- “Quando conseguimos salvar compensa isto tudo” **E3.42**

“...há cada vez uma mais preocupação com o que é feito na rua” **E3.43**

“Quer os médicos, quer os enfermeiros da urgência aperceberam-se que há muita informação importante que primeiro era um pouco desprezada” **E3.44**

“...já vem que agora há uma continuidade” **E3.45**

“...eu acho que agora o serviço de urgência está a ver a intervenção da VMER com continuidade do que é feito no pré-hospitalar” **E3.46**

“...finalmente, e cada vez mais a cada vez uma maior continuidade dos cuidados quer médicos, quer de enfermagem” **E3.47**

“Olha eu tenho uma opinião curiosa, um bocadinho... que não deve ser comum a todos” **E3.48**

“...eu era excelente senão fosse condutor, ou seja havia um condutor tipo um motorista, só especializado nisso” **E3.49**

“...o médico e o enfermeiro com a vítima só para se poder preocupar no que são cuidados de enfermagem” **E3.50**

“Tudo bem perde-se a emoção da condução etc. mas eu já tive isso” **E3.51**

“...a mais valia seria o acompanhamento do doente na ambulância, é pá o enfermeiro poder vir dentro da ambulância no apoio” **E3.52**

“Mas isso é uma particularidade, uma opinião minha” **E3.53**

“...nós não temos desculpa para não ser excelentes naquilo que fazemos” **E3.54**

“Sinceramente não vejo assim grandes dificuldades ou barreiras, os médicos sabem a nossa função nós sabemos a deles” **E3.55**

“Temos uma dinâmica muito prática e somos uma equipa” **E3.56**

“...condutor, na qual foi preciso fazer um curso de técnicas de marcha de emergência» **E4.1**

“...técnicas depois inerentes ao enfermeiro, que são nada mais, nada menos do que as que fazemos aqui no hospital, no sector da reanimação» **E4.2**

“...ser condutor e ser enfermeiro no local da ocorrência» **E4.3**

“...o enfermeiro pode ajudar o médico a resolver situações, que se o médico tivesse com outro técnico seria mais difícil” **E4.4**

“...apesar do médico nos prescrever oralmente as coisas, nós fazemos também a nossa avaliação e antecipamos os passos” **E4.5**

“...podermos assim antecipar algumas das técnicas que irão ser abordadas nessa situação” **E4.6**

“Enquanto o médico está a fazer uma coisa, nós estamos a fazer outra e aí ganhamos muito tempo” **E4.7**

“...técnico pode ser treinado para fazer determinada tarefa, mas tem que estar sempre sob supervisão do médico” **E4.8**

“...nós enfermeiros temos muitas técnicas em que não precisamos estar com supervisão” **E4.9**

“...nós sabemos perfeitamente bem o que fazer e não precisamos de ser supervisionados por um médico para fazer estas intervenções” **E4.10**

“...é uma mais valia ser um enfermeiro a fazer parte da VMER” **E4.11**

“Inicialmente foi conhecer a área de influência da VMER, conhecer os bairros, as zonas, as ruas, os nomes” **E4.12**

“...a minha principal dificuldade, se pode ser dificuldade e que acaba por não ser dificuldade é que nós trabalhamos em casa das pessoas, trabalhamos na rua, trabalhamos debaixo de uma viatura, trabalhamos no meio de uma ribeira” **E4.13**

“Temos que nos ajoelhar enquanto no hospital tens tudo em prateleiras” **E4.14**

“...na VMER tu tens que te adaptar à situação, tens que te adaptar ao espaço que tens” **E4.15**

“...um espaço à chuva ao frio ao calor, em espaços confinados, numa cozinha numa dispensa, numa garagem sem luz” **E4.16**

“Outra dificuldade que temos é termos que estar sempre com a matéria em dia” **E4.17**

“De três em três meses de quatro em quatro obriga-me a ir ao manual olhar ou uma situação em que não me senti tão à

vontade” **E4.18**

“...fazer um *refresh* das coisas para me sentir mais à vontade” **E4.19**

“...reler a matéria” **E4.20**

“...a experiência” **E4.21**

“...acabamos por criar mecanismos de defesa, precisamos de olhar de outra maneira e vamos ultrapassando as dificuldades ou as diferenças com a experiência” **E4.22**

“...carga da VMER, decorar o que a carga tem” **E4.23**

“...nós temos que saber se está ou não está, se existe ou não existe” **E4.24**

“...rever a matéria e irmo-nos preparando no dia a dia” **E4.25**

“...nunca sabemos o que vai acontecer naquele turno” **E4.26**

“...não é qualquer enfermeiro que esteja disposto a estar ao sol uma hora ou duas horas a tentar desencarcerar uma vítima” **E4.27**

“Não estou a dizer que são poucos, estou a dizer que tem que haver um perfil” **E4.28**

“...enfermeiros que não tenham medo de se ajoelhar, que não tenham medo de rastejar” **E4.29**

“...pessoas que se adaptam a puncionar e a entubar no chão” **E4.30**

“Não podemos stressar também com qualquer coisa” **E4.31**

“...a diferença de trabalhar num ambiente seguro, num ambiente controlado” **E4.32**

“Na VMER nós sabemos qual foi a triagem, mas no local é completamente diferente” **E4.33**

“...num hospital tu tens um ambiente mais controlado se tiveres dúvidas tens a quem recorrer, há mais médicos e enfermeiros” **E4.34**

“Quando estamos na VMER somos nós, o médico e os bombeiros” **E4.35**

“...num local onde temos que pendurar um soro e não temos o suporte, temos que improvisar” **E4.36**

“...improvisar, enquanto num hospital existem todos os utensílios” **E4.37**

“...situação multivítimas” **E4.38**

“...o enfermeiro poder vir a acompanhar e entregar o carro” **E4.39**

“...um doente está muito instável e vê que é preciso um enfermeiro para acompanhar” **E4.40**

“...havia sempre essa dificuldade... mas pronto, já está, já estamos autorizados” **E4.41**

“...condução” **E5.1**

“...apoio à vítima, utente e família” **E5.2**

“...gestão de recursos materiais” **E5.3**

“São uma clara extensão daquilo que são a prestação de cuidados de saúde de emergência do enfermeiro de emergência no hospital” **E5.4**

“...uma extensão à comunidade e à rua, da qualidade que os cuidados de enfermagem envolvem numa situação de urgência e emergência” **E5.5**

“...atualmente nenhuma” **E5.6**

“...é diferente trabalhar fora de quatro paredes ou trabalhar no conforto de um hospital” **E5.7**

“...stress inerente de estarmos sozinhos” **E5.8**

“...insegurança mais propriamente na área técnica. São coisas que com o decorrer dos anos vão-se ultrapassando” **E5.9**

“...segurança da decisão da autonomia e da execução” **E5.10**

“Formação” **E5.11**

“...procura de melhoria no desempenho” **E5.12**

“...A grande diferença tem a ver precisamente com a existência do padrão de conforto do hospital” **E5.13**

“...uma equipa de dois e que deve ser suficiente para aquilo que se tem de fazer” **E5.14**

“...no hospital é sempre mais fácil ter apoio, ter ajuda, poder partilhar ideias e no pré-hospitalar isso não acontece” **E5.15**

“...extensão das intervenções que são feitas no ambiente intra-hospitalar para o ambiente pré-hospitalar” **E5.16**

“Julgo que não mudaria nada” **E5.17**

“...não faz sentido mudar nada” **E5.18**

“...honestamente acho que não seria necessário mais nada” **E5.19**

Apêndice 6 – Entrevista 1

1. Quais as intervenções que executa como enfermeiro na VMER?

Aquilo que nos basicamente fazemos em contexto de VMER, restringe-se muito à técnica¹. As minhas funções enquanto enfermeira, eu não vou dizer que é só tecnicista porque não é²... Estaria a mentir e estaria a ir contra aquilo que eu defendo enquanto enfermeira. Temos de ter alguma calma, somos quem eles estão à espera, portanto não só da técnica, mas a nossa presença a nossa postura³, também interfere em termos de intervenção enquanto enfermeira e interfere em termos de intervenção relacional⁴. Mas basicamente eu acho que a minha intervenção dentro da enfermagem no pré-hospitalar é muito virada para a competência técnica e para a competência de diagnóstico⁵. Nós não fazemos diagnósticos obviamente, mas a tua competência diagnóstica em termos de ver e olhar é a tua prioridade de actuação⁶. Portanto priorizar aquilo que tens para fazer, funcionas em equipa⁷, como é óbvio. O médico decide sempre mas tens que saber aquilo que se está a passar. Muitas das vezes nem precisa de haver diálogo entre a equipa. Eu olho, avalio, faço o meu diagnóstico em termos de prioridade, priorizo a minha actuação⁸ e actuo em conforme, mas normalmente é técnica. Fazer uma analgesia, por um soro, se temos um doente que corre risco de vida iminente ou que está em paragem cardíaco-respiratória auxilias nas técnicas, portanto forneces o material ao médico e auxilias na entubação se for uma entubação difícil... Acaba por ser muitas técnicas, inter pares, apoias na técnica e depois raramente, mas muito raramente fazes técnicas muito mais invasivas na rua.

Eu acho que a técnica mais invasiva que nós fazemos é a entubação, porque a entubação orotraqueal e às vezes em caso de risco e que é necessário fazeres uma colocação de drenagem torácica que só me aconteceu uma vez e tu apoias a técnica e depois fazes tudo o resto das tuas técnicas: a punção, às vezes fazemos colheita de sangue quando sabemos o hospital para onde vamos, para darmos um bocadinho mais de continuidade. Agora efectivamente em termos de intervenção de enfermagem é tudo muito prático⁹, é muita competência técnica e muita competência de destreza e de realização¹⁰. Depois é o poder chegar e poder dizer fique tranquilo, nós estamos cá para ajudar¹¹ e ter cuidado na parte relacional¹². Eu acho que as equipa na rua estão cada vez mais humanizadas e mostram cuidado naquilo que fazem, nos cuidados que prestam e na postura e eu acho que é uma mais valia.

2. Qual a percepção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?

Quando falamos da imprescindibilidade do enfermeiro no pré-hospitalar e na VMER, eu acho que nós não somos imprescindíveis¹³, porque efetivamente aquilo que nós fazemos. Nós somos uma parte muito importante do pré-hospitalar e acho que conseguimos trazer contributos para a emergência pré-hospitalar¹⁴ por todos os outros conhecimentos que temos. Quando realizo uma técnica, apesar de ser só uma técnica, realizo-a com conhecimento do que é que pode daí advir, realizo-a com conhecimento que se estou a administrar um fármaco, apesar de não ser eu a prescrevê-lo, sei o que é que vai acontecer¹⁵. Tenho conhecimentos de farmacodinâmica e farmacocinética e portanto sei como é que as coisas se processam portanto eu não acho que o meu trabalho possa ser substituído, enquanto enfermeira e enquanto técnica¹⁶ e realizadora de técnicas por um técnico de ambulância. Apesar de que nós tínhamos tripulantes no serviço de VMER e eles faziam tudo aquilo que nós fazemos... secalhar não com o conhecimento, mas com a prática. Portanto em termos de destreza eles faziam-no... em termos de conhecimentos eu não sei se eles tinham o mesmo grau e conjunto de conhecimentos de que nós somos detentores. E esta é a que eu acho que é a mais valia de ter um enfermeiro no pré-hospitalar¹⁷.

O meu background é completamente diferente de um técnico, não em termos de realização técnica, porque se tu fizeres muitas vezes uma técnica obviamente que te vais aperfeiçoar, portanto acabas por ser tão bom ou melhor do que eu, agora no pré-hospitalar apesar de nós não sermos imprescindíveis, porque acho que não somos, acho que podemos ser substituídos, apesar de achar que é uma mais valia e de eu própria gostar de fazer pré-hospitalar¹⁸ e portanto acabaria por ser redutor para nós e passaria a ser benéfico para outros. Portanto acho que não temos que ser substituídos e nós trazemos uma mais valia e trazemos uma mais valia em todos os aspectos¹⁹. Pelos nossos conhecimentos, pela nossa experiência²⁰ e eu tenho colegas que não têm só experiência de urgência. E isto ajuda-nos a crescer como profissionais e pessoas, porque nós vemos muita coisa. O nosso plano de atuação é muito grande é muito vasto e ajuda-nos a desenvolver todas as nossas competências²¹ em todos os campos e em todos os níveis e em termos profissionais é... uma percepção. A maioria das pessoas pensa que só fazemos a técnica e somos meros executantes como se fossemos robotizados e não somos²², isso não existe.

E a partilha de experiências interpares, entre nós e a equipa médica e vice-versa porque ao contrário também acontece acho que é **extremamente enriquecedora**²³... E assim crescemos todos, a nossa perceção vai-se modificando à medida que nós vamos crescendo, a perceção que eu tinha quando vim para a VMER apesar de ter alguma experiência de pré-hospitalar como voluntariado, é diferente e uma pessoa vai amadurecendo e começa a fazer sentido e as coisas como a tua postura, a tua maneira de estar e de ser vai-se modificando... as coisas vão evoluindo e tu vais-te modificando. E é obvio que á muitas coisas no pré-hospitalar que eu já tinha conhecimento mas os enfermeiros que nunca foram bombeiros ou que nunca tiveram contacto nenhum com o pré-hospitalar, é muito engraçado ver o desenvolvimento das pessoas porque efectivamente tu percebes que eles são importantes e o trabalho de equipa com uma quantidade de gente de vários campos, bombeiros, polícia a proteção civil é muito giro, porque tu tens que te articular com muitas coisas diferentes e é uma coisa que a nível hospitalar acontece mas num nível diferente, numa dimensão mais protegida. **Tu lá foras por tua conta e risco mas tens um grupo de gente com que podes contar**²⁴ e tão todos a trabalhar com o mesmo objetivo.

3. Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?

Olha, as minhas principais dificuldades muitas das vezes prendem-se com o tempo²⁵... Não te posso dizer que não tenho dúvidas porque as tenho como toda a gente tem, à coisas que eu não sei. As minhas principais dificuldades em termos de exercício de função enquanto enfermeira prendem-se muitas vezes com o tempo... **O tempo que eu demoro a executar uma técnica porque não consigo**²⁶, a **dificuldade de acesso ao doente porque às vezes é difícil, é difícil o espaço, o local**²⁷, não o espaço físico só mas toda a envolvente. Se tu tiveres uma saída para um bairro complicado, não significa que não faças... mas é diferente é difícil, **não estás seguro, não te sentes seguro**²⁸. E eu tenho um handicap muito grande... eu pessoalmente não sei quanto aos meus colegas.

Eu sou enfermeira à alguns anos, como referi... Eu **tenho muita dificuldade em trabalhar com doentes mutilados** à séria. Tenho que o fazer e faço-o... mas é um processo de crescimento que eu tenho que fazer... porque eu tenho dificuldade em trabalhar e dificuldade não é em aceitar...

Mas faz-me muita confusão... incomoda-me²⁹, não me faz estar à vontade. Portanto tudo o que seja mutilações graves: amputações traumáticas graves, mortes com um violência muito marcada em que o corpo está muito ferido... Mexe muito comigo³⁰. Obviamente que se, se confirmar o óbito eu já terei que fazer nada, mas o facto de eu ter que ir ver ter que estar, provoca-me nervosismo. Provoca por exemplo eu sair daqui para um atropelamento ferroviário, saio daqui e vou a tremer até ao local. Portanto é um processo de crescimento que eu tenho que fazer e ao fim de estes anos todos de profissão... e estou-me a arrepiar, mexe comigo não consigo. É demasiado violento, as pessoas dizem que devia estar habituada, mas não consigo, o nosso corpo é sujeito a demasiada violência que a mim me custa a aceitar³¹. E eu sei que acontece... E depois é crianças. Crianças tenho muita dificuldade³². Tenho dois filhos... E isto é outro problema meu, eu gosto de crianças saudáveis, agora crianças doentes faz-me muita confusão. Portanto eu saí... e a experiência mais traumática que eu tenho com crianças foi passada em meio intra-hospitalar, onde eu fiquei completamente estagnada no sítio onde estava, não consegui mexer um dedo, fiquei... E na rua a situação mais traumática que eu tenho foi o óbito de uma criança³³, que eu não consigo e não consigo... fiz tudo mas não consegui e é-me difícil. Agora em termos do resto, realização de técnicas, acho que não tenho qualquer constrangimento ou dificuldade³⁴.

A experiência vale pelo que vale, sem dúvida³⁵ e isso não há... e é fantástico fazer pré-hospitalar, é fantástico³⁶. O enfermeiro consegue marcar a diferença pela postura, pelo saber estar, consegue fazer a diferença³⁷, por muito pouco que ela seja e eu já tive situações no pré-hospitalar de tudo... bizarras e até uma morte assistida. E tu estás lá para tudo. Quando eu assisti a uma morte assistida e estive literalmente a assistir, porque a pessoa a morrer e pediu à família para morrer em casa, nós estivemos uma hora no local com a família e a vítima em casa. Dissemos o que estávamos a fazer e ficámos com aquela família a assistir à morte daquela pessoa. E isto é uma mais valia... É um ganho... enquanto pessoas e enquanto enfermeiros³⁸.

4. Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?

As dificuldades existem e existem no nosso quotidiano e a qualquer hora e portanto as estratégias que eu utilizo acima de tudo são estratégias...

São os meus mecanismos de defesa, efetivamente **se eu de conseguir de alguma forma salvaguardar**³⁹... Por exemplo se eu chegar a um local e souber que é uma criança, o meu mecanismo de defesa... eu sei que tenho que lá ir, porque a equipa é uma equipa reduzida, só somos dois e as pessoas que lá estão... portanto se efetivamente eu tiver que estar, eu estou e quando saio daqui já vou com aquela coisa na garganta e no coração... pá com um bocadinho de sorte não é nada, portanto esse **é o meu primeiro mecanismo de defesa, é o meu pensamento dizer: pá pode ser que não seja nada**⁴⁰. Depois eu acho que bloqueio. Há ali uma altura em que eu tenho mesmo que... e bloqueio... assegurar a forma que eu encontrei mais fácil, e por isso é que eu acho que é um processo de crescimento, é parar... **ver como foi a minha postura, avaliar** e eu fazer uma própria avaliação minha, **ver como me portei, ver como é que estava e ver de que forma e se me incomodou ou não**⁴¹... e normalmente incomoda-me senão eu não dizia que acabava por ser... não é? Mas depois ver, eu hoje já fiz melhor, já-me esforcei. Vai tendo a ver com a minha postura nas coisas. Hoje aconteceu-me, chorei, porque às vezes choro nos serviços... eu sou humana. Quando eu te digo que tenho alguma dificuldade em trabalhar com crianças, eu quando perdi uma criança na rua, eu nem sequer consegui porque é uma coisa que eu gosto de fazer é de dizer às pessoas.

Se alguém morrer eu vou dizer a alguma pessoa da família que está próxima, que lamento a perda dela, eu lamento efetivamente, não sinto, não dou pêsames, porque aquela pessoa tinha alguém que gostava dela e que efetivamente está a sofrer porque a perdeu... portanto eu lamento a perda dela. Não digo que sinto muito porque não sou eu que sinto, não o digo de uma forma fria, como é mais um, mas para aquela família, aquele alguém era importante e elas sentem. De qualquer forma, quando é uma criança e aquela criança de que falava... eu não consegui dizer aquela mãe. Não consegui. Os meus mecanismo de defesa, nessa hora não conseguiram, eu fiz tudo o que podia fazer, não deixei em parte alguma que o facto de ser uma criança me limitasse em termos de competência técnica... mas a competência relacional, já não foi a mesma... e não consegui, não consegui.

Chorei, chorei, chorei... vim do serviço a chorar, a chorar, a chorar e só pensava que não tivéssemos mais nenhuma saída porque eu estava... parece que toda a gente me deve e ninguém me paga. Esta dificuldade é minha percebes? Portanto eu acho que os meus mecanismos de defesa, a minha defesa pessoal é pensar... ok isto aconteceu desta forma e há muitos serviços e eu faço VMER já há alguns anos...

Eu consigo-te enumerar variadíssimos serviços que me marcaram, muitas das vezes nem te consigo dizer porque, o facto é que estão registados na minha memória, estão registados no meu sentir, no meu... estão gravados e eu lembro-me deles. E lembro-me deles como se fosse hoje. De alguma forma eles serviram para eu crescer. Os mecanismos e as situações **tu vais-te adaptando** a cada um e **a cada situação**⁴² e eu tenho que ser cada vez melhor naquilo que faço. E se eu conseguir por o meu patamar lá em cima, eu sei que nunca lá vou chegar, porque posso sempre melhorar qualquer coisa, mas se eu me esforçar para lá chegar, se aquela for a minha cenoura e eu continuar a caminhar para lá, o facto de eu me esforçar para lá chegar é uma mais valia. E eu acho que é com isso que eu me defendo. **As situações todas elas são difíceis mas fazem-me crescer**⁴³ e eu só as sinto difíceis porque ainda não consigo lidar com elas. Essa é a minha dificuldade. De resto, esforço-me todos os dias para fazer melhor. **É muito gratificante fazer pré-hospitalar e é muito gratificante ser enfermeiro**⁴⁴... **Eu continuo a acordar todos os dias de manha com vontade de vir trabalhar, sinto-me motivada para vir trabalhar**⁴⁵. É bom vir trabalhar. Só sentindo... Se houver outra vida qualquer noutro sítio qualquer e eu for para lá... eu vou ser enfermeira na mesma.

5. Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?

Eu acho que a minha avaliação é sempre positiva, **a minha intervenção é sempre positiva, numa e noutra**⁴⁶ eu avalio-as de uma forma muito positiva. **O pré-hospitalar tem uma coisa, que eu considero diferente, que é o sentimento de autonomia**⁴⁷. Não significa que eu seja autónoma, porque é como te digo a maioria das nossas funções, mesmo no pré-hospitalar é muito independente, tu não tens justificação para picar uma via, senão houver justificação para tal e normalmente quem decide se é senão é, é o médico. Porque se o médico disser que quer fazer uma medicação aquele utente, tu vais ter que o acabar por picar, independentemente da tua opinião. Portanto não há muitas funções autónomas no pré-hospitalar por assim dizer, agora... **a sensação de autonomia** e eu acho que é mesmo isto, **desenvolve-se com o espírito de equipa**⁴⁸ que tu consegues ter, tu no hospital tens muito mais coisas que podes fazer de uma forma autónoma, mas porque o contexto é diferente e no pré-hospitalar isso não acontece.

Na rua sentes-te mais livre, mais autónomo⁴⁹, coisas que são todas elas interdependentes mas que tu podes opinar junto do médico e sendo uma equipa mais reduzida sentes uma autonomia diferente⁵⁰. Em termos de intervenção, eu não noto pessoalmente grande diferença⁵¹, mas também tem a ver com a nossa prática. Pelo tempo de experiência, pela prática⁵², chegou ao pé do médico, digo-lhe e faço... Claro que quando eu era enfermeira há pouco tempo secalhar não acontecia desta forma, eu falava primeiro com alguém que fosse mais velho do que eu... portanto eu neste momento não noto que haja grande diferença. O sentir é que é diferente. Lá fora a sensação de autonomia é diferente. Não faz grandes alterações significativas, não quer dizer que não as haja. Outra mais valia no pré-hospitalar é a capacidade de trabalho em equipa⁵³, o diálogo ente médico e enfermeiro, neste contexto tão pequeno, tão reduzido é muito bom⁵⁴. Aquilo que nós conseguimos fazer é muito bom⁵⁵. Não há aquela comparação que ainda existe infelizmente na nossa sociedade entre médico e enfermeiro, como criado do médico... que felizmente está a mudar. O enfermeiro faz muito mais coisas do que cumprir ordens médicas⁵⁶... que nem são ordens são prescrições... Temos um mundo à nossa frente de coisas fantásticas que podemos fazer. Eu acho que quer no pré quer no intra-hospitalar a nossa meta tem que ser a excelência. E nós só marcamos a diferença enquanto classe profissional, enquanto disciplina, nós só marcamos diferença pela qualidade e por aquilo que nós conseguimos demonstrar aos outros que somos⁵⁷.

Temos muito potencial para ser, muitas vezes deixamo-nos arrastar... A excelência é a qualidade, o topo lá em cima, por muito inatingível que seja, porque acho que podemos sempre fazer alguma coisa melhor.

6. Como poderia melhorar o serviço na VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

Em termos de intervenções de enfermagem propriamente ditas... eu acho que não conseguiria mudar alguma coisa⁵⁸, porque já por defeito já estou tão habituada que as coisas se façam desta forma, que secalhar também nunca pensei muito nisso. Nunca dei por mim a parar para reflectir de que maneira podíamos fazer diferente ou de que maneira poderíamos melhorar. Porque senão então a minha meta não seria a excelência.

Acho que a nossa VMER e é nela que estás a fazer o teu estudo, a grande vantagem e outras já o fizeram também, é fazermos muita formação. Temos um programa de formação interno, muito enriquecido, com várias experiências⁵⁹, trazemos gente de fora, par ver de que forma é que dentro do pré-hospitalar poderemos melhorar. Trazemos pessoas de várias áreas, plástica, pediatria, várias coisas, o que se torna uma mais valia. Acabam por te transmitir e informar coisas que secalhar até são de teor intra-hospitalar mas que podemos melhora-las no pré-hospitalar, para que quando cheguem ao hospital, à unidade as coisas poderem ser melhoradas. Não te sei dizer em termos de intervenções o que poderia mudar⁶⁰... Não faço ideia, nunca pensei nisso, e também não te sei dizer se conseguiríamos mudar alguma coisa. É a formação... Na nossa VMER as formações tem uma coisa boa, são formações que são abertas a toda a gente, quer do hospital, quer bombeiros, doutras VMER's e a partilha de experiências. Discutir como fazemos, e a discussão de como fazem os vários elementos da equipa... Somos 15 e todos somos diferentes... A nossa postura e forma de actuar é diferente, mas o nosso objectivo é comum. Eu se calhar eu não mudaria nada⁶¹... Em termos da condução que às vezes é uma questão levantada, porque o enfermeiro não tem necessariamente que saber conduzir, não é? Mas até isso... sou suspeita porque gosto de conduzir. Acho que não mudava nada em termos de intervenções,⁶² pelo menos pessoalmente não mudava nada. Acho que tudo aquilo que fazemos é muito bom...

Apêndice 7 – Entrevista 2

1. Quais as intervenções que executa como enfermeiro na VMER?

Excluindo a condução, são todas intervenções com base de prescrição médica¹, nós trabalhamos em equipa muito directamente² e depende também das áreas. Autónomas só as que não precisam de intervenção médica³, porque de resto... a coordenação da equipa é uma intervenção que eu tenho se tiver um médico menos experiente, mas não posso considerar como intervenção porque oficialmente quem faz isso é o médico e depois todas as outras intervenções mas que dependem sempre de prescrição. Depois há outras directamente relacionadas connosco, por exemplo a morte, os cuidados pós-morte que são cuidados específicos⁴ de resto são todas intervenções como trabalhamos no serviço de urgência, na base de uma prescrição⁵, muitas delas autónomas: imobilização mas na parte médica as coisas que farei são posicionar o doente com dispneia que executamos sem serem prescritas mas que tem o seu fundamento. Eu posso estar a coordenar, a puncionar, posso fazer tudo, iniciar terapêutica com o doente mas tenho que me salvaguardar. Avaliação de um doente por exemplo tanto é nossa como é do médico⁶, estamos todos na mesma base, porque imaginemos que temos duas vítimas, eu fico autonomamente com uma delas, pode até ser a mais grave ou não⁷... mas todas partem de um princípio de prescrição, que pode não existir na altura, mas não nos podemos esquecer, eu posso picar, entubar, desfibrilhar mas sabemos que na base existe uma prescrição, que é feita oralmente ou por um olhar mas essa prescrição tem que existir⁸. Tenho outras intervenções que não necessitam de uma prescrição mas que não as considero específicas do enfermeiro. Qualquer pessoa com conhecimentos nessa área poderia fazê-las, agora tem que ter esses conhecimentos obviamente. Quando me mandam administrar uma coisa qualquer, eu sei o que estou a administrar e para o que é que está a ser administrado. Eu sei o que estou a fazer, apesar de estar a fazer uma prescrição, tal como num serviço de urgência ou outro serviço qualquer.

Nós fazemos muitas intervenções autónomas de enfermagem na urgência⁹, no pré-hospitalar não farei tantas e muitas nem tem que ser o enfermeiro a fazê-las. Agora as que faço, faço com conhecimento.

2. Qual a percepção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?

Temos portanto muitas intervenções interdependentes mas outras com que nos preocupamos, tinha falado da morte mas temos outras preocupações, temos a comunicação e outras que como enfermeiros, que temos formação para isso executamos. Por exemplo não se dá uma má notícia de morte sem mais nem menos, avaliamos percebemos que as pessoas não estavam nada à espera do sucedido e apesar de estar morto e não termos conseguido nada, falamos com o médico porque quem dá a notícia não somos nós, até o podemos dar com o olhar, verbalmente é o médico. **A comunicação é muito nossa**¹⁰, outros o poderão fazer, o médico na sua parte ética também tem essa abordagem, mas á coisas que vamos aprendendo e que sabemos que temos que fazer e bem feitas, vai-se adquirindo com a experiência. Cursos que vamos tirando, comunicação, relação de ajuda e que aprofundamos consoante as nossa necessidades, cada um há-se sentir as suas.

3. Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?

A protecção¹¹, portanto quem trabalha no pré-hospitalar e nos cursos que vamos tirando sabemos a importância da protecção. **Segurança, segurança, segurança**¹², dentro de um hospital não é a mesma coisa mas a **segurança é uma das principais dificuldades**¹³. **De resto não tenho outras, não há nenhuma intervenção, não há nada que me lembre**¹⁴. **Também já tenho alguma experiência e não é da VMER, é da minha experiência de base intra-hospitalar**¹⁵, ponto final. É um complemento e o serviço de urgência é um serviço aberto nesse sentido, não somos tarefeiros, não cumprimos ordens, fazemos as coisas com conhecimento, com rapidez e bem-feitas penso eu. **A segurança é o que consideraria a principal dificuldade**¹⁶.

4. Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?

Por tantas situações que já encontrei, acho que parte da **preparação antes de irmos para a situação**¹⁷. Vamos para um **acidente na marginal, uma das primeiras coisas que perguntamos é se já está autoridade no local**¹⁸. Se formos para um bairro de etnia cigana e que sabemos que vamos para uma possível paragem, perguntamos se já está autoridade no local. Vamos para o meio de um tiroteio, não vamos.

Só entramos quando há segurança¹⁹. O povo português é um povo do desenrasca e nós temos de saber muito bem para onde é e não somos super-mulheres nem super-homens, nem super-médicos ou super-enfermeiros, somos enfermeiros e médicos como os outros todos²⁰. Há sempre coisas novas em que poderão surgir dificuldades mas que não posso dizer que sinta dificuldade. Nunca apanhei uma catástrofe, apanhei várias camionetas viradas com várias pessoas lá dentro mas acho que temos que ter essa preparação, não sinto isso como dificuldade, obviamente são situações de stress que tem que ser digeridas antes de lá chegarmos e agir em conformidade com o que nos é ensinado previamente pondo em prática na situação, mas com os pés bem assentes na terra²¹, o que é difícil muito difícil. Não temos nenhum enfermeiro com um mínimo de 6 anos a fazer rua²².

Tal como o percurso no serviço de urgência, até posso ter muitos conhecimentos mas não tenho experiência, portanto não vou ser integrado na reanimação ao fim de um ano de estar na urgência. Faz tudo parte de uma formação, de um percurso²³ que não é feito porque nos apetece é porque as coisas funcionam melhor assim. Não existe tanta insegurança, tiram-se dúvidas uns com os outros²⁴.

5. Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?

Estão interligadas²⁵, de facto o que se aprende é no intra-hospitalar não é no pré-hospitalar. No pré-hospitalar podemos ver o trauma directamente²⁶ mas de facto o que aprendemos num curso de pré-hospitalar é diferente em relação a alguma traumatologia. Na vertente médica o que aprendemos é no intra-hospitalar, a única coisa que não tenho é a segurança²⁷.

Não é só a segurança física é a segurança de monitorização, é a segurança de que se o doente precisa de um cardiologista ele desce até à urgência, a segurança de apoio, de especialidades de tudo.

No trauma é diferente²⁸, mas não é tão diferente. Se tenho que mobilizar um doente na urgência é igual mobilizar um doente na rua, a diferença é que na rua tenho que por os joelhos na terra e aqui não tenho que me baixar²⁹. Tirar uma vítima de dentro de um carro, eu na urgência não o tenho que tirar, portanto terei que praticar essas coisas mas nas questões de trauma. Apesar de tudo temos sorte, os bombeiros que

existem aqui na área, são mais diferenciados, portanto quase que nem precisamos de ir, obviamente que se estiver em paragem é tirá-lo rapidamente e outros casos em que é necessária alguma estabilização hemodinâmica com a vítima ainda encarcerada. Mas isso tanto faço aqui como faço ali. A técnica em si é que é diferente lá fora e temos que ser mais diferenciados nela³⁰. Nós vamos aos acidentes em que as pessoas estão mal.

6. Como poderia melhorar o serviço na VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

A VMER ser um prolongamento do serviço de urgência³¹, ou seja os enfermeiros que estão de serviço de VMER serem os enfermeiros que estão de serviço na urgência³². A mim faz-me sentido que os enfermeiros que estão na VMER serem enfermeiros do serviço de urgência³³. Por várias razões mas mesmo na parte das intervenções para também percebermos dentro da urgência por que é que o colar vem daquela maneira, porque é que vem sem ele. E depois ser um complemento, o doente beneficiaria porque não tínhamos que estar a passar doentes, acompanhávamos o doente³⁴ e estaria outro encarregue de seguir com a VMER se houvesse outro accionamento³⁵. A nossa função no pré-hospitalar neste momento é imprescindível porque nós temos conhecimentos técnicos sobre as coisas e os outros não têm. Se houver um curso, o que quer que seja nessa área não precisarão de haver enfermeiros e muito menos médicos. Não precisamos de médicos no pré-hospitalar. Agora em Portugal, acho que precisamos e faz a diferença, entre viver ou morrer. Penso que um investimento em SIV's era uma mais valia que VMER's³⁶. Agora obviamente teremos que trabalhar com protocolos, porque se executam muitas coisas médicas. Mas não é um enfermeiro recém formado que vai para a SIV, não faz sentido. Não sou nada facciosa em relação ao papel do enfermeiro na VMER, temos o nosso papel porque a nossa realidade é esta.

As nossas intervenções fazem diferença? Fazem... mas não precisariam de ser médicos e enfermeiros desde que tenham formação para isso. E um bom enfermeiro na rua faz-se na parte intra-hospitalar.

Apêndice 8 – Entrevista 3

1. Quais as intervenções que executa como enfermeiro na VMER?

Eu posso dividir as intervenções em duas: a primeira tem a ver com a viatura, porque nós somos enfermeiros mas temos uma componente que é a condução, que não seria necessariamente um enfermeiro, mas neste caso acumulamos essas duas funções, quer as actividades mesmo adstritas à enfermagem, quer a condução¹. E nas funções de condução temos de ver o carro de manha, repô-lo², portanto a bem da segurança sinalização do percurso em emergência. Relativamente à parte de enfermagem temos sempre em todas as manhãs a revisão de tudo o que é material, nas quantidades e conservação e manutenção dos mesmos³. E depois temos as próprias intervenções na prática, que tem a ver com quem está no pré-hospitalar sabe que em qualquer actuação seja médica ou cirúrgica ou traumatológica ou o que quiseres... temos que nos guiar pelo ABCDE em termos de actuação e portanto as intervenções de enfermagem nós executamos de acordo com essa avaliação⁴. A partir daí nós avaliamos qualquer doente, tanto o médico como o enfermeiro⁵, muitas vezes nós temos multi-vítimas e a avaliação é completamente igual e tem que ser igual⁶. Portanto é na base do ABCDE e as intervenções tem a ver com isso. Por exemplo tem a ver com avaliar se a pessoa está consciente ou não, depois ver a permeabilização da via aérea, depois a ventilação, circulação etc.. Nós nesta VMER, não estamos à espera que o médico diga⁷: olha vê-me ai como é que está a pressão arterial... Põe-me ai uma via periférica... faz-me esse penso... Não, nós sabemos para aquilo que vamos e sabemos o que esperar um do outro⁸. Monitorização? Ninguém espera para monitorizar. Conforme o caso e não fazemos coisas de forma igual para toda a gente⁹, portanto nós sabemos para aquilo que vamos e não vamos actuar sempre da mesma forma.

Não vamos por um soro para uma crise de ansiedade, uma crise psicótica logo assim á partida. Nós sabemos actuar de acordo com as nossas bases teóricas e temos esse discernimento¹⁰.

2. Qual a percepção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?

Olha o pré-hospitalar tem uma coisa muito boa. Qualquer... em princípio, qualquer acção que eu tenha, seja de enfermagem, enfim... há aqui uma coisa muito boa que é sentes a diferença logo¹¹.

Ou seja tu actuas em ambientes às vezes muito complicados¹² em termos psíquicos, emocionais em termos de haver muita população, etc. portanto nós temos essa condicionante, e nós ganhamos essas aptidões para conseguirmos actuar nesses ambientes e o que nós fazemos, é sabermos reconhecer quais é que são os problemas¹³, ou pelo menos os problemas principais, nós aqui não fazemos diagnósticos, fazemos hipóteses diagnósticas¹⁴ no fim, mas conseguimos actuar de forma a que se vejam resultados¹⁵. Não ficamos à espera, como por exemplo numa enfermaria onde administramos antibioterapia e o resultado não aparece logo¹⁶, no imediato. Nós aqui realmente por aquilo que fazemos, actuamos na altura certa, não deixamos para mais logo, actuamos logo e normalmente nós vemos logo uma evolução¹⁷. E isso é bom, por sentimos que fazemos realmente alguma diferença¹⁸. Quer em termos de avaliação, na avaliação sistematizada e essa sistematização é muito boa em termos de actuação e depois em termos de actuação... e pá normalmente quando dás fármacos ou quando tiras um homem que está encarcerado cá para fora... normalmente vês a diferença¹⁹. Quando tu dizes: Não, não esse homem não se tira dessa forma, tiramos de outra porque já fui auscultar ou tem o pé preso não sei aonde, ou fractura não sei que mais... portanto tiras assim porque há mais segurança. E essa parte é o enfermeiro que decide. Não é o bombeiro... é o enfermeiro, o enfermeiro e o médico como é obvio, e nós temos muitas vezes essa experiência e somos nós que decidimos. Não, não o doente vai sair assim, cortem o carro por cima. Portanto eu acho que a percepção é que tu vais agir e vais ver logo o resultado²⁰, às vezes não é o esperado, mas pelo menos tens um resultado²¹. E nunca esquecer as avaliações secundárias que vão dando a restante informação no transporte.

3. Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?

As minhas maiores dificuldades, acho eu, tem a ver com as chamadas situações especiais, as situações de excepção²². Que têm a ver com... é pá, emoções que estão presentes em todos nós, portanto situações de morte de crianças, ou de uma mãe e está o bebé ali ao lado a chorar²³, ou morte em crianças, sei lá... Portanto a mim é mais essa componente emocional²⁴. Depois há uma dificuldade, uma dificuldade não, há um stress que pode ser uma dificuldade, podemos tentar controlar esse stress mas sem dúvida que a condução é um stress²⁵. Temos de nos resguardar de alguma forma em termos de

concentração para realmente a nível de condução, não falharmos²⁶. Somos responsáveis por nós, mas temos um médico ao lado, temos a vítima que nós temos que chegar, os condutores²⁷, a criancinha que vai atrás da bola ali a estrada, o motociclista ou o ciclista que não nos vê passar e mete-se á frente do carro. E estas situações já nos aconteceram a todos nós... e portanto eu acho que é uma dificuldade este stress, o controlar... Penso que consigo controlá-lo mas reconheço perfeitamente que é um stress essas situações²⁸. Depois a nível técnico, e pá... há técnicas que não são muito usadas, mas quando tem que ser. Por exemplo situações de colocação de drenos torácicos, neste caso nós em termos de colocação de material de punção, para drenar um possível pneumotórax hipertensivo ou um hemotórax eventualmente que seja detectado... Cricotiroidectomia também... Há técnicas que são menos utilizadas e que podem provocar alguma dificuldade na parte prática²⁹, mas que com a experiência nos faz completar isso mesmo³⁰.

4. Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?

As estratégias que utilizo e utilizamos aqui relativamente à questão das técnicas que referi é a formação³¹. Formação e nós aqui temos uma formação bastante activa nesta VMER³².

Aqui temos outra coisa boa que é: quando aparece aqui alguma coisa nova em termos de tecnologias, sei lá videoescopia, ecógrafos portáteis, de válvulzinhas para ajudar a aumentar a aumentar o débito cardíaco nas paragens cárdio-respiratórias... sei lá, nós temos todas essas coisas e mandamos vir cá pessoal especializado e depois adquirimos ou não... mas realmente temos essa vantagem de termos actualização³³.

E nomeadamente tudo o que está para ai a sair, nós tentamos e nomeadamente a coordenação que é muito activa nesse aspecto, permite que estejamos sempre em cima do acontecimento, e dito isto é assim que resolvemos essa dificuldade. Depois o espírito de equipa é muito importante: médico-enfermeiro³⁴ e depois também na rua com os tripulantes, portanto tudo o que possa ser dificuldades de controlo de população, que nos envolvem e perguntam: porque não fazem nada ou porque só chegaram agora, portanto todo o nosso espírito de saber o que um e outro pensam e a tomada de decisão, ajuda muito³⁵. E depois há os próprios processos de coping pessoal, de adaptação para

lidar com certas situações mais traumáticas³⁶. Para mim foi um trauma ir para uma situação de parto em que a senhora já tinha efectivamente expulso o bebé³⁷... Ele estava em paragem e o bebé estava praticamente sem pele nenhuma³⁸... Tava totalmente esfolado, que andamos ali uma hora com aquela impressão de que o bebé não tinha pele rigorosamente nenhuma, toda a sair. E portanto, nós andamos ali uma hora a por intra-ósseas, por pazinhas, fazer as massagens cardíacas, por um tubo muito fininho, etc. e portanto que são coisas que mexem, sobretudo nas pessoas que no seu ciclo de vida também tem um bebezinho, ou tem crianças pequenas³⁹, quer dizer... São aquelas coisas que, por mais que a gente não queira, temos que nos distanciar de alguma forma⁴⁰, e portanto esses processos de *coping* é depois em casa é falando com os colegas, também já me aconteceu isto, também faz impressão não é só a ti⁴¹, etc. Não és só tu que és o duro e não mostras emoção nenhuma e sou eu que sou muito emocional e estou sempre a falar do mesmo. Portanto vamos descobrindo que o outro realmente também sente essas dificuldades e dificuldade no controlo emocional. Mas ultrapassa-se, e senão se ultrapassa-se tinha-se muita dificuldade numa situação semelhante não saber actuar e felizmente não tem acontecido isso. Quando conseguimos salvar compensa isto tudo⁴²...

5. Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?

Cada vez é dada maior importância aos registos, e como sabes esses registos são médicos, portanto aos registos feitos no pré-hospitalar. Antigamente era uma folhinha que a VMER entregava e ficava perdida para um sítio qualquer, entretanto há cada vez uma mais preocupação com o que é feito na rua⁴³, porque descobriu-se que há muita informação de: qual é a medicação que o senhor ou a senhora tomava, qual é ou quais os antecedentes pessoais que tinha, qualquer informação adicional.

Quer os médicos, quer os enfermeiros da urgência aperceberam-se que há muita informação importante que primeiro era um pouco desprezada⁴⁴. Deixada assim ao lado... Ok o doente está aqui vamos avaliar como se fosse do zero.

Não, agora já vem que agora há uma continuidade⁴⁵, muitas vezes no pré-hospitalar, e quando a situação assim o permite, colhemos um sangue, a primeira troponina cardíaca, o electrocardiograma, fazemos uma gasimetria, conseguimos ver iões... o que é fantástico. Temos pequenas indicações que nos permitem uma abordagem terapêutica ainda antes de chegar ao hospital, portanto eu acho que agora o serviço de urgência está a ver a intervenção da VMER com continuidade do que é feito no pré-hospitalar⁴⁶. Acho que finalmente, e cada vez mais a cada vez uma maior continuidade dos cuidados quer médicos, quer de enfermagem⁴⁷. E isto é uma mais valia...

6. Como poderia melhorar o serviço na VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

Olha eu tenho uma opinião curiosa, um bocadinho... que não deve ser comum a todos⁴⁸... É pá, eu era excelente senão fosse condutor, ou seja havia um condutor tipo um motorista, só especializado nisso⁴⁹ e realmente poder vir o médico e o enfermeiro com a vítima só para se poder preocupar no que são cuidados de enfermagem⁵⁰. Tudo bem perde-se a emoção da condução etc. mas eu já tive isso⁵¹ e portanto acho que a mais valia seria o acompanhamento do doente na ambulância, é pá o enfermeiro poder vir dentro da ambulância no apoio⁵²... e não só, imagina duas, três vítimas etc. o médico vai numa ambulância, o enfermeiro vai noutra... e pronto. Mas isso é uma particularidade, uma opinião minha⁵³.

Nós não temos desculpa nenhuma para não fazer o nosso trabalho e faze-lo bem, e nós não temos desculpa para não ser excelentes naquilo que fazemos⁵⁴. Sinceramente não vejo assim grandes dificuldades ou barreiras, os médicos sabem a nossa função nós sabemos a deles⁵⁵, muitas vezes nós cruzamo-nos mas sempre funcionou da melhor forma. Temos uma dinâmica muito prática e somos uma equipa⁵⁶. O chefe de equipa é médico. Mas somos uma equipa.

Apêndice 9 – Entrevista 4

1. Quais as intervenções que executa como enfermeiro na VMER?

As funções que desempenho são funções de: condutor, na qual foi preciso fazer um curso de condução de técnicas de emergência, técnicas de marcha de emergência¹ e temos as técnicas depois inerentes ao enfermeiro, que são nada mais, nada menos do que as que fazemos aqui no hospital, no sector da reanimação². São as nossas funções, é ser condutor e ser enfermeiro no local da ocorrência³.

2. Qual a percepção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?

Eu acho que o enfermeiro na VMER é importante, na medida em que o enfermeiro pode ajudar o médico a resolver situações, que se o médico tivesse com outro técnico seria mais difícil⁴, assim quando na chegada da equipa ao local da ocorrência apesar do médico nos prescrever oralmente as coisas, nós fazemos também a nossa avaliação e antecipamos os passos⁵, enquanto o médico está a recolher a história, nós também estamos a ouvir e os nosso sentidos já estão a olhar o doente e podemos assim antecipar algumas das técnicas que irão ser abordadas nessa situação⁶. Enquanto o médico está a fazer uma coisa, nós estamos a fazer outra e aí ganhamos muito tempo⁷ é claro que o técnico pode ser treinado para fazer determinada tarefa, mas tem que estar sempre sob supervisão do médico⁸, enquanto que nós enfermeiros temos muitas técnicas em que não precisamos estar com supervisão⁹. A canalização de uma veia periférica, a entubação nasogástrica, entre outras administração de oxigénio, nós sabemos perfeitamente bem o que fazer e não precisamos de ser supervisionados por um médico para fazer estas intervenções¹⁰. A preparação e administração de drogas, portanto existe muita diferença em relação a um técnico de modo que eu acho que é uma mais valia ser um enfermeiro a fazer parte da VMER¹¹.

3. Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?

Inicialmente foi conhecer a área de influência da VMER, conhecer os bairros, as zonas, as ruas, os nomes¹², trabalhar com mapas, os mapas são todos diferentes. Recordo-me por exemplo que o mapa da Amadora, o mapa de Queluz ou de Massamá são todos mapas diferentes que os próprios municípios criaram e não são iguais. Um começa pelas ruas, outro pelas avenidas, outro... são diferentes, o grafismo é diferente e tens que te adaptar. Uma das minhas dificuldades que senti quando comecei aqui foi reconhecer a área geográfica da viatura. Em relação à parte do exercício, em si, nas ocorrências, a minha principal dificuldade, se pode ser dificuldade e que acaba por não ser dificuldade é que nós trabalhamos em casa das pessoas, trabalhamos na rua, trabalhamos debaixo de uma viatura, trabalhamos no meio de uma ribeira¹³ e esses espaços fazem a diferença. Temos que nos ajoelhar enquanto no hospital tens tudo em prateleiras¹⁴, tens tudo em armários e na VMER tu tens que te adaptar à situação, tens que te adaptar ao espaço que tens¹⁵. Pode ser um espaço à chuva ao frio ao calor, em espaços confinados, numa cozinha numa dispensa, numa garagem sem luz¹⁶, em casas que cheiram horrivelmente mal e que tu tens nojo de tocar seja em que sítio for sem luvas. Quando entrei para a VMER já não tinha noção do que eram alguns domicílios. Eu fiz domicílios no curso e então tenho notado que há casas e pessoas que vivem em condições muito precárias por falta de condições, por falta de cuidados, por negligência, pobreza, sei lá... por más condições, por má formação. Muita gente precisava por ai de apoio e foi uma das dificuldades que eu olhei e.... Wow o que é que se passa aqui? Outra dificuldade que temos é termos que estar sempre com a matéria em dia¹⁷. De três em três meses de quatro em quatro obriga-me a ir ao manual olhar ou uma situação em que não me senti tão à vontade¹⁸... pá já não me acontecia isto há muito tempo, deixa-me lá ir ver como é que é, abrir o computador, reler, recordar, fazer um *refresh* das coisas para me sentir mais à vontade¹⁹, numa situação que venha a acontecer.

4. Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?

Olha, muitas vezes é como te acabei de dizer... É **reler a matéria**²⁰, outras é ir mentalizando as coisas e outra coisa é **a experiência**²¹. Nós **acabamos por criar mecanismos de defesa, precisamos de olhar de outra maneira e vamos ultrapassando as dificuldades ou as diferenças com a experiência**²². O meu primeiro ano de experiência da VMER foi muito pobre. Na VMER de Torres Vedras tínhamos uma saída por dia quase, comparando aqui, não tem nada a ver, já cheguei a ter seis saídas por turno e então o ano zero foi quando aqui cheguei. O outro ano serviu para rotinizar aspectos como quando chegamos de turno, verificar o material, a viatura, se as sirenes e as luzes estão bem, se os travões estão ok... E o material da **carga da VMER, decorar o que a carga tem**²³, porque nós também somos uma ajuda para os médicos, o médico às vezes que não fazem com tanta frequência não tem tão presente a carga e muitas vezes prescrevem oralmente ou sugerem temos isto... e **nós temos que saber se está ou não está, se existe ou não existe**²⁴. Nós preocupamo-nos um bocadinho mais com essas questões do que o médico. Pronto é isso é **rever a matéria e irmo-nos preparando no dia a dia**²⁵, porque **nunca sabemos o que vai acontecer naquele turno**²⁶, temos que estar sempre preparados e isso também já vem do nosso espírito e perfil para fazer VMER. Penso que **não é qualquer enfermeiro que esteja disposto a estar ao sol uma hora ou duas horas a tentar desencarcerar uma vítima**²⁷, a ajudar a equipa, ou estar à chuva ou ao frio, não é para qualquer enfermeiro. **Não estou a dizer que são poucos, estou a dizer que tem que haver um perfil**²⁸, **enfermeiros que não tenham medo de se ajoelhar, que não tenham medo de rastejar**²⁹, **pessoas que se adaptam a puncionar e a entubar no chão**³⁰. Trabalhar com carros a passar... enfim. Estou-me a lembrar houve uma vez em que num acidente não me senti seguro, o que se passa? A polícia não está a fechar o trânsito? Quando chegamos pensamos que estávamos em segurança e depois foi reaberto o trânsito e os carros estavam a passar muito próximo de nós. E senti ali uma insegurança, o que se passa aqui? **Não podemos stressar também com qualquer coisa**³¹.

5. Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?

Vem um bocadinho ao encontro daquilo que estamos a falar, a diferença de trabalhar num ambiente seguro, num ambiente controlado³², onde temos mais colegas ao lado, temos mais médicos ao lado, temos auxiliares ao lado, temos as cozinhas na prateleira todas bem organizadinhas até sabemos que há-de vir um doente neste estado... Na VMER nós sabemos qual foi a triagem, mas no local é completamente diferente³³ porque a triagem foi mal feita, sem estar a criticar quem atende, mas porque houve manipulação de quem chamou, porque há pessoas que sabem o que hão de dizer para levar o INEM a casa e então manipulam o diálogo e o operador acaba por fazer aquilo que tem que fazer e tem que acreditar nas palavras e encaminha conforme protocolo. A diferença é essa, num hospital tu tens um ambiente mais controlado se tiveres dúvidas tens a quem recorrer, há mais médicos e enfermeiros³⁴. Quando estamos na VMER somos nós, o médico e os bombeiros³⁵ ou quem está a prestar socorro conosco. Por exemplo estares num local onde temos que pendurar um soro e não temos o suporte, temos que improvisar...³⁶ um prego na parede de um quadro que nós tiramos, ou num candeeiro, ou numa barra de uma cama, ou pedir a um mirone que nos seguro no soro... é improvisar, enquanto num hospital existem todos os utensílios³⁷ para se trabalhar bem.

6. Como poderia melhorar o serviço na VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

Quando temos uma situação multivítimas e o médico não se consegue dividir por todas as vítimas e isso até já está protocolado é o enfermeiro poder vir a acompanhar e entregar o carro³⁸ a um bombeiro ou agente de autoridade que faça deslocar a viatura à unidade e durante o transporte podermos acompanhar um doente na célula sanitária, quando um médico vê por exemplo que um doente está muito instável e vê que é preciso um enfermeiro para acompanhar³⁹. Está protocolado, é novo tem muito pouco tempo e havia sempre essa dificuldade... mas pronto, já está, já estamos autorizados⁴⁰.

Apêndice 10 – Entrevista 5

1. Quais as intervenções que executa como enfermeiro na VMER?

Todas para além das óbvias e técnicas, de **condução**¹ em segurança até ao local e de intervenção técnica no local, o **apoio á vítima, utente e família**². A **gestão de recursos materiais**³ e pronto está tudo englobado nisto.

2. Qual a percepção, relativa às intervenções por si executadas na VMER?

São uma clara extensão daquilo que são a prestação de cuidados de saúde de emergência do enfermeiro de emergência no hospital⁴. Portanto representa uma extensão à comunidade e à rua, da qualidade que os cuidados de enfermagem envolvem numa situação de urgência e emergência⁵.

3. Quais as principais dificuldades sentidas no exercício de funções na VMER?

Honestamente e **actualmente nenhuma**⁶. No início sim... **é diferente trabalhar fora de quatro paredes ou trabalhar no conforto de um hospital**⁷ de um serviço de urgência, com o **stress inerente de estarmos sozinhos**⁸, portanto não termos nenhum par ao nosso lado e trabalharmos directamente com um médico. Inicialmente sim, devido à **insegurança mais propriamente na área técnica. São coisas que com o decorrer dos anos vão-se ultrapassando**⁹ e neste momento não há dificuldades, tanto na **segurança da decisão da autonomia e da execução**¹⁰, como também na proximidade da família, cidadãos, portanto neste momento não sinto qualquer dificuldade.

4. Quais as estratégias utilizadas, para ultrapassar essas mesmas dificuldades?

Formação¹¹ e **procura de melhoria no desempenho**¹², são as únicas estratégias possíveis para ultrapassar estas dificuldades de início.

5. Como avalia as intervenções de enfermagem na vertente intra-hospitalar e pré-hospitalar?

A grande diferença tem a ver precisamente com a existência do padrão de conforto do hospital¹³. O facto de ser uma equipa de dois e que deve ser suficiente para aquilo que se tem de fazer¹⁴, enquanto no hospital é sempre mais fácil ter apoio, ter ajuda, poder partilhar ideias e no pré-hospitalar isso não acontece¹⁵. É a única alteração é este padrão de conforto. De resto, é como disse, é uma extensão das intervenções que são feitas no ambiente intra-hospitalar para o ambiente pré-hospitalar¹⁶.

6. Como poderia melhorar o serviço na VMER ao nível das intervenções de enfermagem?

Julgo que não mudaria nada¹⁷, julgo que dadas as especificidades do serviço e do tempo que temos com o doente, não faz sentido mudar nada¹⁸. Honestamente já foi falado muitas vezes uma folha de registos mas não faz sentido. Existe a folha actual preenchida pelo médico que é mais que suficiente para a continuidade de cuidados. Poderia eventualmente outro espaço para o registo de intervenções ou situações mais específicas mas eu honestamente acho que não seria necessário mais nada¹⁹.