



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de emergência extra-hospitalar perante a pessoa com trauma grave**

Margarida Gonçalves Guerra

Coimbra, outubro de 2020





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de emergência extra-hospitalar perante a pessoa com trauma grave**

Margarida Gonçalves Guerra

Orientador: Professora Doutora Verónica Coutinho, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, outubro de 2020



“A prática do cuidar é intelectual porque requer uma inteligência humana de situação (...) que acompanha e reveste os atos de cuidados e dá a cada um destes um relevo particular, uma importância singular, uma perspectiva sempre renovada. (...) É aquela que impele um humano profissional a entrar em relação de inteligência com um outro humano que vive o que tem para viver, no ponto em que se encontra da sua própria história, da sua trajetória de vida”.

*Walter Hesbeen (2013)*



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desta etapa, neste percurso de constante aprendizagem, em especial:

À Professora Doutora Verónica Coutinho, orientadora do presente trabalho, pelo acompanhamento, orientação e motivação que demonstrou desde que abraçámos este projeto;

Aos enfermeiros que contribuíram com um pouco de si e do seu tempo para colaborar neste estudo, desde os peritos, aos responsáveis de meio e aos participantes envolvidos nas diversas etapas da investigação;

À minha família pelo apoio e motivação constantes;

Ao meu namorado, pela paciência, compreensão e incentivo permanentes!

O meu humilde e sentido Muito Obrigada!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AEC** – Alteração do Estado de Consciência

**AIS(M)** – Military Abbreviated Injury Scale

**ANSR** – Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária

**APVP** – Anos Potenciais de Vida Perdidosp

**CNT** – Comissão Nacional de Trauma

**CT** – Centro de Trauma

**CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEH** – Emergência Extra-Hospitalar

**GCS** – Escala de Coma de Glasgow

**IH** – Intra-Hospitalar

**INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

**ITLS** – Internacional Trauma Life Support

**MACB** – Modelo de Aquisição de Competências de Benner

**NICE** – National Institute for Health and Care Excellence

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OM** – Ordem dos Médicos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na Evidência**PCR** – Paragem Cardiorrespiratória

**PTDE** – Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SHEM** – Serviço de Helitransporte de Emergência Médica

**SIEM** – Sistema Integrado de Emergência Médica

**SIRESP** – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal

**SIV** – Suporte Imediato de Vida

:

**SUB** – Serviço de Urgência Básica

**SUMC** – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**SUP** – Serviço de Urgência Polivalente

**TCE** – Traumatismo Crânio-Encefálico

**TEPH** – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

**TIP** – Transporte Inter-Pediátrico

**TNCC** – Trauma Nursing Core Course

**TVM** – Trauma Vértebro-Medular

**UH** – Unidade Hospitalar

**UICISA: E** – Health Sciences Research Unit: Nursing

## RESUMO

Os meios de ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) têm acrescentado responsabilidade aos enfermeiros como líderes de equipas de emergência em extra-hospitalar (EEH), para a diminuição da morbi-mortalidade por lesões traumáticas. Porém, o modo como lidam com tal acréscimo de responsabilidade é parcamente conhecido, justificando o estudo das suas vivências naquele contexto.

Para tal, traçamos como objetivos: descrever a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH; identificar os aspetos que influenciam essa vivência; identificar os significados que os enfermeiros líderes de equipas de EEH atribuem àquelas experiências.

Optamos por um estudo fenomenológico descritivo, segundo o método de Giorgi. Aos enfermeiros que exercem funções nos meios de ambulância de SIV foi enviado um *e-mail* com o *link* de acesso ao questionário de resposta aberta, e solicitado o respetivo reenvio a outros colegas, numa amostragem intencional do tipo “bola de neve”. A amostra foi constituída por onze enfermeiros. A análise dos dados seguiu os pressupostos de Giorgi (2012b) e as sugestões de Loureiro (2002), tendo sido respeitados os princípios éticos e deontológicos aplicáveis.

Identificamos que os enfermeiros descrevem dois focos de preocupação: a tomada de decisão e a liderança. Estes são influenciados por fatores internos e externos, como a experiência profissional ou o conhecimento técnico-científico, e a idade da pessoa ou a duração do desencarceramento, respetivamente. Aparentam o treino e formação contínuos como estratégia para colmatar a sua inexperiência e insegurança.

Este estudo permite-nos concluir que a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH resulta de uma intrincada e dinâmica relação entre condicionantes e contribui para o seu desenvolvimento profissional e obtenção de ganhos em saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem; emergência extra-hospitalar; trauma grave; tomada de decisão; liderança



## **ABSTRACT**

The Immediate Life Support Ambulance Services have added responsibility to prehospital team leader nurses in the decrease of morbidity and mortality caused by traumatic lesions. However, the way these professionals deal with such level of responsibility is not well known, thus justifying the study of nurses' lived experiences in that context.

For that, our goals with the present study are: to describe nurses' lived experiences in situations with severe trauma victims as prehospital team leaders; to identify the aspects that influence those experiences; to identify the meanings that nurses give to their lived experiences with severe trauma victims as prehospital team leaders.

We have decided on a descriptive phenomenological study, following the Giorgi's method. An email with the access link to the online open answer questionnaire was sent to the Immediate Life Support Ambulance nurses. At the same time, we asked them to forward it to other colleagues, in an intentional "snowball" kind of sample. Eleven nurses answered. The data analysis followed Giorgi's orientations as well as Loureiro's suggestions, being all the applicable ethical and deontological principles respected.

Nurses describe two main focus of concern: decision making and leadership. These are influenced by internal and external factors, such as professional experience or technical and scientific knowledge, and victim's age or extrication duration, respectively. Nurses suggest that training and continuous learning would be a positive strategy to deal with their inexperience and insecurity.

This study allows us to conclude that the nurses' lived experience with severe trauma victims, as prehospital team leaders, is the result of a complex and dynamic relationship between all the factors and positively contributes to their professional development as well as obtaining health benefits.

**Keywords:** Nursing; prehospital emergency; severe trauma; decision making; leadership



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Estrutura central de conceitos da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH .....	73
--	----



## **LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes no estudo .....70

**Tabela 2** – Aspectos que influenciam a tomada de decisão e liderança do enfermeiro líder de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave .....81



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL E ONTO-EPISTEMOLÓGICO</b> .....	23
<b>1. FENOMENOLOGIA EM ENFERMAGEM</b> .....	25
1.1. MÉTODO FENOMENOLÓGICO DESCRITIVO DE DE AMEDEO GIORGI .....	30
<b>2. TRAUMA FÍSICO GRAVE EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR</b> .....	33
2.1. ENFERMAGEM NO SISTEMA DE EMERGÊNCIA MÉDICA EXTRA-HOSPITALAR EM PORTUGAL CONTINENTAL .....	33
2.2. TRAUMA FÍSICO GRAVE EM PORTUGAL .....	39
2.3. PESSOA COM TRAUMA FÍSICO GRAVE EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM .....	42
<b>3. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM</b> .....	45
3.1. MODELO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PATRICIA BENNER .....	45
<b>4. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM</b> .....	49
4.1. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: ATUALIDADES TEÓRICAS .....	49
4.2. ENFERMEIRO LÍDER DE EQUIPAS DE SAÚDE .....	51
<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	53
<b>1. METODOLOGIA</b> .....	55
1.1. TIPO E FOCO DO ESTUDO.....	55
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	56
1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	56
1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	57
1.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	59
1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	60
1.7. RIGOR METODOLÓGICO .....	61
<b>PARTE III – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS</b> .....	67

:

<b>1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....</b>	<b>69</b>
<b>2. ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>71</b>
<b>3. DISCUSSÃO DOS ACHADOS .....</b>	<b>87</b>
<b>4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>115</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>119</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados – *Questionário*

## **ANEXOS**

ANEXO I – Resposta ao pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## INTRODUÇÃO

O exercício da enfermagem em EEH<sup>1</sup>, reconhecido como “determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, (...) em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local de emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados”, contribui ativamente “...para a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente a diminuição da taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de morbilidade” (Regulamento n.º 226/2918 de 16 de abril, p. 10759).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), as lesões traumáticas são responsáveis por significativas taxas de morbilidade, de mortalidade e de incapacidade a nível mundial. Em Portugal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2016), também se verifica este padrão epidemiológico, pois as lesões de origem traumática, embora preveníveis e evitáveis, incluem-se nas principais causas de morte geral e prematura<sup>2</sup> e de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Por este motivo, perante a meta em saúde de redução da mortalidade prematura estabelecida para 2020, a DGS (2016) sugere a adoção de medidas e de estratégias ao nível da prevenção dos eventos traumáticos, nomeadamente de origem rodoviária, e da reestruturação das respostas do sistema de saúde neste âmbito.

Importa esclarecer que, uma vez que os enfermeiros de EEH detêm formação específica e especializada naquele contexto e que o líder da equipa de EEH é o seu elemento mais diferenciado (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2007; Ordem dos Médicos (OM), 2009), o enfermeiro assume esta função sempre que é, ele próprio, aquele elemento mais diferenciado, o que acontece, naturalmente, nas situações em que o médico não está fisicamente presente. Definimos assim que o objeto do presente estudo é aplicado apenas aos enfermeiros das ambulâncias de SIV, quando, na ausência física de médico, são eles os líderes da equipa de EEH.

Depreendemos assim que a enfermagem de EEH tem um papel fundamental na redução das taxas de morbi-mortalidade resultantes de lesões traumáticas, e, desse modo, na meta de redução da morte prematura estabelecida pela DGS (2016) para

---

<sup>1</sup> O termo “extra-hospitalar” surge nas nomenclaturas utilizadas pela OE nos mais recentes documentos publicados neste âmbito, motivo pelo qual optamos pela sua utilização ao longo deste trabalho.

<sup>2</sup> Morte prematura – Mortalidade antes dos 70 anos de idade (DGS, 2016, p. 32)

2020. Ainda assim, o conhecimento acerca das vivências dos enfermeiros líderes de equipas de EEH, nomeadamente perante situações com pessoas com trauma grave, é parco e a evidência científica a esse nível em Portugal é escassa, justificando a necessidade de produzirmos investigação e apresentarmos resultados neste âmbito.

Dado que a nossa atividade profissional é desenvolvida em contexto de ambulância de SIV, a seleção do tema em estudo é fruto das dificuldades do quotidiano profissional, que nos levam frequentemente a questionar sobre como é que o enfermeiro, enquanto líder da equipa de EEH, vivencia a experiência perante a pessoa com trauma grave, e quais serão os fatores que considera interferirem na forma como lida, gere ou decide a situação. De que forma estes poderam ser minimizados, melhorados ou contornados? Quais os significados que atribui à sua experiência como líder da equipa de EEH naquelas circunstâncias?

O tema do estudo enquadra-se, por um lado, nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, explanadas no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, e nas Competências Acrescidas Diferenciadas em EEH, publicadas pelo Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril e, por outro, no grupo de investigação relativo à Formação de Profissionais de Saúde e Educação para a Saúde proposto pela Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2018).

Pretendemos assim que este estudo possa contribuir 1) para a melhoria contínua do desempenho dos enfermeiros e para o desenvolvimento da profissão de enfermagem no âmbito da EEH, melhorando consequentemente a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados, e 2) para a diminuição da morbi-mortalidade da pessoa com trauma grave cuidada pelo enfermeiro líder da equipa de EEH.

O objetivos que propomos alcançar com a realização deste estudo são:

- Descrever a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH;
- Identificar os aspetos que influenciam a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH;
- Identificar os significados que os enfermeiros líderes de equipas de EEH atribuem às experiências vividas perante pessoas com trauma grave.

Perante a problemática da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH em situações com pessoas com trauma grave, a escassez de estudos científicos

nesse âmbito e os objetivos que propomos alcançar com a realização desta pesquisa, optamos por um estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, que nos permitirá obter a riqueza das descrições dos participantes acerca do modo como vivenciam aquela situação em particular. Para tal, de entre as diversas propostas fenomenológicas que consultámos, decidimos recorrer ao método descritivo apresentado por Amedeo Giorgi.

O presente documento organiza-se em três partes: a primeira diz respeito ao enquadramento contextual e onto-epistemológico, onde definimos os conceitos centrais do estudo em quatro capítulos: a fenomenologia, o trauma físico em contexto de EEH, a tomada de decisão em enfermagem e a liderança em enfermagem. Embora a fenomenologia, enquanto metodologia de investigação, prescindida de uma revisão bibliográfica exaustiva acerca do tema em análise (Loureiro, 2002), pretendemos com esta primeira parte apresentar as definições dos principais conceitos utilizados, não só relacionados com o tema em estudo mas também com a metodologia fenomenológica propriamente dita. Para além destes, sentimos necessidade de rever os dois principais conceitos que emanam das descrições dos participantes: a tomada de decisão, com especial enfoque no modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, e a liderança, refletindo um documento dinâmico onde os próprios resultados influenciam o conteúdo concetual do enquadramento inicial do tema.

A segunda parte do presente documento é referente ao enquadramento metodológico e divide-se em seis capítulos: tipo de estudo, questão de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos, e procedimento de análise dos dados. Na terceira parte apresentamos a análise e discussão dos resultados em quatro capítulos onde caracterizamos a amostra, descrevemos a forma como analisamos os dados, discutimos os mesmos e refletimos acerca dos contributos desta investigação para a prática da enfermagem.

Cientes das particularidades da fenomenologia descritiva, antevemos, independentemente dos resultados obtidos, um processo investigativo desafiante que nos exigirá encontrar o equilíbrio necessário entre o rigor científico e a influência dos nossos padrões e conhecimentos para o estudo da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL E ONTO-EPISTEMOLÓGICO**



## **1. FENOMENOLOGIA EM ENFERMAGEM**

Perante a “...inoperacionalidade do paradigma positivista que se revelara incapaz de resolver os problemas investigados nas Ciências Sociais e Humanas” (Guba, 1990, como referido por Coutinho, 2016, p. 16), o paradigma qualitativo surge, segundo Creswell (2010), como um meio indutivo para explorar, entender e interpretar a complexidade do significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano que experienciam.

Como opção metodológica qualitativa, a fenomenologia apresenta-se com uma epistemologia, objetivos e métodos próprios, para identificar e descrever os “fenómenos” que resultam dos processos da relação da consciência das pessoas com o mundo que as rodeia, através das suas próprias experiências que este lhes proporciona (Streubert & Carpenter, 2002; Tourinho, 2012). Inevitavelmente, tem sido alvo de diversas interpretações, exigindo do investigador a compreensão clara, não só dos pressupostos filosóficos e metodológicos que estão na sua origem, mas também dos que têm sido apresentados e defendidos pelos diversos autores (Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, propomos neste capítulo descrever a fenomenologia para podermos compreender o seu método e a forma como pode ser aplicada às pesquisas científicas em Enfermagem. Conscientes da intrincada relação entre os pressupostos filosóficos e metodológicos, optamos, por uma questão de clareza de exposição, por explanar estas componentes em separado. Num sub-capítulo, abordaremos o método de Amadeo Giorgi que optámos por tomar como linha orientadora deste estudo.

- A Fenomenologia como filosofia

Um dos primeiros autores a romper com o paradigma positivista foi o matemático Edmund Husserl, ao apresentar um referencial filosófico baseado no conceito de “atitude fenomenológica”. Este, através da análise e reflexão, procura a explicação e distinção do sentido íntimo das “coisas” (aquilo que é revelado pela pessoa) e das diferentes formas de como se apresentam como tal. Segundo o autor, a filosofia subjacente ao estudo da compreensão do homem não se deve apenas basear no que se observa externamente, pois tal não permite compreender os processos de consciência da pessoa, que resultam das suas experiências de vida no mundo. Deve antes proporcionar a atribuição de significado ao que é apresentado pela pessoa que

experiencia o fenómeno, exatamente tal como ela o descreve, na sua *essência*, devendo o pesquisador transpor-se ou transcender-se na e para a consciência do outro – fenomenologia transcendental (Tourinho, 2012).

Para tal, Husserl refere ser fundamental que, metodologicamente, o pesquisador adote estratégias de suspensão do seu juízo acerca da sua posição sobre as coisas (fenómeno), de modo a que as recupere na sua mais pura significação, ou seja, tal como a pessoa investigada as apresenta – redução fenomenológica. Só isento destas considerações acerca do fenómeno, o investigador pode abster-se dos seus próprios juízos e atribuir a pura significação ao objeto em estudo (Tourinho, 2012).

Nos termos filosóficos de Husserl, esta flexibilidade implica a transferência da atenção sobre os factos do mundo natural (atitude natural) para o domínio da subjetividade transcendental a partir da qual os fenómenos se revelam como “evidências absolutas” na e para uma consciência transcendental (atitude fenomenológica), dotada para ver verdadeiramente os fenómenos como se apresentam na sua plena evidência. Assim, a consciência que intuitivamente apreende o objeto reduzido – fenómeno puro, atribui-lhe também um sentido através dos seus atos intencionais, incorporando-o no pensamento como uma unidade de sentido. Esta é a especificidade que torna a fenomenologia na “ciência clarificadora” por excelência, pois permite “...tecer considerações acerca da posição da existência das coisas mundanas para direcionar (...) a atenção para os “fenómenos”, tal como se revelam (...), na sua pureza irrefutável, na auto-reflexão da consciência transcendental” (Tourinho, 2012, p. 4).

O rigor científico da investigação fenomenológica proposta por Husserl pressupõe um “quadro de essências”, um referencial que resulta da reflexão clara e rigorosa do pesquisador acerca da essência do objeto em estudo – redução eidética, através de uma técnica que o autor designou de “variação imaginária de objetos”. Esta pode aplicar-se de duas formas: colocar várias opções de cenário onde o fenómeno ocorre, através da imaginação de vários exemplos, ou comparar o fenómeno com outros semelhantes e passíveis de serem relacionados (Pereira, 2015),

A fenomenologia, tal como é apresentada por Husserl, implica a coexistência de duas atitudes baseadas na intuição e na constituição: a “atitude natural” e a “atitude fenomenológica”, respetivamente. Se por um lado, a realidade é intuitiva e apreendida tal como é, numa perspetiva natural de factos, por outro, o mundo revela-se-nos na sua totalidade pela sua significação, como fenómeno, onde, através da redução fenomenológica na consciência transcendental, os objetos são integrados no

pensamento e constituídos como unidades de sentido, revelando uma nova dimensão da relação sujeito-objeto (Tourinho, 2012).

- Fenomenologia como metodologia de investigação

A metodologia fenomenológica implica que o fenómeno seja estudado pelo investigador tal como este é descrito pela pessoa que o vive, num todo integrado e não fragmentado, através da reflexão e do questionamento acerca do ser e do agir. Neste sentido, pretende compreender a prática através da produção de sentidos cognitivos e não cognitivos que permitem perceber os significados de um fenómeno para a(s) pessoa(s) que o vivencia(m) (Pereira, 2015; Streubert & Carpenter, 2002).

Antes de iniciar a investigação, é importante que o pesquisador perceba: 1) se existe efetivamente necessidade de maior clarificação do fenómeno a estudar, 2) qual a forma de colheita de dados mais adequada à obtenção da informação acerca da experiência vivida, e, 3) qual(is) o(s) recurso(s) disponível(is) e tempo para completar a investigação, incluindo as suas próprias características pessoais para se comprometer rigorosa e fielmente com a metodologia. Para além disso, deve inteirar-se das diversas opções fenomenológicas e adotar uma que represente o processo que irá desenvolver, de acordo com a problemática em estudo e os objetivos que pretende alcançar (Baptista, Merighi & Freitas, 2011; Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2002).

Segundo Patton (2019), ao basear-se em Converse (2012), a literatura atual não é explícita em relação à operacionalização da redução fenomenológica, pelo que os pesquisadores que optam pelas abordagens descritivas são aconselhados a serem claros quanto ao processo que vão utilizar para se ilibarem dos conhecimentos e pré-conceitos que detêm e que podem vir a influenciar a sua transcendência para a consciência do outro e com isso condicionar a pura intuição mencionada por Husserl.

Ao basear-se em Giorgi (2000) e em Norlyk e Harder (2010), Matua (2015) aponta cinco considerações-chave que os pesquisadores devem respeitar para que o estudo seja científica e fenomenologicamente válido: o foco e o desenho do estudo, a colheita e a análise dos dados, e a apresentação dos resultados. Quanto ao foco do estudo, os autores distinguem três tipos de abordagem, de entre os quais o pesquisador deve ser claro e apontar um único que defina o estudo que pretende desenvolver: abordagem idiográfica, em que são explicados os aspetos únicos das experiências individuais dos participantes para obter a convergência ou divergência entre eles, permitindo que os participantes se assumam como peritos que ajudam os pesquisadores a melhor compreender a experiência; abordagem geral, em que se pretende descrever os

aspectos comuns de uma experiência por forma a obter a estrutura essencial e universal de um determinado fenómeno; e, abordagem eclética, em que se conjugam as abordagens anteriores (individuais e gerais), dependendo do grau de generalidade ou individualidade que o pesquisador pretenda alcançar com o estudo, consoante a sua finalidade, objetivos e características próprias, devendo para isso considerar primeiramente as diferenças individuais e depois então explorar os aspetos gerais.

No que se refere ao desenho da pesquisa, os autores concordam que este deve ser rigoroso e detalhado, indicando qual a população em estudo, o procedimento de amostragem e o de colheita dos dados, como decorre o processo de registo e análise dos dados, assim como qual é o papel do investigador ao longo da pesquisa (Creswell, 2009, Norlyk & Harder, 2010, como referido por Matua, 2015;).

Quanto ao número de participantes necessários num estudo fenomenológico, a literatura não é consensual. Porém, fatores como a especificidade do fenómeno em estudo, as restrições da pesquisa, a experiência dos pesquisadores e a riqueza da informação facultada pelos participantes durante a entrevista, condicionam o tamanho da amostra. De facto, o importante é a consistência e a riqueza da informação obtida para que a análise resulte numa clara compreensão, descrição e potencial interpretação do fenómeno em estudo, prevalecendo a qualidade dos dados sobre a quantidade de participantes no estudo (Patton, 2019).

Durante o processo de colheita dos dados, o investigador deve garantir que estes são ricos, narrativos, concretos e que refletem fielmente o relato dos participantes acerca do que viveram, como aconteceu e que significados atribuem ao que experienciaram, e não as hipóteses, opiniões ou explicações do próprio pesquisador (Giorgi, 2006, Wertz, 2005, Wertz et al., 2011, como referido por Matua, 2015). Independentemente da metodologia fenomenológica selecionada, a entrevista tem sido considerada como instrumento principal e primário de obtenção de informação, embora a consulta de documentos, observações, poemas, relatos pessoais escritos ou contados, descrições na literatura e outras fontes de informação também sejam utilizadas (Creswell & Poth, 2018, como referido por Patton, 2019; Pereira, 2015).

Igualmente, a análise dos dados deve ser explícita, sistemática e reproduzível, podendo recorrer-se a diferentes métodos para alcançar a qualidade e abrangência da análise, sendo que a documentação, os esquemas de codificação e de memória que daqui resultam possam ser partilhados com outros investigadores; paralelamente, deve ser assegurado que o estudo seja apropriadamente descritivo, integre os devidos processos de redução (que incluem a técnica da variação imaginária dos objetos),

explore as relações intencionais entre as pessoas e situações, e garanta que os resultados obtidos espelham fielmente as essências dos significados das experiências descritas (Giorgi, 1989; 2007, Curry et al., 2009, como referido por Matua, 2015; Mays e Pope, 1995, como referido por Patton, 2019). Para isso, a atitude fenomenológica que reveste todo o processo de investigação implica que esta análise seja realizada sob um ponto de vista reflexivo e de questionamento constante (Pereira, 2015).

A apresentação dos resultados deve refletir o tipo de abordagem definida para o foco do estudo, devendo os aspetos relevantes das descrições dos participantes serem classificados e descritos de forma individual, geral ou ambos, segundo a abordagem idiográfica, geral ou eclética respetivamente (Streubert & Carpenter, 2011, Wertz et al., 2011, como referido por Matua, 2015). Transversalmente, os resultados devem ser apresentados de forma a que o leitor se aperceba dos factos, do conteúdo e das emoções dos participantes (van Manen, 2011, como referido por Matua, 2015; Van der Zalm & Bergum, 2000, como referido por Pereira, 2015), devendo, para isso, serem incluídos trechos das descrições dos participantes, tal como o referiram durante a fase de colheita de dados, no final de cada resultado apresentado (van Manen, 2011, Wertz et al., 2011, como referido por Matua, 2015).

Efetivamente, em fenomenologia, o papel do investigador é essencial, pois se por um lado é ele quem vai tornar público o conhecimento que até aí era privado e pessoal dos participantes, por outro, através da entrevista como método de colheita de dados, ele próprio é interativo o suficiente com o participante para que este partilhe a experiência que vive, numa postura de entrevistador-observador conhecedor do contexto em estudo, sensível e flexível para a situação (Streubert & Carpenter, 2002).

Ainda assim, Loureiro (2006) alerta para a necessidade do pesquisador encontrar o equilíbrio entre o seu envolvimento necessário com os participantes, promotor de confiança e de partilha de informação, e a “contaminação” do estudo com as suas crenças, juízos e valores sobre o fenómeno. Para evitar este risco de “contaminação” do estudo e de não ser isento das suas próprias crenças, tal como a fenomenologia exige, a literatura sugere que o pesquisador elabore uma listagem com as suas próprias convicções acerca do fenómeno, baseada na sua auto-reflexão ao longo de todo o processo de investigação, e assim identifique possíveis fontes de erro (Cohen et al., 2000, como referido por Loureiro, 2006; Laverty, 2003, como referido por Patton, 2019). Estas podem ser utilizadas posteriormente na etapa da análise dos dados (Colaizzi, 1978, Polkinghorne, 1989, como referido por Patton, 2019).

Ao procurar os processos da consciência do outro e os significados que este atribui às suas experiências quotidianas, a fenomenologia contribui para um novo conhecimento que permite, no âmbito da saúde, “ver” as reais necessidades da pessoa, até então desconhecidas e inexploradas. Deste modo, os enfermeiros pesquisadores podem descrever e clarificar os fenómenos, influenciando a educação, pesquisa e prática em enfermagem, culminando em práticas seguras e de qualidade, baseadas em evidências científicas (Baptista et al., 2011; Streubert & Carpenter, 2011, como referido por Matua, 2015).

### 1.1. MÉTODO FENOMENOLÓGICO DESCRITIVO DE AMEDEO GIORGI<sup>3</sup>

Giorgi (2012a) refere que a fenomenologia analisa as intuições, não no seu sentido objetivo, mas antes sob o ponto de vista que esses fenómenos têm para os sujeitos que os vivem, almejando compreender quais são os efeitos que as energias do mundo produzem sobre o sujeito e como este pode conhecer e agir sobre um mundo independente dele. Assim, a essência dos fenómenos é passível de ser compreendida através da descrição detalhada, dispensando qualquer interpretação do seu conteúdo ou de outro fator alheio ao fenómeno (não descrito pelos participantes), mantendo-se mais fiel aos dados (Giorgi, 2014, como referido por Patton, 2019).

Baseado-se nos pressupostos descritivos de Husserl, mas divergindo no facto de ser centrado na transcendência da consciência humana e não da consciência em si mesma, Giorgi apresenta um modelo de fenomenologia prática, que designou de método pré-transcendental (Giorgi, 2012b). Neste sentido, o intuito da fenomenologia é compreender o fenómeno tal como se apresenta à consciência do pesquisador através da análise psicológica do relato dos participantes (Giorgi, 2012b; Patton, 2019), o que justifica constituir uma abordagem credível através da qual os fenómenos podem ser cientificamente explorados, analisados e documentados (Giorgi, 2000, como referido por Matua, 2015).

Na perspetiva de Giorgi (2012b), para alcançar a redução fenomenológica, o pesquisador não necessita de esquecer na íntegra o que conhece acerca do fenómeno, desde que não permita que os conhecimentos prévios influenciem o juízo e a predisposição para receber, na sua consciência, o objeto exatamente como se

---

<sup>3</sup> Amedeo Giorgi – Psicólogo nova-iorquino, nascido em 1931, fundador e editor do *Jornal de Psicologia Fenomenológica*. Baseado em Edmund Husserl e Maurice Merleau-Ponty, desenvolveu, no início dos anos 70, um quadro referencial alternativo, rigoroso e não-reducionista, para estudar os fenómenos do comportamento e da experiência humanos, que designou de *método fenomenológico descritivo* (Giorgi, 2012b).

apresenta pelo discurso do participante. Aliás, o autor ressalva que a ênfase deve ser no presente, no mundo atual, pelo que a suspensão dos conceitos anteriores pode não ser necessária (Giorgi, 2009, como referido por Patton, 2019).

Para além disso, o pesquisador deve ser particularmente sensível ao fenómeno que está a estudar, adotando uma atitude psicológica perante os dados que obtém. Este conceito de atitude psicológica está associado ao facto das análises psicológicas que fazemos do mundo onde vivemos serem, num sentido lato, interpretações do mesmo, mais abrangentes que as perceções que efetivamente temos dele. Na realidade, para o autor, a psicologia reveste-se de uma subjetividade tal, que é apenas através desta que os fenómenos podem ser explicados, tornando possível compreender o conteúdo psicológico essencial das interpretações que a pessoa faz do mundo em que vive, através das interações que tem nele e com ele (Giorgi, 2012b).

Ao refletir sobre o relato do participante através da técnica da variação imaginária livre dos objetos, onde subjetivamente recorre a possíveis expressões que descrevem o significado que atribui à sua própria experiência, o pesquisador consegue descrever o mundo vivido pelo outro, perceber aquele conjunto de significados e, assim, compreender aquele mundo que não é o seu (Giorgi, 2012b).

A seleção dos participantes é o passo inicial do processo de colheita de dados, devendo, em qualquer pesquisa científica, respeitar quatro critérios: ser sistemática, metódica, genérica e crítica (Englander, 2012). Embora o interesse não seja o quantos tiveram uma determinada experiência, mas quantas vezes um determinado fenómeno está presente nas descrições dos participantes e qual a sua riqueza, profundidade e variedade, a amostra deve ser representativa o suficiente da população em análise, devendo ser constituída por pelo menos três participantes (Giorgi, 2009, como referido por Englander, 2012; Patton, 2019).

Segundo Giorgi (2009), como referido por Englander (2012), existem, em geral, duas formas de se colherem os dados: a entrevista e o registo escrito ou gravado da experiência. A primeira é mais rica em diferenças e mais profunda, mas mais demorada, enquanto que as descrições escritas tomam menos tempo e permitem incluir um maior número de participantes na amostra.

Decorrida a colheita dos dados, o autor aponta cinco etapas para a sua análise: 1) leitura integral das descrições dos participantes, por forma a obter o sentido do todo e se ter uma visão intuitiva acerca do fenómeno; 2) nova leitura das descrições, agora com notificação das passagens do texto em que se verifiquem diferentes aspetos individuais da experiência dos participantes e diversas atribuições de significados –

construção de unidades de significado; 3) transformação das unidades de significado em expressões mais relevantes do ponto de vista psicológico com recurso ao método da variação livre da imaginação, agrupando-se o que é semelhante e excluindo-se o que é redundante ou as unidades repetidas, através da convergência e divergência das unidades de significado – construção dos temas centrais; 4) revisão dos temas centrais e construção de uma estrutura das experiências através da listagem de afirmações não repetidas que descrevem o significado da experiência para cada participante; 5) utilização da estrutura para ajudar a clarificar e compreender o conjunto dos achados (Giorgi, 2012b).

Com base nos princípios de Giorgi (1985) e para se respeitar o rigor científico, Loureiro (2002) acrescenta à análise dos dados: 6) validação do processo de análise dos dados por investigador experiente em fenomenologia, desde a constituição das unidades de significado até à construção dos temas centrais, 7) construção de índice temático: listagem das afirmações utilizadas para a construção dos temas centrais de forma sequencial e não repetida, 8) reavaliação do índice temático para se obter um conjunto de temas sólidos para interpretação e compreensão dos achados, 9) síntese e descrição dos achados, explicando rigorosamente os significados atribuídos ao fenómeno com base nos temas identificados na etapa anterior, e 10) validação dos resultados com os participantes no estudo, acrescentando-se, se necessário, as sugestões que estes apresentem.

Considerando o fenómeno da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH perante pessoas com trauma grave, e o objetivo da descoberta dos significados que estes atribuem à sua experiência, optamos por tomar o método fenomenológico descritivo apresentado por Amedeo Giorgi como linha orientadora da metodologia do presente estudo.

## **2. TRAUMA FÍSICO GRAVE EM CONTEXTO EXTRA-HOSPITALAR**

Definido, organizado, coordenado e avaliado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM), o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é responsável pela articulada resposta às situações de emergência médica extra-hospitalar em Portugal Continental, quer do foro traumático quer do foro médico, entre diversas entidades, desde a identificação do evento, abordagem inicial e estabilização clínica, até ao encaminhamento e transporte da(s) pessoa(s) à unidade hospitalar (UH) adequada (Despacho n.º 14041/2012 de 29 de outubro; INEM, 2013).

Através do Número Europeu de Emergência – 112 – e depois de encaminhada a chamada telefónica pela Polícia de Segurança Pública, o pedido de ajuda para dar resposta ao evento de emergência médica é recebido pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, que dá indicação ao contactante para a eventual realização de manobras simples aplicáveis à situação antes da chegada dos meios de emergência. Em simultâneo, seleciona e ativa os meios necessários e mais indicados à situação, acompanha as equipas de socorro no terreno e contacta as UH da chegada da(s) vítima(s) (INEM, 2013). De entre estes meios de resposta aos eventos de EEH, o INEM dispõe de ambulâncias, motociclos, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), o Serviço de Helitransporte de Emergência Médica (SHEM) e as Unidades de Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (INEM, 2019).

Contextualizada a organização da atividade de emergência médica extra-hospitalar em Portugal Continental, importa explicar o papel dos enfermeiros nesta complexa rede de cuidados, incluindo na perspetiva da abordagem à pessoas vítimas de trauma grave. Neste sentido, e perante o objeto do presente estudo, propomos neste capítulo apresentar a realidade da enfermagem no extra-hospitalar em Portugal Continental e o seu papel na abordagem, estabilização e transporte de pessoas vítimas de trauma físico grave.

### **2.1. ENFERMAGEM NO SISTEMA DE EMERGÊNCIA MÉDICA EXTRA-HOSPITALAR EM PORTUGAL CONTINENTAL**

A participação de enfermeiros em contexto extra-hospitalar em Portugal Continental remonta à criação do SIEM e do INEM, em 1981. Desde então, estes profissionais têm

apoiado diversos eventos nacionais e internacionais em que o instituto tem intervindo, e integrado as suas equipas medicalizadas operacionais (INEM, 2017b), nomeadamente em ambulâncias, nas VMER e no SHEM.

Atualmente, o enfermeiro integra as equipas de ambulâncias de SIV e de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), tripuladas respetivamente por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), e, um enfermeiro, um médico e um TEPH. As primeiras, além de permitirem a estabilização e transporte de pessoas que necessitem de assistência durante o transporte e de disporem de equipamento para assegurar o Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa, dispõem também de material e equipamento para administração de fármacos, realização de procedimentos invasivos e de manobras de SIV, de acordo com protocolos medicamente validados; estão sedeadas em Serviços de Urgência Básica (SUB), onde são geridas sob protocolos de parceria entre o INEM e as instituições onde estão alocadas, ou em outros locais, sob alçada exclusiva do próprio INEM (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril; INEM, 2013).

As ambulâncias de TIP asseguram o transporte inter-hospitalar de recém-nascidos e crianças em risco de vida, e localizam-se nas sedes das Delegações do INEM (Norte, Centro, Lisboa e Sul) (INEM, 2013).

As VMER, dotadas de um enfermeiro e um médico, dispõem de material e equipamentos para assegurar o Suporte Avançado de Vida (SAV), permitindo a estabilização e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos. Estão sedeadas nos Serviços de Urgência Polivalentes (SUP) ou nos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgicos (SUMC) e são geridas pelas instituições onde estão alocadas, de acordo com protocolos estabelecidos entre estas e o INEM (Despacho n.º 13794/2012 de 24 de outubro; Despacho n.º 10109/2014 de 6 de agosto; INEM, 2013).

Aos enfermeiros das ambulâncias de SIV e aos profissionais das VMERs, médicos e enfermeiros, é reconhecida a competência para exercer funções naqueles meios após frequência com aproveitamento nos programas de formação do INEM para aquisição de competências em ambulância de SIV ou em VMER, respetivamente (Despacho n.º 13794/2012 de 24 de outubro).

O SHEM dispõe de uma equipa, de médico e enfermeiro, com competência reconhecida pelo INEM através da formação VMER e de Fisiologia de Voo, e dois pilotos, e é dotado de material e equipamento para assegurar manobras de SAV.

Existem quatro em Portugal Continental, um em cada Delegação do INEM (INEM, 2013).

Em 2007, a OE publica um Enunciado de Posição, onde esclarece a imprescindibilidade da intervenção destes profissionais naquele contexto, justificando que, por serem dotados de formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, são detentores de competências específicas que lhes permitem atuar de forma autónoma e interdependente nas equipas de intervenção de emergência, em rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites, particularmente naqueles contextos de elevada complexidade. Com efeito, este documento define um quadro de atribuições que regem o exercício profissional dos enfermeiros naquele contexto e os salvaguardam de quaisquer outras orientações que impeçam a prossecução destas.

Ainda em 2007, no âmbito do projeto de requalificação das urgências pelo Ministério da Saúde, dar-se-ia início a um projeto pioneiro em Portugal, onde, para se colmatar as distâncias geográficas que limitavam as atempadas e adequadas respostas em EEH, entravam em funcionamento as quatro primeiras ambulâncias de SIV, mais precisamente em Odemira, Estremoz, Moura e Elvas (Despacho n.º 14898/2011 de 3 de novembro; Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril).

A existência destes meios implicava que as atribuições anteriormente definidas e estabelecidas pela OE (2007) para o exercício das funções dos enfermeiros em EEH fariam agora todo o sentido, pois, uma vez serem tripuladas por um enfermeiro e um TEPH, para além de constituírem um meio inovador na rede de resposta em EEH em Portugal e, como tal, um desafio a todos os intervenientes, o enfermeiro passaria a assumir-se como o líder da equipa, sempre que um médico não estivesse fisicamente presente. Na sua ausência, a decisão final da atuação da equipa passaria ainda assim pelo médico regulador do CODU (Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro; Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril).

Desde então, a rede de ambulâncias de SIV tem, através de diversos despachos publicados em Diário da República, nomeadamente em 2011 e em 2014, vindo a aumentar até aos atuais 40 meios, distribuídos pelas quatro delegações regionais do INEM (Norte, Centro, Sul – Lisboa e Sul – Algarve) (Despacho n.º 14898/2011 de 3 de novembro; Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril; INEM, 2020; Portaria n.º 260/2014 de 15 de dezembro). Estas localizam-se maioritariamente integradas em SUB, onde os recursos humanos de enfermagem são repartidos entre o INEM e a instituição onde o meio se localiza. Os recursos materiais, as instalações físicas e a operacionalidade do

próprio meio são da responsabilidade da instituição onde o meio está sedado. Por seu lado, a manutenção dos equipamentos e das viaturas, assim como a gestão dos TEPH é da responsabilidade do INEM. Esta organização está estipulada pelos Despachos n.º 14898/2011, de 3 de novembro e n.º 5561/2014 de 23 de abril, e por critérios definidos e acordados através da celebração de protocolos entre as duas entidades. (Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro; Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril; INEM, 2020; Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro)

Ainda assim, por razões de ordem geográfica e de garantia de respostas atempadas às necessidades das populações, existem alguns meios de ambulância de SIV que não se encontram integrados em SUB. Neste caso, no que se refere à gestão de recursos humanos (enfermeiros e TEPH) e material de consumo clínico, estes são da inteira e exclusiva responsabilidade do INEM, sendo apenas necessária a disponibilização de espaço físico pelas entidades locais para a alocação do meio e equipa, consoante o acordo com o INEM (Despacho n.º 14898/2011, de 3 de novembro; Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril; INEM, 2020; Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro).

Em 2017, com o reforço de enfermeiros no mapa de pessoal do INEM, sobretudo para os meios de ambulância de SIV, é atualizada e divulgada a estrutura funcional da carreira especial de enfermagem no instituto, tomando como referência a carreira especial de enfermagem, independentemente da natureza da relação jurídica dos estabelecimentos ou serviços onde o enfermeiro exerce as suas funções. O INEM apresenta assim seis níveis de intervenção de enfermagem: direção, chefia e gestão regional, chefia e coordenação de meios regional, responsável de meio e prestação de cuidados, prestação de cuidados, e unidades orgânicas de âmbito nacional ou serviços territorialmente desconcentrados (Deliberação n.º 31/2017 de 21 de junho).

Considerando que o contexto do atual estudo incide sobre os enfermeiros que asseguram a prestação de cuidados no extra-hospitalar, iremos cingir-nos à apresentação do conteúdo desta categoria que integra o modelo definido pelo INEM através da sua Deliberação n.º 31/2017 de 21 de junho, para a carreira de enfermagem na instituição. Deste modo, uma das responsabilidades acometidas aos enfermeiros é “prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente e antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, respeitando os protocolos previamente definidos em função de cada situação, quer durante a estabilização da pessoa quer no seu transporte”. Desta função deriva igualmente a responsabilidade de “gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos” e associados ao controlo da “...dor e bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica,

otimizando as respostas”. Para além disso, é papel do enfermeiro da categoria de “prestação de cuidados”, “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica”, “gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”, “colaborar com as equipas das Unidades de destino, de modo a garantir a continuidade de cuidados e, quando aplicável, o acompanhamento da pessoa em situação crítica ao respetivo serviço de internamento”, e “...comunicar com o CODU, reportando informação operacional e clínica necessárias...” (Deliberação n.º 31/2017 de 21 de junho, pp. 4-5).

A publicação dos Regulamentos n.º 555/2017 de 20 de setembro, e 556/2017 de 17 de outubro pela OE, onde, respetivamente, se estabelece o regime da certificação individual de competência acrescida diferenciada ou avançada e se define o regime geral das áreas de competência acrescida, vem reconhecer determinados âmbitos e contextos da enfermagem como pertinentes e fundamentais na obtenção de ganhos em saúde. Assim, considerada “...determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, (...) em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência...”, a enfermagem em contexto de EEH contribui ativamente para a diminuição das taxas de morbilidade e de mortalidade, sendo por isso reconhecida, validada e certificada pela OE, através da publicação em Diário da República do Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar, “...no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, p. 10759).

Com efeito, este regulamento vem reconhecer o enfermeiro de EEH como:

Detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional (p. 10759).

Mais particularmente, o referido Regulamento define que o “...enfermeiro com Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar integra, cumulativamente, as competências do enfermeiro de cuidados gerais, (...) e enforma um conjunto de competências distintas, que definem e se constituem como referencial do enquadramento regulador para o seu exercício” (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, p. 10760).

De acordo com o mesmo Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril, a competência acrescida diferenciada em EEH integra fundamentalmente dois domínios: a prática profissional, ética e legal, e a prestação e gestão dos cuidados em EEH. Para assegurar o primeiro domínio da competência que lhe é atribuída, o enfermeiro age de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontológicos que regem o exercício da profissão, demonstrando “...o seu compromisso social com o bem-estar e segurança da pessoa e sua família, grupo, e comunidade, bem como a responsabilidade na qualidade dos cuidados que presta”, o que se traduz “...na transparência dos processos de tomada de decisão e na relação em situação e contexto de emergência extra-hospitalar” (p. 10761).

No segundo domínio da competência acrescida diferenciada em EEH, que diz respeito à prestação e gestão dos cuidados em EEH, o enfermeiro desenvolve e operacionaliza, com elevada perícia, as práticas clínicas das diferentes etapas do processo de gestão de cuidados de enfermagem, de forma sistematizada, estruturada e multiprofissional, assumindo responsabilidades com base no seu conhecimento, habilidades e atitudes, que garantem, com qualidade e em segurança, o suporte efetivo e integral à pessoa nas diferentes etapas do seu ciclo vital, grupo e comunidade, em situação específica de EEH (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril).

Para que possa exercer as suas funções em EEH nos meios do INEM, ao enfermeiro, tal como aos outros profissionais do instituto, é exigida a formação em emergência médica em EEH (Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril), competindo ao Departamento de Formação em Emergência Médica do INEM assegurar esta formação, criando e desenvolvendo produtos/módulos formativos adequados às funções de cada classe profissional (INEM, 2017a).

O produto pedagógico do INEM para dotar os enfermeiros de competências em ambulância de SIV apresenta uma significativa componente prática, sendo esta repartida com a componente teórica, num total de 152 horas de formação. Este processo formativo assenta num modelo teórico modular condicionante onde a

conclusão de cada um dos módulos teóricos lecionados – Suporte Avançado de Vida, Emergências Médicas, Emergências Pediátricas e Obstétricas, e Trauma, condiciona a progressão para o último módulo teórico – Transporte do Doente Crítico e Abordagem em Situações de Exceção, e conseqüentemente para a componente prática. Esta componente prática é desenvolvida em estágio onde o formando tem a oportunidade de integrar os conhecimentos e as competências que adquiriu durante o período teórico do curso num meio de ambulância de SIV, assim como de conhecer a orgânica e o trabalho desenvolvido no CODU (INEM, 2017a).

Como podemos depreender, para que o enfermeiro exerça as suas funções em contexto de EEH é necessário que, cumulativamente com as competências inicialmente adquiridas aquando do reconhecimento como enfermeiro de cuidados gerais, adquira competências naquele âmbito particular, não só através da experiência e da prática profissionais, mas também da integração de conhecimentos e aprendizagens específicas que um percurso formativo direcionado lhe proporcionam.

## 2.2. TRAUMA FÍSICO GRAVE EM PORTUGAL

Segundo as fontes que consultámos, as referências bibliográficas que atualmente orientam a prática no âmbito do trauma em Portugal remontam ao ano de 2009, com as “Normas de Boas Práticas em Trauma”, da OM, e o “Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vertebro-Medular (TVM)”, da autoria da OE. O primeiro orienta as práticas a desenvolver, não só do ponto de vista técnico e clínico, mas também organizacional, tanto regional como nacional, através de uma resposta consertada dos vários intervenientes, desde a ocorrência do evento traumático até à recuperação e reabilitação da pessoa. O segundo documento, concretizado por um grupo de trabalho de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, em resposta a um desafio lançado pela Comissão da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, pretende constituir-se como guia de recomendações de apoio à decisão dos enfermeiros nos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com TVM.

Em 2010, a DGS (2010a) define a “Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”, pronunciando-se acerca da necessidade de implementação de um sistema de abordagem à pessoa vítima de trauma em meio hospitalar e de programas de melhoria da qualidade, divulgando um conjunto de normas a aplicar naquele contexto.

Com a análise da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, constata-se que a resposta às situações de urgência/emergência apresenta limitações, nomeadamente a nível da EEH e da Rede de Urgência, das necessidades de formação e de recursos profissionais, assim como da gestão e da própria sustentabilidade dos serviços de urgência. Face a estes achados, é redefinido o SIEM e a forma como as redes de EEH e hospitalar de urgência se articulam, através do Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. Esta publicação aborda ainda a organização das redes de referência específicas das Vias Verdes, incluindo a de Trauma. Neste sentido, integrados nas instituições que dispõem de SUP, onde se encontram os recursos técnicos e humanos mais especializados, são criados os Centros de Trauma (CT), que, segundo aquele despacho, são responsáveis pelo tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave. Além disso, servem como centros de referência para os doentes com critérios de inclusão na Via Verde de Trauma, quer seja proveniente do extra-hospitalar, quer seja encaminhado por uma unidade de saúde regional de menor diferenciação.

Em 2014, a OMS identifica as lesões resultantes de acidentes de viação como a nona principal causa de morte global a nível mundial, constituindo-se mesmo a principal causa de morte na faixa etária dos 15-29 anos. Aquela organização prevê que, se não forem tomadas medidas adequadas de prevenção dos acidentes e violência e não se implementarem estratégias de atuação eficazes de tratamento das lesões traumáticas, em 2030, as lesões por acidentes de viação ascenderão à sétima e as quedas à décima sétima principais causas de morte no mundo.

A divulgação do relatório “A Saúde dos Portugueses – 2016” (DGS, 2016) permitiu perceber genericamente as implicações do fenómeno do trauma em Portugal. Embora a taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/ 100 000 hab.) tenha apresentado um decréscimo entre 2009 e 2014, as causas externas de lesão e envenenamento<sup>4</sup> constituem a quinta principal causa de morte geral em Portugal e, entre 2002 e 2014, a terceira causa de morte na população portuguesa com idade inferior a 70 anos, sendo responsáveis por 10% das mortes prematuras. Constituíram ainda a segunda causa de APVP na população portuguesa com idade inferior a 70 anos entre 2002 e 2014, ainda que se tenha assistido a uma diminuição significativa dos valores deste indicador, refletindo ganhos em saúde gerais. Em 2015, no que se refere à morbilidade, 8% da carga da doença e 8% dos anos vividos com incapacidade são atribuídos às lesões.

---

<sup>4</sup> No documento apresentado pela DGS (2016) não há menção aos tipos específicos de causas externas de lesão ou de envenenamento.

Igualmente, de acordo com as estatísticas divulgadas pela Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (ANSR) em 2018, registou-se uma diminuição consistente do número de acidentes com vítimas mortais e/ou feridos graves<sup>5</sup>, entre janeiro de 2009 e setembro de 2018, assim como do índice de gravidade<sup>6</sup> entre 2008 e 2016.

Desta forma, “maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania é a visão do Plano Nacional de Saúde”, pelo que se estabelecem, entre outras, duas “...metas para 2020 como compromissos nacionais: A. Reduzir a mortalidade prematura ( $\leq 70$  anos), para um valor inferior a 20%; B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%...” (DGS, 2016, p. 11), o que, como depreendemos pelos dados apresentados anteriormente, está diretamente relacionado com as causas externas de lesões e, por conseguinte, com o trauma grave.

No seguimento destas preocupações e em linha com o que teria sido recomendado pela OM (2009), é criada, por Despacho n.º 1947/2016 de 8 de fevereiro, no âmbito da Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária, a Comissão Nacional de Trauma (CNT), a quem compete colaborar, participar e emitir pareceres a pedido do Diretor-Geral da Saúde, acerca dos assuntos relacionados com aquele plano estratégico. Em 2017, considerando-se que a prevalência e impacto do trauma na sociedade justifica a adoção de estratégias mais eficazes de prevenção e de tratamento das situações traumáticas, que não apenas resultantes da sinistralidade rodoviária, a CNT é reformulada, através do Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro, passando a ser constituída por peritos e representantes de diversos organismos do Ministério da Saúde relevantes para a problemática do trauma. De acordo com aquele despacho, é atribuída a esta Comissão a responsabilidade de promover a divulgação e implementação de normas de boas práticas em trauma, rever as equipas de trauma e garantir a implementação da Via Verde Trauma. Até ao momento, nas fontes a que recorreremos, não encontramos documentos públicos divulgados pela CNT.

Reconhece-se assim que “o trauma constitui um problema com múltiplas implicações, (...) com repercussões sociais e económicas significativas”, exigindo “...ação e proatividade no empenho da sociedade na melhoria das condições de prevenção, tratamento e seguimento das consequências do trauma...”, e portanto “...um enorme

---

<sup>5</sup> Ferido grave – Vítima de acidente cujos danos corporais obriguem a um período de hospitalização superior a 24h e que não venha a falecer nos 30 dias após o acidente (ANSR, 2018).

<sup>6</sup> Índice de gravidade – Número de mortos por 100 acidentes com vítimas (ANSR, 2018).

desafio para a medicina de emergência, a medicina do doente crítico e a medicina de catástrofes, com implicações cirúrgicas e médicas” (Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro, p. 23038).

### 2.3. PESSOA COM TRAUMA FÍSICO GRAVE EM CONTEXTO DE EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A OMS (2004b) define lesão como o “...dano físico que resulta de situações nas quais o corpo humano é súbita ou brevemente sujeito a intoleráveis níveis de energia...” ou à “...ausência de um ou mais elementos vitais (ar, água, calor)...” (p. 5). A OM (2009) considera trauma grave a presença de “...lesões anatomicamente específicas ou parâmetros fisiológicos, que indicam instabilidade”, ou quando “...existem mecanismos de lesão ou um conjunto de sintomas que evidenciam um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação” (p.75).

Assim, a abordagem à pessoa com trauma grave exige uma atuação sistematizada, por sequência de prioridades potencialmente letais, do tipo problema encontrado, problema resolvido, com vista à estabilização imediata. Neste sentido, a equipa de EEH deve ter experiência e treino na avaliação e no tratamento destas situações, incluindo controlo da via aérea, com controlo da cervical, ventilação assistida, controlo da hemorragia externa e técnicas de imobilização (OM, 2009). Além destes requisitos, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2016a) recomenda que se considere: a reposição da volémia através da fluidoterapia com cristalóides titulada pela presença de pulso central palpável, o controlo da perda de calor e a gestão e alívio da dor, com recurso a escalas de avaliação/monitorização da dor adaptadas à idade, nível de desenvolvimento e função cognitiva, e a terapêutica farmacológica ajustada ao nível de alívio da dor.

Esta abordagem inicial deve acontecer no mínimo tempo necessário, idealmente não ultrapassando 20 minutos no local do evento, seguida de referenciação e encaminhamento para a UH ou CT mais adequado à condição clínica e ao tipo de lesões que a pessoa apresenta. Ainda assim, quando a distância e a gravidade da situação não o permitem, a pessoa pode ser encaminhada para um hospital de referenciação intermédia, por forma a proceder-se à estabilização imediata e posteriormente ser transferida para um centro definitivo (OM, 2009; NICE, 2016a).

O transporte da pessoa com trauma grave deverá permitir a avaliação e a monitorização contínuas, com possibilidade de realização de procedimentos e

intervenções de controlo e estabilização dos parâmetros vitais e do equilíbrio fisiológico (OM, 2009).

Efetivamente, “facilitar o processo de triagem e referenciação do doente, prever o resultado em função da gravidade da lesão, avaliar a eficácia do processo de trauma e estratificar os doentes em grupos comparáveis, para estudos retrospectivos (...) e prospetivos...” é fundamental (OM, 2009, p. 88). Para isso, embora a resposta à lesão seja complexa e difícil de estratificar, limitando a aplicação e a previsão do resultado, a OM (2009) recomenda a utilização de instrumentos em formato de escalas que ajudam a caracterizar o doente de trauma, a sua gravidade e, conseqüentemente, as suas necessidades, tais como a Trauma Injury Severity Scale.

Estas indicações têm igualmente sido recomendadas por reconhecidas associações internacionais no âmbito da problemática do trauma, tais como as norte-americanas American College of Surgeons, responsável pelos cursos de Advanced Trauma Life Support (ATLS), a Illinois College of Emergency Physicians, que gere o International Trauma Life Support (ITLS), a National Association of Emergency Medical Technicians, que apresenta o programa de educação contínuo Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), e a californiana Emergency Nurses Association, responsável pelos cursos de Trauma Nursing Core Course (TNCC), mas também a International Association for Trauma Surgery and Intensive Care, integrada na International Society of Surgery (Suíça) e altamente recomendada pela OMS (2004a).

A situação complexa em que a pessoa vítima de trauma grave se encontra compadece com a definição de pessoa em situação crítica apresentada pela OE no Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho: “...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Podemos assim inferir que a pessoa vítima de trauma grave exige “...cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua (...) como resposta às (suas) necessidades afetadas, (...) permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Neste sentido, é fundamental não apenas um conjunto de cuidados, objetivos, direcionados à observação e colheita sistémica e sistemática de dados, para prever e antecipar complicações e assim assegurar intervenções precisas e eficazes, mas também de garantir que os processos psicológicos e emocionais igualmente complexos associados ao universo do evento traumático são atendidos e respeitados nos cuidados prestados (p. 19362).

Neste sentido, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica assim como do enfermeiro com competência acrescida diferenciada em EEH, não se esgotam na mobilização de conhecimentos e de habilidades técnicas para dar resposta às necessidades orgânicas que a pessoa vítima de trauma grave exige. Com efeito, são igualmente fundamentais a promoção de estratégias facilitadoras da comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica que assentem no reconhecimento e consideração pelo processo de transição que a pessoa está a vivenciar perante a situação súbita, abrupta e inesperada que o evento traumático provoca. Estas habilidades permitem ao enfermeiro reconhecer as suas capacidades e limitações e desse modo tomar as decisões mais adequadas, seguras e eficazes no seio da equipa multiprofissional, constituindo-se como um recurso essencial de apoio e suporte na atuação da equipa de EEH (Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

### **3. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM**

O Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem<sup>7</sup> (PTDE) é constituído por diversas etapas, desde a fase inicial de recolha de informação e identificação do problema até ao planeamento, implementação e avaliação das intervenções/cuidados prestados, resultando num conjunto de “decisões tomadas por enfermeiros, relacionadas diretamente com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos” (Thompson, 1999, como referido por Jesus, 2006, p. 26).

Segundo Thompson e Dowding (2002), citadas por Jesus (2006), durante a recolha de informação, identificação de problemas e planeamento das intervenções do PTDE, predomina uma forma de pensamento mais analítica e sistemática, ao passo que, nas fases de planeamento, implementação e avaliação das intervenções, é adotada uma abordagem maioritariamente intuitiva. As autoras apontam a existência de três fatores que influenciam a forma de pensamento para cada fase do PTDE: a estrutura da ação resultante da decisão, a quantidade de informação clínica disponível, e o tempo necessário para tomar a decisão. Mais recentemente, Thompson e Dowding (2003), citadas por Jesus (2006), apontam ainda que outros fatores, tais como o conhecimento teórico e a consideração pela evidência, a experiência profissional e as preferências da pessoa cuidada também influenciam o PTDE.

Considerando a experiência vivida dos enfermeiros como o foco deste estudo, julgamos revestir-se de elevada pertinência a concetualização da influência da experiência profissional sobre a tomada de decisão e consequente desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pelo que optamos por considerar o Modelo de Aquisição de Competências proposto por Patricia Benner.

#### **3.1. MODELO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE PATRICIA BENNER**

Patricia Benner apresentou o seu modelo teórico pela primeira vez em 1982, no qual demonstra que a aquisição das competências dos enfermeiros é potenciada pelo conhecimento que advém das suas experiências profissionais e da educação académica, permitindo o desenvolvimento enquanto profissional e a progressão na

---

<sup>7</sup> Na literatura consultada, encontramos diversas designações para o conceito de “tomada de decisão”, que os autores referem ser equivalentes. Como tal, para uniformizar e harmonizar a leitura do presente documento, optamos por utilizar apenas a expressão “tomada de decisão”.

carreira – *Modelo de Aquisição de Competências de Benner (MACB)*. Este modelo tem vindo a ser suportado por diversos estudos desde então, pois, ao reduzir a incerteza associada à tomada de decisão, o conhecimento experiencial constitui uma evidência para o processo de decisão clínica dos enfermeiros (Thompson, 2003 como referido por Jesus, 2006).

Interligados num contínuo que reflete as mudanças cognitivas pelas quais o enfermeiro passa ao longo do tempo, o MACB apresenta cinco estadios de desenvolvimento das competências – *iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e perito*. Para que a progressão entre estes estadios ocorra, as mudanças verificam-se essencialmente a dois níveis: 1) substituição da confiança assente apenas em princípios abstratos pela assunção das experiências concretas do passado como paradigmas, e, 2) perceção e compreensão das situações vividas como um todo completo em que apenas algumas partes são relevantes e não como uma compilação em que todas são equivalentes (Benner, 1982)

Devido à inexperiência com situações em que se espera que realize tarefas, a maior dificuldade do *iniciado* é a incapacidade de julgar discriminadamente e estabelecer prioridades, pelo que tem necessidade que o seu desempenho seja balizado objetivamente sob a forma de indicações para a realização de tarefas concretas, como pesar ou medir. Por seu lado, o *principiante avançado* demonstra um desempenho relativamente aceitável pois aprendeu o suficiente com as experiências anteriores, o que lhe permite atribuir significados às várias componentes das situações com que se defronta (aspetos<sup>8</sup>), com ou sem ajuda de um mentor. Tanto iniciados como principiantes avançados envolvem-se pouco nas situações e necessitam ainda de se concentrar para relembrar as regras que lhe foram ensinadas (Benner, 1982).

No nível de *competente*, o enfermeiro, com experiência profissional de dois ou três anos, compreende quais os atributos e aspetos das situações vividas que devem ser considerados importantes e quais os que devem ser ignorados numa situação idêntica. Esta competência permite-lhe planear as suas ações e, assim, melhorar o seu nível de eficiência e organização. Como tal, pode beneficiar de jogos e simulações de tomada de decisão que lhe permitam praticar o planeamento e a coordenação de múltiplos e complexos cuidados adequados a cada pessoa (Benner, 1982).

No nível de *proficiente*, o enfermeiro compreende a situação como um todo e não apenas em aspetos ou partes, pelo que o seu desempenho é guiado por princípios e

---

<sup>8</sup> Segundo Benner (1982), quando cita Dreyfus e Dreyfus (1980), os *aspetos* são características globais das situações atuais que são reconhecidas de experiências anteriores.

não por orientações objetivas ou *guidelines*, conseguindo prever os eventos que se afiguram como a norma em determinada situação e, assim, ser flexível no planeamento das suas ações. Esta competência melhora a sua capacidade para tomar decisões pois compreende quais os atributos e aspetos da situação vivida que se configuram como importantes. Difere assim do enfermeiro competente pela maior rapidez e flexibilidade de raciocínio dada a sua competência para identificar a (a)normalidade dos eventos perante determinada situação que já experienciou (Benner, 1982).

Por seu lado, o enfermeiro *perito* adquiriu a experiência suficiente que lhe permite perceber a situação como um cenário completo e complexo, e quais os aspetos mais importantes e relevantes com que se depara. De facto, a necessidade em se guiar por orientações objetivas para interligar a compreensão da situação a uma ação apropriada é menor, pois recorre frequentemente à sua forte intuição e ao estabelecimento assertivo de prioridades e de objetivos concretos, facilitando o rápido processo de tomada de decisões. Ainda assim, poderá vir a ser necessário recorrer a métodos de resolução de problemas mais analíticos e menos intuitivos, em situações em que os resultados obtidos não são os esperados ou a situação evolua numa direção diferente da que se previu inicialmente (Benner, 1982).

Com o modelo proposto por Benner (1982), a experiência é entendida como a forma através da qual é possível refinar noções e teorias preconcebidas e confrontá-las com diversas situações do quotidiano profissional. Deste modo, teoria e prática estão intimamente relacionadas e interligam-se constantemente, suportando-se entre si: por um lado, a elaboração de teorias e a pesquisa científica advêm das dúvidas suscitadas pela prática profissional quotidiana, e, por outro, os resultados dessas mesmas pesquisas e o constructo de novos princípios orientam as práticas no sentido do alcance dos melhores resultados possíveis.

A partir destes pressupostos e decorrente de diversos estudos desde então, Benner, Hughes e Sutphen (2008) reforçam que a capacidade do enfermeiro em prestar cuidados com elevada qualidade e segurança depende da sua capacidade de raciocínio e juízo, os quais, por sua vez, podem estar limitados pela falta de experiência. De facto, referem, a capacidade de tomada de decisão depende em grande medida de processos cognitivos complexos, tais como pensamento crítico, percepção clínica e pensamento clínico preditivo.

De acordo com Benner et al. (2008), o pensamento crítico envolve a aplicação dos conhecimentos teóricos e das experiências prévias na identificação dos problemas, na

tomada de decisão e nas ações para se obterem resultados positivos para as pessoas. É potenciado por interações sociais entre os profissionais e implica a existência de determinadas competências cognitivas por parte do profissional, tais como, a procura pela informação, discriminação, análise, transformação do conhecimento, ação, aplicação de normas e raciocínio lógico.

Entendida como a melhor compreensão acerca da situação, a percepção clínica é demonstrada desde a identificação do problema à tomada de decisão sobre as transições que ocorrem ao longo do tempo. Para isso, o profissional realiza distinções qualitativas, utiliza o método de resolução de problemas, reconhece as mudanças relevantes e desenvolve o conhecimento clínico em grupos particulares de doentes (Benner et al., 2008)

O pensamento clínico preditivo contribui para antever as implicações e as trajetórias esperadas no decurso de determinada situação permitindo ao profissional planear adequadamente e tomar as decisões mais assertivas para que lhe seja possível responder rapidamente aos possíveis eventos que possam ocorrer (Benner et al., 2008).

Para alcançar a perícia, o enfermeiro recorre a diversas estratégias de pensamento, tais como o pensamento crítico, a tomada de decisão, o raciocínio diagnóstico e científico, o diálogo, a argumentação, o pensamento criativo, entre outros. Para além disso, o recurso a formas de pensamento preditivos e de percepção contínua são essenciais para acompanhar, vigiar e monitorizar a trajetória da situação de saúde e das conseqüentes necessidades de cuidados da pessoa cuidada, o que requer clarividência e compreensão da situação, reflexão crítica, raciocínio crítico e tomada de decisão assertiva (Benner et al., 2008)

Pretendemos assim que este modelo de aquisição de competências e de desenvolvimento profissional em enfermagem contribua para compreendermos a experiência vivida pelos enfermeiros participantes no presente estudo, após reflexão e discussão dos resultados obtidos.

#### **4. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM**

Entendida como um processo de influência sobre as pessoas, a liderança constitui-se como uma atividade relacional de comprometimento que implica confiança, comunicação, inspiração, ação e subserviência entre os seguidores e o líder. De facto, com a finalidade de alcançar a melhoria, os líderes exercem o seu poder para unir os grupos/equipas, incitar a inovação, potenciar processos de comunicação positivos e conduzir os grupos/equipas no alcance de objetivos e metas conjuntos. (Huber, 2014)

A elevada complexidade e exigência, assim como as rápidas e sucessivas mudanças dos atuais contextos de trabalho em saúde, desafiam os profissionais, entre os quais os enfermeiros, para harmoniosamente trabalhar em conjunto com os outros. Assim, surgem oportunidades para liderar, assumir desafios, consolidar propósitos e implementar ideias e projetos. (Huber, 2014)

Considerando o enfermeiro líder de equipas de EEH como o foco do presente estudo, propomos neste capítulo apresentar uma breve contextualização sobre as atuais considerações teóricas dos fenómenos de liderança e os processos de liderança dos enfermeiros em contextos específicos de gestão de equipas.

##### **4.1. LIDERANÇA EM ENFERMAGEM: ATUALIDADES TEÓRICAS**

Até então considerado como um processo unidirecional e focado apenas no líder, foi com a influência dos modelos interacionistas apresentados a partir dos anos 70, que se percebeu que o comportamento do líder é determinado pela relação entre a sua personalidade e a situação específica com que se depara. Hollander (1978), como referido por Marquis e Huston (2015), reconhece pela primeira vez que os líderes e os membros do grupo desempenham papéis paralelos à situação de liderança e podem ambos influenciar e ser influenciados pelos eventos, constituindo um processo dinâmico de dois sentidos que envolve os três elementos: o líder, os membros do grupo e a situação. Foi também um dos primeiros autores a mencionar quais as habilidades do líder para desempenhar uma liderança eficaz, tais como a capacidade de utilizar o processo de resolução de problemas, de manter a eficácia do grupo, de comunicar eficazmente, de ser justo, competente, fiável e criativo, e de desenvolver a identidade de grupo.

Por seu lado, Kanter (1977), como referido por Marquis e Huston (2015), postula que os aspetos estruturais do trabalho desenvolvido pelo líder moldam a sua própria efetividade e poder na organização. Com efeito, a relação que estabelece com várias pessoas e grupos contribui ativamente para o seu sucesso, sendo possível identificar três estruturas de empoderamento do trabalho dentro da organização: oportunidade, poder e proporção. Estas permitem explicar as diferenças entre as respostas, comportamentos e atitudes dos líderes no seu ambiente de trabalho.

Nelson e Burns (1984), como referido por Marquis e Huston (2015), argumentam que as organizações e os seus líderes apresentam quatro fases de desenvolvimento, de acordo com o nível de envolvimento com as equipas no processo de liderança: reativo, responsivo, proativo e potenciador de equipas de elevado desempenho. Estas influenciam diretamente a produtividade e a satisfação profissional dos trabalhadores.

Em 1994, Brandt's, como referido por Marquis e Huston (2015), apresenta um modelo de liderança interativa em que os líderes que proporcionam um ambiente de trabalho que fomenta a autonomia e a criatividade dos membros da equipa, são responsáveis não só pelo alcance dos objetivos da organização, mas também pelos resultados e pela qualidade de vida dos seus próprios seguidores

Burns (2003), como referido por Marquis e Huston (2015), alega que tanto líderes como os elementos das respetivas equipas potenciam-se mutuamente para níveis de moralidade e de motivação progressivamente mais elevados – *liderança transformativa*. Para isso, o autor sugere que existem dois tipos de líderes: os que se comprometem com a organização e se orientam por uma visão, com a qual conseguem transmitir poder aos outros – *líder transformativo*, e os que se preocupam maioritariamente com as atividades do dia-a-dia – *líder transitivo*.

Neste contexto transformativo, Kouzes e Posner (2007), como referido por Marquis e Huston (2015), sugerem que os líderes exemplares fomentam as relações com os membros do grupo/equipa. Para isso, os autores postulam que devem ser implementadas cinco práticas: clarificação de valores e auto-perceção do comportamento de acordo com os valores, envolvimento de todos na visão global e objetivos a alcançar, identificação de oportunidades e predisposição para a ação, incentivo à colaboração, à confiança e à partilha do poder, e reconhecimento, consideração e celebração dos elementos da equipa e do alcance dos objetivos.

Doody e Doody (2012), como referido por Marquis e Huston (2015), reconhecem que os enfermeiros têm sido inadequadamente liderados e geridos, devendo as organizações de saúde reconsiderarem formas de liderança mais flexíveis e

adaptativas. Assim, alegam que uma liderança tendencialmente transformativa constitui o meio através do qual os elementos dos grupos/equipas são/estão motivados pelo envolvimento ativo no alcance dos objetivos comuns e nos valores morais da própria organização em prol de um bem maior e não apenas nos seus próprios interesses individuais

Embora as qualidades da liderança transformativa sejam atualmente altamente desejadas, pesquisas recentes referem que para que os líderes sejam eficazes e obtenham os melhores resultados, estes devem em simultâneo recorrer a qualidades transitivas do dia-a-dia da gestão. Com efeito, os atuais peritos em liderança sugerem que existem três características essenciais que os líderes de organizações e de cuidados de saúde devem apresentar: competência, conhecimento e habilidade. Destes, a competência e comportamento do líder, a integração da/cultura e clima organizacional, a partilha da visão do global, e a gestão da mudança são reconhecidas por diversas entidades internacionais como componentes impactantes para os processos de liderança eficazes. (Marquis & Huston, 2015)

#### 4.2. ENFERMEIRO LÍDER DE EQUIPAS DE SAÚDE

Considerando a complexidade, a constante mudança e o caos que caracterizam os sistemas e organizações de saúde atuais, os processos de liderança eficazes assumem um papel crucial e fundamental para orientar, dirigir e estabilizar os colaboradores, de modo a obter a sua maior efetividade e satisfação para alcançar os objetivos e concretizar as metas dos mais elevados padrões de cuidados de saúde. Assim, a escassez de recursos e a desmotivação individual são questões que assombram os líderes e gestores das atuais organizações de cuidados de saúde, que em muito têm dificultado o seu desempenho ultimamente (Marquis & Huston, 2015).

Para contornar estas limitações, os enfermeiros, como profissionais de saúde que integram tanto os quadros de gestão organizacional como os grupos de trabalho a nível operacional, devem acima de tudo compreender os processos de liderança e de gestão dos contextos em que estão inseridos (Marquis & Huston, 2015), desenvolvendo para isso estratégias de liderança flexíveis, dinâmicas e capazes de acompanhar eficazmente as diferentes e rápidas alterações dos paradigmas com que lidam diariamente. Com efeito, orientar-se por uma visão clara e objetiva, apresentar capacidade de adaptação à mudança, procurar formas inovadoras de lidar com novos ambientes de prestação de cuidados de saúde e liderar a implementação de estratégias centradas nas pessoas/populações, num equilíbrio entre as estratégias de

liderança de produção industrial, mais técnicas e mais relacionadas com o custo-produção, e as de cariz inter-relacional, comunicativo e comportamental entre o líder e todos os elementos do grupo/equipa, constituem estratégias que os enfermeiros devem adotar para concretizar processos de liderança eficazes perante a complexidade dos sistemas e organizações de saúde atuais (Huber, 2014; Marquis & Huston, 2015).

Assim, a eficácia da liderança exige duas competências fundamentais do enfermeiro: a capacidade em estabelecer relações interpessoais eficazes, não só com os elementos dos grupos/equipas com quem trabalha mas também com outros grupos/equipas da organização ou sistema onde se insere, e a capacidade de resolver problemas, o que requer a capacidade de pensar criticamente, identificar problemas e desenvolver objetividade e maturidade para o juízo e tomada de decisão. A conjugação destas competências congrega-se numa integridade, consistência e equilíbrio relacional e emocional que é comum a todos os líderes eficazes, constituindo o cerne do seu comportamento, padrões de ação, atitudes e desempenhos, e que têm, conseqüentemente, um impacto crucial na atitude e no comportamento dos próprios elementos do grupo/equipa. (Huber, 2014)

A liderança que resulta dos comportamentos dos enfermeiros em contextos de prestação de cuidados diretos à pessoa, atualmente designada como *liderança clínica*, está relacionada com o papel fundamental que estes profissionais representam na promoção da qualidade, segurança e coordenação daqueles cuidados de forma eficaz e eficiente. Estudos recentes sugerem a existência de cinco aspetos-chave deste tipo de liderança: experiência clínica, comunicação efetiva, colaboração, coordenação e compreensão interpessoal, e realçam a importância da existência de ambientes de trabalho que empoderem os enfermeiros a assumirem papéis de líderes, para que se obtenham os melhores índices de satisfação profissional das equipas e ganhos em saúde para as populações. (Patrick et al., 2011, como referido por Huber, 2014)

Perante conjunturas de elevada complexidade, a liderança surge como uma ferramenta que permite aos enfermeiros resolverem problemas, adaptarem-se à mudança e manterem o foco da liderança na pessoa que recebe os seus cuidados, combinando estratégias clínicas, administrativas, financeiras e operacionais, para oferecerem os cuidados de enfermagem de maior qualidade nos diversos contextos de trabalho em que exercem as suas funções. (Huber, 2014).

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## **1. METODOLOGIA**

O processo científico é uma abordagem adequada à problemáticas das ciências sociais e humanas, pois considera as vivências humanas como únicas, dinâmicas e em constante mudança, permitindo a investigação do significado das experiências vividas e descritas pelas pessoas que as vivem (Ramalho, 2005).

De acordo com o propósito, objeto e objetivos do presente estudo, propomos neste capítulo explicar as opções metodológicas que tomamos, devidamente fundamentadas nos pressupostos teóricos dos autores referidos nos capítulos anteriores. Assim, apresentamos: tipo e foco do estudo, questões de investigação, população e seleção da amostra de participantes, instrumento de colheita de dados, procedimentos de análise dos dados, procedimentos formais e éticos, e critérios de cumprimento de rigor metodológico aplicáveis.

### **1.1. TIPO E FOCO DO ESTUDO**

A problemática da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave é ainda pouco estudada em Portugal. Como tal, descrevemos e justificamos no Capítulo 1. da Parte I do presente documento a opção por um estudo fenomenológico descritivo, segundo o método proposto por Giorgi, que nos permite conhecer esta realidade.

Como exposto naquele capítulo, Giorgi (2000) e Norlyk e Harder (2010), como referido por Matua (2015), apontam para a necessidade da definição do foco do estudo. Assim, optámos por uma abordagem geral, onde descrevemos os aspetos comuns da vivência da experiência pelos participantes. Para isso, durante a análise dos dados identificámos as unidades de significado individuais e construímos um esquema de temas e conceitos comuns, que nos permitiu obter uma visão geral das essências do fenómeno vivido pelos participantes como um todo. Durante a discussão dos resultados, refletimos acerca das implicações deste esquema, procurando a descrição do fenómeno na perspetiva geral dos participantes em comparação com outros estudos e com os nossos próprios juízos, suspensos até então.

## 1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

Sendo o objetivo da investigação fenomenológica a descoberta do significado que a vivência da experiência tem para a pessoa que a vive, a questão de investigação constitui o seu ponto de partida (Englander, 2012). Esta é essencial para orientar todo o desenho do estudo, desde o planeamento, colheita e análise dos dados, interpretação dos resultados, e apresentação e divulgação do estudo (Ramalho, 2005).

Assim, propomos como questões de investigação para o presente estudo:

- *Como é que os enfermeiros líderes de equipas de EEH vivenciam as suas experiências perante pessoas com trauma grave?*;
- *Que aspetos influenciam a vivência de experiências perante pessoas com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH?*;
- *Que significados os enfermeiros líderes de equipas de EEH atribuem às suas experiências perante pessoas com trauma grave?*.

Estas questões orientaram a pesquisa para a descrição de como as experiências com pessoas com trauma grave são vividas pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH, para a compreensão de que aspetos e fatores estão/podem estar relacionados com este fenómeno, e para a identificação dos significados que estes atribuem a tais experiências e com isso o que lhes é relevante e significativo naquelas vivências.

Destas derivam os objetivos que pretendemos alcançar com a realização do estudo:

- Descrever a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH;
- Identificar os aspetos que influenciam a vivência de experiências perante a pessoa com trauma grave pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH;
- Identificar os significados que os enfermeiros líderes de equipas de EEH atribuem às experiências vividas perante pessoas com trauma grave. objetivos traçados.

## 1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Streubert e Carpenter (2002) referem que a investigação fenomenológica pressupõe uma amostra intencional obtida através da seleção de participantes que possam partilhar o seu conhecimento acerca de um determinado fenómeno. Neste sentido, considerando a problemática do presente estudo, a população incluiu os enfermeiros

com experiências de liderança de equipas de EEH perante pessoas com trauma grave que exerciam atividade profissional em meios de ambulância de SIV, independentemente do vínculo laboral ou instituição onde desempenhavam funções.

Recorremos ao método de amostragem por “bola de neve”<sup>9</sup>, em que, através de *e-mail* convidámos os enfermeiros responsáveis de meio de ambulância de SIV dos distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre e Évora que conhecíamos a participarem no estudo e a encarecidamente colaborarem, por sua vez, no encaminhamento do *e-mail* a outros responsáveis de meio daqueles distritos e aos enfermeiros da equipa, apelando também à participação destes. Neste contacto, explicámos o tipo de estudo, os objetivos e os procedimentos formais e éticos inerentes ao processo, e facultámos o *link* de acesso ao instrumento de colheita de dados em formato *WebDoc*. A amostra de participantes foi assim constituída pelo conjunto de enfermeiros que aceitou e efetivou a sua resposta ao questionário.

#### 1.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Giorgi (2009), como referido por Englander (2012), existem, em geral, duas formas de colheita de dados acerca de um fenómeno de experiência vivida por outra pessoa: a entrevista e o registo escrito ou gravado da experiência. Devido ao limite temporal a que a implementação deste estudo estava sujeita e dado que o registo escrito é reconhecido por Giorgi como opção à entrevista, optámos pelo recurso a questionário individual aberto, elaborado por nós investigadoras, como instrumento de colheita de dados para o presente estudo. Este foi apresentado aos participantes sob a forma de *WebDoc*, através do qual pudemos visualizar/ler as respostas logo que os participantes as registavam. Esta opção permitiu-nos aperceber globalmente do conteúdo das respostas dos participantes e assim identificar o ponto de saturação dos dados, definido por Loureiro (2006) como estratégia para assegurar um dos critérios de rigor metodológico do estudo: a sua credibilidade.

Na apresentação do instrumento, o potencial participante era informado acerca das características do estudo, do dispêndio temporal que implicaria o preenchimento do questionário, do consentimento informado e que, ao aceder ao documento, ao

---

<sup>9</sup> “Tipo de amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência” e que pode “...determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa...”, tornando-se “...útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados”, tais como em populações com poucos membros mas que “...estão espalhados por uma grande área” (Vinuto, 2014, pp. 203-204).

responder ao mesmo e, no final, ao clicar em “enviar”, seria assumido por nós, pesquisadoras, como manifestação suficiente de consentimento.

O questionário propriamente dito era então constituído por duas partes, sendo a primeira, relativa aos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes, tais como idade, sexo, formação na área do trauma, formação na área da liderança, tomada de decisão e/ou gestão de equipas, experiência profissional como enfermeiro, experiência profissional como enfermeiro de ambulância de SIV, e, distrito onde atua como enfermeiro de ambulância de SIV. Os intervalos de tempo de experiência profissional foram apresentados em períodos de quatro anos.

A segunda parte do questionário era relativa ao fenómeno em estudo e integrava quatro questões abertas, definidas de acordo com as recomendações de Englander (2012) ao basear-se em Giorgi. A pergunta inicial servia como ponto de partida para as restantes e convidava o participante a descrever uma situação que representasse para si o fenómeno em estudo – *relação sujeito-sujeito*: “Pode descrever uma situação em que tenha estado, na condição de líder da equipa de emergência pré-hospitalar, perante uma ou mais pessoa com trauma grave?; Opte por uma situação que se reproduza noutras situações semelhantes; Descreva a situação o mais específica e detalhadamente possível”.

A segunda pergunta do questionário pretendia alcançar um nível de saturação da informação descrita pelo participante e obter a consistência do significado da sua vivência – *relação sujeito-fenómeno*. Assim, convidávamos o participante a reescrever o que tinha referido na situação anterior (Englander, 2012): “Pode descrever um pouco mais o que aconteceu?”

Ao permitir a alternância da descrição entre a *relação sujeito-sujeito*<sup>10</sup> e a *relação sujeito-objeto*<sup>11</sup>, a terceira questão permitia o aperfeiçoamento do investigador como pesquisador fenomenológico (Englander, 2012). Para isso, pedimos ao participante que descrevesse qual o impacto que a situação descrita tinha na sua vida: “Quanto à primeira situação que descreveu, de que forma é que tem influenciado, ou qual o impacto que tem tido na sua vida profissional? De que forma tem influenciado a sua abordagem, enquanto líder de equipas de emergência pré-hospitalar, em situações semelhantes desde então?”

---

<sup>10</sup> Relação sujeito-sujeito – Aquela que é estabelecida entre o sujeito-pesquisador e o sujeito-participante durante a entrevista, específica da abordagem qualitativa (Englander, 2012).

<sup>11</sup> Relação sujeito-objeto – Aquela que é estabelecida entre o sujeito-pesquisador e o objeto em estudo (fenómeno), frequente nas abordagens das ciências naturais (Englander, 2012).

England (2012) refere que é importante perceber que, se algumas descrições são pouco claras, o investigador não deve tecer interpretações teóricas acerca das mesmas durante a análise dos dados. Neste sentido, para garantir o esclarecimento destas expressões pelo próprio participante, apresentávamos uma quarta questão no questionário, onde o convidávamos a esclarecer ou acrescentar livremente quaisquer informações que considerasse pertinentes acerca do fenómeno ou das situações que descrevera anteriormente: “Que outras considerações gostaria de acrescentar acerca da sua experiência, enquanto enfermeiro líder de equipas de emergência pré-hospitalar, perante a pessoa com trauma grave?”.

Para efeitos de avaliação do seu conteúdo, semântica e perceção do leitor, o instrumento de colheita de dados foi submetido a pré-teste por enfermeiros peritos em EEH<sup>12</sup>, cujas sugestões, tais como a concordância entre questões e o desbloqueio de campos de resposta fechada, foram consideradas e incluídas no instrumento, resultando no questionário final apresentado aos potenciais participantes.

## 1.5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Giorgi (2012b), a descrição que caracteriza a fenomenologia descritiva consiste no uso da linguagem para articular os objetos intencionais da experiência, onde é desconhecida a existência de um dado que necessita de ser descrito exatamente como é apresentado. Assim, descritas no Capítulo 1.1. da Parte I do presente documento, o autor aponta as cinco etapas de análise dos dados que devem ser respeitadas e que complementamos com as indicações de Loureiro (2002).

Quando comparada com a entrevista, a opção por questionário *online* permitiu-nos abreviar a etapa da transcrição das respostas dos participantes, já que o processo de disponibilização dos dados foi realizado automaticamente pela plataforma digital, diretamente para um documento editável em formato de *Excel*. Assim, logo que demos por terminado o período de colheita de dados, tínhamos ao nosso dispôr todas as respostas dos participantes já naquele formato.

Optamos, por uma questão de melhor perceção do leitor, por apresentar os procedimentos propriamente ditos de análise dos dados no Capítulo 2. da Parte III do

---

<sup>12</sup> Como critérios de seleção dos enfermeiros peritos que iriam analisar o questionário inicial, considerámos: ser Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, exercer ou ter exercido enfermagem em meios de ambulância de SIV, e não integrar a amostra de participantes em estudo.

presente documento, onde, à medida que analisamos as descrições dos participantes, descrevemos e justificamos as estratégias que utilizámos para o concretizar.

## 1.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De acordo com Nunes (2013), as *Diretrizes éticas para a investigação em enfermagem*, publicadas pelo *International Council of Nurses*, definem seis princípios éticos a considerar no processo de investigação em enfermagem: beneficência, não maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes relacionam-se com o respeito pelos direitos dos participantes em: “não receber dano (...) e não ser prejudicado”; ter “conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo”, nomeadamente a “sua natureza, fim, duração (...) e métodos utilizados”; decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação, sem coação, podendo negar-se livremente – “direito de autodeterminação”; poder negar-se a responder a questões, decidir sobre a extensão da informação que partilha e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas – “direito à intimidade”; ter a sua identidade protegida e a ser assegurada a confidencialidade da informação que partilha – “direito ao anonimato e à confidencialidade” (pp. 6-7).

A participação dos convidados no estudo implica o seu consentimento livre e esclarecido, obtido por escrito após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências para si. Este deve poder ser retirado em qualquer momento da investigação, sem que isso implique quaisquer danos para si (Nunes, 2013). Na presente pesquisa, no *e-mail* convite enviado aos participantes constava, além da informação sobre o estudo e o *link* de acesso ao questionário *online*, o carácter voluntário da sua participação na pesquisa, podendo, a qualquer momento e sem que tivesse que prestar qualquer justificação, desistir da participação no estudo, sem que isso lhe trouxesse dano ou prejuízo, pessoal ou profissional. Ainda no mesmo *e-mail*, informávamos que o acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em “enviar”, seria assumido pelas investigadoras como manifestação suficiente de consentimento. Esta informação foi reforçada no início do questionário.

O respeito pelo anonimato dos participantes e pela confidencialidade das fontes não deve permitir a identificação dos investigados nem das instituições onde a pesquisa tem lugar, salvo se devida e formalmente autorizada (Comissão Nacional de Protecção de Dados, como referido por Nunes, 2013). Para isso, pode-se recorrer à codificação dos instrumentos de colheita de dados e das respostas dos participantes desde que garantida a segurança dos dados e adotadas medidas que impossibilitem o acesso de

terceiros a esta informação (Nunes, 2013). No presente estudo, para assegurar a privacidade e anonimato dos participantes, em momento algum foram solicitados dados referentes à sua identificação. Para além disso, do ponto de vista do seu direito à confidencialidade, o acesso aos questionários respondidos e ao documento em Excel com as suas respostas foi limitado por palavra-passe, da qual apenas nós, pesquisadoras, temos conhecimento. Ainda neste sentido, adotámos a estratégia da codificação numérica das respostas de acordo com a ordem pela qual os participantes foram respondente ao questionário, resultando nos códigos numerados de Q1 a Q11. Às respostas completas, notas e informação resultante da codificação apenas nós, pesquisadoras, temos acesso, sendo a informação divulgada no presente documento aquela que os participantes realmente registaram como resposta.

Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), como referido por Nunes (2013), apontam que o investigador tem o dever de “devolver aos participantes a informação sobre os achados ou os resultados”, devendo manter-se “especial cautela com o rigor e com os princípios da verdade e da honestidade intelectual” (p. 13). Neste estudo, este princípio é assegurado a partir do momento em que o mesmo seja apresentado e divulgado publicamente.

Segundo Nunes (2013), todos os estudos de âmbito académico devem ser devidamente autorizados pela entidade académica que os representa. Para o presente estudo, foi submetido pedido de parecer à Comissão de Ética da UICISA: E, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Apêndice I), através de requerimento próprio para o efeito, que concedeu parecer positivo (Anexo I). Quanto à autorização pela(s) instituição(ões) onde o referido estudo teve lugar, o apelo à resposta de questionário *on-line* prescinde desta autorização (Nunes, 2013). Por este motivo, o instrumento de colheita de dados em formato *WebDoc* desta pesquisa, divulgado via *e-mail* convite, dispensou a autorização da instituição onde os enfermeiros exerciam as suas funções.

## 1.7. RIGOR METODOLÓGICO

Apesar do aumento do recurso a abordagens qualitativas pelas ciências sociais e humanas, a sua metodologia tem sido alvo de críticas por parte da comunidade científica, sobretudo no que se refere ao cumprimento do rigor e credibilidade científicos e impossibilidade de generalização ou replicação dos resultados. Perante tais limitações, também reconhecidas pelos investigadores qualitativos, o estabelecimento e respeito por critérios científicos que assegurem o rigor metodológico destas pesquisas torna-se crucial (Loureiro, 2006).

Neste sentido, um dos primeiros critérios de cumprimento de rigor científico é a adequação da problemática em estudo com a metodologia a adotar: se a finalidade da fenomenologia é o estudo da experiência vivida do ponto de vista da própria pessoa que a vivencia, o intuito do estudo deve apenas ser a compreensão do significado dessa experiência para aqueles que a vivem na primeira pessoa. Por seu lado, a reflexão e pesquisa prévias do investigador acerca do tema, da sua pertinência e necessidade para a Enfermagem, e da existência de outros estudos nesse âmbito, incluindo fenomenológicos, contribui para adequar o problema a estudar com uma abordagem metodológica (Loureiro, 2006).

Assim, considerando a natureza da problemática que pretendemos estudar – a vivência, na primeira pessoa, dos enfermeiros líderes de equipas de EEH quando experienciam situações com pessoas com trauma grave – e a escassez de estudos neste âmbito concretizados em Portugal, a fenomenologia, enquanto método de investigação em enfermagem, surgiu-nos como uma opção válida e adequada.

Do ponto de vista metodológico, o resultado destas pesquisas pode ser apresentado num enquadramento contextual no início do documento onde o estudo é apresentado, como forma de esclarecer os conceitos associados ao contexto do fenómeno em análise e aos princípios onto-epistemológicos relacionados com a abordagem metodológica que irá ser implementada (Loureiro, 2006). Com base nestas recomendações, justificamos a apresentação, na primeira parte deste documento, dos conceitos referentes à contextualização não só do fenómeno em análise, tais como a liderança em enfermagem e o trauma grave, particularmente em contexto de extra-hospitalar, mas também da própria metodologia que consideramos como adequada e indicada para o estudar, como é a fenomenologia.

Segundo o método de pesquisa proposto por Giorgi, o pesquisador deve assumir a atitude de redução fenomenológica, sob a qual deve considerar qualquer objeto ou estado das coisas tal como lhe são apresentados, isento de juízos e interpretações suas pessoais. Desta forma, após aquela contextualização e adequação metodológica inicial, o investigador deve registar por escrito as suas crenças, pré-conceitos e juízos acerca do fenómeno, para que, durante as etapas metodológicas de construção do instrumento de colheita de dados, colheita de informação, análise dos dados e discussão dos resultados, aquelas conceções constituam uma listagem que lhe permita evitar fontes de erro durante todo o processo de investigação. Além disso, pode ir ajustando o próprio instrumento de colheita de dados e os procedimentos de análise dos dados e discussão de resultados à medida que o estudo se vai desenvolvendo (Loureiro, 2006).

Neste sentido, as crenças que resultam sobretudo da nossa experiência profissional, estiveram na origem deste estudo e associámos ao fenómeno em análise são:

- O desconhecimento do que podem vir a encontrar numa situação com pessoas com trauma grave contribui para a vivência dos enfermeiros líderes de equipas de EEH;
- A vivência de situações com pessoas com trauma grave pelos enfermeiros é influenciada pelos conhecimentos que obtiveram das suas experiências profissionais prévias e/ou pelos seus conhecimentos teóricos que adquiriram previamente;
- As experiências da prática contribuem para a obtenção de conhecimento e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- As imagens com elevado impacto visual, associadas aos cenários de trauma grave, condicionam a vivência dos enfermeiros;
- A vivência de situações com pessoas com trauma grave em contexto de EEH exige dos enfermeiros competências de liderança;
- A capacidade de tomada de decisão dos enfermeiros líderes de equipas de EEH em cenários com pessoas com trauma grave influencia o modo como vivem aquela experiência;
- O trabalho em equipa relaciona-se como a forma como os enfermeiros líderes de equipas de EEH vivenciam situações com pessoas com trauma grave;
- A distância temporal à unidade hospitalar influencia a vivência dos enfermeiros líderes de equipas de EEH em situações com pessoas com trauma grave.

Para além do cumprimento pelos pressupostos metodológicos indicados especificamente pelos autores a seguir, Loureiro (2006), baseando-se em Lincoln & Guba (1985), enuncia os critérios que asseguram o rigor metodológico das pesquisas fenomenológicas, ao garantirem cientificamente que os achados correspondem à realidade tal como ela é vivida por quem a experiencia: credibilidade, transferibilidade, dependência e confirmabilidade.

A credibilidade de um estudo fenomenológico refere-se ao valor da sua verdade e à precisão dos resultados obtidos através da adequação entre as realidades tal como são descritas e interpretadas pelo investigador e a realidade tal como é vivida pelo participante na investigação (Loureiro, 2006). Para isso, o autor aponta duas estratégias metodológicas que podem ser utilizadas: obtenção da saturação dos dados, em que, através do prolongamento temporal do estudo, se alcança o momento em que os dados deixam de fornecer novas informações, implicando a análise em

simultâneo com a colheita dos dados; e a triangulação, ou seja, a possibilidade de verificação dos dados recorrendo a diversas fontes, investigadores ou outras combinações, sendo frequente em fenomenologia o recurso a dois ou mais investigadores que analisam em simultâneo o processo de codificação.

No presente estudo, para assegurar a sua credibilidade, optámos por recorrer a ambas estratégias. Para obter a saturação, à medida que os participantes foram respondendo ao questionário durante o período de colheita de dados, fomos lendo as respostas até percebermos que a informação obtida deixara de trazer novos dados. Com esta estratégia, tivemos necessidade de recontactar os enfermeiros responsáveis de meio com os *e-mails* de divulgação do estudo, reforçando o apelo à sua participação e dos colegas da equipa, que resultou na extensão de dois para cinco meses de colheita de dados face ao inicialmente previsto, entre os meses de junho e outubro de 2018, e na participação de onze enfermeiros.

Para a triangulação, a codificação dos dados foi analisada pelas duas investigadoras, tanto em conjunto como separadamente, de modo a conseguirmos perceber que os achados obtidos eram idênticos para ambas mesmo que analisados em separado.

Não sendo a generalização dos resultados um propósito dos estudos fenomenológicos, a transferibilidade relaciona-se com a possibilidade de o leitor poder transportar ou aplicar os resultados noutra situação equivalente. Como tal, depende da riqueza das informações transmitidas e partilhadas pelos participantes, o que é potenciado por uma seleção de pessoas que realmente viveram a experiência/fenómeno que se pretende estudar, ou seja, por um processo de amostragem intencional. Para além disso, o recurso à linguagem/descrição dos participantes na apresentação do estudo, assim como as representações esquemáticas da estrutura das essências do fenómeno por forma a torná-lo mais facilmente compreensível, constituem estratégias metodológicas que contribuem para a transferibilidade dos resultados do estudo para o leitor (Loureiro, 2006).

Para garantir a transferibilidade do presente estudo, optámos, tal como referido anteriormente, por um processo de amostragem intencional de enfermeiros líderes de equipas de EEH com experiência em ambulância de SIV, que pudessem contribuir com descrições acerca do fenómeno da vivência de experiências com pessoas com trauma grave. Por outro lado, nos capítulos de análise e discussão dos resultados recorreremos às descrições dos próprios participantes, tal como mencionado por si, assim como a representações esquemáticas que, não só, constituem etapas do

próprio método fenomenológico, mas também permitem ao leitor, e a nós próprias, mais facilmente compreender o fenómeno e as suas essências.

O critério de dependência está relacionado com a estabilidade do estudo e permite a outros investigadores, baseando-se na documentação disponibilizada e nas opções metodológicas, acompanhar o estudo e alcançar resultados semelhantes, auditando o próprio processo e métodos implementados pelas investigadoras (Loureiro, 2006).

A confirmabilidade resulta da garantia em como os resultados são o produto do foco do estudo e não da interpretação arbitrária do investigador, possibilitando outros investigadores que auditem o processo investigativo localizar as fontes que os investigadores principais utilizaram para fundamentar as suas descrições, interpretações e recomendações. Neste sentido, deve ser possível aos investigadores auditores verificar a informação em bruto e analisar as notas tomadas para a construção das unidades de significado, os significados, os temas e o índice temático. Para tal, é fundamental que os quatro critérios estejam presentes e interligados, de modo detalhado, rigoroso e claro (Loureiro, 2006).

Para garantir a confirmabilidade do presente estudo, as etapas metodológicas estão descritas clara e detalhadamente, as fontes de descrição dos participantes estão devidamente identificadas e os processos de interpretação e obtenção de resultados estão descritos. A documentação utilizada para fundamentar e servir de base para o processo de investigação em curso, assim como as notas e esquemas construídos por nós investigadoras, estão conservadas.

A investigação fenomenológica exige que os investigadores, através de uma atitude reflexiva, de abertura e de questionamento constantes, compreendam os seus procedimentos metodológicos para que, com rigor e validade científicos, os possam utilizar como recurso adequado para o estudo da experiência vivida das pessoas, e assim cumpram os princípios da sua onto-epistemologia (Sundler, Lindberg, Nilsson & Palmér, 2019).



### **PARTE III – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS**



## **1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A população da presente pesquisa compõe-se dos enfermeiros que exercem atividade profissional em ambulância de SIV, com experiência de liderança de equipas de EEH em situações com pessoa(s) com trauma físico grave, sendo que a amostra de participantes, obtida intencionalmente através do método por “bola de neve”, é constituída por onze enfermeiros.

A caracterização demográfica e profissional destes onze participantes encontra-se resumida na Tabela 1, onde, do ponto de vista demográfico, identificamos que a sua idade varia entre os 31 e os 44 anos, sendo a média de idade de 35 anos. A amostra é composta por sete enfermeiros do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Quanto ao seu percurso formativo, nove detêm o título de licenciado em enfermagem e dois apresentam o título de mestre: um em “enfermagem comunitária” e outro em “enfermagem médico-cirúrgica”. Três dos onze participantes referem ter frequentado pós-licenciatura: dois em “enfermagem médico-cirúrgica”, um dos quais com o mesmo título de mestrado, e um em “enfermagem comunitária”, igualmente com o mesmo título de mestrado. Quanto à formação profissional, três enfermeiros frequentaram o ensino pós-graduado: um em “urgência e emergência”, um em “gestão de organizações de saúde”, o qual detém os títulos de mestre e pós-licenciado em “enfermagem médico-cirúrgica”, e outro em “trauma, emergência e apoio humanitário”. No que se refere a formação específica em trauma/traumatologia, excetuando a formação para atribuição de competência aos enfermeiros de ambulância de SIV, sete participantes referem ter frequentado este tipo de formação por pelo menos 48 horas. Questionados acerca da formação em liderança, tomada de decisão ou gestão de equipas, um enfermeiro refere ter frequentado curso de 80 horas sobre liderança, o mesmo que detém formação pós-graduada em “trauma, emergência e apoio humanitário”.

No que se refere à experiência profissional, sete participantes exercem atividade profissional como enfermeiro há 8-11 anos, sendo que dois exercem há 12-15 anos e dois há mais de 16 anos. Oito participantes referem exercer enfermagem em EEH e em ambulância de SIV há 4-7 anos, um há 0-3 anos e um há 8-11 anos; um dos participantes refere exercer enfermagem em contexto de ambulância de SIV há 0-3 anos embora já exerça em EEH há 12-15 anos.

Quanto à área geográfica, cinco participantes exercem funções como enfermeiro de ambulância de SIV no distrito de Santarém, quatro no de Portalegre, um no de Évora e um reparte a sua atividade pelos distritos de Évora, Lisboa, Portalegre e Santarém.

**Tabela 1** – Caracterização dos participantes no estudo

Questionário	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11
Idade	31	39	32	35	36	44	33	37	41	31	32
Sexo	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Masc.	Fem.	Fem.	Fem.	Masc.	Fem.	Fem.
Formação académica	Lic.	Lic.	Mes. Enf. Com.	Lic.	Lic.	Mes. Enf. Méd-Cir.	Lic.	Lic.	Lic.	Lic.	Lic.
Formação profissional		Pós-Grad. Urg. e Emerg.	Pós-Lic. Enf. Com.			Pós-Grad. Gestão Org. Saúde		Pós-Grad. Trauma, Emerg. e Apoio humanitário	Pós-Lic. Enf. Méd-Cir.		
Formação em trauma		PHTLS, TNCC, tr. avançado			TNCC, ITLS	ITLS	TNCC, PHTLS		TNCC, PHTLS		Trauma avançado
Formação em liderança, tomada de decisão ou gestão de equipas								Liderança			
Exp. como enf. (anos)	8-11	8-11	8-11	8-11	12-15	>16	8-11	12-15	>16	8-11	8-11
Exp. como enf. EEH (anos)	4-7	8-11	0-3	4-7	4-7	4-7	4-7	12-15	4-7	4-7	4-7
Exp. como enf SIV (anos)	4-7	8-11	0-3	4-7	4-7	4-7	4-7	0-3	4-7	4-7	4-7
Distrito onde exerce atividade SIV	Portalegre	Évora, Lisboa, Portalegre, Santarém	Évora	Portalegre	Santarém	Santarém	Santarém	Santarém	Santarém	Portalegre	Portalegre

## **2. ANÁLISE DOS DADOS**

Com base nos pressupostos da metodologia fenomenológica descritiva apresentada por Giorgi, propomos, neste capítulo, analisar as descrições individuais dos enfermeiros participantes no estudo, que partilharam por escrito as suas experiências como líderes de equipas de EEH com uma pessoa vítima de trauma físico grave.

O recurso a questionário individual *online* permitiu-nos, como referimos anteriormente, celeridade na disponibilização escrita das respostas dos participantes pois, uma vez em formato editável, foi-nos possível obter as onze respostas em documento Excel. A partir daqui, seguindo a metodologia de análise proposta por Giorgi, identificámos as unidades de significado após dois momentos de leitura das respostas obtidas. Dado que o autor alerta para o facto de cada pesquisador poder, mesmo que abstenendo-se das suas crenças e conhecimentos em relação ao fenómeno em estudo, ter uma atitude diferente de outro perante o mesmo dado, estas unidades foram posteriormente transformadas em conceitos sensíveis e psicologicamente mais relevantes por ambas as pesquisadoras. Uma vez revistos, e tal como indica Giorgi, agrupámos estes conceitos numa estrutura em forma de diagrama, passível de ser utilizado para interpretar e explicar as descrições dos participantes. Este esquema central de conceitos está representado no diagrama da **Figura 1**.

Numa primeira leitura das descrições percebemos que, apesar das diferentes realidades descritas, existem aspetos comuns e interligados entre si, e constatamos que existem dois focos principais na experiência vivida pelos enfermeiros: a sua capacidade de liderança e a de tomada de decisão. Numa segunda leitura mais pormenorizada de cada descrição, identificamos que as unidades de significado relativas a estes dois aspetos são frequentes e que para elas contribuem a existência, ou não, de outros fatores, os quais designámos de classes de fatores: 1) os que os enfermeiros percecionam como sendo inerentes a si próprios; 2) os que são inerentes à pessoa com trauma grave; e, 3) os que são inerentes ao contexto da situação.

Por uma questão de organização concetual, optámos por separar estas classes em dois grupos: à classe de fatores que os enfermeiros descrevem como relativa a si próprios designámos de internos, e as que os enfermeiros descrevem como associados a condicionantes externas a si identificámos como externos. Assim, o grupo de fatores internos inclui a classe dos fatores inerentes ao enfermeiro, e, o

grupo de fatores externos engloba as que são inerentes à pessoa e ao contexto. Esta divisão em dois grupos é evidenciada pelas linhas retas a tracejado da **Figura 1**. Uma leitura mais detalhada das experiências dos participantes permitiu-nos identificar subdivisões nos grupos e classes anteriormente descritas, as quais designámos de dimensões. Com esta classificação pretendemos objetivar o conteúdo das descrições dos participantes, tal como Giorgi sugere para a quarta etapa da metodologia fenomenológica descritiva que propõe.

Neste sentido, à classe dos fatores descritos pelos enfermeiros que identificámos como inerentes a si próprios, atribuímos três dimensões: a cognitiva, a emocional e a psicossocial. Percebemos que a experiência profissional, a auto-reflexão, o conhecimento e treino dos enfermeiros, e a identificação precoce da gravidade da situação podem ser agrupados na dimensão cognitiva; a gestão da ansiedade, o sentimento de impotência e o sentimento de segurança descritos pelos enfermeiros são agrupáveis na dimensão emocional; e, a motivação e gosto pela temática do trauma, e a confiança na equipa, são agrupáveis na dimensão psicossocial.

Quanto à classe dos fatores inerentes à pessoa com trauma grave e à dos fatores associados ao contexto em que a situação acontece, que identificámos como externos ao enfermeiro, foram, por sua vez, agrupados em duas e quatro dimensões, respetivamente. Assim, relativamente aos fatores associados à pessoa, atribuímos a sua idade a uma dimensão individual, ao passo que a existência de politraumatismo/trauma major, o estado de consciência e a estabilidade hemodinâmica/criticidade da situação foram agrupados numa dimensão clínica. No que se refere aos fatores associados ao contexto, agrupámos a presença de circundantes/terceiros, o conhecimento da área geográfica e das UH e o conhecimento antecipado da situação como circunstâncias; o acesso físico à vítima, a duração do desencarceramento e a possibilidade de atuação de acordo com o problema detetado foram agrupados como localização/acesso. As condições climatéricas, as condições de segurança e a rede de comunicações foram identificadas como condições climatéricas e de segurança; e, a condição física, o apoio médico, o apoio não médico e a receção na UH foram identificados como recursos humanos.

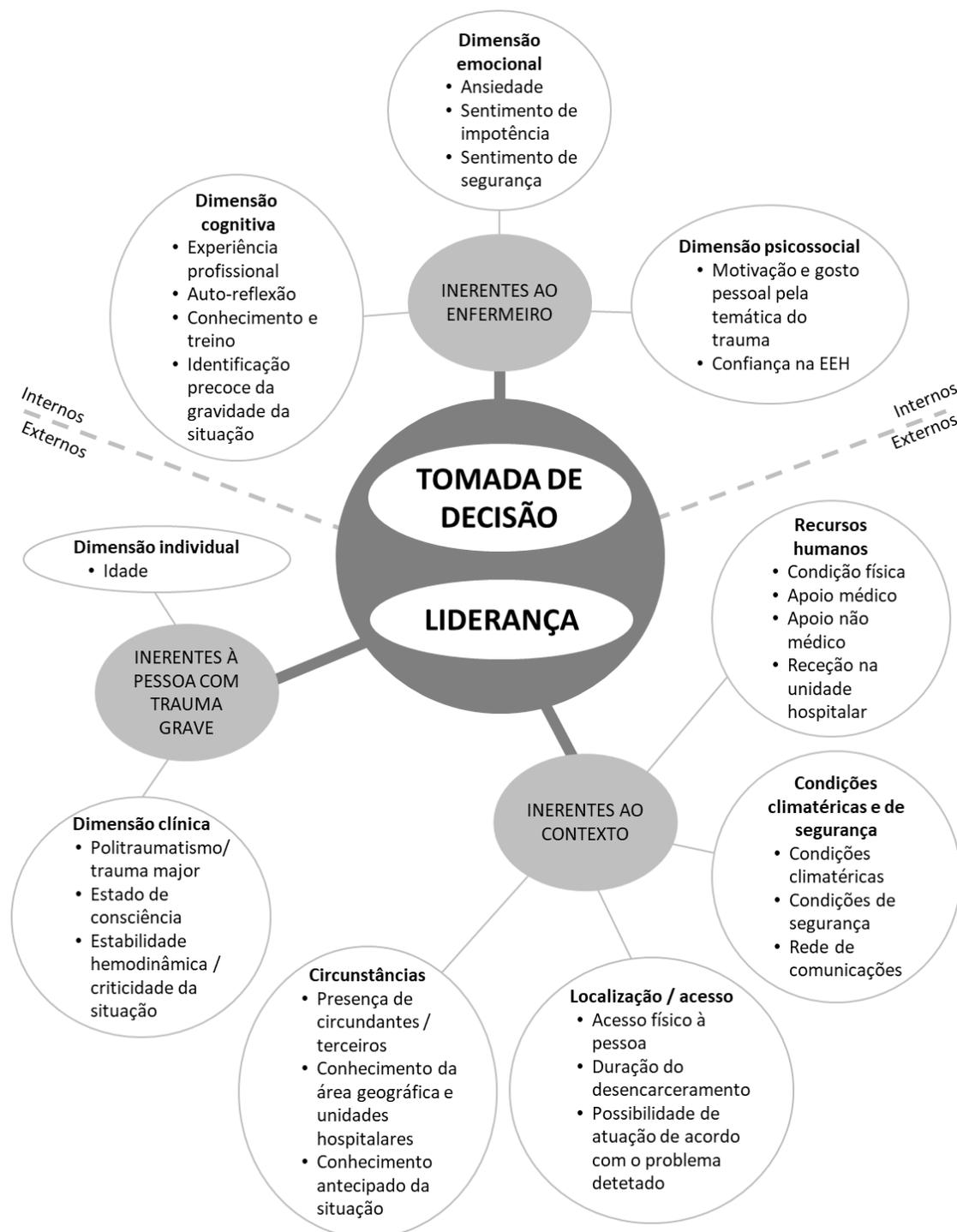


Figura 1 – Estrutura central de conceitos da experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH

Percebemos que a forma mais objetiva e metódica de concretizar o processo de análise dos dados seria através da codificação dos conceitos que advêm das unidades de significado e respetiva localização nas respostas dos enfermeiros. Mais concretamente, a cada conceito identificado atribuímos um código numérico, o qual foi registado em cada resposta em que era descrito, permitindo-nos perceber quantas vezes a descrição relativa àquele conceito surgia nas respostas. Como tal,

construímos uma grelha com os códigos dos conceitos que identificámos como sensíveis ao foco de preocupação dos enfermeiros e a quantidade de vezes que eram mencionados em cada uma das quatro respostas dos onze questionários respondidos. Deste modo, não só conseguimos mais clara e objetivamente perceber quais os conceitos que emanavam das unidades de significado, mas também compreender o nível de importância que teriam para os enfermeiros, dado o número vezes que eram referidos nas descrições. Posteriormente, agrupámo-los nas dimensões e classes de fatores de acordo com o seu nível de similitude e relacionámo-los com os dois principais focos de preocupação dos enfermeiros. Esta pretende ser uma organização esquemática das ideias que interpretámos das leituras dos participantes, pelo que realçamos a relação e interligação dinâmica, constante e simultânea entre os fatores descritos e não apenas a relação isolada que cada um poderá ter com os focos principais de preocupação dos enfermeiros.

De acordo com a metodologia fenomenológica descritiva sugerida por Giorgi, a quinta etapa da análise de dados consiste, como referimos, na interpretação e explicação das descrições dos participantes com a ajuda da estrutura de conceitos construída anteriormente. Depreendemos que é no final desta etapa que os objetivos propostos para a realização do estudo podem ser concretizados.

A técnica de codificação que utilizámos para a identificação dos conceitos e construção da estrutura concetual permitiu-nos então perceber, por um lado, os que se apresentam como mais significativos para os enfermeiros, e por outro, que independentemente da sua relevância, estão relacionados entre si e influenciam a sua tomada de decisão e liderança num todo. Neste sentido, os fatores que designámos de internos são os que se apresentam como mais relevantes, nomeadamente, o conhecimento técnico-científico do enfermeiro, a sua experiência profissional e o sentimento de segurança para a tomada de decisão, assim como a sua capacidade de identificação precoce da gravidade da situação e a confiança que deposita no sucesso e eficácia da equipa.

Presente na maioria das descrições dos participantes está a referência à importância do conhecimento técnico-científico, formação e treino dos enfermeiros na sua capacidade de tomada de decisão e liderança: “...ter mais formação na área! É uma área tão específica que poderíamos ter mais formação” (Q1), “fatores que influenciaram positivamente: formação e treino recente em equipa...” (Q2), “exige do enfermeiro muitos conhecimentos sobre a temática, na medida em que como líder deverá (...) tomar as decisões corretas” (Q3), “o conhecimento e a experiência tornam-nos melhores líderes” (Q6), “necessito de mais formação nesta área tão específica e

fundamental” (Q8), “a casuística do trauma não é elevada. Desta forma, a formação ministrada pelo INEM deve ser atualizada regularmente no sentido de manter/aumentar competências nesta área” (Q10).

De facto, no que à formação acerca da temática do trauma, aprendizagem e aquisição/desenvolvimento de competências profissionais diz respeito, percebemos que aqueles que não receberam este tipo de formação complementar, tais como os participantes Q1, Q3, Q8 e Q10 (ver **Tabela 1**), são os que referem carências a este nível, sugerindo inclusivé momentos formativos por parte do INEM. De facto, baseando-nos nas descrições dos participantes Q2 e Q6, que referem ter frequentado formação complementar no âmbito do trauma, parece-nos que esta pode contribuir positivamente para a sua tomada de decisão e liderança.

Em relação à formação complementar no âmbito da liderança, apenas frequentada pelo participante Q8 (ver **Tabela 1**), esta não é mencionada na sua descrição, assim como também não é referida pelos outros participantes como necessária, pelo que depreendemos não constituir preocupação dos enfermeiros líderes de equipas de EEH que lidam com pessoas com trauma grave. Aliás, o participante Q8 refere mais claramente carências no âmbito da abordagem à pessoa com trauma grave do que contributos para a sua prática proporcionados pela formação em liderança.

Quanto à experiência profissional, esta influencia positivamente a vivência dos enfermeiros no que se refere à sua capacidade de tomada de decisão e liderança: “quanto mais situações semelhantes, mais confiante me sinto” (Q2), “ser enfermeira há 20 anos ajudou na tomada de decisão” (Q6), “...todas as situações em cenários de pré-hospitalar nos fazem crescer enquanto líderes” (Q6), “...a experiência torna(...)nos melhores líderes” (Q6), “uma nova experiência uma nova aprendizagem” (Q10). No entanto, também pode influenciar negativamente no caso do enfermeiro considerar não ter tido experiências prévias específicas no âmbito da pessoa com trauma grave: “ao início encontrava-me nervosa pois nunca me tinha deparado com uma situação deste género” (Q1), “estava nervosa pois era a primeira situação do género...” (Q10), “esta situação deu-me a oportunidade de verificar pela primeira vez um pneumotórax aberto e sentir-me ainda mais confortável e confiante na sua identificação” (Q11).

Apesar de identificarmos a experiência profissional como um dos aspetos mais relevantes nas vivências dos participantes, as suas descrições não nos permitem relacionar o tempo de experiência profissional como enfermeiro, em extra-hospitalar e/ou em contexto de ambulância de SIV com a capacidade de tomada de decisão e liderança da equipa de EEH. Se por um lado existem participantes que referem o facto

de a experiência profissional mais alargada influenciar positivamente a capacidade de tomada de decisão e liderança, como é o caso dos enfermeiros Q2 e Q6, que, respetivamente, referem 8-11 anos de experiência profissional como enfermeiro e como enfermeiro de ambulância de SIV, e 4-7 anos de experiência em ambulância de SIV e mais de 16 anos como enfermeiro. Por seu lado, outros participantes descrevem-se igualmente seguros e confiantes das suas decisões apesar da sua experiência profissional mais curta, como é o caso do enfermeiro Q3, que refere ter 0-3 anos de experiência profissional em extra-hospitalar e em ambulância de SIV e 8-11 anos como enfermeiro:

...esta saída, como tantas outras, (...) consciencializou da importância da antecipação de deteriorações de situações críticas da vítima, para quais devo estar capaz de dar resposta, mesmo quando não existe no momento apoio médico e como tal devo ter uma boa capacidade de tomada de decisão.

Indo de encontro à descrição do participante Q3, a capacidade do enfermeiro em identificar precocemente a gravidade da situação apresenta-se-nos como outro conceito que identificamos como muito relevante nas descrições dos participantes para a sua tomada de decisão e liderança da equipa perante a pessoa com trauma grave: "...esta saída (...) consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima para as quais devo estar capaz de dar resposta..." (Q3), "percebi que era uma vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos (...) teria de pedir apoio diferenciado" (Q6), "defini vítima crítica com necessidade de extração rápida" (Q7), "influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) a identificação precoce dos sinais de choque e da sua possível causa" (Q11).

Relacionada com estes fatores, a segurança sentida pelo enfermeiro na sua capacidade de tomada de decisão é um aspeto referido com significativa relevância, podendo influenciar positiva ou negativamente a sua vivência: "...mesmo quando não existe apoio médico (...) devo ter uma boa capacidade de tomada de decisão" (Q3), "senti receio pela situação clínica mas senti-me segura na situação" (Q6), "...demonstrar segurança, mesmo que por dentro trema" (Q8), "a abordagem sistemática nunca esteve ausente garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis..." (Q9), "senti-me segura nas decisões tomadas..." (Q11).

Para além deste, a confiança na equipa de EEH é um aspeto referido pelos participantes como um dos fatores que contribuem positivamente para a sua tomada de decisão e, sobretudo, de liderança. De facto, a eficácia do trabalho em equipa e a

confiança que o enfermeiro deposita no TEPH com quem trabalha contribuem para o resultado positivo das suas intervenções: “...graças aos profissionais que me acompanhavam tornou-se mais fácil” (Q1), “a confiança na TEPH também foi importante” (Q6), “influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) o apoio vindo da minha TEPH” (Q11).

A ansiedade é um dos fatores também frequentemente descritos pelos participantes. Apesar da conotação negativa associada a este fator, na globalidade, os enfermeiros referem conseguir contornar esse efeito menos positivo e responder favoravelmente às situações complexas com que se deparam: “ao início encontrava-me nervosa...” (Q1), “aprendi a lidar melhor com o stress” (Q1), “senti receio pela situação mas senti-me segura na atuação” (Q6), “manter-me mais calma possível e demonstrar segurança, mesmo que por dentro trema” (Q8), “estava nervosa pois era a primeira situação do género (...) mas todas as tomadas de decisão foram corretas e feitas o mais rápido possível...” (Q10), “todas as situações envolvem algum stress...” (Q11).

A referência à sensação de ansiedade por parte dos participantes parece-nos resultar de outros fatores, tais como a idade jovem da pessoa, o elevado nível de criticidade da situação e o apoio recebido no local por pessoal não médico (bombeiros, autoridades), os quais também influenciam diretamente a tomada de decisão e a liderança do próprio profissional. De facto, cinco dos onze participantes descreveram uma situação em que a pessoa com trauma grave com quem lidaram como líderes da equipa era uma criança ou jovem adulto, pelo que depreendemos que este seja um fator que, só por si, é diretamente relevante para a sua tomada de decisão e liderança, e também indiretamente, pois origina ansiedade: “saída para pedido de apoio diferenciado dos bombeiros, para vítima de 15 anos...” (Q3), “vítima de 19 anos encarcerada em paragem cardiorrespiratória...” (Q4), “queda de homem com cerca de 22 anos...” (Q6), “viatura ligeira, ocupante, 20 anos, lado pendura, encarcerado...” (Q7), “senti-me impotente por (...) ter apenas 14 anos” (Q8).

A presença de politraumatismo ou trauma maior, alteração do estado de consciência (AEC) e/ou instabilidade hemodinâmica na pessoa com trauma grave sugerem o aumento do nível de criticidade da situação e, conseqüentemente, de exigência para a tomada de decisão e liderança do enfermeiro: “...vítima do sexo feminino, politraumatizada (...) encontrava-se desorientada! Bastante!” (Q1), “...vítima só reagia à voz (...) sem outras alterações hemodinâmicas (...), encontrava-me num local sem rede para realizar passagem de dados (...), procedi (...) à colocação de um acesso venoso e (...) iniciei transporte para poder chegar à estrada nacional e ter rede...” (Q3), “à nossa chegada (...) instável (...) percebi que era uma vítima crítica e que dada a

gravidade dos ferimentos espectáveis (...) teria de pedir apoio diferenciado” (Q6), “...encarcerado, com alteração do estado de consciência, traumatismo crânio-encefálico, trauma dos membros (...) defini vítima crítica com necessidade de extração rápida...” (Q7), “influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como a vítima que se mostrou colaborante...” (Q11).

Também relevante para a experiência dos participantes é, como referimos, o apoio sentido pelo enfermeiro por pessoal não médico, seja do TEPH, bombeiros ou outras entidades com as quais partilha o cenário onde a situação acontece: “ao início encontrava-me nervosa (...) mas (...) graças aos excelentes profissionais que acompanhavam tornou-se mais fácil!” (Q1), “queda de homem (...) dentro de um fosso, à nossa chegada já retirado pelos bombeiros...” (Q6), “senti-me segura nas decisões tomadas e também apoiada pela minha TEPH... (...) muitas das situações envolvem outras entidades que prestam apoio sendo por vezes a tomada de decisão feita em conjunto com essas entidades” (Q11). A inexistência ou ineficácia deste apoio é apontado pelos participantes como um fator de influência negativo na sua tomada de decisão e liderança: “...SIV primeira a chegar e sem meios para extração rápida (...) incapacidade para prestar socorro...” (Q4), “falta de experiência dos TEPH com vítimas críticas, limitação de recursos a oferecer” (Q5).

Três participantes mencionaram a duração do desencarceramento como influenciadora da sua experiência perante a pessoa com trauma grave: “...vítima (...) encarcerada pelos membros inferiores 1 hora e tal para a tirar, dificuldade em puncionar por apresentar fraturas com deformação em ambos os membros superiores” (Q1), “vítima (...) encarcerada (...) sem meios para extração rápida” (Q4), “...encarcerado (...) tempo de desencarceramento aproximadamente 1h” (Q7). De igual forma, também a possibilidade de rápida atuação de acordo com o problema detetado surge como fator importante de influência na tomada de decisão do enfermeiro: “...estando a vítima já avaliada e monitorizada (...), procedi de imediato à colocação de um acesso venoso...” (Q3), “garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis, com necessidade de colocação de garrote, o controle da dor dor passou a ser imperativo” (Q9), “...todas as decisões foram corretas e feitas o mais rápido possível, o senhor foi transportado por heli em uma hora” (Q10).

Por seu lado, o conhecimento da área geográfica e das UH, a auto-reflexão e o sentimento de impotência são mencionados por três participantes, demonstrando menor relevância que os aspetos referidos anteriormente. Quanto ao conhecimento da área geográfica e das UH, os participantes referem contribuir positivamente para a sua tomada de decisão e rapidez de atuação: “fatores que influenciaram positivamente:

(...) conhecer a área e as valências hospitalares disponíveis, conhecer apoio disponível...” (Q2), “transporte ao SUMC mais próximo” (Q6), “a decisão passou por aconselhar transporte à unidade hospitalar de Lisboa ou Helitransporte” (Q9), “a (...) avaliação decorre do conhecimento do terreno e dos meios hospitalares ao dispor da área” (Q9).

A auto-reflexão é mencionada pelos participantes como aspeto positivo para a tomada de decisão e capacidade de liderança: “mas após uma reflexão e graças aos excelentes profissionais que me acompanhavam tornou-se mais fácil...!” (Q1), “penso que esta saída, como tantas outras, me consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima, para as quais devo estar capaz de dar resposta...” (Q3), “...todas as situações em cenários de pré-hospitalar nos fazem crescer enquanto líderes” (Q6).

O sentimento de impotência é um aspeto identificado pelos participantes como limitativo à sua intervenção, independentemente da decisão que possam tomar: “incapacidade para prestar socorro, não houve necessidade de tomada de decisão... dada a gravidade da situação. Mas uma sensação de impotência enorme” (Q4), “defini vítima crítica, com necessidade de extração rápida, que não foi possível, sentimento de impotência, ver a vítima a deteriorar o estado e não conseguir abordagem” (Q7), “senti-me impotente ao perguntar se tinha dpr e esta responder-me *por favor conserte-me!* E o facto de ter apenas 14 anos!” (Q8).

Mencionados por dois participantes, o acesso à vítima e o apoio prestado por médico apresentam-se como aspetos que influenciam, positiva ou negativamente, a sua tomada de decisão, caso estejam ou não facilitados/presentes: “...estava encarcerada pelos membros inferiores (...), dificuldade em puncionar por apresentar fraturas com deformação em ambos membros superiores!” (Q1), “...havia lama que chegava até aos joelhos o senhor estava num sítio de mau acesso (...), o difícil acesso de uma viatura mais diferenciada deixou-me ansiosa mas acho que todas as decisões foram corretas...” (Q10). Quanto ao apoio prestado por médico: “...pedido apoio diferenciado ao médico regulador. Veio VMER. Pneumotorax hipertensivo, feita descompressão, doente faz PCR (Paragem Cardiorrespiratória) em assistolia, reanimado ao primeiro ciclo” (Q6), “...rendez-vous com a VMER (...) a caminho do hospital (...), com a VMER já na ambulância apenas se manteve monitorização e avaliação dos parâmetros vitais até à chegada ao hospital” (Q11).

Outros aspetos, como condições climatéricas adversas, condições de segurança para a equipa de EEH, limitações físicas da equipa, equipa intra-hospitalar (IH) preparada

para receber a de EEH, indisponibilidade de rede de comunicações, conhecimento prévio da situação/ antecipação do cenário, expectativa dos circundantes, e interesse e gosto pessoal pela área do trauma, apresentam-se como menos relevantes pois são apenas referidos por um participante: “estava nervosa pois era a primeira situação do género, além do clima e da localização do serviço, estava a chover bastante havia lama que chegava até aos joelhos (...) mas acho que todas as tomadas de decisão foram corretas e feitas o mais rápido possível...” (Q10), “...o senhor estava num sítio de mau acesso havia vacas por todo o lado...” (Q10), “foi pedida ajuda à população para transportar a vítima em plano duro para a ambulância visto a equipa ser composta por 2 mulheres e não haver bombeiros no local para dar apoio. Senti-me segura nas decisões tomadas...” (Q11), “...a especialidade de cirurgia já se encontrava à nossa espera” (Q11), “...encontrava-me num local sem rede para realizar passagem de dados (via telefone ou via SIRESP (Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal)) (...) iniciei transporte para poder chegar à estrada nacional e tendo rede validar com o médico regulador a medicação” (Q3), “...necessidade de muitas vezes perceber antes de chegar ao local quais os meios envolvidos e que já estão no local, (...) uma melhor preparação (...) para o cenário que nos espera” (Q4), “...por estarmos numa instalação militar deveria estar mais ciente das minhas responsabilidades, todavia não considero que atuei diferente se não estivesse” (Q6), “fatores que influenciaram positivamente: (...) gosto pessoal pelo trauma” (Q2).

A **Tabela 2** resume os aspetos mencionados pelos participantes que influenciam, positiva ou negativamente, por ordem decrescente de relevância, a sua tomada de decisão e capacidade de liderança perante a pessoa com trauma grave, quando são líderes da equipa de EEH.

Apesar de explanados em forma de esquema, tabela ou descrições aparentemente individualizados, percebemos que os aspetos que influenciam a tomada de decisão e liderança do enfermeiro interligam-se e influenciam-se entre si de modo complexo e dinâmico. Para assegurarmos que a análise dos resultados obtidos acompanha esta complexidade e dinamismo, ambas as investigadoras intervêm no processo, interpretando os dados sob diversos pontos de vista, com vista à compreensão global do fenómeno em estudo.

**Tabela 2** – Aspetos que influenciam a tomada de decisão e liderança do enfermeiro líder de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave

Influência na tomada de decisão /liderança do enfermeiro	Aspeto	Descrição
Positiva	Formação e treino em equipa	<p>Q1: "...Ter mais formação na área! É uma área tão específica que poderíamos ter mais formação";</p> <p>Q2: "Fatores que influenciaram positivamente: formação e treino recente em equipa...";</p> <p>Q3: "Exige do enfermeiro muitos conhecimentos sobre a temática, na medida em que como líder deverá (...) tomar as decisões corretas";</p> <p>Q6: "O conhecimento (...) torna(...) -nos melhores líderes";</p> <p>Q8: "Necessito de mais formação nesta área tão específica e fundamental";</p> <p>Q10: "A casuística do trauma não é elevada. Desta forma, a formação ministrada pelo INEM deve ser atualizada regularmente no sentido de manter/aumentar competências nesta área".</p>
	Experiência profissional	<p>Q2: "Quanto mais situações semelhantes, mais confiante me sinto";</p> <p>Q6: "Ser enfermeira há 20 anos ajudou na tomada de decisão"; "...todas as situações em cenários de pré-hospitalar nos fazem crescer enquanto líderes"; "...a experiência torna(...) -nos melhores líderes";</p> <p>Q10: "Uma nova experiência uma nova aprendizagem".</p>
	Sentimento de segurança para a tomada de decisão	<p>Q3: "...Mesmo quando não existe apoio médico (...) devo ter uma boa capacidade de tomada de decisão";</p> <p>Q6: "Senti receio pela situação clínica mas senti-me segura na situação";</p> <p>Q8: "...Demonstrar segurança, mesmo que por dentro trema";</p>

	<p>Q9: “A abordagem sistemática nunca esteve ausente garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis...”;</p> <p>Q11: “Senti-me segura nas decisões tomadas...”.</p>
Identificação antecipada da gravidade da situação	<p>Q3: “...Esta saída (...) consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima para as quais devo estar capaz de dar resposta...”;</p> <p>Q6: “Percebi que era uma vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos (na altura a auscultação era ainda normal) teria de pedir apoio diferenciado”;</p> <p>Q7: “Defini vítima crítica com necessidade de extração rápida”;</p> <p>Q11: “Influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) a identificação precoce dos sinais de choque e da sua possível causa”.</p>
Confiança na equipa	<p>Q1: “...Graças aos profissionais que me acompanhavam tornou-se mais fácil”;</p> <p>Q6: “A confiança na TEPH também foi importante”;</p> <p>Q11: “Influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) o apoio vindo da minha TEPH”.</p>
Apoio prestado por não médico	<p>Q1: “Ao início encontrava-me nervosa (...) mas (...) graças aos excelentes profissionais que acompanhavam tornou-se mais fácil!”;</p> <p>Q6: “Queda de homem (...) dentro de um fosso, à nossa chegada já retirado pelos bombeiros...”;</p> <p>Q11: “Senti-me segura nas decisões tomadas e também apoiada pela minha TEPH... (...) muitas das situações envolvem outras entidades que prestam apoio sendo por vezes a tomada de decisão feita em conjunto com essas entidades”.</p>
Possibilidade de rápida atuação	<p>Q3: ...Estando a vítima já avaliada e monitorizada (...), procedi de imediato à colocação de um acesso venoso...”;</p> <p>Q9: “Garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis, com necessidade de colocação de garrote, o controle da dor passou a ser imperativo”;</p>

	Q10: "...Todas as decisões foram corretas e feitas o mais rápido possível, o senhor foi transportado por heli em uma hora".
Conhecimento da área geográfica e UH	Q2: "Fatores que influenciaram positivamente: (...) conhecer a área e as valências hospitalares disponíveis, conhecer apoio disponível..."; Q6: "Transporte ao SUMC mais próximo"; Q9: "A decisão passou por aconselhar transporte à unidade hospitalar de Lisboa ou Helitransporte"; "a (...) avaliação decorre do conhecimento do terreno e dos meios hospitalares ao dispor da área".
Auto-reflexão	Q1: "Mas após uma reflexão e graças aos excelentes profissionais que me acompanhavam tornou-se mais fácil...!"; Q3: "Penso que esta saída, como tantas outras, me consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima, para as quais devo estar capaz de dar resposta..."; Q6: "...Todas as situações em cenários de pré-hospitalar nos fazem crescer enquanto líderes".
Apoio prestado por médico	Q6: "...Pedido apoio diferenciado ao médico regulador. Veio VMER. Pneumotorax hipertensivo, feita descompressão, doente faz PCR em assistolia, reanimado ao primeiro ciclo"; Q11: "...Rendez-vous com a VMER (...) a caminho do hospital (...), com a VMER já na ambulância apenas se manteve monitorização e avaliação dos parâmetros vitais até à chegada ao hospital".
Equipa IH preparada	Q11: "...A especialidade de cirurgia já se encontrava à nossa espera".
Conhecimento prévio da situação	Q4: "...Necessidade de muitas vezes perceber antes de chegar ao local quais os meios envolvidos e que já estão no local, (...) uma melhor preparação (...) para o cenário que nos espera".
Interesse e gosto pessoal pela temática	Q2: "Fatores que influenciaram positivamente: (...) gosto pessoal pelo trauma".

	do trauma	
Negativa	Ansiedade do enfermeiro	Q1: “Ao início encontrava-me nervosa...”; “aprendi a lidar melhor com o stress”; Q6: “Senti receio pela situação mas senti-me segura na atuação”; Q8: “Manter-me mais calma possível e demonstrar segurança, mesmo que por dentro trema”; Q10: “Estava nervosa pois era a primeira situação do género (...) mas todas as tomadas de decisão foram corretas e feitas o mais rápido possível...”; Q11: “Todas as situações envolvem algum stress...”.
	Pessoa em idade pediátrica ou jovem adulto	Q3: “Saída para pedido de apoio diferenciado dos bombeiros, para vítima de 15 anos...”; Q4: “Vítima de 19 anos encarcerada em paragem cardiorrespiratória...”; Q6: “Queda de homem com cerca de 22 anos...”; Q7: “Viatura ligeira, ocupante, 20 anos, lado pendura, encarcerado...”; Q8: “Senti-me impotente por (...) ter apenas 14 anos”.
	Pessoa com politraumatismo / trauma major, AEC e/ou instabilidade hemodinâmica	Q1: “...Vítima do sexo feminino, politraumatizada (...) encontrava-se desorientada! Bastante!”; Q3: “...Vítima só reagia à voz (...) sem outras alterações hemodinâmicas (...), encontrava-me num local sem rede para realizar passagem de dados (...), procedi (...) à colocação de um acesso venoso e (...) iniciei transporte para poder chegar à estrada nacional e ter rede...”; Q6: “À nossa chegada (...) instável (...) percebi que era uma vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos espectáveis (...) teria de pedir apoio diferenciado”; Q7: “...Encarcerado, com alteração do estado de consciência, traumatismo crâneo-encefálico, trauma dos membros (...) defini vítima crítica com necessidade de extração rápida...”;
	Duração do desencarceramento aumentada	Q1: “...Vítima (...) encarcerada pelos membros inferiores 1 hora e tal para a tirar, dificuldade em punccionar por apresentar fraturas com deformação em ambos os membros superiores”; Q4: “Vítima (...) encarcerada (...) sem meios para extração rápida”;

	Q7: "...Encarcerado (...) tempo de desencarceramento aproximadamente 1h".
Sentimento de impotência do enfermeiro	Q4: "Incapacidade para prestar socorro, não houve necessidade de tomada de decisão... dada a gravidade da situação. Mas uma sensação de impotência enorme"; Q7: "Defini vítima crítica, com necessidade de extração rápida, que não foi possível, sentimento de impotência, ver a vítima a deteriorar o estado e não conseguir abordagem"; Q8: "Senti-me impotente ao perguntar se tinha dor e esta responder-me <i>por favor conserte-me!</i> E o facto de ter apenas 14 anos!".
Acesso físico à pessoa limitado	Q1: "...Estava encarcerada pelos membros inferiores (...), dificuldade em punccionar por apresentar fraturas com deformação em ambos membros superiores!"; Q10: "...Havia lama que chegava até aos joelhos o senhor estava num sítio de mau acesso (...), o difícil acesso de uma viatura mais diferenciada deixou-me ansiosa mas acho que todas as decisões foram corretas...".
Condições climatéricas adversas	Q10: "Estava nervosa pois era a primeira situação do género, além do clima e da localização do serviço, estava a chover bastante havia lama que chegava até aos joelhos (...) mas acho que todas as tomadas de decisão foram corretas e feitas o mais rápido possível...".
Condições de segurança para a equipa limitadas	Q10: "...O senhor estava num sítio de mau acesso havia vacas por todo o lado...".
Limitações físicas da equipa	Q11: "Foi pedida ajuda à população para transportar a vítima em plano duro para a ambulância visto a equipa ser composta por 2 mulheres e não haver bombeiros no local para dar apoio. Senti-me segura nas decisões tomadas...".
Expectativa dos circundantes	Q6: "...Por estarmos numa instalação militar deveria estar mais ciente das minhas responsabilidades, todavia não considero que atuei diferente se não estivesse".
Indisponibilidade da rede de comunicações	Q3: "...Encontrava-me num local sem rede para realizar passagem de dados (via telefone ou via SIRESP) (...) iniciei transporte para poder chegar à estrada nacional e tendo rede validar com o médico regulador a medicação".



### **3. DISCUSSÃO DOS ACHADOS**

A fenomenologia procura a realidade, complexa e multifacetada, tal como é vivida pela própria pessoa, de tal forma que só a podemos perceber através da riqueza da descrição por si cedida e apresentada (Loureiro, 2006). Em Enfermagem, este pressuposto pretende alcançar o entendimento sobre como determinado fenómeno se dá e é vivido pelo outro, o que sente e o que experimenta, de forma a responder às suas necessidades (Loureiro, 2002).

Reconhecendo que a nossa perceção prévia acerca do fenómeno poderia influenciar o rigor metodológico aplicável a este estudo fenomenológico, não só a nível do seu planeamento e desenho iniciais, mas também da colheita e análise dos dados, tivemos, até esta fase da pesquisa, de suspender os nossos conceitos, conhecimentos, valores, juízos e expectativas que tínhamos acerca do assunto e que poderiam enviesar a análise pura das descrições dos participantes. Agora, chegadas à etapa da discussão dos resultados, parece-nos pertinente refletir acerca dos achados que emanam das descrições dos enfermeiros que participaram no estudo, não só numa perspetiva externa, como até então, mas também de um ponto de vista interno de quem pode contribuir ativamente para esta discussão. Assim, após a análise das descrições dos participantes, propomos neste capítulo comparar esses achados com os resultados de outros estudos com contextos e/ou metodologias semelhantes, numa perspetiva de revisão e (auto)reflexão acerca do fenómeno em estudo.

De um modo geral, os enfermeiros descrevem com maior frequência o seu desempenho prático e técnico, de acordo com a situação e com as necessidades que a pessoa vítima de trauma grave apresenta, e mais ocasionalmente como ou o que experienciam, vivem ou sentem. De facto, as descrições dos participantes sugerem-nos que os enfermeiros se preocupam significativamente mais com o que fazem do que com o que sentem, pois descrevem mais frequentemente as diversas avaliações e intervenções que realizam, do que as suas próprias vivências, dificuldades, sentimentos e receios que a situação lhes possa suscitar.

Compreendemos que o seu foco, enquanto líderes da equipa de EEH perante a pessoa com trauma grave seja a resolução rápida e eficaz dos problemas que esta apresenta, por forma a que a sua sobrevivência esteja assegurada e/ou as

complicações associadas às lesões traumáticas sejam minorizadas, como aliás é sua responsabilidade, descrita no capítulo 2 da Parte I deste documento.

Reconhecemos que para esta descrição mais técnico-científica poderá contribuir o próprio método de colheita de dados, constituindo neste caso, uma das suas limitações. Na realidade, o facto de a colheita de dados ser realizada através de questionário escrito, mesmo que com resposta aberta, pode, tal como alertara Giorgi, limitar a riqueza dos dados pois, se por um lado, a resposta do participante é apenas dirigida ao que é questionado, implicando que as questões sejam o mais claras e objetivas possível para que a resposta possa ir de encontro ao que realmente pretendemos questionar; por outro lado, compreendemos que a capacidade de expressão escrita de cada participante possa não ser a sua melhor forma de comunicação, como seria por exemplo a expressão oral. Estas limitações poderiam ser contornadas com o recurso, concomitante ou não, a entrevista semi-estruturada, a qual poderia permitir ao enfermeiro participante responder aos tópicos/questões propostos pelas pesquisadoras de forma mais espontânea, dinâmica e profunda do que através de resposta escrita. No entanto, pelos motivos já explanados no capítulo 1.1. da Parte I e 1.4. da Parte II do presente documento, justificamos a opção pelo questionário escrito com resposta aberta.

Quanto às descrições dos participantes deste estudo, percebemos pela análise dos dados que a responsabilidade pela tomada de decisão e a capacidade de liderança são os principais focos de preocupação dos enfermeiros quando são líderes de equipas de EEH. Estes dois focos são influenciados por fatores individuais do próprio profissional, como a experiência profissional, o conhecimento técnico-científico ou a identificação antecipada da gravidade da situação, e por outros externos, tais como a idade da pessoa vítima de trauma, a duração do desencarceramento ou o apoio prestado por outros intervenientes no local.

Considerando as fontes bibliográficas a que temos acesso, constatamos que a divulgação de estudos em que se investiga a experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave é escassa. Na realidade, a única fonte que encontramos é referente a um artigo sueco apresentado pelas enfermeiras Abelsson e Lindwal em 2012. As autoras optaram por uma metodologia fenomenológica orientada pelos pressupostos de Marton para estudarem as perceções dos enfermeiros especialistas de extra hospitalar na gestão da pessoa com trauma grave na Suécia. Para isso, entrevistaram quinze enfermeiros especialistas em extra-hospitalar e identificaram três temas estruturais que representam a perspetiva dos participantes sobre o fenómeno: estar preparado para

situações de emergência, confiança na liderança de uma única pessoa, e desenvolvimento do conhecimento profissional. Posteriormente, para cada um destes temas estruturais, as autoras identificaram os focos de preocupação dos enfermeiros e os temas de referência (Abelsson & Lindwall, 2012).

Para o primeiro tema estrutural, as autoras perceberam que os focos dos participantes eram a capacidade de avaliar situações de emergência (incluindo o mecanismo do acidente e o doente) e a necessidade de obter feedback sobre as intervenções realizadas, e tinha como temas de referência: observação da situação, preparação para agir, confirmação e validação. Quanto ao segundo tema estrutural identificado pelas autoras (confiança na liderança de uma única pessoa), o foco dos enfermeiros era a liderança que assumiam na gestão de situações com pessoas com trauma grave, e tinha como temas de referência: responsabilidade da liderança em situações de emergência e adequação dos conhecimentos teóricos à prática. Para o tema estrutural do desenvolvimento do conhecimento profissional, as autoras perceberam que os focos dos enfermeiros eram a mudança das estratégias de trabalho baseada nas competências dos colegas e a necessidade de desenvolvimento de competências e de técnicas, sendo os seus temas de referência: falta de estratégia de trabalho no extra-hospitalar, inclusão de colegas menos experientes, estar sozinho, estar familiarizado com o equipamento, procurar novo conhecimento e treinar novos cenários (Abelsson & Lindwall, 2012).

O estudo permitiu que Abelsson e Lindwall (2012) compreendessem a dificuldade que os enfermeiros especialistas em extra-hospitalar sentem na gestão de cenários com pessoas com trauma grave, onde têm que avaliar e intervir em casos significativamente complexos sem a presença de médicos ou de outros especialistas. Este sentimento é genericamente partilhado pelos participantes no presente estudo, refletindo-se sobretudo a nível dos aspetos que considerámos como internos: sentimento de segurança para a tomada de decisão, auto-reflexão e ansiedade do enfermeiro. As descrições do participante Q3: "...esta saída (...) consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima para as quais devo estar capaz de dar resposta...", "penso que esta saída como tantas outras, me consciencializou da importância da antecipação de deterioração de situações críticas da vítima, para as quais devo estar capaz de dar resposta...", do participante Q9: "a abordagem sistemática nunca esteve ausente garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis", ou do participante Q10: "estava nervosa pois era a primeira situação do género (...) mas todas as tomadas de decisão foram corretas e feitas o

mais rápido possível...”, são exemplos do quão exigentes são os cenários com vítimas de trauma grave para os enfermeiros líderes de equipas de EEH.

Segundo as autoras, a baixa casuística em trauma grave na Suécia e o facto dos cenários de trauma serem todos diferentes ocasionam a falta de experiência e de capacidade de avaliação neste âmbito, reforçando nos enfermeiros entrevistados a sensação de conhecimento prático insuficiente e de insegurança ao lidar com estas situações (Abelsson & Lindwall, 2012). Estas conclusões são comuns ao estudo que agora apresentamos e refletem-se especialmente pelos aspetos que identificamos como formação e treino em equipa, sentimento de segurança para a tomada de decisão, identificação antecipada da gravidade da situação e auto-reflexão, tal como descrito pelo participante Q10: “a casuística do trauma não é elevada. Desta forma, a formação ministrada pelo INEM deve ser atualizada regularmente no sentido de manter/aumentar competências nesta área”, pelo participante Q3: “exige no enfermeiro muitos conhecimentos sobre a temática, na medida em que como líder deverá (...) tomar as decisões corretas”, ou pelo participante Q6: “senti receio pela situação clínica mas senti-me segura na situação” e “todas as situações em cenários de pré-hospitalar nos fazem crescer enquanto líderes”.

Ainda assim, aliado à sensação de poder não estar preparado para o desconhecido até chegar ao local, a capacidade de avaliar rapidamente a pessoa com trauma grave em situação de risco de vida é, concluem as autoras, competência do enfermeiro especialista de extra-hospitalar, permitindo-lhe tomar decisões adequadas e atuar autonomamente (Abelsson & Lindwall, 2012). As conclusões destas autoras correspondem também aos achados que identificamos no atual estudo, em que os participantes fazem alusão à identificação antecipada da gravidade da situação e ao conhecimento prévio da situação como aspetos que caracterizam a sua vivência perante a vítima com trauma grave, tal como mencionado pelo participante Q6: “percebi que era uma vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos (na altura a auscultação era ainda normal) teria de pedir apoio diferenciado”, pelo participante Q11: “influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) a identificação precoce dos sinais de choque e da sua possível causa”, ou pelo participante Q4: “...necessidade de muitas vezes perceber antes de chegar ao local os meios envolvidos e que já estão no local, (...) uma melhor preparação (...) para o cenário que nos espera”.

Embora o fenómeno em estudo não seja exatamente o mesmo, pois estas autoras investigaram as perceções dos enfermeiros, enquanto que no presente estudo analisamos as suas vivências, as conclusões obtidas podem ser comparáveis. De

facto, aspetos como a experiência ou in experiência do enfermeiro, o seu conhecimento científico, formação profissional e a sua integração na prática, a sua capacidade de avaliar a situação antecipadamente e a sua responsabilidade para a liderança são aspetos comuns a ambos os estudos. Porém, no artigo sueco, não há referência aos aspetos que identificamos como externos, tais como as condicionantes associadas à própria pessoa vítima de trauma, onde se incluem a sua idade e condição clínica, a acessibilidade, as condições de segurança para a equipa de EEH ou as condições climatéricas.

A partir dos contributos deste seu estudo, as autoras, juntamente com outras duas enfermeiras da mesma nacionalidade, investigaram a forma como o treino em trauma em ambiente simulado contribui para a aquisição de competências dos enfermeiros naquele contexto (Abelsson, Lindwall, Suserud, & Rystedt, 2017).

De facto, perceberam que o treino simulado melhora as avaliações, intervenções realizadas, cuidados prestados e tomada de decisão dos enfermeiros, não só, nas últimas sessões, mas também nas avaliações posteriores ao terminus dos programas. No entanto, o estudo não permitiu concluir, com evidência significativa, que a maior frequência das sessões de prática simulada apresenta maiores efeitos específicos na aquisição de competências dos enfermeiros de EEH (Abelsson et al., 2017). Este estudo de 2017, em conjunto com os resultados publicados em 2012, contribui grandemente para a conceção de que a experiência profissional e, neste caso particular, o treino simulado são fundamentais na aquisição e manutenção das competências dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa vítima de lesão traumática em EEH, de forma segura, eficaz e eficiente (Abelsson & Lindwall, 2012; Abelsson et al., 2017).

Estas são igualmente as conclusões a que Kreinest et al. (2017) chegaram ao estudarem a confiança dos profissionais de equipas de EEH na abordagem à pessoa com TVM. Os autores concluem que o sentimento de confiança dos participantes é maior nos que frequentam programas educativos de abordagem à pessoa com trauma, sobretudo em aspetos técnicos relacionados com o diagnóstico e tratamento de possíveis lesões vertebro-medulares, imobilização da coluna cervical ou intubação traqueal.

O estudo que agora apresentamos não permite analisar a questão do contributo do treino de competências e da aprendizagem contínua em profundidade, dado que não é sua finalidade, mas permite-nos depreender que a frequência em cursos de formação especializada no âmbito do trauma em EEH pode contribuir positivamente para a

vivência dos enfermeiros perante a pessoa com trauma grave, como é o caso do participante Q2, que, com Pós-Graduação em Urgência e Emergência e frequência em cursos de PHTLS, TNCC e trauma avançado, refere que a formação e treino recente em equipa constituem fatores que influenciam positivamente a sua experiência. Por sua vez, o participante Q6, que, com Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde e formação em ITLS, menciona que o conhecimento o torna melhor líder, e o participante Q11 que, com formação em Trauma Avançado, descreve pormenorizadamente a situação com a pessoa com trauma grave, referindo o despiste de potenciais lesões associadas ao mecanismo de trauma, a necessidade de “imobilização em plano duro com colocação de colar cervical”, identificação rápida e atempada da gravidade da situação e as respetivas intervenções a realizar, tais como a punção de dois acessos venosos periféricos e a aplicação de penso com fecho em três lados quando identificada lesão penetrante no tórax.

Por seu lado, DeForest et al. (2018) compararam, com recurso a simulador de alta-fidelidade em situações de trauma grave em EEH, as competências de atuação dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) que integram a Marinha norte-americana. Os autores concluíram que mais de 98% dos participantes revelaram-se incapazes de implementar correta e atempadamente as intervenções *lifesaving*, tendo os enfermeiros apresentado maior dificuldade em aplicar o garrote tático, possivelmente devido a inexperiência e ao menor número de oportunidades práticas. Além disso, perceberam que, apesar de reconhecida como essencial para a sobrevivência da pessoa com trauma grave, menos de 50% dos participantes demonstrou competências de comunicação verbal eficaz entre os elementos da equipa. Deste modo, sugerem igualmente que o treino e práticas simuladas poderão assumir-se como mais-valias na aquisição de competências das equipas que gerem situações com pessoas com trauma grave.

Considerando as conclusões destes estudos, o treino simulado poderia constituir um complemento à formação contínua e à manutenção/aprimoramento das competências e capacidades técnicas do enfermeiro de EEH no âmbito do trauma grave, como forma de contornar a “baixa casuística” e/ou inexperiência descrita pelos participantes do presente estudo. Neste sentido, propomos a criação e/ou implementação de planos de formação contínua que proporcionem o acesso a treino simulado frequente, regular e sistemático no âmbito da temática do trauma a todos os enfermeiros que exercem atividade profissional em contexto de EEH em Portugal.

Tal como nos estudos de Abellsson e Lindwall (2012) e de Abellsson et al. (2017), o presente trabalho também nos permite inferir que a experiência profissional contribui

positivamente para a vivência dos enfermeiros, tal como se verifica através das descrições dos participantes Q2, Q6 e Q10, que referem que a experiência em trauma é facilitadora dos processos de liderança, proporciona segurança na tomada de decisão e na atuação e, inclusivamente, contribui para o conhecimento prático no contexto particular das situações com pessoas com trauma grave.

De facto, já em 1995, Benner, ao apresentar o seu modelo de desenvolvimento profissional através da aquisição de competências em enfermagem, atribui às experiências da prática um papel fundamental, pois, tal como explanamos no Capítulo 3.1 da Parte I do presente documento, é através destas que a competência se transforma, que se aprimora a performance e se alcança a capacidade de tomada de decisão rápida e global. De acordo com esta proposta de desenvolvimento profissional sugerida por Benner (1995), seria de esperar que os participantes com maior tempo de experiência profissional descrevessem o recurso a estratégias de resolução de problemas mais eficazes, referindo vivências mais confiantes e assertivas do que os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional.

No entanto, como vimos no capítulo anterior, nem todos os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional descrevem situações de maior insegurança ou maiores dificuldades quando comparados com os enfermeiros com mais experiência, como é o caso do participante Q3, com 8-11 anos de experiência profissional dos quais apenas 0-3 anos como enfermeiro em contexto de EEH e de ambulância de SIV, quando comparado com outros participantes como o Q2 ou Q6, com 8-11 anos de experiência profissional, todos em contexto de EEH e em ambulância de SIV, ou mais de 16 anos de experiência profissional dos quais 4-7 anos em contexto de EEH e em ambulância de SIV.

Na nossa opinião, o facto de a estatística de trauma grave ser reduzida pode, na verdade, condicionar a aplicabilidade destas noções apresentadas por Benner (1982; 1995), pois a quantidade e qualidade de experiências específicas com pessoas com trauma grave pode não ser diretamente proporcional à experiência profissional global do enfermeiro. Ou seja, um enfermeiro com menos experiência profissional pode, no limite, ter tantas ou mais experiências com pessoas com trauma grave, do que outro com maior tempo de experiência profissional, ocasionado um efeito inverso ao esperado.

Faz-nos agora sentido que deveria ter sido questionada a experiência profissional dos participantes especificamente no âmbito do trauma grave e não apenas a sua experiência profissional global. Porém, presumimos que este dado poderia ser difícil

de obter pois os próprios participantes poderiam não ter conhecimento exato da quantidade e/ou qualidade das experiências com pessoas com trauma grave que tiveram até então.

Consideramos ainda que o facto dos enfermeiros com menor experiência profissional global poderem descrever vivências mais seguras que outros com percursos profissionais mais longos, pode ser explicado, não só pelo eventual maior número de experiências com situações com pessoas com trauma grave, mas também pelas suas próprias características cognitivas e predisposição para a auto-reflexão, como acontece por exemplo com o participante Q3, que apresenta experiência profissional em EEH reduzida, mas refere sentir-se seguro e recorrer a auto-reflexão. Esta noção é, com efeito, corroborada por Waldow (2004), que defende que ao refletir sobre si, sobre as suas ações e sobre o seu fazer profissional, o enfermeiro reavalia-se e, conseqüentemente, aprimora a sua prática. Ao basear-se em Johns (1998), defende que a reflexão permite compreender que a forma como nos percebemos a nós mesmos como profissionais impele-nos a alcançar os nossos ideais profissionais, ajudando-nos assim a ultrapassar as barreiras interiores ou enraizadas na própria cultura profissional de enfermagem (Waldow, 2004).

Aliás, é precisamente este foco reflexivo que se associa ao pensamento crítico e está subjacente aos processos de procura de evidências na e para a prática. Com efeito, segundo White e Dudley-Brown (2012), o aumento da complexidade dos sistemas de saúde e a conseqüente necessidade de fundamentação teórica e científica para a tomada de decisão e para a implementação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, veio dar importância e utilidade à metodologia da Prática Baseada na Evidência (PBE).

Segundo as autoras, esta metodologia obedece a um conjunto de etapas bem definidas, sendo o seu ponto de partida um problema que deriva da prática e motiva a necessidade de mudança do profissional, o qual, através de métodos de pesquisa cientificamente validados, é investigado. As conclusões e os resultados obtidos com essa pesquisa são posteriormente aplicados na prática dos prestadores de cuidados, através de um processo que as autoras denominaram de translação e integração na prática, contribuindo para aumentar o corpo de conhecimentos de uma dada disciplina e assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados (White & Dudley-Brown, 2012).

Com efeito, segundo White e Dudley-Brown (2012), ao basearem-se em estudos efetuados por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), a implementação da PBE na cultura

organizacional da enfermagem auxilia os processos de liderança, aumenta a satisfação profissional e a coesão nas equipas, diminui a intenção de sair por parte dos enfermeiros e o *turnover*, complementa os processos formativos e de educação em enfermagem, contribui positivamente para a adoção de políticas de saúde adequadas e, como tal, diminui custos para os hospitais e melhora os resultados obtidos com os doentes.

Assim, podemos perceber o processo de pensamento crítico e de reflexão não só como contributo para a PBE, mas como forma de desenvolvimento pessoal e profissional do próprio enfermeiro. Neste sentido, depreendemos que, ao refletir sobre as suas práticas e ao procurar respostas para as suas dúvidas e inquietações que resultam da prática, o profissional de enfermagem demonstra motivação para melhorar e para se desenvolver pessoal e profissionalmente, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde na população de quem cuida. Com efeito, é precisamente o participante Q3, o qual detém o menor tempo de experiência profissional como enfermeiro de EEH e de ambulância de SIV (0-3 anos), que refere que a cada situação com pessoas com trauma grave com que se depara se consciencializa da importância da antecipação da deterioração de situações críticas da vítima, para as quais deve ser capaz de dar resposta, sugerindo uma atitude auto-reflexiva e auto-crítica de aprendizagem contínua, contribuindo para o seu próprio desenvolvimento profissional.

Não constituindo o seu propósito, o presente estudo não disponibiliza dados suficientes que nos possibilitem interpretar de que forma é implementado o conhecimento dos enfermeiros na sua prática, ou seja, como decorre a translação e integração do seu conhecimento teórico na prática, nem de que forma o seu processo de auto-reflexão origina a procura por evidência científica que responda às suas dúvidas e contribua para a sua aprendizagem. Neste sentido, consideramos que futuras pesquisas neste sentido poderiam vir a contribuir ativa e positivamente para engrandecer o corpo de conhecimentos da enfermagem.

Constatamos assim que o desenvolvimento e aprimoramento das competências profissionais do enfermeiro resultantes deste processo complexo de associação entre experiência, treino, auto-reflexão e integração dos conhecimentos científicos na sua prática, poderá justificar que a capacidade de juízo clínico dos profissionais de saúde, que lidam com pessoas com elevado nível de criticidade, é importante o suficiente para antever e prever a necessidade de realização de intervenções cruciais e essenciais para a manutenção da vida e/ou diminuição de complicações da própria pessoa cuidada.

Neste sentido, Mackenzie et al. (2015) compararam a capacidade de predição de um algoritmo informático para a realização de procedimentos *lifesaving* com a de decisão clínica de peritos em trauma. Os autores concluíram que este algoritmo é seguro e muitas vezes mais eficaz que a decisão clínica dos peritos, mas não o suficiente para poder ser utilizado de forma isolada. Assim, os autores sugerem que este poderia ser incluído no conjunto de informações a considerar pelas equipas de emergência durante a sua avaliação e gestão de cenários de trauma grave, podendo, por exemplo, comunicar com o banco de sangue o mais precocemente possível e agilizar a disponibilidade de sangue à chegada ao CT.

Estas são igualmente as conclusões a que Anazodo et al. (2015) chegaram com a realização do seu estudo acerca da capacidade de juízo clínico dos profissionais de saúde de EEH perante a pessoa com trauma grave. Estes autores acrescentam que modelos computadorizados podem contribuir para tornar mais objetiva a avaliação dos profissionais, apoiar a sua decisão clínica e reduzir a omissão e os erros associados às intervenções *lifesaving* em pessoas com trauma grave, mas não são suficientes para substituir aquela tomada de decisão do profissional.

Por seu lado, as suecas Falk, Alm e Lindström (2014) estudaram a evolução da competência dos enfermeiros perante a pessoa com traumatismo crânio-encefálico (TCE) em contexto extra-hospitalar e concluíram que a existência de condicionalismos à avaliação inicial da severidade do trauma e consequente otimização da gestão da situação, os transportes para a UH inferiores a 60 minutos, que dificultam a visibilidade do impacto das intervenções, e a (in)disponibilidade de outros meios de emergência médica diferenciados, podem dificultar a capacidade de avaliação e/ou de atuação dos enfermeiros no extra-hospitalar perante pessoas com TCE grave. No presente estudo, os aspetos que identificamos como negativamente influenciadores da vivência dos enfermeiros participantes designadamente a sua ansiedade, o facto de a pessoa ser criança, apresentar politraumatismo/trauma major, AEC e/ou instabilidade hemodinâmica, a longa duração do desencarceramento, o acesso físico à vítima limitado, a inexistência de condições de segurança para a equipa de EEH, ou as limitações físicas da própria equipa, que dificultam a avaliação inicial e as consequentes intervenções dos enfermeiros, equiparam-se aos resultados obtidos por Falk et al. (2014).

Dado que nenhum participante do presente estudo mencionou que o facto de não ter tido apoio médico tenha influenciado negativamente a sua vivência, não nos é possível comparar com a indisponibilidade de apoio médico identificada por Falk et al. (2014). De facto, os participantes mencionaram mais frequentemente o quanto o apoio médico

prestado influencia positivamente a sua vivência da situação que descrevem. De entre estes, os participantes Q6 e Q11 são mais claros nas descrições que efetuam neste âmbito: “...veio VMER. Pneumotórax hipertensivo, feita descompressão, doente faz PCR em assistolia, reanimado ao primeiro ciclo”, ou “rendez-vous com a VMER (...) a caminho do hospital (...), com a VMER já na ambulância apenas se manteve monitorização e avaliação dos parâmetros vitais até à chegada ao hospital”, respetivamente.

Quanto à influência da duração do transporte para a UH identificada por Falk et al. (2014), no presente estudo não obtivemos dados a este respeito, pelo que não nos é possível comparar com os resultados daqueles autores.

Associada à capacidade de identificar antecipadamente a gravidade da situação está, para Smith et al. (2015), a avaliação precoce das lesões traumáticas. Ao compararem a pontuação obtida com a aplicação da versão militar da Abbreviated Injury Scale<sup>13</sup> (AIS(M)) pelos médicos/cirurgiões que trataram de militares vítimas de lesões físicas graves no Afeganistão, com a informação registada pelos enfermeiros coordenadores de trauma na base de dados dos hospitais do Reino Unido onde os mesmos militares foram posteriormente cuidados, os autores concluem que a avaliação inicial das lesões das pessoas com trauma grave é, de facto, essencial para a identificação do risco de morbi-mortalidade da pessoa e para a decisão das intervenções a adotar.

Os participantes do presente estudo não mencionam o recurso a escalas de avaliação das lesões ou de severidade do trauma, pelo que não nos é possível comparar com os resultados associados à utilização da escala AIS(M) por Smith et al. (2015). Ainda assim, através das suas descrições, interpretamos que a sua capacidade de avaliação das lesões ou da gravidade da situação, mesmo que de forma mais subjetiva, é fundamental para a sua tomada de decisão e para priorizar as intervenções a realizar. Os aspetos que identificamos como identificação antecipada da gravidade da situação, pessoa com politraumatismo ou trauma major, AEC ou instabilidade hemodinâmica permitem compreender que, de facto, a capacidade de avaliação do enfermeiro é crucial para o desenvolvimento de toda a situação com a pessoa com trauma grave, pois desta derivam decisões que passam pela realização de intervenções imediatas, tais como a punção venosa para início de fluidoterapia ou a colocação de garrote táctico, pedido de apoio médico, início de transporte enquanto a rede de comunicações não está disponível ou o encaminhamento para a UH mais adequada.

---

<sup>13</sup> *Military Abbreviated Injury Scale* – Versão militar da escala utilizada para pontuar as lesões traumáticas e estimar a sua severidade, por forma a se poder categorizar os doentes, gerir a qualidade dos cuidados prestados e realizar investigação (Smith et al., 2015).

De qualquer forma, dado constituir uma mais-valia na gestão de situações com pessoas com trauma grave, devido à possibilidade de rápida utilização e objetividade dos resultados que permitem identificar a gravidade das lesões, o prognóstico da situação ou o nível de cuidados especializados necessários (Smith et al., 2015), parece-nos pertinente refletirmos acerca do facto de não ter sido mencionado pelos participantes a utilização de escalas de avaliação de lesões e/ou da severidade do trauma: será porque não é norma institucionalizada? Será porque não identificaram como necessário fazer menção a tal instrumento? Apelamos assim à investigação acerca do recurso a escalas de avaliação em trauma e qual o eventual impacto no desfecho da situação com pessoas com trauma grave.

Com efeito, a identificação precoce da gravidade da situação pelo enfermeiro líder de equipas de EEH ocasiona a implementação de cuidados mais corretos, precisos e rápidos, contribuindo para a diminuição da mortalidade e para o aumento da confiança no seio da equipa (Shakeri, Fallahi-Khoshknab, Khankeh, Hossein & Heidari, 2018), corroborando os resultados do presente estudo. De facto, de acordo com as descrições dos participantes, a identificação antecipada da gravidade da situação permite ao enfermeiro tomar um conjunto de decisões essenciais à sobrevivência da pessoa, de forma rápida e eficaz, tal como refere o participante Q6 ou o participante Q7: “percebi que era uma vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos (na altura a auscultação era ainda normal) teria de pedir apoio médico”, ou “defini vítima crítica com necessidade de extração rápida”, respetivamente. Esta competência permite ao enfermeiro priorizar, com segurança, as intervenções decisivas para a sobrevivência e para a qualidade de vida da pessoa vítima de trauma grave, proporcionando confiança à equipa de EEH, tal como refere o participante Q9: “a abordagem sistemática nunca esteve ausente garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis”, o que é sustentado por Q11 e Q8 respetivamente: “senti-me segura nas decisões tomadas e também apoiada pela minha TEPH” e “demonstrar segurança mesmo que por dentro trema”.

Shakeri et al. (2018) sustentam assim que a parte mais importante do sistema de EEH é o contributo de profissionais eficientes e operacionais para lidar com os acidentes e doenças, onde, com o tratamento correto e atempado, as pessoas podem ser salvas da morte ou da incapacidade. Este sentimento é partilhado pelos enfermeiros no presente estudo, sobretudo quando lhes é possível a rápida atuação, tal como testemunham os participantes Q3, Q9 e Q10: “...estando a vítima já avaliada e monitorizada (...) procedi de imediato à colocação de um acesso venoso...”, “garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis, com necessidade de colocação

de garrote, o controlo da dor passou a ser imperativo”, e “...todas as decisões foram corretas e feitas o mais rápido possível, o senhor foi transportado por heli em uma hora”, respetivamente.

As situações com pessoas com politraumatismo, com AEC e/ou com instabilidade hemodinâmica são as que suscitam maior preocupação entre os participantes do presente estudo, condicionando, tanto quanto compreendemos, a sua segurança na tomada de decisão e liderança da equipa de EEH. De acordo com Cartaya, Payamps, Acosta e Fernández (2017), o politraumatismo é uma condição específica do trauma, com necessidades terapêuticas específicas, quase sempre de componente cirúrgica, e em que é necessária a rápida avaliação, tratamento do choque e hipoxémia e encaminhamento à UH adequada no mais curto espaço de tempo.

Do ponto de vista fisiopatológico, o organismo desencadeia uma série de mecanismos de manutenção da homeostase e do bom funcionamento dos órgãos vitais, a que se designa de Síndrome de Adaptação. Nestes casos, medidas como a avaliação de pulso possibilita rapidamente perceber o estado do sistema cardiovascular, sendo que a presença de pulso radial permite inferir que a pressão arterial sistólica será de pelo menos 80mmHg, de pulso femural será de 70mmHg e de apenas pulso carotídeo de 60mmHg. A avaliação da temperatura corporal, humidade e coloração cutânea, e tempo de preenchimento capilar, que deve ser inferior a 2s, complementam a avaliação do estado hemodinâmico (Cartaya et al., 2017).

O choque hipovolémico causa um desequilíbrio hemodinâmico e metabólico responsável por danos internos irreversíveis que se traduzem na instalação de hipotermia, coagulopatia e acidose, síndrome conhecido como Tríade Mortal. Entre os adultos, pode ir-se instalando progressivamente, condicionando a disfunção multiorgânica e agravando o quadro clínico, resultando no surgimento de complicações graves e eventual morte a curto e médio prazo (Cartaya et al., 2017).

Embora os participantes no presente estudo avaliem o estado hemodinâmico da pessoa vítima de trauma grave, não clarificam como o fazem, pelo que não nos é possível compreendê-lo e compará-lo com as orientações de Cartaya et al. (2017). Ainda assim, é-nos possível depreender que, para a sua tomada de decisão, a avaliação deste parâmetro é um aspeto muito importante e que o seu juízo é eficaz o suficiente para tomar decisões rápidas e assertivas para a conservação do sistema cardiovascular da pessoa: “vítima (...) sem outras alterações hemodinâmicas (...), encontrava-se num local sem rede para realizar passagem de dados (...), procedi (...) à colocação de um acesso venoso e (...) iniciei transporte para poder chegar à estrada

nacional e ter rede...”, “à nossa chegada (...) instável (...) percebi que era vítima crítica e que dada a gravidade dos ferimentos espectáveis (...) teria de pedir apoio diferenciado” (participantes Q3 e Q6, respetivamente).

Também para Brown, Sajankila e Claridge (2017), a hemorragia é, de facto, a principal causa de morbidade e mortalidade na pessoa com trauma grave, pelo que, dada a sua potencial reversibilidade, constitui-se como foco de atenção das equipas de EEH. Assim, torna-se imperativo, no caso de hemorragia externa, a aplicação de técnicas de controlo hemorrágico, tais como a pressão local direta, com ou sem agentes hemostáticos, a pressão a montante da artéria e/ou a aplicação de garrote tático, consoante a localização anatómica e/ou intensidade da hemorragia. Os participantes no presente estudo estão cientes desta necessidade, tal como referido por Q9: “garantindo a estabilidade da vítima a todos os níveis, com necessidade de colocação de garrote, o controle da dor passou a ser imperativo”.

Brown et al. (2017) acrescentam que a administração de fluidos ou de derivados do sangue, a par das técnicas de controlo da hemorragia, assume-se como intervenção imprescindível no controlo dos seus efeitos. No caso da fluidoterapia, o recurso a cristalóides está bem estabelecido e indicado para qualquer tipo de hemorragia, devendo a sua utilização ser regrada, de acordo com o estado de consciência da pessoa e a prevenção da hipotensão arterial, evitando-se a administração indiscriminada de volumes maciços que contribuam para piores resultados. De acordo com as descrições dos enfermeiros participantes neste estudo, o estabelecimento de acesso venoso é uma das intervenções mais frequentes, no entanto não referem o tipo de solução que é perfundida através do mesmo, nem qual a quantidade ou velocidade da perfusão, o que nos impossibilita de comparar com as evidências sugeridas por Brown et al. (2017).

Por seu lado, o recurso a derivados do sangue, nomeadamente concentrados de eritrócitos ou plasma, melhora os resultados das pessoas com trauma grave, pois contribui para a redução da mortalidade precoce, dos índices de choque e de coagulopatia, e de necessidade de transfusão no IH (Brown et al., 2017). Porém, para além dos participantes no presente estudo não mencionarem este recurso nas suas vivências, tanto quanto conhecemos a realidade da EEH portuguesa, a sua utilização é incomum ou mesmo inexistente. Neste sentido, com o intuito de potenciar a melhoria dos resultados de saúde das pessoas com trauma grave, sugerimos a realização de estudos que permitam compreender a aplicabilidade deste recurso no âmbito da EEH.

Apesar de não clarificarem como o avaliam, os participantes do presente estudo referem que a AEC condiciona frequentemente a sua experiência com a pessoa vítima de trauma grave: “vítima do sexo feminino, politraumatizada (...) encontrava-se desorientada! Bastante!”, “vítima só reagia à voz (...) iniciei transporte para (...) ter rede...” e “encarcerado, com alteração do estado de consciência, traumatismo crâneo-encefálico, trauma dos membros (..) defini vítima crítica com necessidade de extração” (participantes Q1, Q3 e Q7, respetivamente).

De facto, o estado de consciência constitui um indicador muito importante da perfusão cerebral, podendo o seu compromisso sugerir a diminuição da oxigenação ou estar diretamente relacionado com traumatismos cerebrais, o que implica a avaliação concomitante do estado de oxigenação, ventilação e perfusão. Ainda assim, o estado de consciência pode também estar alterado por outros motivos sistémicos com repercussão local, tais como no choque hipovolémico, alteração do padrão ventilatório que se traduza em hipoxémia ou causas metabólicas que afetem a função cerebral e respiratória. Neste sentido, o recurso à Escala de Comas de Glasgow (GCS) assume importância significativa pois permite avaliar e monitorizar a evolução do estado de consciência da pessoa vítima de trauma grave (Cartaya et al., 2017).

Cartaya et al. (2017) recomendam que se deve manter a monitorização e vigilância permanente dos sinais vitais, registando continuamente a sua evolução, no sentido de se despistar o mais precocemente possível sinais de compromisso respiratório, circulatório e neurológico. Esta é igualmente preocupação dos participantes no presente estudo, como, aliás, é descrito por Q11: “... a caminho do hospital (...) manteve monitorização e avaliação dos parâmetros vitais até à chegada ao hospital”.

Além da AEC, constatamos que também o facto de a pessoa vítima de trauma grave ser criança ou jovem constitui um aspeto de preocupação para os participantes no presente estudo. As diferenças anatómicas, fisiológicas e psicológicas existentes entre as crianças e os adultos desempenham um papel fundamental durante a avaliação e abordagem da criança vítima de trauma, já que a sua menor área de superfície corporal faz com que a energia recebida durante o evento traumático conduza a uma maior força aplicada por unidade de área corporal. Além disso, como a menor quantidade de tecido adiposo e conjuntivo contribui para uma menor proteção dos órgãos internos, as lesões internas são mais graves nas crianças do que na população adulta (Camargo-Arenas, Aguilar-Mejía & Quevedo-Florez, 2019).

Como tal, a avaliação inicial, assim como no adulto, é crucial para a criança vítima de trauma grave e foca-se na deteção de lesões que conduzam a hipovolémia e/ou

hipóxia reversíveis, mas potencialmente fatais. Com efeito, as principais causas de PCR em situações de trauma pediátrico são a hipóxia e a hipovolémia, pelo que a permeabilização da via aérea e oxigenação, assim como o controlo da hemorragia, são fundamentais (Camargo-Arenas et al., 2019).

Dois dos onze participantes neste estudo, os participantes Q3 e Q8, descreveram situações com crianças. O enfermeiro Q3 descreveu a situação de uma criança de 15 anos que “...havia sofrido um acidente de bicicleta sem capacete, apresentando feridas contusas na cabeça (região frontal e hemiface direita sem hemorragia ativa, com alteração do estado de consciência (GCS 14 – 3,5,6) sem alterações pupilares. Sem outras alterações hemodinâmicas ou motoras”. De acordo com a sua avaliação, e uma vez que não havia rede para contactar o médico regulador do CODU, decidiu que seria necessária monitorização hemodinâmica e neurológica, acesso venoso periférico para eventual medicação antiemética e analgésica, e transporte até um local com rede. Apesar de mencionar a monitorização do estado hemodinâmico, o participante Q3 não é explícito sobre como o realiza, se ou como avaliou o estado ventilatório/respiratório da criança, por forma a despistar a hipoxémia/hipóxia, nem que outras intervenções realizou para além das descritas, pelo que não nos é possível comparar com as conclusões de Camargo-Arenas et al. (2019).

O participante Q8 descreveu a sua experiência com uma criança de 14 anos de idade que “...se atirou de varanda de segundo andar, resultando em TCE grave com ferida incisa extensa e TVM grave com parestesias até à região abdominal e fratura perna direita”. À semelhança da descrição do participante Q3, esta também não nos permite tecer comparações com os contributos de Camargo-Arenas et al. (2019), pois o participante apenas refere ter-se sentido “...impotente ao perguntar se tinha dor e (a criança) responder por favor conserte-me! E o facto de ter apenas 14 anos!”.

Vassallo, Webster, Barnard, Lyttle e Smith (2018) estudaram a etiologia e epidemiologia da PCR em trauma pediátrico e concluíram que, tal como para a população adulta, a sobrevivência da criança exige uma abordagem rápida e agressiva de correção das causas potencialmente reversíveis com recurso a intervenções *lifesaving*. Os autores constataram que, de facto, procedimentos como a toracotomia continua a não ser um recurso normalizado em situações de trauma abdominal exsanguinante e/ou de lesões cardíacas não penetrantes em pediatria, ao contrário do que se verifica na população adulta. Apesar de não descrever uma experiência com criança, o participante Q4 partilha a sua vivência de uma situação com um jovem de 19 anos de idade que sofrera um acidente de viação e estava em PCR à chegada da equipa de ambulância de SIV, referindo que “...não houve

necessidade de tomada de decisão” e não foi realizada qualquer manobra de reanimação devido a “incapacidade de prestar socorro (...) dada a gravidade da situação...”. Considerando os contributos de Vassallo et al. (2018), e uma vez que o participante Q4 não justifica a sua decisão de não intervir, questionamos: será que não dispunha de condições de segurança para abordar a situação, tais como condições de tráfego rodoviário não controlado por agentes de autoridade ou instabilidade do veículo em que a vítima se encontrava?, será que a vítima se encontrava de tal forma encarcerada que não permitia acesso físico para as monobras de reanimação?, será que poderia ter equacionado o recurso a qualquer intervenção *lifesaving* aplicável à situação, tal como a toracotomia?, será que o próprio enfermeiro se viu emocionalmente impedido de intervir devido à idade jovem da vítima?

Segundo Vassallo et al. (2018), para efeitos de manobras de reanimação cárdio-pulmonar em contexto de trauma, a criança com idade igual ou superior a 16 anos pode ser considerada como adulto, devendo, segundo a evidência apresentada por Cairo et al. (2018), o seu encaminhamento, independentemente da idade, ser para um centro pediátrico, onde, sem prejuízo para o prognóstico, o recurso a técnicas invasivas é menor quando comparado com um centro de adulto. Nas situações descritas pelos participantes Q3 e Q8 com crianças de 15 e 14 anos de idade, respetivamente, não há menção ao encaminhamento à UH, pelo que não nos é possível interpretar as decisões tomadas neste âmbito. Apesar disso, reconhecemos que a idade jovem da vítima pode permanecer como fonte de preocupação acrescida para a equipa de EEH, dado que, ainda que se possa abordar como adulto, a pessoa continua a ser criança/jovem, tal como acontece na experiência partilhada pelo participante Q8, que evidencia o facto de a pessoa “...ter apenas 14 anos!”.

Tal como referido anteriormente, a promoção do conhecimento e da competência dos profissionais é fundamental para a obtenção de equipas eficientes, capazes, científica e operacionalmente competentes, e moral/eticamente assertivas. De facto, referem os autores, o conhecimento técnico-científico dos profissionais influencia em grande medida as suas próprias atitudes e comportamentos, os quais, conseqüentemente, condicionam as suas competências e o seu desempenho, e, por conseguinte, a confiança em si mesmos e nos colegas da própria equipa (Shakeri et al., 2018).

Assim, reforça-se como fundamental existirem planos de promoção de conhecimento, de mudança de atitudes e de construção de competências necessárias para o desempenho da função, organizados em programas educativos adequados (Kreinst, et al., 2017; Shakeri et al., 2018), que contribuam para o aumento da confiança das

equipas de EEH, e se obtenham os resultados mais satisfatórios para as pessoas vítimas de trauma grave.

No estudo qualitativo realizado por Brendrud et al. (2017) acerca do atentado terrorista que teve lugar na Noruega em 2011, um dos quatro aspetos fundamentais da eficácia da resposta médica naquela situação foi o facto do treino sistemático incluir o treino em equipa. Aqui, as competências em comunicação entre os elementos da equipas, a tomada de decisão e as competências de gestão operacional constituem partes ativas dos modelos de formação e educação locais em situação de trauma e contribuem para a construção da confiança e empoderamento entre os elementos das equipas.

Embora as descrições dos participantes no presente estudo não nos permitam compreender de que forma os seus percursos de aprendizagem influenciam a sua prática, é-nos possível perceber que a confiança entre os elementos da equipa é um aspeto importante na sua vivência em situações com pessoas com trauma grave, tal como descreve o participante Q1: “...graças aos profissionais que me acompanhavam tornou-se mais fácil”, o participante Q6: “a confiança na TEPH também foi importante”, ou o participante Q11: “influenciaram positivamente a minha tomada de decisão fatores como (...) o apoio vindo da minha TEPH”.

Também para Fedor, Burns, Lauria e Richmond (2018), nas considerações que tecem acerca da gestão do trauma grave fora dos CT, a clareza da comunicação e frequentes pausas para reavaliação da situação coordenadas pelo líder contribuem para um modelo mental comum entre os elementos da própria equipa, potenciando o trabalho em equipa e a confiança entre todos. Estes autores sugerem ainda que, uma vez cumprida a finalidade da intervenção da equipa de EEH e encaminhada a pessoa ao destino adequado, deve existir um momento de reflexão – *debriefing* – entre todos os intervenientes e elementos da equipa para identificar e clarificar questões relacionadas com o evento, tais como procedimentos clínicos ou operacionais, desempenho da equipa, liderança, comunicação, etc.

Estes aspetos comunicacionais ou de reflexão em equipa não são evidenciados pelos participantes no presente estudo, impossibilitando a sua comparação com as considerações de Fedor et al. (2018). Porém, seria pertinente, na nossa perspetiva, averiguar se os enfermeiros não mencionam estes aspetos nas suas descrições porque não lhes são significativos o suficiente para que os refiram ou porque não é sua prática, e compreender as suas competências comunicacionais como líderes e como promovem momentos de reflexão em equipa.

Ainda que a competência das equipas seja a adequada, o exercício das suas funções em ambientes frequentemente hostis e desafiantes do ponto de vista físico, incluindo as condições climatéricas ou da sua segurança, o acesso à pessoa vítima de trauma e a duração do desencarceramento, torna-se, tal como referido pelos participantes no presente estudo, uma preocupação para os profissionais. Quanto às condições climatéricas e às de segurança para a equipa, o participante Q10 refere: "... além do clima e da localização do serviço, estava a chover bastante, havia lama que chegava até aos joelhos, o senhor estava num sítio de mau acesso e havia vacas por todo o lado, (...) mas acho que todas as decisões foram corretas e feitas o mais rápido possível...".

Quando facilitado, o acesso físico à vítima permite a avaliação e implementação dos cuidados de forma rápida e eficaz, contribuindo para a melhoria do seu prognóstico (Brown et al., 2017; Fedor et al., 2018), pelo que, quando limitado, seja pela sua localização ou constrangimentos geográficos, seja pela localização anatómica das lesões, impede a prestação dos cuidados essenciais naquele momento (Fedor et al., 2018), tal como referido pelos participantes Q1: "...estava encarcerada pelos membros inferiores (...), dificuldade em puncionar por apresentar fraturas com deformação em ambos os membros superiores!" ou Q10: "...havia lama que chegava até aos joelhos o senhor estava num sítio de mau acesso (...), o difícil acesso de uma viatura mais diferenciada deixou-me ansiosa mas acho que todas as decisões foram corretas...".

Com efeito, a acessibilidade à vítima é muitas vezes condicionada pelo local confinado em que se encontra, tal como nas situações em que fica encarcerada no veículo que ficou deformado devido ao impacto accidental. Segundo Macke et al. (2018), nestes casos, apesar de todos os esforços, o tempo dispendido no local do acidente pelas equipas de EEH pode ser superior ao recomendado pois depende da rapidez da extração da vítima, tal como é referido pelos participantes Q1, Q4 e Q7: "...vítima (...) encarcerada pelos membros inferiores 1 hora e tal para tirar, dificuldade em puncionar por apresentar fraturas com deformação em ambos os membros superiores", "vítima (...) encarcerada (...) sem meios para extração rápida", e "...encarcerado (...) tempo de desencarceramento aproximadamente 1h".

De acordo os autores, nas situações de desencarceramento prolongado, para além do tempo de permanência no local ser maior e por isso as intervenções das equipas aumentarem, existe também um incremento do tempo de internamento no hospital devido ao aumento da severidade das lesões nas extremidades. Face aos achados do presente estudo, não nos é possível comparar com os resultados de Macke et al.

(2018), pelo que sugerimos a realização de estudos que permitam compreender o real impacto do desencarceramento prolongado no prognóstico da situação.

Neste sentido, o apoio prestado por pessoal não médico, que muitas vezes tem início antes da chegada da equipa da ambulância de SIV, é fundamental, pois ao proceder à extração da vítima do local, facilita o rápido acesso à pessoa e, conseqüentemente, a avaliação e implementação dos cuidados adequados à situação no mais curto espaço de tempo, tal como referem os participantes Q1, Q6 e Q11: “ao incício encontrava-me nervosa (...) mas graças aos excelentes profissionais que acompanhavam tornou-se mais fácil”, “queda de homem (...) dentro de um fosso, à nossa chegada já retirado pelos bombeiros”, “senti-me segura nas decisões tomadas e também apoiada pela minha TEPH... (...) muitas das situações envolvem outras entidades que prestam apoio sendo por vezes a tomada de decisão feita em conjunto com essas entidades”, respetivamente.

Ainda assim, reconhece-se que as probabilidades de sobrevida aumentam quando diminui o tempo decorrido entre a ocorrência do evento, a ressuscitação e a reparação definitiva das lesões (Cartaya et al., 2017). Como tal, não só é importante a avaliação inicial, despiste das lesões potencialmente fatais e implementação de intervenções *lifesaving* mas, na mesma medida, é fulcral o transporte mais rápido para a UH mais adequada à situação (Brown et al., 2017). Estas são, de resto, preocupações que os participantes do presente estudo referem, daí que reconheçam, por exemplo, a necessidade de conhecer a área geográfica e os respetivos recursos hospitalares disponíveis, tal como referem os participantes Q2, Q6 e Q9: “fatores que influenciaram positivamente: (...) conhecer a área e as valências hospitalares disponíveis, conhecer apoio disponível...”, “transporte ao SUMC mais próximo” e “a decisão passou por aconselhar transporte à unidade hospitalar de Lisboa ou helitransporte”/“a (...) avaliação decorre do conhecimento do terreno e dos meios hospitalares ao dispor na área”, respetivamente.

Segundo Brown et al. (2017), com o intuito principal de promover a sobrevida, prevenir as lesões irreversíveis e controlar os efeitos reversíveis das lesões traumáticas graves da pessoa, o desempenho dos profissionais de saúde das equipas de EEH pode variar de acordo com as necessidades da situação com que se deparam, existindo evidência que justifica a permanência mais prolongada no local do evento, por forma a estabilizar a pessoa através de intervenções cruciais e inadiáveis antes de iniciar o transporte para a UH. Neste sentido, o participante Q6 sentiu necessidade de descomprimir o pneumotorax hipertensivo de uma pessoa com trauma torácico, antes no início de transporte à UH, ou o participante Q11 que, após avaliação inicial,

identificou rapidamente a presença de lesão torácica penetrante com alteração do padrão ventilatório e instabilidade hemodinâmica, procedeu à punção de dois acessos venosos periféricos, colocação de penso de três fechos sobre a lesão e contacto com médico regulador, encontrando-se com a VMER já no caminho para o hospital de destino.

Com efeito, situações, como na existência de hipotensão arterial, lesão penetrante e trauma torácico, podem beneficiar de um tempo extra-hospitalar inferior, pois a resolução eficaz e definitiva do problema encontra-se no IH, com a adequada intervenção médica/cirúrgica em ambiente controlado (Brown et al., 2017), tal como refere o participante Q10 perante a situação da pessoa com trauma torácico: “todas as decisões foram corretas e feitas o mais rápido possível, o senhor foi transportado por heli em uma hora”.

Ainda de acordo com Brown et al. (2017), a par da estratégia a adotar no local do evento, também o tipo de transporte e a UH de destino exigem decisões igualmente fundamentais para a evolução da situação da pessoa vítima de trauma grave. Neste caso, a escolha pelo tipo de transporte é altamente complexa, pois devem ser considerados fatores fisiológicos e anatómicos da severidade das lesões da pessoa, distância à UH, tráfego, condições climatéricas e disponibilidade de meios terrestres ou aéreos. Em Portugal, embora estas decisões não sejam da responsabilidade do enfermeiro, este contribui ativamente para as mesmas, podendo, na nossa perspetiva, ao conhecer a área geográfica, os recursos disponíveis e as valências hospitalares da região, colaborar assertivamente na tomada de decisão em conjunto com o médico regulador do CODU, tal como referido pelos participantes Q2: “fatores que influenciaram positivamente: (...) conhecer a área e as valências hospitalares disponíveis, conhecer apoio disponível...”, o participante Q9: “a decisão passou por aconselhar transporte à unidade hospitalar de Lisboa ou helitransporte” e “ a (...) avaliação decorre do conhecimento do terreno e dos meios hospitalares ao dispor na área”.

De acordo com David, Bouzat e Raux (2018), a presença de médico nas equipas de EEH em vez de apenas paramédicos está associada a menor número de referências para os CT, talvez devido a maior eficácia de intubação, melhor analgesia e maiores taxas de procedimentos invasivos sem que aumente o tempo de permanência no local. No entanto, ainda que possibilite a rápida decisão da estratégia de transporte e encaminhamento a adotar de acordo com a natureza das lesões, a localização geográfica e o tipo de transporte, não existem evidências suficientes para concluir que a presença de médico nas equipas de EEH melhora os resultados nas pessoas com

trauma grave, tal como também é referido pelo participante Q11: “...rendez-vous com a VMER (...) a caminho do hospital (...), com a VMER já na ambulância apenas de manteve monitorização e avaliação dos parâmetros vitais até à chegada ao hospital”.

No contexto português da EEH, uma vez que a figura do paramédico não existe, não é possível extrapolar linearmente os resultados dos estudos de David et al. (2018). Porém, e uma vez não encontrarmos estudos que analisem estas questões relacionadas com o apoio médico na realidade portuguesa, reconhecemos que, como existem meios do INEM em que o médico não está presente, como é o caso das ambulâncias de SIV, a sua presença nos eventos com pessoas com trauma grave pode ser decisiva em diversos aspetos, como os referidos por aqueles autores. Deste modo, justifica-se que os enfermeiros dos meios de ambulância de SIV, tais como os participantes no presente estudo, se possam sentir mais seguros quando o apoio médico é prestado no local e a liderança da equipa lhes é transferida, tal como referido pelo participante Q6: “...pedido apoio diferenciado ao médico regualdor. Veio VMER. Pneumotórax hipertensivo, feita descompressão, doente faz PCR em assistolia, reanimado ao primeiro ciclo. Transporte ao SUMC mais próximo”.

Segundo as recomendações de Fedor et al. (2018), o líder da equipa deve ter a capacidade de equilibrar as tarefas operacionais, tais como a logística da reanimação e os procedimentos a adotar, e as de execução, como o planeamento e a rentabilização de recursos no local, particularmente quando a equipa é composta por um reduzido número de elementos. Neste caso, embora os autores reconheçam que o médico é frequentemente o líder da equipa, recomendam que este delegue a função noutro elemento igualmente capaz de manter a segurança, vigilância, controlo, monitorização e observação da situação enquanto se encontra focado na realização de alguma tarefa, como por exemplo a intubação traqueal. O estudo que agora apresentamos não nos permite inferir acerca destes aspetos, dado que os participantes não abordam estas questões relacionadas com a liderança. No entanto, considerando as recomendações de Fedor et al. (2018), parece-nos pertinente o eventual estudo das dinâmicas de liderança nas equipas de EEH em Portugal, para compreendermos se podem ter influência no sucesso do seu desempenho e com isso se obterem melhores resultados em saúde para a população.

De qualquer forma, Fedor et al. (2018) sugerem que deve ser reconhecido e compreendido por todos os elementos das equipas de EEH que os papéis assumidos por cada um são dinâmicos e dependem da natureza do trabalho em equipa e das tarefas a desempenhar. Os autores adiantam ainda que as próprias instituições devem especificar as funções de cada elemento nas equipas, em prol da construção e

obtenção da coesão dos grupos, segurança da equipa e da pessoa cuidada, e do sucesso das intervenções.

Como referido, é importante que o líder da equipa de EEH identifique as necessidades da pessoa e os recursos hospitalares da região, mesmo que não seja o próprio a tomar a decisão do encaminhamento, como é o caso do enfermeiro líder de equipas de EEH. De facto, em Portugal, na ausência de médico no local, o médico regulador do CODU é o responsável por esta decisão mas, dado que pode estar em qualquer uma das delegações do CODU a nível nacional, pode não estar a par das condicionantes geográficas do local onde a equipa se encontra. Como tal, é possível que, por exemplo, uma ocorrência no Alentejo seja orientada por um médico do CODU Porto, o qual poderá não conhecer a região e as limitações do local no sul do país, pelo que, na nossa perspetiva, cabe ao líder da equipa colaborar ativamente na decisão do encaminhamento mais rápido para o local de destino mais adequado.

Uma vez tomada a decisão da UH de destino, esta é informada pelo CODU da chegada iminente da equipa de EEH com uma pessoa vítima de trauma grave. Tal como referido pelos participantes deste estudo, que sentiram que a equipa do IH os aguardava e já estava preparada para os receber aquando da sua chegada: "...a caminho do hospital de Portalegre onde a Especialidade de Cirurgia já se encontrava à nossa espera" (Q11), também Fedor et al. (2018) consideram que a notificação da equipa de EEH da sua chegada à UH fornece informação importante para o estabelecimento de prioridades e planeamento de cuidados da equipa de IH antes da chegada da pessoa vítima de trauma grave. De facto, os autores referem que ao estar informada da situação que irá receber, a equipa de trauma IH pode preparar equipamentos e fármacos, disponibilizar salas de bloco operatório, contactar outros profissionais ou o banco de sangue, ainda antes da chegada da equipa de EEH, promovendo uma intervenção rápida e segura à pessoa com trauma grave.

Fedor et al. (2018) assinalam que equipas de EEH e de IH deveriam trabalhar em conjunto no sentido de desenvolver protocolos e procedimentos operacionais pré-definidos no âmbito da comunicação, com a adoção de uma linguagem comum. Neste sentido, informações cruciais para a previsão do tipo de lesões, tais como o mecanismo de lesão, velocidade do veículo antes do impacto, evolução do estado clínico após o evento, antecedentes de saúde e medicação habitual da pessoa, assim como os procedimentos realizados pela equipa de EEH, são pertinentes aquando da notificação (Fedor, et al., 2018).

Estas informações podem ser transmitidas via rádio, telefone ou dispositivos eletrónicos diretamente para o enfermeiro ou médico coordenador da equipa de IH (Fedor et al., 2018). Na realidade portuguesa, a informação pode chegar através do CODU ou pelo envio de mensagem através de plataforma eletrónica de registo clínico da equipa de EEH. Tanto quanto sabemos, é possível, ainda assim, que em ambos os casos a informação da equipa de EEH não chegue à UH antecipadamente, pois por vezes não existe contacto prévio do CODU e/ou, em algumas UH, a notificação por mensagem só é acessível à equipa IH quando a de EEH chega ao serviço, impossibilitando o conhecimento antecipado da situação.

Também Synnot et al. (2017), na revisão sistemática da literatura que realizaram acerca da importância da notificação prévia pela equipa de EEH de chegada à UH, referem que, independentemente da forma como a informação é transmitida, esta é benéfica, sobretudo ao nível da redução da mortalidade, devido à adequada e atempada intervenção da equipa IH. Ainda assim, segundo os autores, a escassez de estudos neste contexto não permite concluir qual o tipo de relação entre a notificação prévia da equipa de EEH e o tempo de internamento hospitalar.

Face aos achados obtidos com o presente estudo, não nos é possível compreender quais os efeitos da notificação prévia da equipa de EEH, pelo que, considerando os resultados dos estudos de Synnot et al. (2017) parece-nos pertinente investigar de que forma esta influencia a evolução clínica da pessoa vítima de trauma grave e compreender quais as suas limitações que podem ser melhoradas, em prol da obtenção e melhoria de ganhos em saúde.

Em síntese, a experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de EEH em situações com pessoas com trauma grave é um fenómeno complexo, que se relaciona com os seus conhecimentos técnico-científicos envolvidos na capacidade de avaliação da situação e implementação de intervenções/procedimentos essenciais para a sobrevivência e limitação de complicações da pessoa. Está dependente também da sua experiência profissional e frequência de gestão de cenários de trauma no extra-hospitalar, assim como da sua capacidade de liderança para que, em equipa, se obtenham os resultados mais eficazes e eficientes que as pessoas com lesões graves exigem.

#### **4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

A análise fenomenológica das descrições dos enfermeiros participantes, assim como das suas propostas de melhoria que sugerem quando respondem ao questionário, permite-nos identificar, não só, os significados que atribuem às experiências que vivenciam, mas também a forma como estes aspetos se interligam num todo complexo e constituem uma rede dinâmica de características específicas de cada enfermeiro. Além disso, contribuem igualmente para esta reflexão as conclusões dos estudos referidos no capítulo anterior, que nos permitem, através da comparação com os resultados do presente estudo, melhor compreender o fenómeno em análise e inferir acerca dos contributos do estudo para a realidade da enfermagem.

Assim, neste capítulo propomo-nos explicar em que medida o presente estudo contribui para a prática de enfermagem, especificamente no âmbito da EEH portuguesa, particularmente perante a pessoa com trauma grave.

Uma das sugestões frequentemente apresentadas pelos participantes diz respeito à necessidade de formação e de treino para a manutenção de competências práticas e científicas, como forma de colmatar e contornar a inexperiência profissional em contexto de trauma grave. Neste sentido, também nos estudos apresentados por Abelsson et al. (2017), DeForest et al. (2018), Kreinest et al. (2017) e Shakeri et al. (2018), a menção à necessidade de formação e treino prático é uma constante para a aquisição/promoção/manutenção de competências, contribuindo inclusivamente para contornar a inexperiência profissional.

Como tal, sugerimos a promoção de planos de formação de enfermagem com situações com pessoas com trauma grave, com conteúdos não só referentes ao planeamento de cuidados de enfermagem específicos para cada situação, mas também relativos ao enfermeiro como líder de uma equipa que exerce a sua atividade em contextos incertos, dinâmicos e complexos, onde diversos fatores podem interferir na segurança da equipa e da pessoa cuidada, assim como no prognóstico da situação.

De facto, tal como referem Brendrud et al. (2017), o treino frequente e sistemático em equipa, com inclusão de todos os intervenientes da equipa de EEH, sobretudo com recurso a simulador, é reconhecido como eficaz na aquisição e/ou manutenção de competências clínicas, de tomada de decisão e de liderança em situações com

peessoas com trauma grave em contexto de EEH, promovendo a definição de papéis, a confiança e a segurança da equipa e da própria pessoa.

Neste sentido, sugerimos que possam ser incluídas nos planos de formação dos profissionais de saúde de EEH atividades como reuniões de reflexão e de partilha de conhecimentos com base em evidências científicas acerca de situações reais ou hipotéticas de trauma grave na população adulta e pediátrica, e programas de aprendizagem contínua com recurso a simulador, se possível de alta fidelidade, que podem, ou não, incluir outros intervenientes das equipas de EEH.

Para além disso, perante a análise das descrições dos participantes e discussão com as fontes bibliográficas consultadas, percebemos que a informação que a EEH recebe aquando da ativação para o evento deve ser o mais completa e precisa possível, para que se planeiem as intervenções antecipadamente e distribuam tarefas pelos elementos da equipa da ambulância de SIV antes ainda da chegada ao local. Desta forma, agilizam-se procedimentos e a execução das intervenções necessárias é mais eficaz, contribuindo para, com qualidade e em segurança, assegurar os cuidados o mais rapidamente possível, minimizar o tempo de permanência no local e iniciar o transporte para a UH de destino no mais curto espaço de tempo.

Compreendemos que, para que tal aconteça, as informações facultadas pelo contactante quando liga 112 devem ser igualmente o mais corretas e precisas possível, o que poderá nem sempre ser possível ou exequível. Com efeito, percebemos que este nem sempre é a própria pessoa vítima de trauma, dada a AEC ou a severidade das lesões que apresenta, pelo que poderá ser um terceiro a pedir ajuda, o qual poderá não ter acesso a toda a informação relativa ao evento e que seria pertinente a equipa de EEH conhecer antecipadamente. Situações em que a pessoa vítima de trauma não está colaborante e o evento não foi presenciado por outros, como acontece por exemplo nos acidentes de viação ou de trabalho que nem sempre são observados pelos transeuntes/colegas, podem revelar-se desafios à caracterização do local, número de vítimas, identificação do mecanismo de lesão associado, a extensão das lesões, etc. Para além disso, compreendemos que sejam situações em que o próprio contactante poderá estar ansioso e sob stresse, de tal forma que o seu discernimento poderá estar condicionado e, por isso, a informação que transmite ao operador do CODU poderá não ser a mais clara e completa, tal como seria necessário.

Neste sentido, considerando, por um lado, que todos os cidadãos são potenciais contactantes e os primeiros a chegar ao local do evento, e por outro, o papel de

educador do INEM, coloca-se-nos a questão acerca da pertinência de incluir a própria população em programas de educação/aprendizagem relativos à gestão de situações de trauma. Nestes programas, os enfermeiros teriam um papel ativo e seriam preponderantes, sobretudo no que se refere às informações principais a transmitir ao operador do CODU aquando do pedido de ajuda, tais como as condições de segurança no local, número de pessoas envolvidas no evento, idade aproximada e género da(s) pessoa(s) vítima(s) de trauma, eventual mecanismo de lesão, estado geral de saúde da(s) pessoa(s), e eventualmente primeiras abordagem à vítima.

Outro aspeto referido pelos participantes no presente estudo diz respeito ao quão facilitador é a equipa de saúde do IH estar preparada para os receber aquando da sua chegada com a pessoa vítima de trauma grave. Neste sentido, considerando as sugestões dos enfermeiros e as nossas experiências neste âmbito, consideramos que a transmissão de informação entre a equipa de EEH e a de IH deveria ser simplificada, não só para possibilitar a preparação antecipada dos recursos humanos e materiais necessários à situação e eventualmente ativar planos de emergência o mais rapidamente possível, mas também para que, em estreita parceria e colaboração, se possam implementar ou antecipar intervenções/procedimentos mais indicados para aquela situação e que ainda não tenham sido realizados pela equipa de EEH.

Ainda neste âmbito, os participantes mencionam que seria produtivo conhecer a evolução de saúde-doença da pessoa vítima de trauma grave após chegada à UH. De facto, referem, conhecer o tipo, extensão e severidade das lesões da pessoa após realização de exames complementares de diagnóstico e intervenções cirúrgicas no IH, permitiria aos profissionais das equipas de EEH aprenderem com aquela experiência acerca da avaliação e suspeição de lesões, e, como tal, em situações futuras, poderem utilizar esse conhecimento para atuar em conformidade mais rápida e antecipadamente possível, contribuindo para a melhoria do prognóstico das pessoas com trauma grave, obtendo, assim, ganhos em saúde.

Como tal, reconhecemos a pertinência de, uma vez asseguradas as questões de proteção de dados das pessoas, se criarem redes de partilha/transmissão de informação entre equipas de EEH e de IH, com o intuito de as equipas de EEH obterem *feedback* das suas avaliações e intervenções e, desse modo, promoverem a sua auto-reflexão e aprendizagem profissional, determinantes, como temos mostrado, no processo de aquisição e progressão de competências. Na nossa perspetiva, os enfermeiros das equipas de EEH e de IH envolvidos em situações com pessoas com trauma grave poderiam trabalhar em conjunto com técnicos de informática para conceber e implementar programas de registo e de partilha de informação em tempo

real entre os dois contextos, extra e intra-hospitalar, por forma a potenciar o trabalho em equipa e a estreita parceria entre todos os intervenientes, em prol da antecipação, eficácia e eficiência dos cuidados mais adequados à pessoa vítima de trauma grave e, consequentemente, de ganhos em saúde.

Segundo Brendrud et al. (2017), a existência de uma rede de referenciação hospitalar em trauma com critérios de ativação e encaminhamento bem definidos e conhecidos por todos os intervenientes em EEH e IH é fundamental para o sucesso da assistência às pessoas com trauma grave. Esta rede pode incluir não só UH com CT mas também outras com níveis de resposta menos especializados, mas onde os profissionais que aí exercem funções são igualmente capazes de implementar intervenções *lifesaving* e de manobras de ressuscitação em trauma.

Como tal, percebemos que seria pertinente a criação e implementação de programas de treino sistemático conjunto entre os elementos das equipas de EEH e IH, mesmo que de unidades com diferentes níveis de especialização na resposta e assistência a situações de trauma grave, sejam estes de SUB, SUMC ou CT em SUP. Segundo aqueles autores, o recurso a programas de aprendizagem contínua que englobam os diferentes intervenientes em situações de trauma grave tem revelado ser frutífero, por um lado, no estabelecimento e fortalecimento dessa rede de cuidados e na definição de papéis dos profissionais que constituem as equipas, refletindo resultados positivos a nível da sua competência para a tomada de decisão e de liderança, e por outro, na atualização de conhecimentos e treino de competências práticas ao nível das intervenções clínicas necessárias a cada situação de trauma grave.

Em síntese, seja do ponto de vista particular de cada enfermeiro líder de equipas de EEH que lida com pessoas com trauma grave, seja do ponto de vista organizacional e institucional, os contributos do presente estudo para a realidade da enfermagem são, na nossa opinião, significativos e pertinentes. Ainda assim, reconhecemos que um longo caminho existe a percorrer no que à investigação e compreensão da enfermagem portuguesa em EEH diz respeito, particularmente no que se refere à gestão de situações com pessoas com trauma grave.

## **CONCLUSÃO**

Cientes de que a natureza qualitativa e as particularidades da fenomenologia descritiva implicariam um conjunto de desafios, a opção por um estudo com estas características exigiria desde logo um compromisso da nossa parte, pesquisadoras, em nos envolvermos e sermos responsáveis por todas as etapas da sua implementação. Com efeito, mesmo que em colaboração parcial com terceiros, estes poderiam não estar envolvidos no contexto e no próprio método que nos tínhamos proposto seguir, e assim os resultados poderiam ser inviesados pelas diferentes perspetivas que tivessem sobre o fenómeno em estudo. Por este motivo, a prossecução do estudo exigiu-nos o total empenho e dedicação, desde a suas fases iniciais do desenho, planeamento e colheita de dados, até à análise e discussão dos resultados.

Para além disso, a opção pela fenomenologia descritiva, enquanto método de investigação, implicaria que rompêssemos com os nossos valores, juízos e crenças acerca do próprio fenómeno, pelo menos nas primeiras etapas do estudo até à análise dos resultados. Reconhecemos que, de facto, para nós enfermeiras a exercer funções no âmbito em que o fenómeno ocorre, tal premissa constituiu outro desafio com o qual nos deparámos, mas que ainda assim consideramos ter conseguido gerir satisfatoriamente, de tal forma que concretizamos, na nossa perspetiva, um estudo isento de juízos e de influências pessoais.

Apesar destes desafios, consideramos que os objetivos propostos para a realização do presente estudo foram alcançados, e que, embora enunciados individual e ordenadamente, não são passíveis de serem dissociados ou priorizados uns em relação aos outros. De facto, se por um lado, se relacionam intimamente com o conteúdo do estudo e com os resultados que obtivemos com a informação partilhada pelos participantes, por outro, só com a adoção e aplicação de uma metodologia adequada ao problema em estudo foi possível alcançá-los. Compreendemos assim que o método fenomenológico constitui um recurso válido, eficaz e cientificamente rigoroso como forma de atingir um fim: o de conhecer e descrever o fenómeno da experiência vivida pelos enfermeiros de ambulância de SIV que lidam com pessoas com trauma grave.

Considerando que o sucesso da implementação do estudo depende também da adesão dos potenciais participantes e da riqueza das experiências que possam partilhar na colheita de dados, reconhecemos que, embora previsto e viável do ponto de vista metodológico, o recurso ao questionário de resposta escrita, como forma de instrumento de colheita de dados, limitou, em certa medida, essa riqueza e diversidade de informação. Deste modo, sugerimos que em estudos vindouros se considere o recurso a entrevista como método de colheita de dados para que se possa comparar os resultados daí obtidos com os do presente estudo e assim contribuir, por um lado, para o desenvolvimento, enriquecimento e aplicabilidade da fenomenologia descritiva enquanto método de investigação em enfermagem, e por outro, para a obtenção de resultados complementares acerca do mesmo fenómeno.

Reconhecemos ainda que, ao delimitarmos a colheita de dados a uma determinada área geográfica, onde a população em estudo pode não ser representativa do universo de enfermeiros líderes de equipas de EEH em Portugal, pudemos igualmente condicionar a diversidade de informação obtida e assim atingir o ponto de saturação com menos participantes do que antigiríamos se alargássemos a área de abrangência. Por este motivo, convidamos os pesquisadores que implementem futuros estudos neste âmbito a incluírem participantes de outras áreas geográficas do país, quiçá a nível nacional, por forma a poderem obter-se experiências e partilhas mais diversificadas e assim enriquecer-se o quadro concetual acerca do fenómeno.

Apesar dos desafios e das limitações com que nos deparámos para a concretização do presente estudo, concluímos, através das descrições dos participantes, que a responsabilidade pela tomada de decisão e a competência em liderança do enfermeiro líder de equipas de EEH perante pessoas com trauma grave constituem os seus principais focos de preocupação. Depreendemos ainda que aqueles dois focos são influenciados positiva e/ou negativamente por fatores, que designámos de *internos* e *externos*, consoante fossem inerentes aos enfermeiros, ou lhes fossem alheios e, por isso, inerentes ao contexto ou à pessoa com trauma grave, respetivamente. Com base nestes dois focos de preocupação demonstrados pelos participantes e nos fatores que descrevem influenciar a sua experiência enquanto líderes de equipas de EEH perante pessoas com trauma grave, construímos um quadro concetual em forma de diagrama, onde pretendemos esquematizar a complexa inter-relação e inter-dependência entre focos e fatores.

No que aos sentimentos dos participantes diz respeito, é-nos possível identificar que a ansiedade, o sentimento de impotência e o sentimento de segurança são descritos pelos participantes como fatores que influenciam a sua experiência como líderes de

equipas de EEH perante pessoas com trauma grave. No entanto, verificamos que os enfermeiros que participaram no estudo descrevem mais frequentemente o que fazem ou as componentes técnicas associadas à experiência do que o que sentem ou como vivem, mesmo quando questionados diretamente sobre sentimentos e vivências.

Neste sentido, ao divulgarmos os resultados das vivências dos enfermeiros líderes de equipas de EEH nos contextos complexos com pessoas com trauma grave em que tomam decisões, esperamos sensibilizar os enfermeiros participantes, a comunidade de enfermeiros interessados na área do extra-hospitalar e as instituições implicadas, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e dos cuidados prestados, com eventual melhoria dos índices de morbilidade e mortalidade da pessoa com trauma grave. Assim, esperamos que o estudo possa contribuir para a melhoria do desempenho profissional de cada enfermeiro de ambulância de SIV que lida com situações com pessoas com trauma grave, para o desenvolvimento da própria profissão de enfermagem no contexto específico do extra-hospitalar, e para a organização dos cuidados e das respostas em saúde que as pessoas vítimas de trauma grave necessitam, podendo eventualmente ser considerado como ponto de partida para outros estudos.



## BIBLIOGRAFIA

- Abelsson, A. & Lindwall, L. (2012). The prehospital assessment of severe trauma patients' performed by the specialist ambulance nurse in Sweden. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20(67), 1-8.
- Abelsson, A., Lindwall, L., Suserud, B.-O. & Rystedt, I. (2017). Effect of repeated simulation on the quality of trauma care. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 601-608. doi: 10.1016/j.ecns.2017.07.006
- Acuña, M. R. & Burgos, M. A. (2013). Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 191-198.
- Anazodo, A. N., Murthi, S. B., Frank, M. K., Hu, P. F., Hartsky, L., Imle, P. C., & ... Mackenzie, C. F. (2015). Assessing trauma care provider judgement in the prediction of need for life-saving interventions. *Injury*, 46(5), 791-797. doi:10.1016/j.injury.2014.10.063
- Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (2018). *Principais indicadores de sinistralidade continente: Setembro 2018*. Recuperado de [http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2018/RELAT%C3%93RIOS%20MENSAS%20-%20V%C3%8DTIMAS%20A%2024%20HORAS/Rel\\_SET\\_2018\\_24h.pdf](http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2018/RELAT%C3%93RIOS%20MENSAS%20-%20V%C3%8DTIMAS%20A%2024%20HORAS/Rel_SET_2018_24h.pdf)
- Baptista, P. C. P., Merighi, M. A. B. & de Freitas, G. F. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 15(29), 9-15. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&sid=7dde51f9-be44-4813-a512-81925483d24a%40sessionmgr102>
- Benner, P. (1982). From novice to expert. In Brown, M., Patrick, F., Tate, D. & Wright, S. (1994), *A collection of readings related to competency-based training* (pp. 127-135). Victoria, Austrália: Deakin University.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert: Excellence en soins infirmière*. Paris, França: InterEditions. (Obra original publicada em 1984).
- Benner, P., Hughes, R. G. & Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decisionmaking and action: Thinking critically and clinically. In Hughes, R. G. (Ed), *Patient safety*

*and quality – An evidence-based handbook for nurses* (pp. 87-105). Rockville, Estados Unidos da América: Agency for Healthcare Research and Quality.

Brendrud, A. S., Bretthauer, M., Guttorm, B., Pedersen, M. J. B., Håpnes, K., Borge, T., ... Hjortdahl, P. (2017). Local emergency medical response after a terrorism attack in Norway: A qualitative study. *BMJ Quality & Safety*, 28(11), 1-11. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006517corr1

Brown, J., Sajankila, N. & Claridge, A. (2017). Prehospital assessment of trauma. *The surgical clinics of North America*, 97(5), 961-983. doi: 10.1016/j.suc.2017.06.007

Cairo, S. B., Fisher, M., Clemency, B., Cipparone, C., Quist, E. & Bass, K. D. (2018), Prehospital education in triage for pediatric and pregnant patients in a regional trauma system without collocated pediatric and adult trauma centers. *Journal of Pediatric Surgery*, 53(5), 1037-1041. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.033

Camargo-Arenas, J. F., Aguilar-Mejía, J. A. & Quevedo-Florez, L. A. (2019). Aproximación a la evaluación y manejo del trauma en pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*, 88(1), 26-35. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=24569737-8195-40f9-8693-7689853b3d80%40pdc-v-sessmgr04>

Cartaya, J. A. E., Payampd, R. A. C., Acosta, J. R. P. & Fernández, Z. R. (2017). Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 46(2), 177-189. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3172ed7a-de72-4db1-8331-05e09e210d00%40sessionmgr4007>

Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 1-8. Recuperado de <http://tone.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html>

Conroy, S. A. (2003). A pathway for interpretative phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 1-38.

Coutinho, M. P. (2016). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Cunha, M. P. & Rego, A. (2009). *Liderar*. 2ª Ed. Alfragide, Portugal: Publicações Dom Quixote.

- David, J. S., Bouzat, P. & Raux, M. (2018). Evolution and organization of trauma systems. *Anaesthesia, Critical Care & Pain Medicine*, 38(2), 161-167. doi: 10.1016/j.accpm.2018.01.006
- Decreto-Lei n.º 34/2012 de 14 de fevereiro. *Diário da República n.º 32/2012 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- DeForest, C. A., Blackman, V., Alex, J. E., Reeves, L., Mora, A., Perez, C., ... Walrath, B. (2018). An evaluation of navy en route care training using a high-fidelity medical simulation scenario of interfacility patient transport. *Military Medicine*, 183, 383-391. doi: 10.1093/milmed/usx129.
- Deliberação n.º 31/2017 de 21 de junho. *Revisão da estrutura funcional da carreira especial de enfermagem no Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.* Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.. Lisboa, Portugal.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Coord), *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed) (pp. 15-41). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Derico, S. P. (2017). The use of phenomenology in nursing education: An integrative review. *Nursing Education Perspectives*, 38(6), 7-11. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000216.
- Despacho n.º 14898/2011 de 3 de novembro. *Diário da República n.º 211/2011 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho n.º 13794/2012 de 24 de outubro. *Diário da República n.º 206/2012 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho n.º 14041/2012 de 29 de outubro. *Diário da República n.º 209/2012 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 1393/2013 de 23 de janeiro. *Diário da República n.º 16/2013 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril. *Diário da República n.º 79/2014 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 10109/2014 de 6 de agosto. *Diário da República n.º 150/2014 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República n.º 153/2014 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Despacho n.º 1947/2016 de 8 de fevereiro. *Diário da República n.º 26/2016 – II Série*.  
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro. *Diário da República n.º 196/2017 – II Série*.  
Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2010a). *Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2010b). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *A saúde dos portugueses 2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Earle, V. (2010). Phenomenology as research method or substantive metaphysics? An overview of phenomenology's uses in nursing. *Nursing Philosophy*, 11(4), 286-296. doi: 10.1111/j.1466-769X.2010.00458.x
- Englander, M. (2012). The interview: Data collection in descriptive phenomenological human scientific research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 13-35. doi: 10.1163/156916212X632943
- Ercole, F. F., Melo, L. S. & Alcoforado, C. L. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-10. doi: 10.5935/1415-2762.20140001.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de elaboração de trabalhos escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2018). *Objetivos: Formação de profissionais de saúde e educação para a saúde*. Recuperado de [https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=ui&target=research-lines&tipo=UI&id\\_linha\\_investigacao=1](https://web.esenfc.pt/public/index.php?module=ui&target=research-lines&tipo=UI&id_linha_investigacao=1)
- Falk, A.-C., Alm, A., & Lindström, V. (2014). Has increased nursing competence in the ambulance services impacted on pre-hospital assessment and interventions in severe traumatic brain-injured patients?. *Scandinavian Journal Of Trauma, Resuscitation And Emergency Medicine*, 22(20). doi:10.1186/1757-7241-22-20
- Fedor, P. J., Burns, B., Lauria, M. & Richmond, C. (2018). Major trauma outside a trauma center: Prehospital, emergency department and retrieval considerations.

- Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(1), 203-218. doi: 10.1016/j.emc.2017.08.010
- Galvão, C. M., Sawada, N. O. (2003). Prática baseada na evidência: Estratégias para sua implementação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(1), 57-60.
- Giorgi, A. (2012a). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: Teoria, prática e avaliação. In Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (Eds), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed.) (pp. 386-409). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes
- Giorgi, A. (2012b). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 3-12 doi: 10.1163/156916212X632934
- Hesbeen, W.; Campia, P.; Dupuis, M.; Fontaine, M.; Gueibe, R.; Honoré, B.; ... & Weber, D. (Coord.). (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar no quotidiano: À descoberta do sentido do cuidado de saúde*. Loures, Portugal: Lusociência. (Obra original publicada em 2009).
- Huber, D. L. (2014). *Leadership & nursing care management*. 5ª Ed. St. Louis, Estados Unidos da América: Elsevier Saunders Inc.
- Institute of Neurological Sciences (2015). *Escala de coma de Glasgow: avalie da seguinte forma*. Recuperado de <http://www.glasgowcomascale.org/download-aid/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2013). *Sistema integrado de emergência médica*. Portugal: Autor.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2017a). *Formação em emergência médica*. Recuperado de <https://www.inem.pt/category/profissionais/>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2017b). *História do INEM*. Recuperado de <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/historia-do-inem/>.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2019). *Carteira de serviços do INEM, I.P.* Portugal: Autor.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (2020). *Estatística: Número de meios de emergência pré-hospitalar 2019*. Recuperado de <http://oldsite.inem.pt/stats/stats.asp?stat=14&ano=2019>
- Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica em enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

- Khodabux, R. (2016). Identifying and defining research questions. *Nursing Times*, 112(3-4), 16-19. Recuperado de <http://www.nursingtimes.net>
- Kreinst, M., Goller, S., Gliwitsky, B., Grützner, P. A., Küffer, M., Häske, D., ... Münzberg, M. (2017). Expertise of German paramedics concerning the prehospital treatment of patients with spinal trauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 43(3), 371-376. doi 10.1007/s00068-016-0682-5. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=72a02db4-b5b5-4fc4-ad60-d828722012c0%40sdc-v-sessmgr03>
- Lopez, K. A. & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretative phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-735. doi: 10.1177/1049732304263638
- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Revista Referência*, 1(8), 5-16.
- Loureiro, L. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência*, 2(2), 22-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124001>
- Macke, C., Sarakintsis, M., Winkelmann, M., Mommsen, P., Omar, M., Schröter, C., ... Zeckey, C. (2018). Influence of entrapment on prehospital management and the hospital course in polytrauma patients: a retrospective analysis in air rescue. *The Journal of Emergency Medicine*, 54(6), 827-834. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.02.030
- Mackenzie, C., Gao, C., Hu, P., Anazodo, A., Chen, H., Dinardo, T. ... Shackelford, S. (2015). Comparison of decision-assist and clinical judgement of experts for prediction of lifesaving interventions. *Shock*, 43(3), 238-243.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2015). *Leadership roles and management functions in nursing – Theory and application*. 8ª Ed. Filadélfia, Estados Unidos da América: Wolters Kluwer.
- Matua, G. A. (2015). Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Researcher*, 22(4), 30-34. doi: 10.7748/nr.22.4.30.e1325.
- Mendes, K. S., Silveira, R. P., Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.

- Mestrinho, M. G. (Coord.). (2016). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Middleton, P. (2012). Practical use of the Glasgow Coma Scale: A comprehensive narrative review of GCS methodology. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15, 170-183. doi: 10.1016/j.aenj.2012.06.002
- Ministério da Saúde. (2007). *Proposta de requalificação das urgências – Esclarecimentos adicionais*. Recuperado de <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/31F11DDF-509C-43D2-8255-B36C85408015/0/CTAPRUcomunicado012007.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (2016a). *Major trauma: assessment and initial management*. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/ng39](http://www.nice.org.uk/guidance/ng39)
- National Institute for Health and Care Excellence (2016b). *Major trauma: service delivery*. Recuperado de [www.nice.org.uk/guidance/ng40](http://www.nice.org.uk/guidance/ng40)
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal, Portugal: Departamento de Enfermagem da Escola de Saúde de Setúbal/Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de boas práticas em trauma*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2004a). *Guidelines for essential trauma care*. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42565/9241546409\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42565/9241546409_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1)
- Organização Mundial de Saúde. (2004b). *Manual de vigilância das lesões*. São Paulo, Brasil: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Injuries and violence: the facts*. Genebra, Suíça: Autor.
- Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 187-193.

- Paley, J. (2018). Phenomenology and qualitative research: Amadeo Giorgi's hermetic epistemology. *Nursing Philosophy*, 19(3), 1-9. doi: 10.1111/nup.12212
- Patton, C. M. (2019). Phenomenology for the holistic nurse researcher: Underpinnings of descriptive and interpretative traditions. *Journal of Holistic Nursing*, 20(10), 1-9. doi: 10.1177/0898010119882155.
- Pereira, P. S. (2015). Fenomenologia da prática: Investigação em enfermagem da experiência vivida. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 9(10), 9608-15 doi: 10.5205/reuol.7944-69460-1-SM.0910201525
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires, A. P. (2012). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed.). Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
- Ramalho, A. (2005). *Manual de redação de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35/2011 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. *Diário da República n.º 123/2015 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 226/2018 de 16 de abril. *Diário da República n.º 74/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Sadala, M. L. A. & Adorno, R. C. F. (2002). Phenomenology as a method to investigate the experience lived: A perspective from Husserl's and Merleau Ponty's thought. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 282-293.
- Santos, R. P., Neves, E. T. & Carnevale, F. (2016). Metodologias qualitativas em pesquisa de saúde: Referencial interpretativo de Patricia Benner. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 192-196 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>
- Schwandt, T. A. (2006). Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Coord), *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed) (pp.193-217). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Shakeri, K., Fallahi-Khoshknab, M., Khankeh, H., Hosseini, M. & Heidari, M. (2018). Knowledge, attitude, and clinical skill of emergency medical technicians from Tehran

- emergency center in trauma exposure. *International Journal of Critical Illness & Injury Science*, 8(4), 188-193. doi: 10.4103/IJCIIS.IJCIIS\_33\_18
- Smith, I., Naumann, D., Guyver, P., Bishop, J., Davies, S., Lundy, J. & Bowley, D. (2015). Interobserver variability in injury severity scoring after combat trauma: Different perspectives, different values? *Journal of Special Operations Medicine*, 15(2), 86-93.
- Soares, C. B., Hoga, L. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T. & Silva, D. D. (2014). Revisão integrativa: Conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(2), 335-345 doi: 10.1590/S0080-623420140000200020
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S. & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26. Recuperado de [https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1149/1/Metodologia%20de%20Revis%C3%A3o%20Integrativa\\_RIE21\\_17-26.pdf](https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1149/1/Metodologia%20de%20Revis%C3%A3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf)
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C. & Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open*, 6, 733-739. doi: 10.1002/nop2.275
- Synnot, A., Karlsson, A., Brichko, L., Chee, M., Fitzgerald, M., Misra, M. C. ... Mitra, B. (2017). Prehospital notification for major trauma patients requiring emergency hospital transport: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 212-221. doi: 10.1111/jebm.12256. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6493f34d-999d-4993-85806f32a69e434%40pdc-v-sessmgr06>
- Tourinho, C. D. C. (2012). A consciência e o mundo na fenomenologia da Husserl: Influxos e impactos sobre as ciências humanas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 1-7. doi: 10.12957/ep.2012.8224. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8224>
- Vassallo, J., Webster, M., Barnard, E. B. G., Lyttle, M. D. & Smith, J. E. (2018). Epidemiology and aetiology of paediatric traumatic cardiac arrest in England and Wales. *Archives of Disease in Childhood*, 0, 1-7. doi: 10.1136/archdischild-2018-314985

- Vinuto, J. (2014). A amostragem de bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220.
- Waldow, V. R. (2004). *O cuidado na saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes
- Weum, M., Bragstad, L. K. & Glavin, K. (2017). How public health nurses use sources of knowledge. *Norwegian Journal of Clinical Nursing*, 1-23 doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.64242.
- White, K. M. & Dudley-Brown, S. (2012). *Translation of evidence into nursing and health care practice*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2017). *Informed Consent Form Template for Qualitative Studies*. Recuperado de [http://www.who.int/rpc/research\\_ethics/informed\\_consent/en/](http://www.who.int/rpc/research_ethics/informed_consent/en/)

## APÊNDICES



## APÊNDICE I

Pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### COMISSÃO DE ÉTICA

da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do Projeto:** Tomada de decisão do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida perante a pessoa com trauma grave

#### **Identificação do(s) Proponente(s)**

Nome(s): Margarida Gonçalves Guerra

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Instituto Nacional de Emergência Médica: Delegação Regional do Sul -  
SIV de Ponte de Sôr

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

**Investigador responsável/orientador:** Professora Verónica Coutinho

#### **Justificação:**

Ao integrar as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), o enfermeiro assume frequentemente a função de líder em equipas de emergência do pré-hospitalar, onde, como tal, lhe é exigida a rápida e eficaz tomada de decisão(ões) em diversas situações, em que o médico não está fisicamente presente. O trauma físico, sendo reponsável por um importante nível de incapacidade na população, seja esta temporária ou permanente, com elevados níveis de morbilidade e, até, de mortalidade, implica uma atuação rápida e eficaz das equipas de emergência, por forma a prevenir o desenvolvimento de sequelas físicas associadas às lesões resultantes do evento traumático e/ou evitar a morte. Assim, contextualiza-se o estudo numa

das metas propostas pela Direção Geral da Saúde para 2020, que pretende diminuir o índice de Mortalidade Prematura, e no objetivo de melhoria da formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros proposto por um dos grupos de trabalho em investigação da UICISA: E, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Desta forma, com a finalidade de contribuir para a melhoria contínua do desempenho dos enfermeiros e para o desenvolvimento da profissão de enfermagem no âmbito do pré-hospitalar, melhorando conseqüentemente a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para a diminuição da sua morbi-mortalidade da pessoa com trauma grave, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde, considera-se ser importante refletir acerca das implicações que o evento de trauma grave tem para a tomada de decisão do enfermeiro de SIV, nas situações em que este é líder de equipas de emergência pré-hospitalar.

#### **Objetivos do Estudo:**

- Identificar os significados que os enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, atribuem às intervenções resultantes da sua tomada de decisão perante a pessoa com trauma grave;
- Identificar quais os fatores que influenciam o desempenho dos enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, perante a pessoa com trauma grave;
- Perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, na tomada de decisão perante a pessoa com trauma grave;
- Construir um quadro concetual que organize a análise dos dados e sistematize os significados que os enfermeiros de SIV atribuem à sua tomada de decisão perante a pessoa com trauma grave, quando são líderes de equipas de emergência pré-hospitalar.

**Data prevista de início dos trabalhos:** 03/2018

**Data prevista de fim dos trabalhos:** 12/2018

**Data prevista de início da colheita de dados:** 04/2018

**Data prevista de fim da colheita de dados:** 05/2018

#### **Metodologia**

##### Tipo de Estudo:

Pretende-se realizar um estudo fenomenológico descritivo

##### População e Amostra/Informantes:

A população em estudo é constituída por todos os enfermeiros que exercem funções em meios de Suporte Imediato de Vida. A amostra de participantes será constituída por enfermeiros de meios SIV dos distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre e Évora, com experiências de liderança de equipas de emergência pré-hospitalar perante a pessoa com trauma grave, que

aceitem participar no estudo.

As investigadoras pretendem recorrer ao método de amostragem por “bola de neve”, em que prevêm contactar, através de e-mail convite, os enfermeiros responsáveis de meio SIV que conhecem, da área geográfica em estudo, esperando-se obter o seu consentimento para, por um lado, participar no estudo e, por outro, solicitar encarecidamente a sua colaboração no encaminhamento do e-mail a outros responsáveis de meio SIV e aos enfermeiros daquele meio, apelando também à participação destes. Neste contacto, será explicado o tipo de estudo, os objetivos e os procedimentos ético-formais inerentes, e fornecido o *link* de acesso ao instrumento de colheita de dados em formato *WebDoc*.

#### Critérios de Inclusão/Exclusão:

No estudo serão incluídos todos os enfermeiros que exercem funções em meios SIV dos distritos de Lisboa, Santarém, Portalegre e Évora, que tenham tido pelo menos uma experiência em que tenham sido líderes da equipa de emergência perante a pessoa com trauma grave. Não serão incluídos os enfermeiros que, embora correspondam ao critério de inclusão, tenham participado na revisão do instrumento de colheita de dados.

#### Locais onde Decorre a Investigação:

Não se aplica, pois a investigação é feita com recurso a questionário *online*.

#### Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

Optar-se-á pela aplicação de um questionário elaborado pelas investigadoras para o efeito, que visa obter informações acerca dos significados e atribuições que os enfermeiros apresentam acerca da sua tomada de decisão, enquanto líderes de equipas de emergência, perante a pessoa com trauma grave. Este será apresentado aos participantes sob a forma de *WebDoc*, em que as investigadoras poderão receber as respostas em tempo real, à medida que os participantes vão respondendo.

Para efeitos de pré-avaliação do seu conteúdo, semântica e perceção do leitor, o instrumento de colheita de dados será submetido a pré-teste, junto de enfermeiros peritos no âmbito pré-hospitalar, sendo que o questionário final, a apresentar aos potenciais participantes no estudo, será o resultado dos reajustes propostos por aqueles peritos ao instrumento inicial.

O instrumento final será um questionário constituído por duas partes: a primeira, relativa aos dados sociodemográficos, e, a segunda, relativa ao contexto e ao fenómeno em estudo. A primeira parte integra os seguintes elementos: sexo; formação na área do trauma; formação na área da liderança, tomada de decisão e/ou gestão de equipas; experiência profissional como enfermeiro; experiência profissional como enfermeiro de SIV; e, distrito onde atua como enfermeiro de SIV. A segunda parte integra quatro questões abertas, onde se pretende, primeiramente, que os participantes descrevam uma situação que tenham experienciado, como líderes da equipa de emergência pré-hospitalar, perante a pessoa com trauma grave, no decurso da sua atividade profissional como enfermeiro de SIV. Com a segunda questão

pretende-se que a situação anteriormente descrita seja reescrita por forma a alcançar a saturação da informação obtida e descritos os fatores facilitadores e limitadores da tomada de decisão do participante; com a terceira questão, pretende-se perceber de que forma aquela situação contribuiu para o desenvolvimento e experiência profissional do enfermeiro; e, com a quarta questão, é permitido ao participante comentar e acrescentar informações que considere pertinentes acerca do fenómeno em estudo.

Garantia de Confidencialidade:

A confidencialidade será assegurada pela anonimização das respostas. Não há intenção de realizar qualquer comparação entre serviços ou instituições, mas apenas analisar os dados na sua globalidade. Não serão colhidos dados que permitam a identificação dos participantes

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Será enviado e-mail convite aos participantes onde consta a informação sobre o estudo, o carácter voluntário da participação e o *link* de acesso ao questionário *online*.

Será ainda referido que o acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em “enviar”, será assumido pelas investigadoras como manifestação suficiente de consentimento. Esta informação será repetida no início do questionário.

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Os participantes apenas terão como potencial inconveniente o tempo que terão de disponibilizar para o preenchimento do questionário.

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Do estudo não resultam benefícios diretos para os participantes. No entanto, ao divulgar os resultados das percepções dos enfermeiros de SIV acerca dos contextos complexos em que tomam decisões no pré-hospitalar, espera-se sensibilizar os enfermeiros participantes, a comunidade de enfermeiros interessados na área do pré-hospitalar, e as instituições selecionadas, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho e dos cuidados prestados, com eventual melhoria dos índices de morbilidade e mortalidade da pessoa com trauma grave. Assim, espera-se que o estudo possa, por um lado contribuir para a melhoria do desempenho profissional de cada enfermeiro de SIV que lida com situações de trauma grave, e que, por outro, possa contribuir para o desenvolvimento da própria profissão de enfermagem no pré-hospitalar, podendo eventualmente ser considerado como ponto de partida para outros estudos.

**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Não se aplica.

## **ANEXAR**

**1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação** (caso já exista)

**2 - Folha de Consentimento Informado** (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

**3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados**

**4 – Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

**5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

### **Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data:**

**O(s) Proponente(s):**

---

(Assinatura manuscrita)



## APÊNDICE II

### Instrumento de colheita de dados – *Questionário*

A prevalência e impacto do trauma em Portugal representa um desafio aos profissionais de saúde, o que implica uma organização multiprofissional e multidisciplinar ao longo da cadeia de socorro inicial e tratamento posterior, nas fases pré-hospitalar, intra-hospitalar e inter-hospitalar. Assim, no âmbito do VIII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, desenvolvemos um estudo fenomenológico descritivo, de acordo com o método proposto por Amadeo Giorgi (2009), intitulado de “Tomada de decisão do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida perante a pessoa com trauma grave”, cuja finalidade é contribuir para o desenvolvimento profissional e para a melhoria contínua da profissão de enfermagem no âmbito do trauma, em contexto de pré-hospitalar. São objetivos do estudo: conhecer quais os significados que o enfermeiro de SIV atribui às situações com pessoa vítima de trauma grave, que dificuldades sente e que fatores contribuem positivamente para a sua tomada de decisão, quando é o líder de equipas de emergência (por ser o elemento mais diferenciado). Considere-se o trauma grave como aquele que implica 1) a existência de lesões anatómicas específicas ou parâmetros fisiológicos que implicam instabilidade, e/ou 2) a existência de mecanismo de lesão ou conjunto de sintomas que evidenciam um potencial risco de lesão ativa, oculta ou com possibilidade de descompensação (Ordem dos Médicos, 2009).

Como enfermeiro de SIV, entendemos que a sua colaboração é essencial, pelo que o convidamos encarecidamente a responder a um questionário aberto e descritivo. Prevemos que lhe tome cerca de 15 a 20 minutos do seu tempo.

Respeitando os seus direitos ao anonimato e à confidencialidade, a sua identidade será inteiramente preservada, sendo a informação aqui obtida utilizada para uso exclusivo académico, apenas do conhecimento das pesquisadoras.

Relembramos que o acesso ao questionário, a resposta ao mesmo e, no final, clicar em “enviar”, será assumido pelas investigadoras como manifestação suficiente de consentimento e de livre e espontânea vontade em participar.

Pode, a qualquer momento, desistir de participar no estudo, sem que tenha que se justificar, nem lhe seja causado dano ou prejuízo, pessoal ou profissional.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Margarida Gonçalves Guerra, margarida\_guerra@yahoo.com.br

### Questionário

#### ***Tomada de decisão do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida perante a pessoa com trauma grave***

##### **Parte I: Caracterização sócio-demográfica**

*Para cada questão, assinale com um X a resposta que se adequa à sua situação.*

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Formação em trauma:

Sim

Não

*Se sim, qual/is:*

3. Formação em liderança, tomada de decisão e/ou gestão de equipas:

Sim

Não

*Se sim, qual/is:*

4. Experiência profissional como enfermeiro (em anos):

0-3

4-7

8-11

12-15

>16

5. Experiência profissional como enfermeiro de SIV (em anos):

0-3

4-7

8-11

12-15

>16

6. Distrito(s) onde atua como enfermeiro de SIV:

Évora

Lisboa

Portalegre

Santarém

Outro , qual/is:

**Parte II:** Questionário segundo Amedeo Giorgi (2009)

1. Pode descrever uma situação em que, no decorrer da sua atividade como enfermeiro de SIV como líder da equipa de emergência, tenha estado perante a pessoa com trauma grave?; Opte por uma situação que se reproduza noutras situações semelhantes; Descreva a situação o mais específica e detalhadamente possível.

2. Pode descrever um pouco mais o que aconteceu nessa situação? Como se sentiu? Que fatores considera terem influenciado a sua tomada de decisão, negativa e/ou positivamente?

3. Quanto à situação que descreveu, de que forma é que esta tem influenciado, ou qual o impacto que tem tido, na sua vida profissional? De que forma tem influenciado a sua abordagem, enquanto líder, em situações semelhantes desde então?

4. Que outras considerações gostaria de acrescentar acerca da sua experiência, enquanto enfermeiro líder de equipas de emergência pré-hospitalar, perante a pessoa com trauma grave?



## ANEXOS



## ANEXO I

Resposta ao pedido de apreciação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

**Parecer N° P502\_04-2018**

**Título do Projeto:** "Tomada de decisão do enfermeiro de Suporte Imediato de Vida perante a pessoa com trauma grave"

#### **Identificação do Proponente**

**Nome(s):** Margarida Gonçalves Guerra

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Instituto Nacional de Emergência Médica: Delegação Regional do Sul - SIV de Ponte de Sôr

**Investigador Responsável/Orientador:** Verónica Coutinho

**Relator:** Sofia Raquel Teixeira Nunes

#### **Parecer**

O papel do enfermeiro como elemento integrante das ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) torna-se extremamente importante principalmente na função de líder de equipas de emergência de extra-hospitalar (EEH) que assume, tendo em consideração a rápida e eficaz tomada de decisões.

Tendo por base esta consideração a proponente pretende realizar um estudo fenomenológico descritivo com os seguintes objetivos:

- Identificar os significados que os enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, atribuem às intervenções resultantes da sua tomada de decisão perante a pessoa com trauma grave;
- Identificar quais os fatores que influenciam o desempenho dos enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, perante a pessoa com trauma grave;
- Perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros de SIV, enquanto líderes de equipas de emergência pré-hospitalar, na tomada de decisão perante a pessoa com trauma grave.

A população do estudo será constituída por todos os enfermeiros que exercem funções em meios de SIV, com experiências de liderança de equipas de EEH perante a pessoa com trauma grave.

Neste estudo serão "incluídos todos os enfermeiros dos meios SIV afetos a alguns distritos da região Lisboa e Alentejo de Portugal com experiência de liderança de equipas de EEH, perante a pessoa com trauma grave, que aceitem participar no estudo". Segundo a proponente "não serão incluídos os enfermeiros que, embora correspondam ao critério de inclusão, tenham participado na revisão do instrumento de colheita de dados".

Será utilizada amostra em "bola de neve" referindo a proponente que o processo irá ser iniciado com o envio de um "mail-convite para a sua rede de contactos de enfermeiros que exercem atividade no extra-hospitalar, e solicitando a estes que encaminhem para outros colegas". O estudo ainda será divulgado através das redes sociais, onde será explicado o tipo, os objetivos e os procedimentos ético-formais



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

**FCT** Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnFC)

inerentes, para além de ser fornecido o link de acesso ao instrumento de colheita de dados em formato WebDoc. Este questionário como instrumento de colheita de dados foi elaborado pelas investigadoras e foi submetido a pré-teste. O mesmo estará dividido em quatro partes considerando os objetivos do estudo e, incluindo dados sociodemográficos (ainda que permitindo o anonimato).

Segundo a proponente, a confidencialidade é assegurada pela anonimização das respostas, pois não serão colhidos dados que permitam a identificação dos participantes, tal como referido supra e consoante se constata no questionário que a mesma apensou.

Ainda, foi anexada a folha de informação aos participantes, informando as investigadoras que depois de lida a folha de informação e após o preenchimento do questionário, «o clicar em "enviar", será assumido pelos investigadores como manifestação suficiente de consentimento».

Não existem inconvenientes, exceto o tempo despendido para resposta, e os benefícios são o conhecimento que as investigadoras pretendem obter com o estudo.

A data prevista de início dos trabalhos referida no projeto é setembro de 2017 e a data prevista de fim dos trabalhos é de dezembro de 2018. Por sua vez, a data de início de colheita de dados está programada para maio e o término para junho de 2018, sugerindo-se uma reformulação de datas visto que o mês de maio já se encontra em curso.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator:



Data: 15/05/2018

O Presidente da Comissão de Ética: Nawalhomera Bekalio