



e s c o l a superior de  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Vivências em situações de emergência: um estudo com  
enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação**

**LUÍS MIGUEL MENDES CANAS**

Coimbra, abril de 2021





e s c o l a superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Vivências em situações de emergência: um estudo com  
enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação**

**LUÍS MIGUEL MENDES CANAS**

Orientador: Professor Doutor Luís Miguel Oliveira, docente na 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, abril de 2021



***“A sensação de salvar vidas é maravilhosa”***

(Excerto da entrevista n.º 11, realizada para o presente trabalho)



## DEDICATÓRIA

À Lina  
Ao Gustavo



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os enfermeiros que estiveram envolvidos neste meu percurso, quero expressar a minha gratidão e sincero agradecimento.

Aos que mais de perto me acompanharam deixo um especial reconhecimento:

À minha esposa, filho e pais pelo apoio incondicional e pela compreensão das minhas ausências.

Ao Professor Doutor Luís Miguel Oliveira, pela orientação, partilha de sabedoria, disponibilidade e incentivo.

A todos os enfermeiros da VMER que se disponibilizaram a participar no estudo.

À Catarina Cavaleiro, ao João Borges e ao Pedro Ribeiro, enfermeiros e amigos pelo companheirismo neste caminho tão moroso.

Aos meus amigos pelo apoio e compreensão de algumas ausências e por deixar de partilhar momentos importantes das nossas vidas.



## RESUMO

A emergência médica extra-hospitalar tem um passado recente em Portugal e os enfermeiros estão presentes em diversos meios de socorro que prestam assistência neste contexto, assumindo um papel de relevo.

Pela literatura consultada, percebe-se que a prestação de cuidados de enfermagem no extra-hospitalar exige uma rápida mobilização de diversos conhecimentos, sendo necessário adequá-los e dinamizá-los em cada contexto específico. O enfermeiro encontra-se numa posição que pode condicionar grande pressão psicológica. Se, por um lado, podem considerar o seu trabalho gratificante e sentir satisfação pessoal e profissional, por outro, é largamente referido na literatura a ansiedade e a angústia, o desgaste físico e emocional resultante de vivências negativas dos enfermeiros no extra-hospitalar.

Com este estudo procurou perceber-se de que forma os enfermeiros de uma equipa Viatura Médica de Emergência e Reanimação vivenciam os momentos de prestação de socorro extra-hospitalar, desde a sua ativação até ao regresso ao hospital. Foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa. A colheita de dados foi realizada com recurso a uma entrevista semiestruturada, aplicada a uma amostra de 13 participantes. A análise do conteúdo das entrevistas seguiu o método proposto por Diekelmann, Allen e Tanner (1989).

A análise foi estruturada a partir de cinco categorias: o que motiva quando está de serviço; quando a equipa é ativada; na chegada ao local e prestação de cuidados; no transporte e transferência para o serviço de urgência e no regresso à base

Os participantes eram experientes na prestação de cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, pelo que referiram atuar com tranquilidade. As situações de emergência que mais ansiedade lhes provocam são as que envolvem crianças, grávidas e cenários multi-vítimas. Foi bastante enfatizado a necessidade de realizar *debriefing*/reflexão informal para partilhar experiências e aliviar emoções negativas.

Palavras-chave: Vivência dos enfermeiros na emergência; Enfermagem em emergência; emergência extra-hospitalar



## **ABSTRACT**

The prehospital medical emergency has a recent past in Portugal and nurses are present in various means of assistance that help in this context, assuming an important role.

From the consulted literature, it is perceived that the provision of nursing care in the extra-hospital setting requires a rapid mobilization of different knowledge, being necessary to adapt and dynamize it in each specific context. Nurses are in a position that can lead to great psychological pressure. If, on the one hand, they can find their work rewarding and feel personal and professional satisfaction, on the other hand, anxiety and anguish, nurses' physical and emotional exhaustion resulting from negative experiences in the extra-hospital setting, is widely referred to in the literature.

With this study, we tried to understand how nurses in a Medical Emergency and Resuscitation Vehicle team experience the moments of providing extra-hospital emergency assistance, from their activation to the return to the hospital. A qualitative study was developed. Data collection was performed using a semi-structured interview, applied to a sample of 13 participants. The content analysis of the interviews followed the method proposed by Diekelmann, Allen and Tanner (1989).

The analysis was structured based on five categories: what motivates when on duty; when the team is activated; on arrival at the site and providing care; transport and transfer to the emergency service; and on the way back to the command center.

The participants had experience in providing nursing care in an extra-hospital context, so they reported acting with tranquility. The emergency situations that cause them the most anxiety are those involving children, pregnant women and multi-victim scenarios. The need for informal *debriefing*/reflection to share experiences and relieve negative emotions was strongly emphasized.

Keywords: Nurses' experience in emergency; Emergency nursing; out-of-hospital emergency



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS - Direção Geral de Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNA - Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS - Serviço Nacional de Saúde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - As seis fases do SIEM que constituem o simbolismo da Estrela da Vida. Fonte: (INEM) (2013) .....	26
<b>Figura 2</b> - Categorias principais resultantes da análise das entrevistas .....	55
<b>Figura 3</b> - Representação esquemática dos constituintes da categoria "o que motiva quando está de serviço" .....	56
<b>Figura 4</b> - Representação esquemática dos constituintes da categoria "que sentimentos experiencia quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima" .....	59
<b>Figura 5</b> - Representação esquemática dos constituintes da categoria "sentimentos que experiencia quando chega ao local e na prestação de cuidados" .....	63
<b>Figura 6</b> - Representação esquemática dos constituintes da categoria "no transporte e na transferência para o Serviço de Urgência" .....	65
<b>Figura 7</b> - Representação esquemática dos constituintes da categoria "no regresso à base" .....	66



## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Estatística descritiva referente ao género, idade e habilitações profissionais dos participantes .....	52
<b>Tabela 2</b> - Estatística descritiva relativa à atividade profissional dos participantes.....	52



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
-------------------------	-----------

### **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

<b>1. A EMERGÊNCIA MÉDICA EXTRA-HOSPITALAR EM PORTUGAL .....</b>	<b>25</b>
1.1. DO SERVIÇO NACIONAL DE AMBULÂNCIAS AO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – BREVE CRONOLOGIA .....	29
<b>2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR. ....</b>	<b>30</b>
<b>3. CONCEITO DE VIVÊNCIAS.....</b>	<b>322</b>
3.1. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO EXTRA-HOSPITALAR – SÍNTESE DOS ESTUDOS .....	34

### **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>43</b>
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	44
4.3. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	44
4.4. PARTICIPANTES, PROCESSO DE SELEÇÃO E CONTEXTO .....	44
4.5. INSTRUMENTO PARA RECOLHA DE DADOS .....	45
4.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	46
4.7. TRATAMENTO DOS DADOS.....	47

### **PARTE III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

<b>5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES .....	51
5.2. CATEGORIAS ENCONTRADAS .....	53

<b>5.2.1. Motivação dos enfermeiros quando estão de serviço.....</b>	<b>55</b>
<b>5.2.2. Quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima .....</b>	<b>59</b>
<b>5.2.3. Na chegada ao local e prestação de cuidados.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.4. No transporte e transferência para o serviço de urgência.....</b>	<b>64</b>
<b>5.2.5. No regresso à base .....</b>	<b>66</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>75</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Guião da Entrevista

APÊNDICE II – Pedido à Comissão de Ética do Hospital

APÊNDICE III – Pedido de parecer à Coordenação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

APÊNDICE IV - Declaração de Consentimento Informado

## INTRODUÇÃO

A emergência constituiu-se como um desafio constante, podendo causar muitas vezes sentimentos de impotência e de frustração, por não se conseguir atingir os resultados esperados e a recuperação do estado de saúde da pessoa em situação crítica, apesar dos esforços e dedicação dos enfermeiros, na aquisição de conhecimentos científicos e habilidades práticas. Têm sido várias as situações de emergência vivenciadas e relatadas por enfermeiros que lhes despoletaram estados de ansiedade e de frustração.

No atendimento à pessoa em situação crítica e família, o enfermeiro que presta assistência no extra-hospitalar tem um papel preeminente, tendo necessidade de mobilizar conhecimentos nas mais diversas circunstâncias. O enfermeiro no extra-hospitalar é chamado a organizar, coordenar, inovar, cooperar e agir muitas vezes em situações imprevisíveis.

Assim, torna-se importante perceber como é que os profissionais de enfermagem, que trabalham na assistência extra-hospitalar, descrevem as suas vivências, uma vez que exercem as suas funções num ambiente de extrema pressão psicológica, com uma carga de trabalho intensa, dinâmica e, muitas vezes, com situações inesperadas.

Estes pressupostos, aliados à experiência profissional do investigador na área extra-hospitalar, convergiram para o tema “*Vivências em situações de emergência: um estudo com enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação*”. Pretende-se que este estudo constitua uma forma de avaliação e de reflexão sobre a importância do desempenho profissional do enfermeiro quando presta cuidados à vítima numa situação de emergência, onde estão subjacentes as vivências e o empenho deste para que sejam prestados os melhores cuidados de enfermagem.

Ferreira (2014) refere que os enfermeiros que exercem funções no extra-hospitalar vivenciam um grande desgaste físico e mental, uma vez que diariamente se confrontam com os limites e as possibilidades para lidar com a dor, o sofrimento, a morte e, simultaneamente, a prontidão, o raciocínio rápido, a tomada de decisão assertiva e o bom condicionamento físico, cabendo-lhes dinamizar uma resposta rápida e eficaz em situações de emergência.

Neste sentido, definiu-se como questão de partida para esta dissertação:

- Quais as vivências dos enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação em situações de emergência?

O presente estudo tem como objetivo geral: conhecer as vivências dos enfermeiros da viatura médica e reanimação em situações de emergência. Responder a este objetivo ajudou-nos a perceber de que forma os enfermeiros sentem e experienciam a emergência médica, no seu dia a dia, o que será uma mais-valia e poderá ter inúmeras aplicações práticas ao nível destas equipas.

Propõe-se assim, um estudo descritivo e analítico, enquadrado no paradigma qualitativo. Os dados foram recolhidos através de entrevista semiestruturada, a uma equipa de 13 enfermeiros da VMER de um hospital distrital da região centro de Portugal continental.

Em termos estruturais, este documento contém na primeira parte um enquadramento teórico, no qual se mostram evidências do estado da arte sobre a temática em estudo. Na segunda parte, faz-se enquadramento metodológico inerente à realização do estudo, assim como a apresentação e discussão dos resultados obtidos. No final são expostas as conclusões resultantes do estudo, as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. A EMERGÊNCIA MÉDICA EXTRA-HOSPITALAR EM PORTUGAL

A emergência médica extra-hospitalar tem em Portugal um passado ainda relativamente recente. As modificações que têm ocorrido na sociedade atual, particularmente o desenvolvimento tecnológico, com reflexos no aumento do tráfego rodoviário e, conseqüentemente, nos acidentes de viação e nos acidentes de trabalho, as alterações nos estilos de vida que concorrem para o acréscimo das doenças cardiovasculares e um maior número de enfartes do miocárdio, são, entre muitas, algumas das razões que justificam a existência de serviços de emergência médica extra-hospitalar (Silva, 2007).

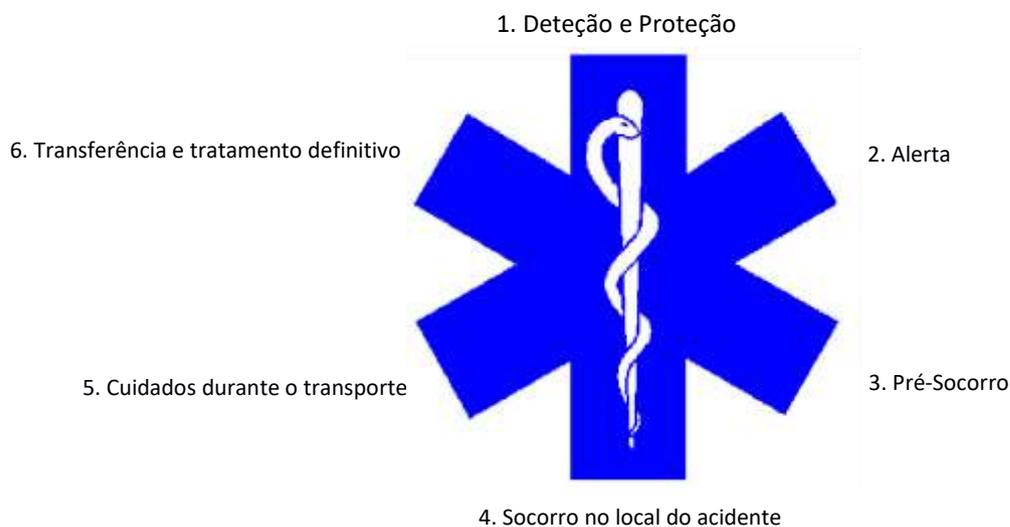
Batuca (2008) é de opinião que a filosofia que conduziu à implementação de um sistema de emergência médica em Portugal, fortemente influenciado pelo *Emergency Medical Service* americano, fez com que a expressão emergência médica passasse a ser utilizada pelo Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) português.

Em Portugal, o primeiro estudo sistematizado que procura equacionar esta questão a nível nacional é constituído por um relatório da “Comissão de Emergência Médica”, criada por Despacho Ministerial em 2 de março de 1978. O desenvolvimento das recomendações nele propostas foi o alicerce do modelo português de um sistema de emergência médica. Foi precisamente nesse relatório que se entendeu o fundamento da definição que faz parte do conceito atual de emergência médica (Henriques, 2013).

Independentemente da discussão que possa ter existido relativamente ao assunto, constata-se que a expressão está perfeitamente implantada no SIEM português e tem associado um conjunto de modificações estruturais e organizacionais (Henriques, 2013).

O SIEM é constituído por: Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Instituto Nacional de Emergência Médica, Hospitais e Centros de Saúde, entidades que cooperam entre si com o objetivo de prestar auxílio a vítimas de doença súbita e trauma, e é ativado pelo número europeu de emergência 112. O SIEM engloba um conjunto de ações e meios extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, pressupondo a participação ativa dos vários elementos da comunidade, possibilitando uma ação eficaz e com economia de meios. Para o cumprimento destes objetivos estabeleceram-se etapas executadas em emergência extra-hospitalar, designadas por fases de Detecção, Alerta, Pré-Socorro, Socorro, Transporte e Tratamento em Unidade de Saúde, correspondendo cada uma delas a uma haste da “Estrela da Vida”

(INEM, 2013). Na figura que se segue encontra-se uma representação gráfica da “Estrela da Vida”.



**Figura 1** - As seis fases do SIEM que constituem o simbolismo da Estrela da Vida.

Fonte: (INEM) (2013)

Os elementos que constituem o SIEM, em termos de responsabilidade hospitalar e sua interface com o extra-hospitalar, possuem critérios de qualidade que constituem informação objetiva e comparada, sob a forma de indicadores simples e de fácil interpretação, que possibilitem à população em geral, aos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aos seus profissionais e gestores um conhecimento claro da atividade e dos resultados das unidades prestadoras de cuidados de saúde, de forma a gerar confiança na população, a fomentar uma utilização ajustada dos serviços de saúde e a fundamentar uma expectativa sobre o processo e os resultados da prestação de cuidados (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

Todas as chamadas efetuadas através do número 112 do âmbito da saúde, que cheguem às Centrais de Emergência (centros telefónicos existentes em cada distrito sob a calçada da PSP), são encaminhadas sempre que possível para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Através destas centrais rádio e telefónicas, com a presença de médico nas 24 horas, é efetuada a triagem das ocorrências, o aconselhamento sobre a atitude a tomar pelo utente, o acionamento de meios de socorro que podem incluir uma equipa médica quando a situação o justifique, o acompanhamento da evolução das situações e a coordenação do transporte para o hospital. Em 2011, os CODU sofreram uma reformulação ao nível do atendimento das chamadas telefónicas, que passou a realizar-se a nível nacional. Esta alteração veio melhorar a eficácia da gestão dos recursos disponíveis,

diluindo os picos regionais e colmatando eventuais défices de disponibilidade local. Esta alteração reduziu os tempos de atendimento, bem como o número de chamadas desligadas na origem (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, 2011).

Foram também criados outros subsistemas de apoio noutros campos de emergência médica (INEM, 2013):

- Centro de Orientação de Doentes Urgentes – MAR (CODU- MAR) – tendo por objetivo prestar “aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações” (INEM, 2013; p.5);
- Centro de Informação Antivenenos, cuja missão é prestar informações referentes a diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico em caso de exposição a produtos tóxicos.

Quanto aos meios de socorro disponíveis, coordenados pelo CODU, destacam-se (INEM, 2013):

- Ambulâncias:
  - Ambulâncias Posto de Emergência Médica, sediadas em Corporações de Bombeiros ou em delegações da Cruz Vermelha Portuguesa e destinam-se à estabilização e transporte de doentes, permitindo a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida;
  - Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) que, além do descrito para as anteriores, constituem um meio de socorro do INEM em que é possível a administração de fármacos e realização de procedimentos terapêuticos invasivos, mediante o cumprimento de protocolos e supervisão médica. Estas são localizadas em unidades de saúde, são tripuladas por um enfermeiro ou por um técnico de ambulância de emergência e têm como principais objetivos: a estabilização extra-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de doença súbita/acidente, e o transporte inter-hospitalar do doente crítico;
- Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) que atuam em dependência direta dos CODU e têm a sua base num hospital de características de urgência polivalente ou de urgência médico-cirúrgica. As VMER são veículos de intervenção extra-hospitalar cujo objetivo é o transporte de uma equipa constituída por um médico e por um enfermeiro até ao local onde se encontra o doente. Estas dispõem de equipamento para realizar Suporte Avançado de Vida e para atuar em situações de trauma;

- Helicópteros de Emergência Médica que são utilizados para o transporte de doentes graves entre hospitais ou entre o local da ocorrência e o hospital. A tripulação é composta por dois pilotos, um médico e um enfermeiro;
- Motas de Emergência Médica, tripuladas por um técnico de ambulância de emergência e permitem a chegada mais ágil e rápida de um primeiro meio de socorro diferenciado, em meio citadino.

Importa ainda referir a publicação de 14 de fevereiro, o Decreto-Lei 34/2012 - lei orgânica do INEM. De entre as alterações verificadas, destaca-se o reforço das atribuições relativas à definição, coordenação e certificação da formação em emergência médica dos elementos do SIEM, bem como, a manutenção da estrita fiscalização da atividade de transporte de doentes.

O CODU encontra-se desde agosto de 2011, centralizado a nível nacional, sendo o centro nevrálgico do SIEM, uma vez que se trata de um serviço onde são recebidas todas as chamadas urgentes, tendo a responsabilidade de as triar, transferindo para a Linha Saúde 24 as chamadas não urgentes. Compete-lhe também decidir sobre o acionamento de um meio de emergência, a sua tipologia e local de referência, contactando quando necessário, as unidades de destino para prepararem a receção aos doentes. Tem ainda um papel de aconselhamento dos doentes e de apoio às equipas no terreno (Campos, 2014).

A tendência de crescimento dos últimos anos na atividade manteve-se, tendo o CODU, em 2017, atendido 1.368.141 chamadas de emergência, representando uma média diária de 3.748 chamadas de emergência atendidas. De acordo com o relatório anual do CODU (2017), registou-se um aumento das chamadas consideradas não urgentes, encaminhadas depois pelos CODU para o Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS 24), 75.843 chamadas, uma média de 208 chamadas diárias, encaminhadas para este serviço de aconselhamento do SNS, um aumento de 11% face a 2016. O tempo de atendimento das chamadas tem vindo a aumentar, resultando na perda de eficácia e de eficiência da emergência, que, por sua vez, se ocupa de situações não emergentes, resultando no aumento de número de utentes às unidades de saúde, sem necessidade emergente (CODU, 2017).

A publicação do Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro, que define a atividade dos CODU do INEM, os seus recursos humanos e competências, bem como, a articulação com outros intervenientes do SIEM, tem-se revelado de extrema importância para a regulação da emergência médica extra-hospitalar, tendo ficado definido o que se espera do serviço prestado no CODU e de cada um dos profissionais que atuam na emergência médica extra-hospitalar e como se podem e devem articular para assegurar uma resposta integrada,

eficaz, eficiente e de qualidade para toda a população (CODU, 2017). Essa qualidade e eficácia têm implícita a atuação dos enfermeiros afetos à viatura médica e reanimação, cuja atuação se insere numa lógica de melhoria contínua.

### 1.1. DO SERVIÇO NACIONAL DE AMBULÂNCIAS AO INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – BREVE CRONOLOGIA

O socorro extra-hospitalar em Portugal teve os seus primórdios em 1965. De acordo com Pinto et al. (2002), a necessidade de transportar doentes para o hospital mais próximo levou à criação de um serviço de transporte que era assegurado pela Polícia de Segurança Pública. Este serviço que inicialmente era restrito à área de Lisboa foi, dois anos mais tarde, alargado para as cidades de Coimbra e Porto, e posteriormente para Aveiro, Setúbal e Faro. De forma a melhor operacionalizar este serviço foi implementado, em parceria com os CTT, um número nacional de socorro, o 115. (INEM, 2013; Pinto et al, 2002).

Em 1971, pelo Decreto-Lei n.º 511/71 de 22 de novembro, sob tutela do Ministério do Interior e da Saúde e Assistência, foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA). O SNA tinha o objetivo de “assegurar a orientação, coordenação e eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes, bem como ao respetivo transporte” (p. 1789). Foram, assim, criados postos de ambulâncias do SNA, mantendo a sua operacionalização pela Polícia de Segurança Pública, em Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal e por corporações de bombeiros nas restantes localizações. Estas ambulâncias eram medicalizáveis e dotadas de equipamento sanitário e de telecomunicações (INEM, 2013).

Em 1977, o SNA adere ao símbolo “Estrela da Vida”, passando este símbolo a ser utilizado para os serviços de emergência médica portugueses (INEM, 2013).

Iniciou-se em 1978 o primeiro curso de preparação para tripulantes de ambulância na Escola de Socorrismo da Cruz Vermelha (Pinto et al., 2002).

Em 1979, os serviços hospitalares foram incluídos nesta organização de prestação de socorro extra-hospitalar, de forma a garantir a qualidade e eficiência do socorro e a definir as entidades responsáveis pela prestação do mesmo (Pinto et al., 2002). Tendo em conta a evolução de toda a dinâmica da prestação de socorro extra-hospitalar e as entidades envolvidas, em 1980, através da Resolução nº 84/80, de 11 de março, da Presidência do Conselho de Ministros, é criado o Gabinete de Emergência Médica, reforçando a necessidade de um Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal (SIEM). Para

isso foram concebidos programas e estabelecidas parcerias de formação recorrendo a parcerias com profissionais norte-americanos (Pinto et al., 2002).

Em 1981, pelo decreto-lei 234/81, de 3 de agosto, sob tutela do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, é criado o INEM enquanto “organismo coordenador das atividades de Emergência Médica a executar pelas diversas entidades do sistema”, fazendo assim afusão entre o SNA e o Gabinete de Emergência Médica criado no ano anterior. O reconhecimento dos acidentes de viação como um problema de saúde pública e que a criação de um sistema integrado de emergência médica poderia contribuir para a redução dos níveis de morbilidade e mortalidade associados aos mesmos. No decreto-lei é ainda referido que um sistema integrado de emergência médica pode também intervir ao nível da prestação de socorro noutras áreas críticas, como por exemplo, “doenças cardiovasculares, intoxicações, queimaduras e doenças infantis de alto risco”.

Em 1987 é fundado o CODU em Lisboa (INEM, 2013).

## **2. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR.**

Os enfermeiros, a par com outros profissionais de saúde, estão no terreno na prestação direta e indireta de cuidados à pessoa em situação crítica, o que implicou, no decorrer dos tempos, a uma adaptação e evolução. Nesta evolução, os órgãos de gestão de enfermagem nacionais, nomeadamente, a Ordem dos Enfermeiros (OE), não ficaram alheios a tal realidade, sendo exemplo a elaboração por parte da OE, em 2010, do Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, com atualização em 2018, pelo Regulamento n.º 429/201, de 16 de julho de 2018, no qual se pode ler:

*“Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Os cuidados à pessoa em situação crítica podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida.” (p. 19362)*

Bunkenborg (2012) refere que o envolvimento dos enfermeiros do extra-hospitalar nas práticas clínicas e a importância da valorização dos objetivos profissionais influenciam direta e consideravelmente a capacidade de monitorização e de atuação perante as vítimas

em situação crítica. De acordo com este autor, a capacidade dos enfermeiros na compreensão da linha orientadora de atuação na vítima em situação crítica, combinada com conhecimentos científicos e capacidades técnicas desenvolvidas, influenciam decisivamente a capacidade de monitorização da vítima, bem como, na tomada de decisão sobre a atuação a desenvolver na estabilização da vítima. Este tipo de competências adquiridas contribui ainda para a melhoria da colaboração multidisciplinar e de trabalho em equipa.

É indubitável que o enfermeiro tem, cada vez mais, um papel preeminente na área da emergência médica e assistência extra-hospitalar e tem-se observado nos últimos anos um aumento significativo do interesse nesta área por parte dos profissionais de saúde. A resposta nas situações de emergência deve ser célere e envolve a realização de procedimentos técnicos em condições de trabalho difíceis, exigindo um domínio operacional das intervenções pela equipa (Gonçalves, 2017).

Como refere Gonçalves (2017):

“O enfermeiro é o único profissional de saúde que integra a equipa de todos os meios medicalizados do INEM, sendo um dos elementos da tripulação das ambulâncias SIV e de Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, das VMER e dos Helicópteros de Emergência Médica, possuindo formação avançada fornecida pelo INEM, em função do meio para o qual está adstrito” (p. 37).

Ainda em conformidade com o mesmo autor,

“a prestação de cuidados de enfermagem em emergência extra-hospitalar implica intervir, muitas vezes, em contextos de grande tensão, em ambientes com condições adversas e em que a vida das pessoas e o seu restabelecimento dependem muito da qualidade da assistência imediata e dos procedimentos efetuados para dar resposta às situações de doença súbita ou acidente” (p. 38).

### 3. CONCEITO DE VIVÊNCIAS

Tivemos necessidade de recuar no tempo para compreender melhor o conceito de vivência.

Lersch (1971) assinala o círculo funcional da vivência, como um processo composto por quatro elementos integrados, necessários à ocorrência do fenómeno psíquico designado como vivência: a tendência, a percepção, a afetação e a conduta ativa. Assim:

- o primeiro elemento desse contacto entre o ser vivente e o mundo circundante é a tendência. Emergem no contato com o mundo sob a forma de impulsos, cuja satisfação promove o desenvolvimento e a conservação de sua existência;
- a percepção é o segundo elemento fundamental da vivência. É mediante uma percepção seletiva e ativa que o ser humano vai entrar em contato com o mundo circundante e se orientar nele;
- a afetação é o terceiro momento do círculo funcional da vivência, e refere-se à repercussão dos frutos da percepção do mundo circundante. O sentir-se afetado implica uma significação e uma valência. O autor define essa afetividade como o reflexo do percebido nos estados subjetivos. Nos seus estágios superiores, a afetação origina os sentimentos superiores, como o amor, o medo, a inveja, o respeito;
- o quarto elemento da vivência é a conduta ativa, é o movimento do ser vivente em direção ao mundo, no sentido de suas necessidades, percepções e afetividades.

Para Forghieri (1989) a importância da vivência reside no facto de ser uma referência fundamental na orientação da vida, mesmo não se tendo consciência clara dela. Isto acontece porque o homem tem consciência de sua própria vida e daqueles com quem se relaciona e atribui significados às situações de sua existência. Assim, "as situações que alguém vivencia não possuem, apenas, um significado em si mesmas, mas adquirem um sentido para quem as experiencia, que se encontra relacionado à sua própria maneira de existir" (p. 58).

Ales Bello (2005) concebe a vivência como referindo-se a atos psíquicos pertencentes à estrutura própria de todo ser humano, tais como a percepção, a reflexão, a lembrança, a imaginação e a fantasia. São atos universais, acompanhados pela consciência, os quais se remetem a três dimensões humanas: corpo, psique e espírito (este último entendido enquanto produção do pensamento). A cada instante da vida, estamos ativando vivências. Por exemplo: a percepção de um objeto nos evoca a lembrança de uma situação anterior que nos permite apreendê-lo, desencadeia em nós uma resposta emocional no instante em que nos deparamos com ele, podendo despertar também uma fantasia. Assim, as vivências

acontecem de forma processual, isto é, estão em movimento, tal como a perspectiva de um caleidoscópio, cuja alteração num dos seus componentes afeta o todo.

Para Bock, A. M. B.; Furtado, O. e Teixeira, M. (1999) a vivência é a síntese singular e individual que cada um de nós vai construindo conforme nos vamos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural, “é o mundo das ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir das suas relações sociais [...] é também fonte das suas manifestações afetivas e comportamentais [...] é a maneira de sentir, pensar, fantasiar, sonhar”. (p.23)

Amatuzzi (2001) tece diversas considerações sobre “vivências” semelhantes às de Lersch em 1971. O autor acredita que o vivido se manifesta nas nossas ações. Trata-se de tudo o que é sentido interiormente imediatamente ao que nos acontece, antes de termos refletido ou construído um conceito. É experiência imediata, ou seja, é como nos sentimos.

Segundo Viesenteineir (2013) o conceito de vivência tem a sua ocorrência como *Erlebnis* e aparece no vocabulário alemão pela primeira vez a partir da metade do século XIX, ganhando estatuto filosófico só em meados do mesmo século. Substantivado a partir do verbo *erbelen*, *Erlebnis* significa “estar ainda presente na vida quando algo acontece”.

O autor também esclarece os três aspetos principais do uso da palavra *Erlebnis*:

- vivência como o carácter de ligação imediata com a vida;
- o que é vivenciado deve ter uma intensidade de tal modo significativa, cujo resultado confere uma importância que transforma por completo o contexto geral da existência;
- o seu emprego deve ser pensado do ponto de vista estético, pois há a impossibilidade de determinar racionalmente o conteúdo da vivência, ou seja, não é possível exprimir pela linguagem a abundância de sentimento, não existem meios racionais que expliquem tal conteúdo.

Há também o carácter estritamente individual de toda a vivência, pois a vivência é sempre única para cada ser, com significados próprios para cada um. A vivência em si somente pode ser traduzida depois de vivida, só pode ser explicado o sentido que damos a vivência. Além disso, temos que:

O significado originário de *Erlebnis* implica em um estreito vínculo com a noção de *pathos*, ou seja, como uma espécie de “conquista” de um excesso perdulário de vida que não é oriundo da sistematização teórica sobre uma certa forma de vida, mas se origina do solo mesmo da travessia existencial de uma vivência. *Pathos* e *erlebnis* não são oposições, mas uma vivência é propriamente *pathos*, o padecimento da travessia através de uma vivência. (Viesenteineir, 2013, p.146)

Vivência então é o tempo presente, diferente de passado e de futuro. Com a vivência vinculamo-nos ao presente, ela é tudo o que existe de facto e para Nietzsche é trágico o facto de, no fundo de tudo existe a vivência, que não é algo objetivo, há somente reflexões da vivência e por existir essa desfasagem, reside aí uma tragédia.

### 3.1. VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO EXTRA-HOSPITALAR – SÍNTESE DOS ESTUDOS

Prestar cuidados em cenários de emergência é amplamente reconhecido como um fator causador de *stress*, ansiedade e até *stress* pós-traumático. A equipa de emergência médica é, muitas vezes, a primeira ajuda diferenciada a chegar a cenários onde existem circunstâncias que podem condicionar a vida das vítimas (Guise, et al., 2017; Nespereira-Campuzano & Vázquez-Campo, 2017).

Vários estudos demonstram que as situações de emergência que surgem no ambiente extra-hospitalar assumem-se como uma problemática de relevo significativo, pois a segurança do doente é um dos elementos basilares da qualidade em saúde, o que pode predispor os enfermeiros da VMER a situações de *stress* (Bohström, Carlström, & Sjöström, 2017). Os enfermeiros que trabalham em emergência, prestam cuidados para além do contexto hospitalar, em localizações que podem ser remotas e com menos recursos disponíveis. Assim, é essencial que este sejam altamente qualificados de forma a manter uma qualidade e segurança ótimas dos cuidados (Jones et al., 2020).

Em 2018 Baier, Roth, Henschke e Felgner publicaram um estudo no qual relacionam a segurança dos cuidados prestados com o *stress* e *burnout* sentido pelos profissionais de saúde que prestam cuidados em extra-hospitalar. Concluíram que o *burnout* destes profissionais pode colocar em risco a segurança dos doentes e o resultado das intervenções realizadas, uma vez que muitas vezes se trata de contextos extremamente sensíveis e qualquer erro ou falha pode condicionar consequências fatais. Neste estudo, 46% dos participantes referiu estar descontente com o seu trabalho e, mais de metade, mostrou vontade de deixar o trabalho no prazo de um ano. Os autores identificaram também a insatisfação com o trabalho, a intenção de deixar o trabalho e o *burnout* como pontos críticos para a segurança, quer dos doentes do extra-hospitalar, quer para os profissionais de saúde.

Bohström, Carlström, & Sjöström (2017) fazem referência a estudos realizados na Suécia e na Noruega que refletem de que forma as experiências causadoras de *stress* afetam os

enfermeiros das ambulâncias: 28% experienciaram sentimentos ocasionais de que a vida não fazia sentido, 10,4% apresentavam ideação suicida e 3,1% já teria tentado o suicídio.

No estudo realizado por Bohström, Carlström, & Sjöström (2017), os autores concluíram que os enfermeiros que trabalham em ambulâncias reportaram sentimentos de stress sempre que algum alerta específico era emitido, sendo que este aumentava em situações em que havia informações pouco claras ou insuficientes, relativamente à situação ou à localização, assim como, em situações de emergência que envolvessem crianças ou partos. Outro fator gerador de ansiedade, reportado pelos enfermeiros, foi o envolvimento de pessoas conhecidas ou familiares nas situações de emergência às quais davam resposta. Por outro lado, as conclusões deste estudo permitiram identificar fatores que podem potencialmente reduzir o *stress* dos enfermeiros que trabalham no extra-hospitalar como, por exemplo, o valor de partilhar experiências com os colegas de forma formal e informal, o *feedback* dos colegas, a passagem de informação entre as equipas, a existência de protocolos de segurança e de atuação e as vantagens de trabalhar em equipa.

Ali, Thomson, Graham, Rickard e Stang (2017) também verificaram que o ambiente acelerado e imprevisível da emergência médica contribui para o aumento da tensão emocional, podendo resultar em erros na segurança do doente. O cenário da emergência extra-hospitalar torna-se ainda mais desafiante quando se lida com pessoas gravemente doentes, particularmente com crianças. Os mesmos autores também referem que os enfermeiros que exercem as suas funções na emergência médica enfrentam cenários clínicos de alto *stress* e risco, como a reanimação cardiorrespiratória, a condução até ao local, o tempo de viagem, o *stress* e, às vezes, a angústia resultam em pressão emocional.

No estudo de (Cristina et al., 2008), concluiu-se que a prestação de cuidados a doentes em paragem cardiorrespiratória (PCR) no momento extra-hospitalar gera nos profissionais de saúde *stress*, ansiedade e insegurança, evidenciando a questão do sofrimento psíquico como um processo profissional negativo e frustrante. Neste estudo, os autores referem que neste contexto, o tecnicismo assume um papel relevante na prestação de cuidados e a imperiosidade do imediatismo das atividades desempenhadas determina a qualificação profissional necessária.

No referido estudo qualitativo foram analisadas entrevistas de 27 profissionais de saúde do extra-hospitalar (médicos, enfermeiros e técnicos de emergência médica) que evidenciaram vários sentimentos e emoções vivenciados em situações de PCR como a angústia, o medo do desconhecido, o envolvimento emocional, presença de populares ou familiares no local, e relacionados com o trabalho em equipa deficitário. Como fatores indutores de *stress* foi identificado o risco eminente de morte da pessoa, a morte, a temperatura ambiente e o

esforço físico. Em relação às reações dos profissionais ao *stress* induzido pela participação em cenários de PCR foram identificadas alterações físicas e/ ou psicológicas, como fadiga, cefaleias, insónia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias; entre os sintomas psicológicos e emocionais, foram identificados a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (Cristina et al., 2008).

Mais recentemente, Fernández-Aedo et al.( 2017) realizaram um estudo qualitativo com o intuito de conhecer as emoções dos profissionais do extra-hospitalar em situações de PCR. Perceberam que estas se caracterizam por uma combinação de tristeza, quando não se consegue salvar a vida da pessoa, e de bem-estar ao ter a certeza de que foi realizado todo o esforço possível naquela situação. Podem surgir emoções negativas, como sensação de incerteza ou dúvida quanto ao seu desempenho e *stress*, embora reiterem que estas não influenciam o seu desempenho ou prontidão na prestação de cuidados. No entanto, os participantes deste estudo, referem que o facto de estarem cientes de que as manobras de ressuscitação cardiopulmonar foram realizadas com todo o rigor técnico é algo que reconforta a equipa quando o resultado não é o desejado.

No referido estudo, as respostas emocionais imediatas sob a forma de tristeza ou trauma emocional e envolvimento pessoal que surgiram após uma tentativa falhada de reanimação são principalmente determinadas pela relação pessoal com a pessoa (pessoas conhecidas ou doentes assistidos regularmente) ou pelo grau de empatia com a situação (eventos que lembram a experiência pessoal) e não necessariamente pela morte propriamente dita.

Os participantes do estudo de Fernández-Aedo et al. (2017) identificam que a assistência a vítimas de PCR em crianças e jovens determina algumas particularidades quer na forma imediata de agir como no impacto subsequente no seu humor/emoções quando os esforços para reanimar não têm sucesso. Isto deve-se ao facto de os participantes relatarem uma maior empatia com as vítimas mais jovens, o que leva a que as emoções e sensações após a cessação da reanimação sejam relatadas como mais intensas do que as que experienciam quando a vítima é adulta.

Outro fator que também condiciona emoções negativas nos enfermeiros do extra-hospitalar é a comunicação de más notícias e ter de apoiar psicologicamente a família das vítimas. Este foi considerado um dos momentos mais críticos e incómodos, sendo também percecionado como uma competência com falta de formação pelos enfermeiros (Fernández-Aedo et al., 2017).

Alguma literatura aponta para o facto de os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência têm maior probabilidade de desenvolver sintomas de *stress* traumático secundário (Barleycorn, 2019). O *stress* traumático secundário refere-se à experiência de sintomas similares aos de *stress* pós-traumático após a exposição indireta a eventos traumáticos, sendo no caso concreto o trabalho com doentes críticos em contexto de emergência extra-hospitalar. A autora refere que os enfermeiros de urgência/emergência têm um risco acrescido de desenvolverem *stress* traumático secundário e ainda existe pouca investigação sobre esta temática no que diz respeito a fatores preditores e consequências.

O *stress* traumático secundário é um sentimento de desespero que pode implicar amplos efeitos psicológicos ou fisiológicos nos profissionais de saúde como ansiedade, distúrbios de sono, náuseas, depressão, declínio na satisfação com o trabalho, absentismo, fadiga por compaixão e *burnout* (Barleycorn, 2019; Schmidt & Haglund, 2017)

Os aspetos positivos experienciados no local de trabalho, como o significado e a satisfação que os enfermeiros obtêm por prestar cuidados a pessoas quando estas necessitam dos seus cuidados, podem ser amplamente designados por satisfação por compaixão. Em contrapartida, a fadiga por compaixão é uma síndrome de extenuação biopsicossocial que resulta do cuidado e apoio prestado a pessoas em sofrimento (Schmidt & Haglund, 2017).

Os enfermeiros podem desenvolver sintomas de fadiga por compaixão como resultado do efeito cumulativo de *stressores* externos relacionados, por exemplo, com o facto de cuidarem de pessoas em estado crítico e de terem um autocuidado emocional inadequado (Schmidt & Haglund, 2017).

Outro sentimento vivenciado pelos enfermeiros do extra-hospitalar referido na literatura é o *stress* pós-traumático. Este distúrbio de ansiedade sério e duradouro pode desenvolver-se após a exposição a um evento emocionalmente *stressante* ou indutor de medo (*National Institute of Mental Health*, 2016, citado por Schwab et al., 2016). (Schwab et al., 2016) referem que até 33% dos enfermeiros do serviço de urgência têm diagnóstico ou têm alguns critérios para diagnóstico de *stress* pós-traumático, sendo este valor superior a outros contextos da prática de enfermagem (Schwab et al., 2016).

Além dos distúrbios de ansiedade, os enfermeiros que exercem funções em contexto de emergência extra-hospitalar podem também experienciar medo excessivo da morte, ou tanatofobia. Neste contexto de prestação de cuidados, os profissionais de saúde são frequentemente confrontados com morte e, dessa forma, também com a sua própria mortalidade, tornando-os suscetíveis a vivenciarem ansiedade de morrer (Brady, 2015).

Alguns autores propõem que a tanatofobia pode também ser preditor de *stress* pós-traumático, pois quem experiencia e assiste a eventos traumáticos repetidamente desenvolve medos e ansiedade relacionados com a morte, que posteriormente se tornam sintomas de *stress* pós-traumático (Brady, 2015).

Finalmente, importa referir que a vivência de emoções negativas pelos enfermeiros de emergência não carece de uma exposição prolongada a fatores indutores de trauma psicológico ou *stress*. De facto, os resultados do estudo de Wilson et al. (2019), revelam que a exposição dos enfermeiros a eventos traumatizantes num único turno, em contexto de emergência, está associada ao aumento do *stress* emocional. Neste estudo percebeu-se que os enfermeiros de emergência têm maior risco de uma resposta emocional negativa, não só porque prestam cuidados a doentes críticos, mas também quando sofrem o impacto de dinâmicas interpessoais negativas (dificuldades no trabalho em equipa) e quando trabalham com populações vulneráveis, por exemplo, crianças e idosos. Cristina et al. (2008) também deixam clara a ideia de que mesmo vivenciando muito tempo, diversas situações de emergência, em particular, nos momentos de atendimento em PCR, a maioria dos profissionais demonstra reações físicas e/ou psicológicas, como ansiedade, taquicardia, sudorese, tremores, náuseas, diarreia,

Paralelamente à discussão das vivências negativas pelos enfermeiros que prestam cuidados em contexto extra-hospitalar, deve ser abordada a forma como estas são abordadas e exploradas. Devido à imprevisibilidade e ritmo acelerado deste contexto de cuidados, os enfermeiros frequentemente dispõem de pouco tempo para recuperar de eventos traumáticos/causadores de *stress* (Barleycorn, 2019). Existem formas de os enfermeiros de emergência poderem aliviar parte do *stress* relacionado com o trabalho e, assim, tornarem-se mais resilientes (Schmidt & Haglund, 2017)

Para lidar com emoções negativas decorrentes do facto de presenciar mortes ou de outras situações traumáticas que são testemunhadas, os participantes do estudo de Fernández-Aedo et al. (2017) identificam diferentes estratégias não sistematizadas que surgem espontaneamente, e geralmente realizam sozinhos, como ir dar um passeio ou meditar. A maioria refere a confiar nos colegas de trabalho para partilhar impressões e mitigar emoções negativas, quer dentro do horário de trabalho, quer durante os períodos de lazer.

De facto, os resultados obtidos num estudo que procurou analisar a relação entre a inteligência emocional e mecanismo para lidar com o *stress* em profissionais de saúde de um serviço de urgência revelam que no que diz respeito ao campo de clareza emocional estes profissionais mostram, em geral, que eles próprios são capazes de compreender os seus estados emocionais e transformar emoções negativas em positivas, revelando uma

reparação emocional normal. A reparação emocional é o fator mais relacionado com a satisfação, pois se o profissional conseguir adequadamente fazer esta transformação de emoções de forma positiva, irá consequentemente melhorar a sua satisfação laboral (Nespereira-Campuzano & Vázquez-Campo, 2017).

Também é referido por Nespereira-Campuzano & Vázquez-Campo (2017) que os profissionais mais jovens são mais suscetíveis a fatores indutores de *stress* devido à falta de segurança e menor adaptabilidade ao ambiente de trabalho, evidenciando, assim, há uma relação entre a idade e o *stress* do trabalho.

Além da capacidade intrínseca dos enfermeiros em transformar as emoções negativas em positivas e as estratégias que encontram de forma autónoma para enfrentar as vivências negativas condicionadas pelo trabalho no extra-hospitalar, devem ser definidas estratégias a nível organizacional para o efeito. Por exemplo, realizar *debriefing* estruturado após eventos traumáticos. Este método não comporta custos económicos e proporciona um ambiente acolhedor para a partilha de emoções e vivências, assim como discussão de resultados não antecipados, identificar oportunidades de melhoria e validar os sentimentos dos participantes pelo grupo. Quando se realiza um *debriefing* há espaço para reflexão pessoal, criação de oportunidades de desenvolvimento pessoal e de atividades para promover a resiliência e métodos de *coping* proativo (Schmidt & Haglund, 2017).

Os sentimentos vivenciados positivamente pelos enfermeiros dizem respeito principalmente “à gratificação sentida pelo seu desempenho e à satisfação, realização e crescimento pessoal e profissional que este contexto de trabalho tem proporcionado” (Oliveira e Martins, 2013, p.120). Apesar de os enfermeiros terem referenciado vivências positivas, que se assumem como gratificantes e enriquecedoras, está igualmente associado a este contexto de trabalho vivências negativas, resultantes “da imprevisibilidade das situações e do desgaste físico e emocional provocado pelo trabalho de assistência em emergência a pessoas em situação crítica” (p. 120). Assim, emergiram o “desgaste físico”, “o insucesso das intervenções” e a “instabilidade laboral”. A estas experiências negativas, ainda em conformidade com os enfermeiros entrevistados, associam-se os sentimentos de “medo, receio, ansiedade, sensação de impotência, frustração e, até mesmo, insegurança” (p. 120). Estes sentimentos resultam da possibilidade de poderem errar ou de não conseguirem responder mais rápida e adequadamente às exigências das situações de emergência com que se deparam. O receio e a ansiedade associam-se a uma elevada carga emocional inerente à prestação de cuidados em emergência extra-hospitalar, todavia, estes sentimentos acabam por ser atenuados pela experiência.

Romanzini e Bock (2010), no seu estudo sobre concepções e sentimentos dos enfermeiros que exercem no atendimento extra-hospitalar acerca da sua prática e formação profissional, documentam que os enfermeiros sentem segurança na sua atuação, motivados para atuar, vivenciando múltiplos sentimentos, tais como: “compaixão, gratidão, raiva, pena, tristeza, ansiedade”, considerando gratificante e motivador o reconhecimento e a possibilidade de poderem ajudar a vítima. Todavia, ainda de acordo com o mesmo estudo, os enfermeiros vivenciam experiências negativas, sobretudo relacionadas como desespero dos familiares da vítima, “as ocorrências onde houve falhas na comunicação” e também quando a equipa da VMER “chega ao local da ocorrência e já é tarde demais”, ou seja, quando a vítima já é cadáver. Constataram que a presença do enfermeiro da VMER no atendimento à pessoa em situação crítica oferece maior segurança na tomada de decisões e tranquilidade à equipa, revelando que os enfermeiros mostram iniciativa e satisfação em prestar cuidados, sem medir esforços, agindo sempre em benefício da vítima.

Em suma, o trabalho dos enfermeiros no contexto extra-hospitalar é desafiante, comportando diversas dificuldades e riscos físicos e psicológicos, ritmo de trabalho acelerado, assim como competências e conhecimentos diferenciados de enfermagem. Na prática de enfermagem extra-hospitalar podem surgir algumas emoções negativas nestes profissionais. Por outro lado, o trabalho na emergência extra-hospitalar pode também trazer emoções e vivências positivas aos enfermeiros, decorrentes da satisfação pessoal e do gosto pelo tipo de atividade profissional que desempenham.

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## 4. METODOLOGIA

Após delimitação do domínio da investigação segue-se o enquadramento metodológico.

A investigação em ciências de Enfermagem compreende o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, resultando assim, na descoberta e no desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Neste capítulo apresenta-se o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, o método de recolha e análise dos dados obtidos e as considerações éticas

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

A presente investigação é de natureza qualitativa, uma vez que pretendemos estudar as perceções e as experiências dos participantes, por forma a compreender como os enfermeiros vivenciam as situações de emergência na ativação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

É um estudo exploratório, descritivo, do qual pretendemos apreender as essências do fenómeno em análise a partir do ponto de vista dos enfermeiros da VMER, ou seja, das suas experiências permitindo conhecer o universo mais profundo da vivência humana. Carpenter (2002; p. 49) explica que “a prática profissional de enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas”.

A escolha deste método deve-se ao facto “deste tipo de metodologia gerar informações ricas e detalhadas que mantêm intactas as perspetivas dos participantes e só a metodologia qualitativa permite ao entrevistador entrar no mundo da outra pessoa” (Rodrigues, 2015; p. 47). A natureza exploratória e descritiva do estudo relaciona-se com o facto de este procurar analisar uma temática onde pouco é conhecido e descrever o fenómeno em estudo (Kumar, 2011), no caso concreto, analisar e descrever as vivências dos enfermeiros nas situações de emergências extra-hospitalar.

## 4.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A definição do problema baseia-se na observação (do concreto ou da teoria), devendo apresentar-se o mais claro possível. A problemática de investigação deve ser definida em função das necessidades, interesses, valores e/ou constrangimentos que se manifestam na experiência do investigador (Coutinho, 2014).

A evidência científica que existe atualmente não é suficiente para compreender de que forma o enfermeiro experiencia a sua forma de atuação quando presta apoio a uma vítima numa situação de emergência médica, ou seja, como este descreve e classifica as suas vivências. Face ao exposto, delimitou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as vivências dos enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação em situações de emergência?

## 4.3. OBJETIVOS DO ESTUDO

A formulação dos objetivos de uma investigação, segundo Coutinho (2014), assume-se de extrema importância, na medida em que os mesmos se constituem como um enunciado declarativo que precisa nas variáveis - chave, a população alvo e a orientação da investigação, indicando conseqüentemente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Através dos objetivos o investigador explora, identifica, descreve e explica o fenómeno.

Este estudo tem como objetivo geral conhecer as vivências dos enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação em situações de emergência. Deste objetivo geral, definiu-se o seguinte objetivo específico:

- Identificar as vivências que o enfermeiro experiencia no momento de ativação da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, durante o percurso até à vítima, na chegada ao local, na assistência à vítima e no regresso à base.

## 4.4. PARTICIPANTES, PROCESSO DE SELEÇÃO E CONTEXTO

Na investigação qualitativa, os investigadores utilizam a designação de participante para se referirem aos indivíduos que informam na pesquisa. De facto "os indivíduos que colaboram no estudo têm um papel ativo em vez de passivo, portanto são referidos como informantes ou participantes no estudo" (Polit, Beck & Hungler, 2001, p.31).

Os participantes foram selecionados tendo em conta a VMER onde exercem funções, com um tempo de experiência igual ou superior a 3 anos e tendo por base a sua participação voluntária e consentida no estudo. Tal como aconselham Streubert & Carpenter (2013), os participantes são selecionados de acordo com a sua experiência em primeira mão do fenómeno de interesse.

Utilizou-se o método de seleção dos participantes por amostragem intencional. O que se pretende é uma maior compreensão do fenómeno em estudo, ou seja, as vivências do enfermeiro da VMER em situações de emergência, pelo que não há necessidade de técnicas de amostragem aleatória, pois o objetivo do estudo não é de generalizar os resultados. “Os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 29).

No entanto, Streubert e Carpenter (2013) alertam que a colheita de dados continua até o investigador concluir que a saturação foi alcançada. Quer isto dizer que a colheita de dados só termina quando não parecem surgir novos temas ou representações dos participantes e os dados se repetem. Assim, a investigação teve início com a equipa de enfermeiros que tripula a VMER do hospital onde foi realizada a colheita de dados, sendo esta equipa composta por 14 enfermeiros. Dado que o investigador faz, atualmente, parte dessa equipa foi excluído, perfazendo um total de 13 enfermeiros participantes.

Desta forma, os participantes deste estudo são enfermeiros da VMER de um hospital distrital da região centro de Portugal continental, tendo sido colhida informação até se considerar ter sido atingida a saturação.

O período da colheita de dados decorreu entre janeiro e abril de 2020.

Todas as entrevistas foram efetuadas no hospital, fora do horário de trabalho dos participantes, em horário e local previamente combinado.

#### 4.5. INSTRUMENTO PARA RECOLHA DE DADOS

Tendo em conta a natureza do presente trabalho, considerou-se a entrevista semiestruturada o método de colheita de dados que melhor se adequa.

A entrevista caracteriza-se pelo contacto direto entre o investigador e seus interlocutores, possibilitando uma troca, durante a qual os entrevistados exprimem as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, visando a recolha de dados relativos à questão de investigação formulada. O investigador facilita essa expressão, através das suas perguntas abertas e reações, evitando o

afastamento dos objetivos da investigação, permitindo também ao entrevistado aceder a um grau máximo de autenticidade e de profundidade, pretendido na investigação (Fortin, 2009).

O tipo de entrevista utilizada será semiestruturada (Apêndice I), uma vez que não será inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas. As perguntas não obedeceram a uma ordem específica, o entrevistador deixou a conversa fluir, mantendo sempre o foco nos objetivos predefinidos e colocando as questões às quais os entrevistados poderiam não chegar por si próprios, no momento mais apropriado e de forma tão natural quanto possível (Quivy & Campenhoudt, 2013).

O guião da entrevista foi construído pelo investigador e revisto por um perito (professor orientador) quanto ao método e conteúdo, de maneira a assegurar a inclusão dos assuntos especificados na questão de investigação e respetivos objetivos. Estruturalmente, a entrevista foi dividida em duas fases. Numa primeira fase, foi feita a caracterização sociodemográfica do participante e, posteriormente, este foi inquirido acerca das suas vivências na VMER em situações de emergência. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 60 minutos.

A caracterização sociodemográfica e profissional do participante teve como objetivo recolher dados relativos à idade e género do participante, habilitações profissionais, tempo de serviço como enfermeiro, tempo de exercício profissional na VMER e número de horas que trabalha por mês na VMER.

No segundo momento da entrevista, o participante foi questionado sobre as suas vivências/sentimentos em situações de emergência, mais especificamente, quando está de serviço, quando a equipa é ativada, no percurso até à vítima, na chegada ao local, na assistência à vítima e no regresso ao hospital.

#### 4.6. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Toda a investigação tem de ser assente em princípios éticos, devendo abarcar todas as etapas do processo de investigação: desde a pertinência e conceção do problema, à escolha da metodologia e instrumentos de colheita de dados mais adequados, à validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento e publicação dos resultados obtidos (Nunes, 2013).

Face à necessidade de satisfazer os requisitos éticos e legais foram realizados vários procedimentos. Assim, foi enviado o pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do hospital em questão, juntamente com o protocolo

do estudo e onde constava o propósito do estudo, os objetivos e o guião da entrevista utilizado (Apêndice II). Foi também realizado um pedido de parecer à Coordenação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital onde se realizou o estudo. Os pedidos efetuados, assim como as respetivas respostas encontram-se no Apêndice III.

Foi verificada a disponibilidade dos participantes e foi agendada a entrevista num local reservado, de forma a que o participante se sentisse à vontade e sem constrangimentos.

Aquando da colheita de dados com recurso a gravação áudio foi obtido o consentimento informado dos participantes, com a garantia de anonimato e confidencialidade dos mesmos (Apêndice IV).

Todas as entrevistas, ao serem transcritas, foram codificadas por forma a manter o anonimato e não quebrar a confidencialidade da informação obtida.

#### 4.7. TRATAMENTO DOS DADOS

A análise de dados, na investigação qualitativa, começa quando a colheita de dados se inicia. Assim, considerando a finalidade do estudo e a problemática enunciada foi utilizada a análise de conteúdo no tratamento dos dados. Para descrever as práticas partilhadas e significados comuns, o processo de análise dos dados obtidos através das entrevistas foi proposto por Diekelmann, Allen e Tanner em 1989 e compreende sete fases (Polit, Beck, & Hungler, 2004):

1. Leitura integral de todas as entrevistas para uma compreensão geral;
2. Preparação de resumos interpretativos de cada entrevista;
3. Análise dos excertos transcritos das entrevistas;
4. Identificação e resolução de discordâncias na interpretação, voltando aos textos originais;
5. Identificação de significados comuns, comparando e contrapondo as vivências mencionadas na entrevista;
6. Procura de relação entre os temas encontrados;
7. Apresentação dos temas encontrados, juntamente com as transcrições das entrevistas e incorporação de respostas às questões iniciais.

De forma a sistematizar e orientar a presente investigação optou-se por seguir o modelo acima descrito, sendo o objetivo deste processo retratar as práticas e significados comuns. Assim, considerando os objetivos do estudo e a problemática enunciada será utilizada a análise de conteúdo no tratamento dos dados. A análise de conteúdo é um conjunto de

técnicas de análise de comunicações, que se baseiam em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2015).

No decorrer do tratamento das entrevistas foi atribuído um código alfanumérico a cada participante, constituído pela letra “E” e por um número representativo da ordem cronológica com que foi realizada a entrevista, por exemplo: E1.

Realizaram-se várias leituras cuidadosas de cada entrevista para que fosse possível eliminar informação irrelevante para o estudo e para que se compreendesse melhor o material analisado, com a finalidade de se poder fazer a sua análise descritiva. As entrevistas foram transcritas para um documento do Microsoft *Word*<sup>®</sup>, com registo textual de tudo o que os entrevistados relataram e exprimiram. De modo a facilitar a análise e a interpretação dos dados transcritos, recorreu-se a alguns símbolos, nomeadamente reticências dentro de parênteses quando se retira um excerto da transcrição original por se considerar que poderia não ter relevância para o estudo em questão.

### **PARTE III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



## **5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo serão apresentados os resultados obtidos na colheita de dados. Em primeiro lugar, será apresentada uma caracterização dos participantes, seguindo-se os resultados obtidos pela análise da transcrição das entrevistas, tendo sempre por base a questão de investigação e objetivos do estudo.

Deste modo, surge a necessidade de fazer a análise e discussão dos resultados de forma integrada e simultânea, extraindo as categorias encontradas pela análise perspectiva dos participantes e contrapondo-a com o quadro teórico em que se insere.

### **5.1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES**

De forma a obter uma caracterização da amostra em estudo, foram analisados os dados sociodemográficos solicitados no início de cada entrevista. A cada participante foi pedido que referisse o seu género, idade, habilitações profissionais, tempo de serviço como enfermeiro, tempo de exercício profissional na VMER como enfermeiro e o número de horas que trabalha mensalmente na VMER. Estes dados foram organizados e analisados, sendo apresentados com recurso a estatística descritiva.

Assim, do total dos 13 participantes, 7 são do género masculino e 6 do género feminino. Relativamente à idade, esta variou entre um mínimo de 36 anos e um máximo de 58 anos, correspondendo-lhe uma média de 43,23 anos de idade. No que diz respeito às habilitações profissionais, 7 participantes são detentores do Curso de Licenciatura em Enfermagem, 4 são enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Tabela 1).

**Tabela 1** - Estatística descritiva referente ao género, idade e habilitações profissionais dos participantes

<b>género</b>	<b>feminino</b>	<b>masculino</b>	<b>Total</b>
	7	6	13
<b>Idade</b>	Mínimo	Máximo	Média
	36	58	46,23
<b>Habilitações profissionais</b>	Curso de licenciatura	Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica	Especialidade Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
	7	4	2

Em relação ao tempo de serviço como enfermeiro, a média dos participantes do presente estudo é de 20,15 anos, sendo o tempo mínimo de atividade profissional como enfermeiro de 14 anos e o máximo de 33 anos.

O tempo de exercício profissional na VMER como enfermeiro variou entre um mínimo de 4 anos e um máximo de 22 anos, com uma média de 10,85 anos.

Relativamente ao número de horas mensais que cada participante trabalha na VMER em estudo, este variou entre um mínimo de 32 horas e um máximo de 64 horas, sendo em média 50,62 horas (Tabela 2).

**Tabela 2** - Estatística descritiva relativa à atividade profissional dos participantes

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>
<b>Anos como enfermeiro</b>	14	33	20,15
<b>Anos VMER</b>	2	22	10,85
<b>Horas mensais na VMER</b>	32	64	50,62

Pelo exposto, percebe-se que a equipa analisada é uma equipa experiente, com vários anos de prática profissional e de emergência extra-hospitalar. Além disso, esta equipa apresenta como habilitações profissionais em quase metade dos seus elementos um curso de especialidade no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica ou de saúde infantil e

pediatria. Estes factos não devem ser descurados, pois indicam que estamos perante uma equipa com muitas valências.

De facto, de acordo com Benner (2001), o grupo de enfermeiros em análise pode ser considerado um grupo de peritos. A autora conceptualizou as competências do enfermeiro em cinco níveis que distinguem entre si pelo desempenho e pela apreciação das situações. Assim, o enfermeiro inicia-se como principiante, seguindo para principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Um enfermeiro perito consegue uma compreensão intuitiva de cada situação e baseia a sua atuação na sua experiência, tornando o seu desempenho fluido e eficaz. Assim, os cuidados de enfermagem que presta são de elevada qualidade e consegue antecipar situações/focos de instabilidade. Segundo a autora, no domínio clínico, um enfermeiro com uma experiência entre 3 e 5 anos poderá ser considerado perito, sendo a experiência algo bastante enfatizado por Benner (2001).

Ainda relativamente ao perfil de um enfermeiro perito, pode considerar-se que no seu processo de aquisição de conhecimentos ao longo dos anos, o enfermeiro perito consegue articular diferentes tipos de conhecimento. Estar perante uma equipa de enfermeiros peritos torna a sua contribuição no presente estudo uma mais-valia, pois as suas respostas são enquadradas na experiência, revelando a sua perspetiva de conhecimento empírico, ético, estético, pessoal, reflexivo e sociopolítico.

## 5.2. CATEGORIAS ENCONTRADAS

Tal como foi referido anteriormente, a análise dos dados recolhidos pelas entrevistas seguiu as orientações de Diekelmann, Allen e Tanner em 1989, percorrendo sete fases. Este processo de análise de dados é assente numa abordagem interpretativa dos dados e pretende uma descrição de práticas partilhadas e significados comuns (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Não foi utilizado nenhum *software* informático de apoio para a codificação dos dados.

Assim, as categorias para a análise, foram definidas como os momentos de atuação do enfermeiro no extra-hospitalar de forma a facilitar a análise posterior. Para a identificação das subcategorias, foi realizada uma análise interpretativa das entrevistas. Assim, em cada um dos momentos sobre a atuação do enfermeiro em situações de emergência extra-hospitalar emergiram diversas subcategorias, sendo que essas as propriedades que

definem cada um desses momentos. Este processo reduziu os dados a um quadro de categorias e subcategorias que caracteriza a experiência em estudo.

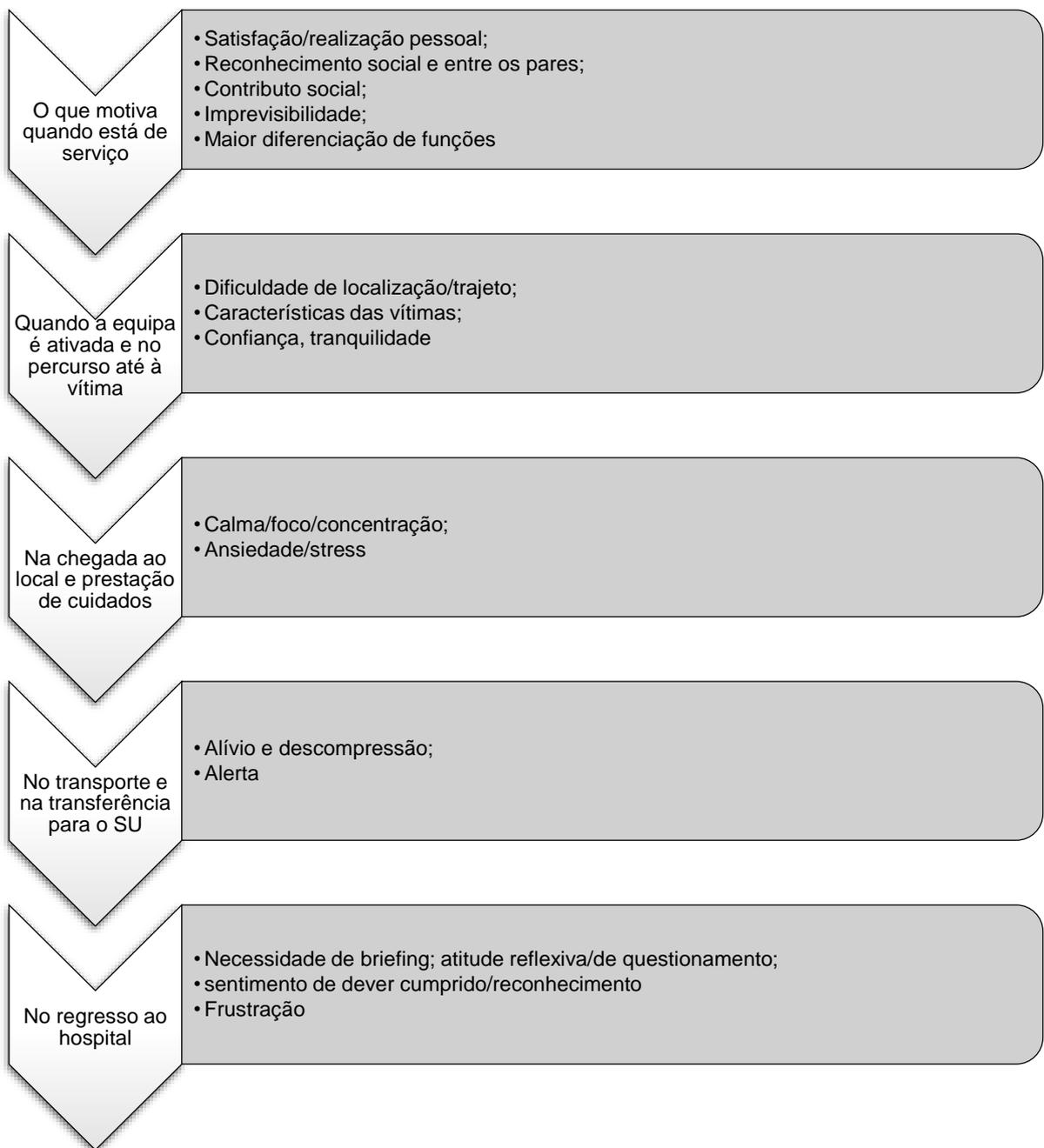
Relativamente ao que motiva os enfermeiros quando estão de serviço, pode destacar-se a satisfação e/ou realização pessoal, o reconhecimento social e/ou entre os pares, o contributo social que prestam, a imprevisibilidade dos contextos em que prestam cuidados e maior diferenciação das suas funções.

As principais subcategorias que emergiram nas questões relativas a como os enfermeiros se sentem quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima, variam entre *stress* e ansiedade relativamente a eventuais dificuldades e localização e /ou trajeto, assim como, pelas características das vítimas, confiança e tranquilidade.

Já no momento de chegada ao local e prestação de cuidados às vítimas, os enfermeiros foram unânimes em referir que sentem calma, foco e concentração na sua atividade, ainda que possam também sentir ansiedade e *stress*.

No transporte das vítimas e na sua transferência para o serviço de urgência (SU), os enfermeiros referiram manter-se alerta e também sentimentos de alívio e descompressão. Por outro lado, no regresso à base da VMER, os enfermeiros entrevistados referiram sentir necessidade de realizar um *debriefing* no final assim como referiram ter uma sensação de dever cumprido ou de frustração.

Na figura que se segue (Figura 2) estão representados numa estrutura esquemática as categorias principais, de acordo com as fases do socorro extra-hospitalar que foram abordadas na entrevista, assim como as subcategorias em que se decompõem.



**Figura 2** - Categorias principais resultantes da análise das entrevistas

### 5.2.1. Motivação dos enfermeiros quando estão de serviço

Através da análise realizada às entrevistas, procurou-se perceber o que motiva os enfermeiros da VMER em estudo quando estão de serviço. Assim, a satisfação e realização profissional, o reconhecimento social e entre os pares, o contributo social que prestam, a

imprevisibilidade das atividades que desempenham, assim como a maior diferenciação de funções que têm no âmbito do extra-hospitalar foram as subcategorias que emergiram da análise desta categoria principal.

Na figura 3 estão representados os constituintes essenciais desta categoria.



**Figura 3** - Representação esquemática dos constituintes da categoria "o que motiva quando está de serviço"

- **Satisfação/ realização pessoal e reconhecimento social e entre os pares**, tal como referido nas entrevistas E1 e E2, assim como o desafio inerente à tomada de decisão.

Benner (2001) refere que a valorização e o reconhecimento dos cuidados de Enfermagem só é possível quando estes são demonstrados publicamente. De facto, no contexto de prestação de cuidados a que este trabalho se refere, permite que o trabalho do enfermeiro seja testemunhado por diversas pessoas nas mais diversas circunstâncias. Além disso, o facto de o enfermeiro fazer parte de uma equipa que tem como missão a estabilização e transporte das vítimas, para um local onde possam obter cuidados mais diferenciados, deixa implícito um compromisso de complementaridade dos cuidados pré e intra-hospitalares e, assim, o reconhecimento entre os pares.

- **Contributo social**

Esta subcategoria é várias vezes abordada ao longo das entrevistas, em diversos momentos. No entanto, é concretizada com a frase: “*Contributo para a população de cuidados de qualidade*” (E4).

Noutros categorias das entrevistas abordados posteriormente, esta subcategoria é complementada com o sentimento de dever cumprido, revelando a satisfação, realização e crescimento pessoal e profissional que estes profissionais referem de forma global nas entrevistas.

- **Imprevisibilidade**

Esta subcategoria foi várias vezes mencionada nas entrevistas realizadas, como um fator altamente motivador para os enfermeiros, tal como se pode verificar nas seguintes citações:

“*E tal como nas urgências, no extra-hospitalar também vivencio (...) imprevisibilidades, situações essas que me fascinam.*” (E5)

“*(...) imprevisibilidade das ocorrências, aliada a um bom desfecho do caso, sentindo que contribuí para salvar uma vida*” (E6)

“*Imprevisibilidade e a complexidade das situações e saber mobilizar saberes em contextos específicos*” (E7)

“*Imprevisibilidade e na alternância de casos*” (E8)

Sendo algo que motiva os enfermeiros entrevistados quando estão de serviço na VMER, depreende-se que este é um aspeto positivo para eles. Por outro lado, as referências que se encontram na literatura, relativamente à imprevisibilidade dos cenários de prestação de cuidados de enfermagem em contexto extra-hospitalar, denotam uma conotação mais negativa de imprevisibilidade. Por exemplo Mendes, Ferreira, & De Martino (2011) referem que o atendimento extra-hospitalar não pode ser previsto, sendo que quanto maior for a incerteza do evento, maior probabilidade haverá de gerar *stress* e ansiedade nos profissionais.

Aliada à imprevisibilidade, as competências necessárias para salvar uma vida aliadas à necessidade de tomada de decisão rápida e eficaz poderiam também ser indutoras de sentimentos negativos por parte dos profissionais (Mendes, Ferreira, & De Martino, 2011). Tal não se verifica com os enfermeiros entrevistados, pois o desafio de mobilizar diversos conhecimentos e adequá-los a cada contexto particular é visto como um fator motivador.

Também Oliveira e Martins (2013) referem que as experiências marcantes negativas reportadas pelos enfermeiros que estudaram em contexto de socorro extra-hospitalar em ambulância de Suporte Imediato de Vida, são em grande parte decorrentes da imprevisibilidade das situações que vivenciam.

Por sua vez Ali, Thomson, Graham, Rickard e Stang (2017), verificaram que o ambiente acelerado e imprevisível da emergência médica extra-hospitalar contribui para o aumento da tensão emocional, podendo levar a erros e compromisso da segurança da vítima.

- **Maior diferenciação de funções**

No discurso dos participantes emergiu como subcategoria a possibilidade de haver uma maior diferenciação de funções dos enfermeiros que trabalham no extra-hospitalar. É importante ressaltar que os enfermeiros que fazem parte da equipa da VMER em análise também exercem funções noutros serviços do hospital, sendo por isso esta questão relevante para os mesmos. Das entrevistas sobressaíram os seguintes excertos:

*“Posso desempenhar funções que no meu local de trabalho primário não posso desenvolver. São funções muito diferentes das protegidas pelas 4 paredes do hospital”* (E9)

*“Conciliar o intra-hospitalar com o extra-hospitalar o que me dá aptidões gerais em várias vertentes da nossa profissão”* (E11)

A perspetiva dos participantes vai de encontro ao que é referido na literatura. O perfil do enfermeiro com exercício de funções em contexto de emergência extra-hospitalar pressupõe maior diferenciação. Estas funções requerem formação específica e incluem desfibrilhação, entubação endotraqueal, decisão para administração de determinados fármacos, liderança entre outros (Gonçalves, 2017).

De facto, tendo em conta o enquadramento legal das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, “o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”, prestando cuidados altamente qualificados (Regulamento n.º 429/2018).

Por outro lado, tendo em conta o carácter aberto das questões colocadas, alguns enfermeiros entrevistados referiram aspetos que não os motivam quando estão de serviço na VMER. Destaca-se:

*“outros aspetos como logística, organização, escalas é que por vezes me desmotivam”* (E3)

“motivos que podem levar à desmotivação, tais como a qualidade do material nem sempre ser a ideal, o reconhecimento financeiro e o risco inerente a esta atividade (acidentes rodoviários, agressões, entre outros)” (E7)

De forma global, os enfermeiros entrevistados referiam entusiasmo e motivação quando estão de serviço na VMER, sendo que um participante chega a referir que

“Mesmo com o peso enorme da responsabilidade sinto sempre entusiasmo quando estou de serviço.” (E12)

### 5.2.2. Quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima

No que diz respeito ao que os enfermeiros da VMER sentem desde o momento de ativação e durante o percurso até chegar à vítima, destacam-se três constituintes principais: ansiedade relativa a dificuldades na localização ou no trajeto e às características das vítimas, e também confiança e/ou tranquilidade neste período. Estes três tópicos estão representados de forma esquemática na Figura 4.



**Figura 4** - Representação esquemática dos constituintes da categoria "que sentimentos experiencia quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima"

- **Confiança e tranquilidade**

Através da análise das entrevistas percebeu-se que nestes momentos alguns enfermeiros mantêm o seu foco na prestação de cuidados, com tranquilidade e calma necessários, tal como é possível verificar pelos seguintes excertos:

*“Tranquilo e focado na tarefa mais imediata que é chegar à vítima o mais rápido possível e em condições de segurança”* (E3)

*“confiante e com alguma ansiedade de chegar à vítima”* (E5)

*“Habitualmente estou tranquila, feliz, segura e motivada”* (E6)

- **Dificuldade de localização ou no trajeto**

Alguns participantes destacaram a ansiedade resultante de eventuais dificuldades na localização da ocorrência ou no trajeto até à mesma, referindo que *“o maior desafio é sobretudo conseguir chegar o mais rapidamente ao local do incidente e em segurança”* (E1)

Outros participantes referiram:

Desconforto/ansiedade se há *“dificuldade em termos de localização ou trajeto”,* condicionando *“não chegar rapidamente à(s) vítima(s)”* (E1)

*“(…) aumenta o stress a dificuldade em localizar a ocorrência, a gravidade da situação, a idade das vítimas e o número de vítimas”* (E3)

Um participante que referiu sentir mais ansiedade e stress *“quando existe dificuldade na localização da ocorrência ou desconhecimento da situação”,* por existir pouca informação disponível no momento da ativação.

*“Uma das maiores fontes de preocupação é não haver orientação geográfica”,* como é o caso de *“a georreferenciação não ser a mais correta”* (E7)

*“Subida de adrenalina após a ativação que pode aumentar ou diminuir após saber o local (se estamos situados na localização ou não)”* e *“durante o percurso sinto um certo nervosismo tanto pela situação quer pela condução, que requer uma atenção muito intensa”* (E8)

*“No percurso até à vítima alguma preocupação com o tempo de chegada ao local e com as condições de trânsito que exigem elevado nível de concentração”* (E9)

*“(…) preocupação de encontrar o melhor e mais rápido caminho até à ocorrência.”* (E10)

*“(...) preocupação sobre a melhor estratégia em chegar ao local com a segurança necessária” (E11)*

*“Preocupa-me o facto de poder não saber o percurso e localizar-me no sitio” (E13)*

Na literatura consultada também é referido que a condução até ao local da ocorrência e o tempo de viagem constituem-se como cenários de alto risco que os enfermeiros de emergência médica extra-hospitalar enfrentam no exercício das suas funções (Ali, Thomson, Graham, Rickard e Stang, 2017).

- **Características das vítimas**

As características das vítimas é algo que provoca sentimentos de ansiedade e aumento dos níveis de *stress* aos participantes entrevistados. Por exemplo, numa das entrevistas o enfermeiro refere que lhe causa ansiedade *“saber a tipologia da ativação, se é idoso, criança, trauma, PCR, dispneia (...)”* (E13).

Na análise das entrevistas, percebeu-se que as vítimas com idade pediátrica, grávidas ou cenários com multi-vítimas são geradoras de maior ansiedade nos participantes:

*“As vítimas em idade pediátrica são as que me causam mais ansiedade” (E1)*

*“As situações em que existem vítimas em idade pediátrica são as que me causam maior stress pelas particularidades inerentes à pediatria, (...) maior dificuldade na realização de procedimentos, cálculos de doses de fármacos, tipologia e especificidade dos fármacos” (E3)*

*“crianças (...) fico mais ansiosa (...) por tudo aquilo que envolve, quer seja de âmbito técnico, já que os procedimentos têm particularidades únicas, quer social, por exemplo, socialmente aceita-se mais a morte de um idoso que de uma criança” (E6)*

*“(...) grávidas em situação crítica” (E3)*

Um participante que referiu mais *stress* em casos de *“trauma, multi-vítima ou partos”* (E4), assim como na E5 é referido que as situações mais potenciadoras de ansiedade abrangem *“grávidas, em particular vítimas de trauma”* e também *“multi-vítimas com necessidades de cuidados imediatos”*

*“Subida de adrenalina após a ativação que pode aumentar ou diminuir (...) pela situação, o quão grave pode ser, a tipologia da situação, número de vítimas, idade” (E8)*

“Quando estou a ir vou a refletir sobre os procedimentos a adotar. Quando são pequenas crianças ou bebés vou mais ansioso (...)” (E10)

“Quando envolve crianças sinto-me mais ansiosa” (E11)

Estes resultados vão de encontro ao que é referido na literatura. Como referem Guise, et al. (2017), as vítimas em idade pediátrica constituem uma importante causa de *stress* e ansiedade dos profissionais que prestam cuidados no extra-hospitalar. Estes autores no seu estudo descrevem ainda quais as características específicas deste tipo de vítima e de que forma estas contribuem mais ou menos para induzir sentimentos negativos nos profissionais. Referem, por exemplo, o estabelecimento de uma relação empática com a vítima como algo que poderá influenciar o julgamento clínico e forma como vivenciam os eventuais desfechos negativos das situações, o valor e peso social atribuído à morte/situação de trauma em crianças, a falta de experiência com vítimas pediátricas, a resposta da família à situação, a resposta emocional da própria criança e a necessidade de tomada de decisão rápida pela possibilidade de rápida deterioração da situação.

No presente trabalho, numa das entrevistas realizadas um participante referiu um destes fatores como algo que lhe causa ansiedade – o valor social atribuído à morte de uma criança. No entanto, nenhum dos outros participantes especificou quais as características das vítimas pediátricas que lhes causam mais ansiedade.

Outro fator que foi referido numa das entrevistas foi a experiência do médico que acompanha e integra a equipa de serviço: “*sinto-me mais ou menos preocupada se o médico é mais ou menos experiente*” (E7)

### **5.2.3. Na chegada ao local e prestação de cuidados**

O que os enfermeiros da VMER em estudo referem sentir no local de prestação de cuidados varia entre o polo positivo, expressando calma, foco e concentração, e o polo negativo, havendo lugar a emoções como ansiedade e *stress*. Na Figura 5 os constituintes desta categoria encontram-se representados de forma esquemática.



**Figura 5** - Representação esquemática dos constituintes da categoria "sentimentos que experiencia quando chega ao local e na prestação de cuidados"

Além dos sentimentos acima representados, alguns dos participantes referiram:

*“Algum stress em situações de pediatria e trauma major com multi-vítimas. Nas restantes situações sinto-me à vontade e com tranquilidade fruto de muitos anos de experiência”* (E9), reforçando uma das subcategorias já mencionadas anteriormente.

*“Fico mais atento, tentando descobrir a causa e possíveis problemas da vítima de forma a poder otimizar os cuidados prestados”* (E10)

Preocupação em *“(...) maximizar os melhores cuidados para dar resposta rápida à situação”* (E11)

- **Calma**

No polo dos sentimentos positivos experienciados pelos enfermeiros quando chegam ao local e prestam cuidados, de referir o ênfase dado na prestação de cuidados de forma rápida em tempo útil para a(s) vítima(s), salientando-se os excertos:

*“calmo e centrado”*; com foco em *“maximizar a eficiência com o intuito de minimizar o tempo de resposta”* (E4)

*“muita concentração, tentando conciliar a rapidez com a lucidez de pensamento”* (E5)

*“foco de atenção para a/as vítimas e o estabelecer de prioridades para uma atuação rápida e eficiente”* (E8)

*“consigo manter sempre a calma em todas as situações.”* (E12)

- **Ansiedade/stress**

Por outro lado, no polo dos sentimentos negativos verbalizados pelos enfermeiros entrevistados, optou-se por agrupar a ansiedade e o *stress* induzidos por diversos fatores na mesma subcategoria. Desta forma, destaca-se o ambiente e, mais uma vez, as características das vítimas:

*“O extra-hospitalar ocorre em ambiente não controlado. Essa falta de controlo (hostilidades, condições climatéricas, crítica de curiosos/familiares) são indutoras de stress, mais do que a situação em si mesma.”* (E7)

*“Situações com crianças são mais difíceis de gerir interiormente”* (E12)

*“As situações de crianças e de PCR em pessoas jovens é que me causam sempre mais stress.”* (E13)

Ainda no âmbito do estudo realizado por Guise, et al. (2017), os autores alertam que o *stress* e a ansiedade dos prestadores de cuidados no extra-hospitalar estão relacionadas com o aumento de erros e/ou eventos adversos, comprometendo a segurança da vítima. Nesta perspetiva, os autores sugerem a realização de estudos de forma a perceber se a ansiedade e o *stress* sentidos pelos profissionais do extra-hospitalar têm alguma influência na prestação psicomotora dos mesmos neste contexto, especificamente em situação de vítimas pediátricas.

#### **5.2.4. No transporte e transferência para o serviço de urgência**

A fase final da prestação de cuidados de enfermagem no extra-hospitalar compreende o transporte da vítima e a sua transferência para o SU. Dos sentimentos referidos pelos participantes neste momento, destaca-se o alívio/descompressão e a continuação do estado de alerta. Estes constituintes principais da categoria em análise encontram-se representados na figura que se segue.



**Figura 6** - Representação esquemática dos constituintes da categoria "no transporte e na transferência para o Serviço de Urgência"

- **Alívio e decompressão**

No transporte “*alívio e momento de decompressão*”, durante o transporte da vítima e na transferência SU “*sentimentos de dever cumprido, de se ter tentado tudo o que foi possível*” (E1)

Sensação de alívio uma vez que “*a segurança aumenta por ser um lugar mais seguro e dotado de recursos técnicos e humanos para um melhor socorro às vítimas*” (E6)

“*Quando se reverte uma situação crítica, vem até nós um sentimento de satisfação, de ter sabido utilizar os saberes nos diversos contextos*” (E7)

Finalmente, esta subcategoria pode ser concretizada com o seguinte excerto:

“*Durante o transporte o meu nível de stress é ligeiro porque sei que a vítima melhorou ou no pior cenário, está estável. Quando chego ao hospital é que sinto a situação “resolvida” porque a vítima vai ter um apoio mais diferenciado*” (E13)

- **Alerta**

No momento de transporte e transferência para o SU, os enfermeiros referem ligeira ansiedade em situações com pior prognóstico ou grande instabilidade da vítima (E2) e algum *stress* (E3):

“alerta e atento às possíveis necessidades de atuação” (E5)

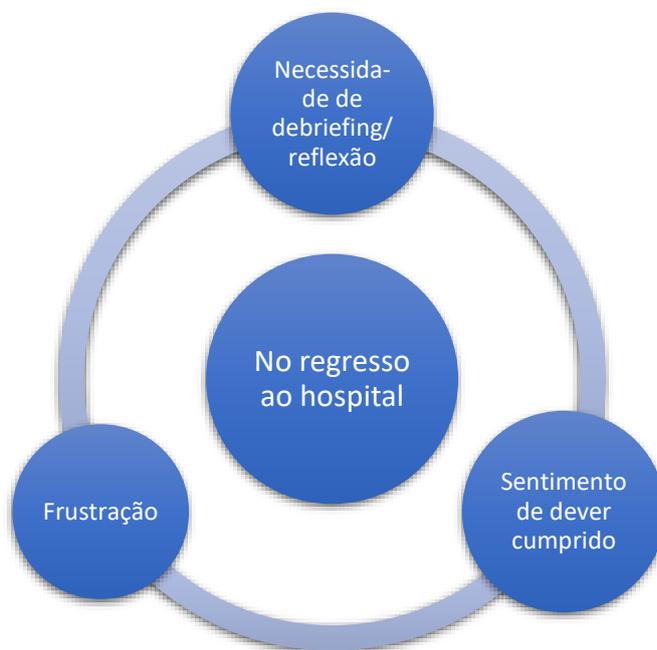
“Preocupação relativamente à evolução do estado da vítima durante o transporte e na transmissão de toda a informação acerca dos procedimentos e terapêutica administrada à equipa de urgência.” (E9)

Além das subcategorias mencionadas, os participantes acrescentam algo que não deverá ser desvalorizado:

“sentimentos de tristeza e até mesmo de se pôr em causa o nosso profissionalismo em algumas situações” (E1)

### 5.2.5. No regresso à base

Na fase final de todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem no extra-hospitalar, os participantes referiram sentir necessidade de realizar um *debriefing* ou uma reflexão no final, sentir que o seu dever foi cumprido ou até mesmo sentimento de frustração com o desfecho, tal como se encontra esquematizado na Figura 7.



**Figura 7** - Representação esquemática dos constituintes da categoria "no regresso à base"

Além dos constituintes referidos nesta categoria, é também pertinente referir os seguintes excertos:

*“sinto uma enorme satisfação, faz-me sentir perita quando nas situações de urgência/emergência a equipa do extra-hospitalar faz a diferença com a sua intervenção”* (E7)

*“sinto que somos importantes e marcamos pela diferença”; uma “sensação de gratificação pessoal” pois “temos de ter muitas aptidões e conhecimentos que o intra-hospitalar não necessita”* (E10)

Estes excertos referem-se a emoções e vivências positivas referidas pelos enfermeiros da VMER e referem-se à satisfação sentida no desempenho das suas funções e ao sentimento de gratificação e crescimento pessoal e profissional percebido neste contexto de trabalho. Os mesmos sentimentos positivos relativamente ao exercício de funções de enfermagem no contexto extra-hospitalar foram encontrados no estudo de Oliveira & Martins, 2013.

- **Necessidade de *debriefing* / reflexão**

A necessidade de realizar uma reflexão no final de todo este processo é algo que foi transversal aos participantes. De forma global, os enfermeiros fazem referência à necessidade de um momento para fazer análise do desempenho individual e de equipa, Identificação de necessidades formativas e partilha entre pares de situações significativas:

*“fazer o balanço o que aconteceu (...), umas vezes em equipa o que torna as coisas mais fáceis, outras vezes individualmente”; “tento fazer uma análise do meu desempenho, aquilo que foram os pontos fortes e os pontos fracos, as oportunidades e as fraquezas do meu desempenho de forma a poder melhorá-lo sempre mais”; “procuro partilhar as minhas dúvidas com outros elementos da equipa (...) de forma a obter momentos de aprendizagem”; “procuro sempre melhorar as minhas práticas e otimizar o meu desempenho”* (E1)

*“(...) reflexão sobre o desempenho”; “Partilha de experiências entre restantes elementos da equipa”* (E4)

*“Reflexão sobre o que correu bem e menos bem e partilha de experiências”* (E5)

*“...quando as situações correm menos bem, reflito sobre isso num briefing.” e também “nesta fase o briefing multidisciplinar assume uma grande importância já que permite corrigir possíveis erros que possam ter ocorrido e valorizar as intervenções de sucesso realizadas pela equipa”* (E7)

“O rever o caso é fundamental para a nossa gestão emocional, muito mais se for realizado com os diversos intervenientes”; “... se num caso fatal tivermos a certeza que fizemos tudo e nada escapou ajuda-me a seguir em frente, não ficando perturbado com possíveis sentimentos de culpa” (E8)

“sinto necessidade de refletir com a restante equipa, o que a maioria das vezes acontece, sobre tudo o que foi feito, oi que correu bem e o que poderia correr ainda melhor. Acho o briefing de extrema relevância já que permite adquirir confiança para situações futuras.” (E9)

“No final da ocorrência reflito se todos os objetivos de grupo foram atingidos, sinto uma satisfação e realização profissional e vejo-me a fazer constantemente uma autoavaliação de tudo o que fiz” (E11)

“Faço sempre uma avaliação do meu trabalho juntamente com o médico para perceber se tudo o que fizemos foi o possível para a situação” (E13)

A literatura consultada vai de encontro aos achados no presente trabalho, relativamente à necessidade de realizar um *debriefing*. Cunha (2018) ressalva a subvalorização do impacto psicológico que as situações vivenciadas pelos profissionais do extra-hospitalar têm e do impacto que eventos particularmente traumáticos, como morte de crianças ou identificação com a vítima, podem ter nestes profissionais. A oportunidade de falar e partilhar experiências em sessões de *debriefing* é especialmente importante pois permite a afirmação do suporte emocional e social, assim como a normalização dos sentimentos e pensamentos do profissional. Em suma, a realização do *debriefing* permitirá ao profissional realizar uma conexão entre os factos, pensamentos e sentimentos, atribuindo significado ao sucedido.

Este momento não deve ser descurado, devendo ser preferencialmente realizado num ambiente controlado, num período não superior às 72 horas após o evento (Cunha, 2018). No estudo realizado por Bohström, Carlström, & Sjöström (2017), os autores perceberam que os participantes reportaram uma frequência baixa de sessões de *debriefing* e que estas aconteceram de forma formal, sendo acompanhadas por superiores hierárquicos ou psicólogos e várias semanas após o acontecimento traumático. No que diz respeito ao *debriefing*, os mesmos autores encontraram como fatores atenuantes do *stress* dos enfermeiros do extra-hospitalar o apoio entre colegas e a partilha de experiências. Em relação ao apoio entre colegas, os autores perceberam que os participantes do seu estudo perceberam que a discussão informal com os seus colegas de equipa que estiveram envolvidos no mesmo acontecimento específico como o fator mais importante para atenuar o *stress* gerado nessa situação. Além disso, estes colegas terão uma melhor compreensão

do contexto do que alguém externo, como por exemplo um psicólogo. Desta forma, os participantes desse estudo referiram que os seus colegas, por serem os únicos que compreendiam melhor as circunstâncias dos eventos indutores de *stress*, seriam as pessoas mais apropriadas para lhes darem feedback, eventuais comentários e partilharem experiências.

- **Sentimento de dever cumprido**

Outra subcategoria que sobressaiu na análise das entrevistas foi a sensação de dever cumprido pelos participantes no final de cada episódio. Aqui os participantes expressaram a satisfação sentida pelo facto de terem conseguido bons desfechos para as situações de emergência onde intervieram através da sua colaboração e mobilização de conhecimentos:

*“Satisfação e sensação de dever cumprido”* (E2)

*“Sentimento de dever cumprido e de satisfação, como o de frustração e de sensação de que podia ter feito melhor”* (E3)

*“Sentimento de dever cumprido na maior parte dos casos”* (E4)

*“sentimento de dever cumprido e satisfação”* (E5)

*“(…) felicidade de dever cumprido”; “reconhecimento do meu trabalho pelas vítimas que agradecem à equipa da VMER pelo seu desempenho”* (E6)

*“(…) vem até nós um sentimento de satisfação, de ter sabido utilizar os saberes nos diversos contextos”* (E7), acrescentando que *“sinto uma enorme satisfação, faz-me sentir perita quando nas situações de urgência/emergência a equipa do extra-hospitalar faz a diferença com a sua intervenção”*.

*“Sinto sempre que dei o melhor de mim enquanto profissional”* (E12)

- **Frustração**

Contraopondo aos sentimentos positivos de dever cumprido e satisfação, surgiu também como subcategoria relativamente ao que os enfermeiros da VMER sentem no regresso ao hospital, a frustração. Este sentimento foi mais notório em situações em que os participantes fazem alusão a casos com desfechos negativos ou quando os trâmites legais/burocráticos necessários para o desenvolvimento do caso são atrasados ou demorados:

*“(…) frustração e sensação de que podia ter feito melhor”* (E3)

*“(...) frustração quando o desfecho é pior” (E4)*

*“grande frustração quando é necessário aguardar por longos períodos pelas autoridades quando é necessário declarar óbitos, por exemplo” (E7)*

*“sinto uma grade impotência e frustração quando não pude fazer mais pela vítima, principalmente quando envolve crianças” (E11)*

*“Causa-me sempre algum desconforto quando não podemos salvar uma vida” (E13)*

De acordo com o ICN (2016) a frustração é uma emoção negativa quando existe um descontentamento ou desapontamento quando não se alcançou aquilo que era desejado. De facto, a frustração ocorre quando, apesar de todos os esforços realizados não se conseguem desempenhar as funções como o profissional esperava, a prestação de cuidados não decorre conforme planeado ou o desfecho da situação não foi o esperado.

Os achados do presente estudo vão de encontro ao que é reportado na literatura, pois o sentimento de frustração tem vindo a ser reportado em estudo realizados com enfermeiros de outros meios de socorro extra-hospitalares, como é o caso de Ferreira (2014) e Oliveira & Martins (2013) com enfermeiros de ambulância de SIV que fazem referência a sentimentos de frustração quando não é possível reverter o quadro clínico das vítimas, especialmente quando estas vítimas têm idade pediátrica.

### **Estrutura descritiva geral**

De forma global, e pela análise realizada ao conteúdo das entrevistas à equipa de enfermeiros da VMER, estamos perante uma equipa experiente. Trata-se de uma equipa de enfermeiros com mais de uma dezena de anos de experiência em emergência extra-hospitalar pelo que, de acordo com Benner (2001), são considerados enfermeiros peritos na sua área de atuação.

Percebe-se que se trata de uma equipa que reage com a calma e tranquilidade necessárias em situações de perigo iminente de vida das vítimas, procurando focalizar os seus conhecimentos e competências em cada situação. Está também consciente do seu papel na sociedade e do contributo que tem entre os pares. A equipa analisada percebe a imprevisibilidade das situações de emergência extra-hospitalar como algo motivador e desafiante, contrariamente ao que foi encontrado na literatura.

As situações que mais ansiedade e *stress* provocam aos enfermeiros entrevistados são as situações de emergência extra-hospitalar que envolvem crianças, grávidas e cenários com multi-vítimas.

Algo bastante enfatizado nas entrevistas realizadas foi a dificuldade no trajeto ou em encontrar a localização da ocorrência, pois o percurso é uma preocupação comum a diversos participantes e também descrita na literatura. Foi referido que no momento de prestação de cuidados os fatores indutores de *stress* estão relacionados com o ambiente em que estes decorrem e pelas características das vítimas, sendo que a prestação de cuidados às vítimas decorre com os enfermeiros calmos, concentrados e focados nas suas tarefas. Associa-se o facto de se estar perante uma equipa de peritos que seja expectável a perceção de calma e a capacidade de manter o foco num ambiente em que é exigida uma articulação e mobilização rápida de conhecimentos múltiplos.

Nas fases finais do atendimento extra-hospitalar é de destacar o sentimento de dever cumprido transversal à equipa, assim como a necessidade e importância de realizar uma reflexão ou *debriefing* acerca das atividades desempenhadas. Pela análise da literatura percebe-se que este momento não deve ser subvalorizado, sendo efetivamente uma parte estruturante para aliviar emoções negativas dos profissionais. Deve ainda ser realizado de forma informal, com os pares, num período próximo da situação/acometimento.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emergência médica em Portugal tem os seus primórdios no século XX, tendo sofrido uma grande evolução desde então. Atualmente, a emergência médica em Portugal é operacionalizada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) que tem como meios de socorro ambulâncias, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), helicópteros de emergência médica e motas de emergência médica. Todos estes meios são ativados pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes, através de chamada para o número “112”.

Os meios de socorro do INEM são tripulados por profissionais de saúde, sendo a presença dos enfermeiros transversal a todos estes meios. Pela análise da literatura consultada, verificou-se que a presença dos enfermeiros no socorro extra-hospitalar é uma mais-valia na prestação de cuidados de saúde neste contexto. De facto, a capacidade dos enfermeiros sobre as orientações de atuação nas vítimas em situação crítica, aliada aos conhecimentos científicos que detém e às capacidades técnicas desenvolvidas, influenciam decisivamente a capacidade de abordagem, monitorização e tomada de decisão sobre a atuação a tomar para a estabilização da vítima.

No entanto, muitas vezes os contextos de prestação de cuidados extra-hospitalares podem apresentar condições adversas, sendo que o enfermeiro tem de manter o seu foco de maneira a dar resposta às situações de doença súbita ou acidente que se apresentam.

Na literatura é reconhecido que os cenários de emergência extra-hospitalar são imprevisíveis e indutores de *stress* e ansiedade nos profissionais de saúde. Situações específicas como emergências pediátricas, com pessoas conhecidas ou familiares podem gerar tensão emocional e emoções negativas, assim como desgaste físico. Alguns autores apontam a exaustão emocional como algo que influencia negativamente a segurança dos doentes neste contexto.

Por outro lado, os profissionais do extra-hospitalar podem experienciar emoções positivas como gratificação e sensação de enriquecimento pessoal e profissional.

A evidência científica não é suficiente para compreender de que forma o enfermeiro experiencia a sua atuação quando presta apoio a uma vítima numa situação de emergência médica, ou seja, como este descreve e classifica as suas vivências. Face ao exposto, o presente estudo procurou conhecer quais as vivências dos enfermeiros da VMER em situações de emergência.

Na preparação das entrevistas e na sua análise identificaram-se 5 categorias e respetivas subcategorias, que deram resposta à questão e aos objetivos desta investigação. Assim,

os enfermeiros entrevistados fizeram referência ao que experienciam quando estão de serviço, quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima, na chegada ao local e prestação de cuidados, no transporte e transferência para o SU e no regresso à base.

De forma global, a equipa procura manter-se tranquila nos momentos de ativação e, contrariamente ao que é referido na literatura, encontra na imprevisibilidade das situações algo motivador. A corroborar o que é descrito na literatura, as emergências pediátricas, com grávidas e com multi-vítimas são as que mais ansiedade causam na equipa. Algo que pode também ser indutor de *stress* nestes enfermeiros são dificuldades relacionadas com o trajeto até à ocorrência. O momento de *debriefing* foi também bastante enfatizado nas entrevistas realizadas, sendo considerado pelos participantes algo de extrema importância para poderem validar os seus sentimentos e referiram que este é um momento de decompressão que não pode ser subvalorizado.

Tendo em conta os resultados obtidos com este estudo é indubitável a sua implicação para a prática clínica de enfermagem. O enfermeiro está presente em todos os meios medicalizados no INEM, por isso, a par da sua formação específica e avançada, devem ser tidas em consideração a forma como este vivencia todo o processo de prestação de cuidados. Assim, é possível obter informações de como melhorar a sua prestação e da equipa multidisciplinar onde está inserido. No caso concreto, verificamos que a presença de enfermeiros peritos é algo que permite à equipa atuar de forma tranquila, mantendo o seu foco. Verificamos também que existem situações que os enfermeiros têm mais dificuldade em gerir emocionalmente, pelo que nestes casos não deve ser descurado apoio psicológico formal ou de forma informal (através de *debriefing*).

Importa referir que ao longo de todo o desenvolvimento deste estudo houve uma preocupação constante em manter o máximo rigor metodológico. Não obstante, surgiram algumas limitações à investigação que importa salientar. A utilização de uma amostra intencional limita a generalização dos resultados deste estudo à população dos enfermeiros que exercem funções em VMER, no entanto o objetivo do estudo era apenas estudar a VMER do hospital distrital da região centro de Portugal. Encontram-se, ainda assim, pontos em comum com a literatura analisada, o que fornece uma base geral de compreensão do fenómeno em estudo, isto é, de compreender a forma como os enfermeiros vivenciam as situações de emergência na ativação da VMER.

Como proposta para investigações futuras, sugere-se a realização de estudos que avaliem as vivências dos enfermeiros noutras VMER de outras regiões geográficas e dimensão do hospital de base, assim como as vivências dos enfermeiros noutros meios de socorro do INEM.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ales Bello, A. (2005). *Pensare Dio: credere in Dio*. Padova, Italia: Messaggero Padova.
- Ali, S., Thomson, D., Graham, T.A.D., Rickard, S.E., & Stang, A.S. (2017). Highs takes and high emotions: providing safe care in Canadian emergency departments. *Open Access Emergency Medicine*, 9, 23–26.
- Amatuzzi, M.M. (2001). *Por uma psicologia humana*. Campinas: Alínea.
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., & Henschke, C. (agosto de 2018). Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*, 18(1). doi:10.1186/s12873-018-0177-2
- Barleycorn, D. (2019). Awareness of secondary traumatic stress in emergency nursing. *Emergency Nurse*, 27(5), 19–22. <https://doi.org/10.7748/en.2019.e195>
- Batuca, A. (2008). *Representações Sociais Sobre o Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bock, A. M. B.; Furtado, O.; Teixeira, M. (1999). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva
- Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (maio de 2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *Int Emerg Nurs*, 32, pp. 28-33. doi:10.1016/j.ienj.2016.08.004
- Brady, M. (2015). Death anxiety among emergency care workers. *Emergency Nurse*, 23(4), 32–37. <https://doi.org/10.7748/en.23.4.32.e1448>
- Bunkenborg, G. (2012). Impact of professional ism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing* 69(7).
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Direção-Geral da Saúde.
- Carpenter, Dona R. (2002). Método fenomenológico. In: Streubert, Helen J.; Carpenter, Dona R. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 49 - 73.
- Centro de Orientação de Doentes Urgentes (2017). *Relatório Anual*. Serviço Nacional de Saúde. Acedido em [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/03/Relat%C3%B3rio-CODU-2017\\_14032018.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/03/Relat%C3%B3rio-CODU-2017_14032018.pdf)
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina
- Cristina, J. A., Barcellos Dalri, M. C., Molina Zacareli Cyrillo, R., Saeki, T., & Velludo Veiga, E. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pre-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermeria*, 14(2), 97–105. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532008000200012>
- Cunha, S. (2018). *Stress e Incidentes Críticos em Operacionais e Emergência Médica Extra-hospitalar*. Porto: Faculdade de Psicologia e -ciências da Educação - Universidade do Porto. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/112278/2/269122.pdf>
- Decreto-Lei n.º 234/81, de 3 de agosto - Diário da República - 1.ª Série, n.º 176.
- Decreto-Lei n.º 34/2012. D.R. Iª Série. 32 (12-02-14) 478-550 – Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.
- Decreto-Lei n.º 511/71. Diário da República – I Série -A, n.º 274 – 22 de novembro de 1971.

- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
- Despacho n.º 14895/2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 211 — 3 de novembro de 2011.
- Ferreira, A.C.I. (2014). *Vivências em Situação de Emergência à Vítima Crítica: um estudo com Enfermeiros da Ambulância de Suporte Imediato de Vida* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2262/1/Viv%C3%Aancias%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Emerg%C3%Aancia%20%C3%A0%20V%C3%ADtima%20Cr%C3%ADtica%20-%20um%20estudo%20com%20Enfermeiros%20da%20Ambul%C3%A2ncia%20de%20Suporte%20Imediato%20de%20Vida.pdf>
- Fernández-Aedo, I., Pérez-Urdiales, I., Unanue-Arza, S., García-Azpiazu, Z., & Ballesteros-Peña, S. (2017). Estudio cualitativo sobre las experiencias y emociones de los técnicos y enfermeras de emergencias extrahospitalarias tras la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar con resultado de muerte. *Enfermería Intensiva*, 28(2), 57–63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.003>
- Forghieri, Y. C. (1989). Contribuições da fenomenologia para o estudo de vivências. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 2(1), p. 7-20
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão (2011). *Relatório de Integração VMER&SIV*. INEM. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/05/03-SIV-VMER-13.pdf>
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Editorial Atlas, SA., Madrid.
- Gonçalves, R.M.P. (2017). *Perfil do enfermeiro para o exercício profissional na VMER*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1975/1/Rui\\_Goncalves.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1975/1/Rui_Goncalves.pdf)
- Guise, J., Hansen, M., O'Brien, K., Dickinson, C., Meckler, G., Engle, P., . . . Jui, J. (2017). Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of hospital emergency care of children: a qualitative study. *BMJ Open*(7). doi:10.1136/bmjopen-2016-014057
- Henriques, J.M.P. (2013). Sistema de emergência médica. *Revista do Instituto Nacional de Emergência Médica*, 6: 4-12.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Sistema Integrado de Emergência Médica* (1ª ed.). Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- International Council of Nurses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Lusodidacta.
- Kumar, R. (2011). *Research methodology: a step by step guide for beginners* (3ª ed.). London: Sage.
- Lersch, A. (1971). *La Estructura de la Personalidade*. Barcelona. Scientia.
- Marques, A. (2009). *Manual V.M.E.R.* Lisboa: INEM-DSM/DSF.
- Mendes, S., Ferreira, L., & De Martino, M. (abr./jun. de 2011). Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento extra-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia*, 28(2), pp. 199-208. Obtido de <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/07.pdf>
- Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172–178. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007>
- Oliveira, A.S.S., & Martins, J.C.A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 9, 115-124.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf);

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho de 2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.
- Pereira, A.B. (2010). *Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (2013). *Manual de Investigação em ciências Sociais* (6ª ed). Gradiva.
- Rodrigues, C. (2015). *Dificuldades sentidas pelos pais com crianças com Diabetes Mellitus em idade pré-escolar na gestão da terapêutica e alimentação*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=35084&code=274>
- Romanzini, E.M., & Bock, L.F. (2010). Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento extra-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(2), 106-112.
- Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *Journal of Trauma Nursing*, 24(5), 317–322. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000315>
- Schwab, D., Napolitano, N., Chevalier, K., & Pettorini-D'Amico, S. (2016). Hidden grief and lasting emotions in emergency department nurses. *Creative Nursing*, 22(4), 249–253. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.249>
- Silva, L.J. (2007). *II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990: Documentação*. Lisboa: INEM.
- Sistema Integrado de Emergência Médica (2013). Versão 2.0 1ª Edição. Acedido em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%Aancia-M%C3%A9dica.pdf>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Viesenteineir, J. L. (2013). *O conceito de Vivência (Erlebnis) em Nietzsche: génese, Significado e Recepção*. Kriterion, nº127: Belo Horizonte.



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I – Guião da entrevista**

Caro(a) enfermeiro(a):

Esta entrevista destina-se a colher dados no sentido de estudar as vivências em situações de emergência: um estudo com enfermeiros da viatura de emergência médica e reanimação, para um estudo qualitativo, no âmbito XII Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, IX Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que se está a desenvolver sob orientação do Professor Doutor Luís Oliveira. Para tal, solicito a sua participação, bastando, para isso, responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada pelos enfermeiros.

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

Luís Miguel Mendes Canas

**Local:**

**Entrevistador:** Luís Miguel Mendes Canas

**Tema:** Vivências em situações de emergência: um estudo com enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação

**Objetivo geral:** Conhecer as vivências dos enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação em situações de emergência

**Entrevista n.º** \_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

#### **Legitimação da entrevista**

- Apresentação do entrevistador
- Explicitação do tema e objetivo do estudo
- Explicação sobre a finalidade da entrevista
- Garantia de salvaguarda dos procedimentos éticos, solicitando o consentimento informado
- Solicitação de autorização para gravação da entrevista
- Agradecimento por aceitar participar no estudo

#### **Caracterização sociodemográfica e profissional**

- Género
- Idade
- Habilitações profissionais
- Tempo de serviço como enfermeiro
- Tempo de exercício profissional na VMER como enfermeiro
- Número de horas que trabalha por mês na VMER

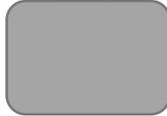
#### **Questões**

- O que o motiva quando está de serviço na VMER?
- Que sentimentos vivencia quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima?
- Que sentimentos experiencia quando chega junto da vítima e lhe presta os cuidados?
- O que sente quando transporta a vítima para o hospital e a transfere para o serviço de urgência?
- Quais os sentimentos vivenciados após a conclusão da ocorrência e regresso à base?

#### **Encerramento da entrevista**

- Advertir o participante que a entrevista terminou
- Perguntar ao participante se tem alguma coisa a acrescentar e que considere pertinente
- Legitimação da informação gravada pelo entrevistado, se o pretender
- Agradecer a participação e o tempo disponibilizado

## APÊNDICE II – Pedido à Comissão de Ética do Hospital



**COMISSÃO DE ÉTICA DO [REDACTED]**  
**PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO PARA A SAÚDE**  
(Preencher apenas os campos aplicáveis no caso concreto)

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

**a) Nome do Investigador principal**

Luis Miguel Mendes Canas

**b) Título do Projeto:**

Vivências em situação de emergência - um estudo com enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação.

**c) Serviço hospitalar / Instituto ou Laboratório onde o projecto será executado:**

Serviço da VMER do [REDACTED] com entrevista aos enfermeiros do serviço.

**d) Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?**

Sim

Não

**Em caso afirmativo indique-os:**

**e) Descreva sucintamente os objetivos da investigação:**

- Perceber e analisar as vivências dos enfermeiros do pré-hospitalar desde a ativação da ocorrência até ao regresso à base.

f) A Investigação proposta envolve:

- a) Exames complementares – indique o tipo, frequência a natureza da amostra. Especifique se estes exames são feitos especialmente para esta investigação ou se serão executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes:

Não envolve exames complementares.

g) Questionários

- **A quem são feitos?** Não serão efetuados questionários.
- **Como será mantida a confidencialidade?**

(Nota: Junte 1 exemplar do questionário que será utilizado)

## 2. ENSAIOS CLÍNICOS DE NOVOS FÁRMACOS

a) Tipo de Ensaio:

Fase III  Fase IV  Marketing

b) Tipo de Fármaco:

- Nome(s) Genérico(s)
- Grupo farmacológico ou terapêutico
- Aprovação noutros países
- Aprovação pelo INFARMED
  - Fármaco: Aprovado  Não Aprovado
  - Forma Medicamentosa: Aprovada  Não Aprovada
- Indicação terapêutica contemplada na investigação:

Aprovada  Não Aprovada

- Posologia contemplada na investigação:

Aprovada  Não Aprovada

- Via de administração contemplada na investigação:

Aprovada  Não Aprovada

- Tipo de Ensaio

- Comparação com placebo
- Comparação com fármaco padrão
- Ensaio com dupla ocultação randomizado
- Ensaio aberto
- Outro tipo (especifique)

(Nota: 1 – No caso de medicamentos já aprovados oficialmente junte a bula oficial do produto comercializado.

2 - No caso de medicamentos ainda não aprovados, junte documento do fabricante, certificando a segurança do produto no qual conste a posologia e vias de administração recomendadas, bem como as indicações terapêuticas.)

**3. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO - descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique, em particular, se a investigação já foi feita anteriormente com seres humanos, se o problema foi devidamente estudado a nível experimental de modo a otimizar os aspetos analíticos e técnicos e a avaliar os possíveis efeitos adversos.**

Perceber como as diversas situações de emergência são percecionadas pelos enfermeiros do pré-hospitalar, visto ser um ambiente completamente diferente do ambiente hospitalar.

#### DOENTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

. Número: 13

. As mulheres grávidas são excluídas? Sim  Não

. Indique como se processará o recrutamento dos doentes

- Não serão utilizados doentes

#### - CONTROLES

. Número: 13

. Indique como serão escolhidos: Experiência profissional de exercício na VMER igual ou superior a 3 anos

#### 4. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO DA INVESTIGAÇÃO

O instrumento de colheita de dados pelo qual se irá optar neste estudo de investigação será através de uma entrevista semi-estruturada aos enfermeiros da VMER do Hospital

Após a recolha dos dados, seguir-se-á a respetiva análise com o objetivo de se conseguir informação referente ao problema em questão, de forma a apresentar os resultados de um modo simples e organizado, facilitando a sua interpretação e análise.

Para o tratamento e análise de dados será por análise descritiva e transcritas para documento em *Microsoft Word*.

#### 5. ENUMERAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, EXAMES OU SUBSTÂNCIAS QUE IRÃO SER ADMINISTRADAS AOS DOENTES (dietas especiais, medicamentos, radioisótopos, etc.)

Nenhuns.

#### 6. RISCO/BENEFÍCIO

a) Que riscos ou incómodos podem ser causados aos doentes pelo estudo?

Nenhum.

**b) Que benefícios imediatos poderão advir para os doentes pela sua anuência em participar no estudo?**

**c) Considera que os meios utilizados no estudo podem violar a privacidade do doente?**

Sim  Não

**Em caso afirmativo, indique que medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade.**

**d) Os doentes que não aceitarem participar no estudo ficarão, por esse facto, prejudicados em termos de assistência médica, relativamente aos participantes?**

Sim  Não

## **7. CONSENTIMENTO**

**a) A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.**

**Junta-se cópia do seu texto, a ser assinado pelo doente ou pelo seu representante legal.**

**b) Descreva resumidamente o conteúdo da informação a transmitir.**

Serão analisados os seguintes aspetos:

- Género;
- Idade;

- Habilitações literárias;
- Tempo de serviço como enfermeiro;
- Tempo de exercício profissional na VMER como enfermeiro;
- Número de horas que trabalha por mês na VMER;
- Sente-se motivado quando está de serviço na VMER?;
- Que sentimentos vivencia quando a equipa é ativada e no percurso até à vítima?;
- Que sentimentos experiência quando chega junto da vítima e presta cuidados?;
- O que sente quando transporta a vítima para o hospital e na sua transferência?;
- Advertir o participante que a entrevista terminou;
- Perguntar ao participante se tem alguma coisa a acrescentar e que considere pertinente;
- Legitimação da informação gravada pelo entrevistado, se o autorizar;
- Agradecer a participação e o tempo disponibilizado.

**c) A investigação ou estudo envolve:**

- . Menores de 14 anos      Sim       Não
- . Inimputáveis            Sim       Não

**Em caso afirmativo que medidas estão previstas para respeitar os seus direitos e obter o seu consentimento esclarecido ou dos seus representantes legais?**

**8. RELATIVAMENTE AO ESTUDO**

a) **Data prevista do início:**01/04/2019

**Data prevista da conclusão:**01/08/2019

**b) Pagamento aos doentes:**

- . Pelas deslocações      Sim       Não
- . Pelas faltas ao Serviço      Sim       Não
- . Por danos resultantes da sua participação no estudo      Sim       Não

**Em caso afirmativo especifique a identidade que assume a responsabilidade das indemnizações:**

**Outros pagamentos (especifique):**

Nenhuns

**c) Do estudo que espécie de benefícios, financeiros ou outros resultarão para o investigador e/ou instituição?**

Compreender as vivências do trabalho pré-hospitalar e como lidar e melhorar as dificuldades que possam existir.

**d) Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva da companhia farmacêutica ou outra entidade?**

Sim  Não  Que entidade? \_\_\_\_\_

**9. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Data do pedido de aprovação 24/03/2019

Eu abaixo assinado, Luís Miguel Mendes Canas

Na qualidade de investigador principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia II e da Organização Mundial de Saúde, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Luís Miguel Mendes Canas

(Reservado à COMISSÃO DE ÉTICA)



**FW: Realização de estudo, com o intuito de perceber as vivências que os enfermeiros da VMER experienciam enquanto estão de serviço à pré-emergência hospitalar**

Escola Enfermagem Coimbra

**Luis Miguel Mendes Canas** [redacted].pt@  
para mim

**Enviado:** 27 de maio de 2019 15:16:00 (UTC+00:00) Dublin, Edinburgh, Lisbon, London

**Para:** Luis Miguel Mendes Canas

**Cc:** Maria Amélia Fonseca Pereira; Sónia Raquel Senra Campelo Monteiro Pereira; Enfermeiro Diretor; Direção Clínica

**Assunto:** Realização de estudo, com o intuito de perceber as vivências que os enfermeiros da VMER experienciam enquanto estão de serviço à pré-emergência hospitalar

Exmo. Senhor  
Enfermeiro Luis Canas,

Encarrega-me o Professor Doutor [redacted], Presidente do Conselho de Administração de informar que o pedido apresentado para realização de estudo, enquanto estão de serviço à pré-emergência hospitalar, está autorizado pelo Conselho de Administração.

Com os meus cumprimentos,

[redacted]  
Secretariado do Conselho de Administração





## APÊNDICE III – Pedido de parecer à Coordenação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Exmo. Senhora Coordenadora da Viatura  
Médica de Emergência e Reanimação do  
Hospital Distrital da Figueira da Foz

Data: 24-03-2019

Assunto: Pedido de parecer à Coordenadora da Viatura Médica de Emergência e Reanimação do Hospital Distrital da Figueira da Foz para entrevista aos enfermeiros da VMER relativamente às suas vivências no serviço de pré- emergência.

Considerando que os pedidos de autorização de estudos de investigação deverão ser submetidos à apreciação das Comissões de Ética, eu, Luís Miguel Mendes Canas, aluno do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, venho por este meio solicitar autorização a Vª Ex. parecer da Comissão de Ética sobre a realização do estudo com o intuito de perceber as vivências que os enfermeiros da VMER experienciam enquanto estão de serviço à pré-emergência hospitalar.

No presente estudo será salvaguardada a identidade dos profissionais e serão respeitados os direitos dos mesmos. Os dados serão tratados de forma confidencial e anónima, sendo utilizados apenas de forma académica.

Mais informamos que o estudo será orientado pelo Professor Doutor Luís Oliveira e desenvolvido no âmbito do IX Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Com os melhores cumprimentos,

Concordo com a realização do estudo, uma vez que respeita as regras éticas e de confidencialidade. Luís Miguel Mendes Canas

Pede Deferimento,

Albasane (u03)

25/03/2019



## APÊNDICE IV – Declaração de consentimento informado

### *Termo de Consentimento Informado*

**Autor do estudo:** Enfermeiro Luís Miguel Mendes Canas, estudante do Curso de Pós-Licenciatura e Especialização e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Este documento visa solicitar a sua participação na fase de colheita de dados da dissertação: **“Vivências em situações de emergência: um estudo com enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação”**, que tem como objetivo geral:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros que exercem na VMER face às situações de emergência.

É-lhe ainda solicitada a autorização para que o conteúdo da entrevista seja gravada em formato áudio para posterior análise e tratamento de dados.

“Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar ciente que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação no estudo e que poderei, em qualquer momento, recusar em continuar no estudo sem qualquer prejuízo para a minha pessoa. Tenho conhecimento que poderei pedir, a qualquer momento, esclarecimentos acerca deste estudo e que os dados recolhidos da entrevista serão usados apenas para fins científicos e aquando do tratamento dos mesmos serão codificados, mantendo assim o anonimato.

Depois do anteriormente referido, concordo voluntariamente em participar no referido estudo.”

Coimbra; \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Participante: \_\_\_\_\_

Autor do estudo: \_\_\_\_\_