



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

EXPERIÊNCIAS DE UMA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM SUPORTE AVANÇADO DE
VIDA A VÍTIMAS POLITRAUMATIZADAS

Filipe Vieira Franco



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Filipe Vieira Franco

**EXPERIÊNCIAS DE UMA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL NO
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR EM SUPORTE AVANÇADO
DE VIDA A VÍTIMAS POLITRAUMATIZADAS**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação do

Professor(a) Doutor(a) Maria Aurora Gonçalves Pereira

Mestre Rosa Olívia Mimoso

Novembro de 2020

RESUMO

Em Portugal o trauma tem uma prevalência importante, sobressaindo provavelmente a todos os países da Europa Comunitária, salientando-se como fatores etiológicos os acidentes de trabalho e os acidentes de viação.

O trauma continua a ser uma das principais causas de morte nas primeiras quatro décadas de vida, sendo a primeira causa de morte no grupo etário pediátrico. É também um fator de morbilidade elevada, provocando, muitas vezes, incapacidade definitiva, custos familiares, sociais e financeiros elevadíssimos.

Reconhecendo que, em grande parte, a melhoria da resposta ao trauma se relaciona com a organização dos meios de socorro pré-hospitalar e assistência, pretende-se compreender as *“Experiências de uma Equipa Multiprofissional no Atendimento Pré-Hospitalar em Suporte Avançado de Vida a Vítimas Politraumatizadas”*.

Este estudo assenta em uma investigação qualitativa, de carácter exploratório e do tipo descritivo simples. Para a recolha de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, que compreendeu questões sobre o perfil sociodemográfico, profissional e questões norteadoras sobre o tema. Participaram no estudo 10 profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) que tripulam a Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um Centro Hospitalar e Universitário da Região Norte do País. Os dados foram organizados através da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2011), identificando-se 6 áreas temáticas: significado atribuído à experiência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação; sentimentos/emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional; fatores facilitadores do atendimento pré-hospitalar; fatores dificultadores do atendimento pré-hospitalar; implicações para a vida pessoal e profissional; sugestões para um melhor atendimento pré-hospitalar.

Da análise de conteúdo dos discursos dos participantes conclui-se que a experiência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação é desafiante, pela vivência de situações inesperadas, desconhecidas e angustiantes, pelo que desempenhar funções neste meio de emergência, confere satisfação pessoal e profissional e corresponde a um contributo para um melhor atendimento do paciente, antes da abordagem hospitalar. A equipa multiprofissional descreve sentimentos/emoções positivas; como o prazer de ajudar e a motivação; e sentimentos negativos como o stress/ansiedade, desconforto, insegurança, angústia, receio e responsabilidade. Foram relatados como fatores facilitadores do atendimento pré-hospitalar a vítimas de trauma a experiência profissional, fatores relacionados com a equipa nomeadamente o conhecimento dos elementos da equipa e a

comunicação; existência de recursos humanos e materiais, existência de condições de segurança e existência de algoritmos de atuação. Os fatores dificultadores descritos são a inexperiência profissional, falta de liderança, falta de recursos humanos e materiais, falta de condições ambientais tais como a luminosidade, ruído, condições climatéricas; presença de populares, relação na equipa, incumprimento das medidas de segurança, riscos associados à viatura/condução, sobrecarga de trabalho, condições do trânsito, e por fim, o método de triagem nos Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Refletindo sobre as vivências em SAV nas vítimas de trauma e as suas repercussões para a vida pessoal e profissional da equipa, os entrevistados referem que a nível profissional alcançam mais conhecimento teórico e capacitação técnica e a nível pessoal, há a possibilidade de envolvimento emocional, alteração do sono e também cansaço. Para um melhor atendimento pré-hospitalar, a equipa sugere formação contínua; realização de debriefing; acompanhamento psicológico; equipas exclusivas VMER e aquisição de material.

Palavras-chave: Equipa Multiprofissional; Atendimento Pré-Hospitalar; Suporte Avançado de Vida em Trauma.

ABSTRAT

In Portugal, trauma has an important prevalence, probably surpassing all the countries of the Community, being highlighted as etiological factors the accidents at work and road accidents.

Trauma continues to be one of the main causes of death in the first four decades of life, being the first cause of death in the pediatric age group. It is also a high morbidity factor, often causing permanent disability, very high family, social and financial costs.

Recognizing that, in large part, the improvement in the response to trauma is related to the organization of pre-hospital means of relief and assistance, it is intended to understand the "Experiences of a Multiprofessional Team in Pre-Hospital Care in Advanced Life Support for Politraumatized Victims.

This study is based on a qualitative, exploratory and simple descriptive research. For the data collection, a semi-structured interview was used, which included questions about the socio-demographic, professional profile and guiding questions on the subject. Ten health professionals (nurses and doctors) that crew the Emergency and Resuscitation Medical Vehicle of the Hospital and University Center of Porto participated in the study. The data were organized through the technique of content analysis according to Bardin (2011), identifying 6 thematic areas: significance attributed to the experience in Emergency and Resuscitation Medical Vehicles; feelings / emotions experienced by the multiprofessional team; factors facilitating the pre-hospital care; factors hindering the pre-hospital care; implications for personal and professional life; suggestions for better pre-hospital care.

From the analysis of the content of the speeches of the participants it can be concluded that the experience in Emergency and Resuscitation Medical Vehicles is challenging, due to the experience of unexpected, unknown and distressing situations, so performing functions in this emergency environment, gives personal and professional satisfaction and corresponds to a contribution to a better patient care, before the hospital approach. The multiprofessional team describes positive feelings/emotions, such as the pleasure of helping and motivation; and negative feelings such as stress/anxiety, discomfort, insecurity, anguish, fear and responsibility. Professional experience, factors related to the team namely the knowledge of team members and communication; existence of human and material resources, existence of safety conditions and existence of performance algorithms were reported as facilitators of pre-hospital care for trauma victims. The difficult factors described are professional inexperience, lack of leadership, lack of human and material resources, lack of environmental conditions such as luminosity, noise, weather conditions; presence of

popular, relationship in the team, non-compliance with safety measures, risks associated with the car/driving, work overload, traffic conditions, and finally, the method of screening in the Center for Guidance of Urgent Patients. Reflecting on the experiences in VSS in the victims of trauma and their repercussions on the personal and professional life of the team, the interviewees reported that at the professional level they achieve more theoretical knowledge and technical and personal training, there is the possibility of emotional involvement, sleep alterations and also tiredness. For a better pre-hospital care, the team suggests continuous training; debriefing; psychological follow-up; exclusive VMER teams and material acquisition.

Keywords: Multiprofessional team; pre-hospital care; Advanced Life Support in Trauma.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial à minha orientadora Prof. Doutora Aurora Pereira e Coorientadora Mestre Rosa Olívia Mimoso, cuja dedicação e paciência serviram como pilares de sustentação para a conclusão deste trabalho.

À minha “*Pipinha*”, cuja presença foi essencial para a conclusão deste trabalho. Agradeço toda a tua compreensão para com as minhas horas de ausência. Esta vitória também é tua! Amo-te.

Ao meu querido pai António (*in memoriam*) que sempre esteve ao meu lado.

À equipa multidisciplinar da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, que aceitou participar neste trabalho de investigação, o meu muito obrigado. Este trabalho também é vosso!

Aos meus bons amigos pela amizade e apoio nos momentos de maior dificuldade.

A Deus, que me ajudou em cada etapa deste trabalho de investigação e não me deixou
fraquejar;

À minha esposa e meu grande Amor Filipa (...)!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo o mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fases, intervenientes e programas do SIEM

Figura 2 – Formação VMER

Figura 3 – Processo do Stress

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de entubação endotraqueal

Tabela 2 – Fases do Síndrome de Adaptação Geral

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Áreas temáticas que emergiram das entrevistas realizadas à equipa multiprofissional da VMER.

Diagrama 2 – Significado atribuído à experiência em VMER.

Diagrama 3 – Sentimentos/emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional.

Diagrama 4 – Fatores facilitadores do APH em SAV a vítimas de trauma.

Diagrama 5 – Fatores dificultadores do APH em SAV a vítimas de trauma.

Diagrama 6 – Implicações para a vida pessoal e profissional.

Diagrama 7 – Sugestões para a melhoria do APH em SAV a vítimas politraumatizadas.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

ANSR – Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CIAV – Centro de Informações Antivenenos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGS – Direção Geral da Saúde

GEM – Gabinete de Emergência Médica

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

N.º - Número

PH – Pré-Hospitalar

PSP – Polícia de Segurança Pública

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVT – Suporte Avançado de Vida em Trauma

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SNB – Serviço Nacional de Bombeiros

TNCC – Trauma Nursing Core Course

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRAT

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

PENSAMENTO

INDICE DE FIGURAS

INDICE DE TABELAS

INDICE DE DIAGRAMAS

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

INTRODUÇÃO 17

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 20

1. A Emergência Médica Pré-Hospitalar: Evolução Histórica 21
2. Do Socorrismo à Emergência Médica em Portugal 24
3. O Sistema Integrado de Emergência Médica 26
 - 3.1. Fundação do Gabinete de Emergência Médica 27
 - 3.2. A Implementação do Instituto Nacional de Emergência Médica 28
 - 3.2.1. Os Subsistemas do SIEM 31
 - 3.2.2. Os Meios Disponíveis no INEM 33
4. A Vítima Politraumatizada em Portugal 39
 - 4.1. Avaliação Primária da Vítima Politraumatizada 42
 - 4.2. Avaliação Secundária da Vítima Politraumatizada 56
5. O Stresse e o Ambiente Pré-Hospitalar 62
 - 5.1. Stress: Evolução Histórica 62
 - 5.2. Conceito de Stress 67
 - 5.3. Stress Ocupacional 69
 - 5.4. Fatores Organizacionais Indutores de Stress 70
 - 5.5. Fatores Indutores de Stress no Atendimento Pré-Hospitalar 77
 - 5.6. Consequências do Stress 78

CAPÍTULO II – DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	81
1. A problemática aos objetivos de estudo	82
2. Opções Metodológicas	85
2.1. Tipo de Estudo	85
2.2. Meio	87
2.3. Participantes do Estudo	87
2.4. Procedimento de Recolha de Dados	89
2.5. Procedimento de Análise	92
2.6. Considerações Éticas	92
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	95
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	124
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
ANEXOS	
Anexo I – Declaração de Autorização do Estudo	
Anexo II – Declaração de Consentimento Informado	
APÊNDICES	
Apêndice I – Guião da Entrevista	
Apêndice II – Grelha de Análise de Conteúdo	

INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, o ser humano é vulnerável a lesões traumáticas, quer por mecanismos naturais, quer por via do crescente desenvolvimento das sociedades. Paralelamente ao desenvolvimento tecnológico e bélico, e à expansão demográfica dos principais centros urbanos, novos mecanismos de trauma surgiram dando origem a eventos traumáticos novos com consequências específicas (Verão, 2013).

Segundo Beuran *et al* (2012) o trauma é considerado um problema de saúde pública e constitui uma importante causa de mortalidade e morbidade na sociedade moderna. Esta pandemia é responsável por 5.8 milhões de mortes por ano, pelo que se perspetiva que este valor aumente para 8.4 milhões de vítimas em 2020.

Esta representa a terceira causa de morte nos países industrializados, superada apenas pelas doenças cardiovasculares e neoplasias em todas as faixas etárias. Porém é a principal causa de morte em indivíduos com idade inferior a 44 anos de idade, consequentemente em idade ativa e produtiva (Nunes [et al], 2009).

Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade. Em Portugal os acidentes de viação, são a principal causa de trauma, seguindo-se os acidentes de trabalho, violência interpessoal e tentativas de suicídio (Gomes [et al], 2011).

No entanto, os últimos 20 anos foram feitos de reações positivas a este fenómeno. Desde logo a consciencialização do problema, mas sobretudo na organização do socorro às vítimas, tanto em ambiente pré como hospitalar, com franca melhoria na organização do socorro (medicalizado e não medicalizado), na qualidade do transporte e na melhoria crescente da resposta hospitalar.

Segundo Nunes (2009, p.IX) *“esta reconhecida melhoria decorreu de três pilares essenciais. Crescimento e qualificação do INEM, investimento no treino e formação dos profissionais e na requalificação hospitalar da Emergência e Cuidados Intensivos.”*

Isto vai de encontro ao despacho n.º 10319/2014 de 11 de Agosto de 2014, realçando que a abordagem eficaz das vítimas de trauma implica uma organização e coordenação intra e extra-hospitalar, sendo o objetivo principal o atendimento atempado, sendo este crucial para reduzir as sequelas das lesões primárias e controlar ou mesmo evitar as lesões secundárias.

No pré-hospitalar, existem duas modalidades de atendimento à pessoa politraumatizada: o Suporte Básico de Vida (SBV) cuja característica principal é a não realização de manobras invasivas, e o Suporte Avançado de Vida (SAV), que possibilita procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório. Apesar disto, há muita controvérsia a respeito do mérito real deste tipo de cuidados (Malvestio e Sousa, 2002).

Segundo os mesmos autores, dos investigadores que atribuem mérito ao SAV, existem estudos que sugerem que o atendimento pré-hospitalar a vítimas de trauma tem valor, por promover melhoria nos parâmetros fisiológicos da vítima e por diminuir as complicações no intra-hospitalar (Malvestio e Sousa, 2002).

Sendo o Suporte Avançado de Vida em Trauma, um tema pertinente e atual, propusemos então estudar as “Experiências de uma Equipa Multiprofissional no Atendimento Pré-Hospitalar em Suporte Avançado de Vida a Vítimas Politraumatizadas.”

Este estudo de investigação tem como **objetivo geral**:

- Compreender as experiências de uma equipa multiprofissional, no atendimento pré-hospitalar em Suporte Avançado de Vida (SAV) a vítimas politraumatizadas.

Para dar resposta a este objetivo geral, delineamos os seguintes **objetivos específicos**:

- Compreender qual o significado da experiência em VMER para a equipa multiprofissional;
- Perceber os sentimentos/emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional, no APH em SAV a vítimas politraumatizadas;
- Descrever os fatores facilitadores/dificultadores no APH em SAV a vítimas politraumatizadas;
- Identificar quais as implicações do APH em SAV a vítimas politraumatizadas para a vida pessoal e profissional da equipa multiprofissional;
- Descrever as sugestões da equipa multiprofissional para a melhoria do APH em SAV a vítimas politraumatizadas.

Para a consecução do objetivo proposto optou-se pela realização de um estudo de natureza qualitativa, de carácter transversal, do tipo descritivo simples e exploratório. Para a recolha de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras ao tema em estudo. A análise de dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, que consubstanciam o percurso de investigação. No primeiro capítulo apresentamos o referencial teórico que sustentam a problemática em estudo. No segundo capítulo explanamos todo o percurso metodológico, referenciando o tipo de estudo, a contextualização e identificação da problemática e dos objetivos, a caracterização dos participantes, o procedimento de recolha e análise dos dados e as questões éticas que sustentam o desenvolvimento do estudo. No terceiro capítulo apresentamos e analisamos os dados, seguindo-se um quarto capítulo em que procedemos à discussão dos resultados. No quinto e último capítulo, apresentamos as principais conclusões e as perspetivas futuras.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Emergência Médica Pré-Hospitalar: Evolução Histórica

A adaptação do Homem a situações extremas revela-nos, através da análise histórica, inúmeros comportamentos tendentes a solucionar as diversas situações de emergência. Embora não descrito com a finalidade de explicitar o atendimento a uma vítima, um dos primeiros registos identificados está na Bíblia, no livro de Lucas, capítulo 10, versículos 30 e 34, onde se lê “(...) certo homem descia de Jerusalém para Jericó e veio a cair em mãos de salteadores, os quais, depois de tudo lhe roubarem e lhe causarem muitos ferimentos, retiraram-se, deixando-o semimorto. Casualmente, descia um sacerdote por aquele mesmo caminho e, vendo-o, passou de largo. Semelhantemente, um levita descia por aquele lugar e, vendo-o, também passou de largo. Certo samaritano, que seguia o seu caminho, passou-lhe perto e, vendo-o, compadeceu-se dele. E, chegando-se, pensou-lhe os ferimentos, aplicando-lhe óleo e vinho e, colocando-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e tratou dele” (Costa da Silva [et al], 2010, p.572).

O transporte de feridos, foi uma das primeiras situações equacionadas e as primeiras referências a ambulâncias datam do séc. XI, embora seja apenas no séc. XV, durante as cruzadas contra os mouros em Espanha, no reinado de D. Fernando e D. Isabel de Espanha, que se fazem novas referências a ambulâncias. Estas não eram mais do que tendas especiais para os feridos onde havia meios humanos e materiais para se poderem efetuar procedimentos, ainda que rudimentares, médicos e cirúrgicos (Mateus, 2007).

Posteriormente, durante as campanhas Napoleónicas, emergem comportamentos e manobras que são um pronúncio daquilo a que hoje se chama de procedimentos de assistência médica no local do acidente, neste caso o campo de batalha, e a conseqüente evacuação das vítimas para o “hospital de campanha” (Bandeira, 2008).

Algumas figuras são responsáveis pelo desenvolvimento de métodos adotados no campo de batalha, por exemplo, os cirurgiões do exército de Napoleão, Pierre François Percy (1754-1825) e Dominique Larrey (1766-1842), sendo estes responsáveis pela implementação dos primeiros passos da emergência médica.

Pierre François Percy, criou um grupo de auxiliares sanitários e respetivas ambulâncias com o objetivo de efetuar os primeiros socorros nos locais de batalha e fazer o levantamento e transporte dos feridos. Estas ambulâncias, que não eram mais do que um atrelado que transportava médicos e cofres com medicamentos suficientes para socorrer 1200 feridos, faziam lembrar um pequeno hospital móvel. No entanto, estes pesados

equipamentos de difícil mobilidade não conseguiam chegar ao campo de batalha senão 24 a 36 horas após o combate, limitando assim a sua utilidade que, muitas vezes, se resumia a uma tarefa de recolha de cadáveres e moribundos (Mateus, 2007).

O Cirurgião Jean Dominique Larrey, médico chefe dos exércitos de Napoleão, tornou-se um paradigma no relacionamento médico-doente, e durante a guerra de 1792, torna-se verdadeiramente inovador em matéria de saúde militar, criando no período de 1792 e 1812, a prestação de cuidados no campo de batalha, efetuado por pessoal treinado para o efeito. Este novo conceito, integrava assim a montagem de hospitais de campanha a uma curta distância do campo de batalha, possuindo equipamentos muito escassos e onde as equipas médicas prestavam uma assistência muito deficiente, por falta de meios e conhecimentos sobre o uso de analgésicos e sobre a prevenção das infeções (Mateus, 2007).

É neste período que surgem as célebres “*Ambulances Voulantes*”, ambulâncias móveis ligeiras, viaturas que para a época reuniam condições excecionais que permitiam o transporte mais rápido e eficaz até ao hospital (Guerra, 2002). Estas eram caracterizadas como sendo leves e velozes (Costa da Silva [et al], 2010).

O aumento da velocidade deu-se pelo uso, inicialmente, de dois cavalos lado a lado e posteriormente perfilados, bem como madeira leve, rodas pequenas e teto arredondado para evitar a retenção da água na medira durante a chuva (Costa da Silva [et al], 2010).

Deste modo, estava dado um dos grandes e primeiros passos na criação de um serviço de emergência, onde as prioridades eram a estabilização das vítimas no local e o transporte rápido para a unidade hospitalar (Mateus, 2007).

Durante a guerra civil Americana, um cirurgião do exército dos Estados Unidos da América, Jonathan Letterman (1824-1872), propôs um novo modelo de assistência médica no campo de batalha.

Neste modelo de assistência é realizada uma abordagem breve, passando só pelo controlo de hemorragias e imobilização de fraturas, de forma a serem levados rapidamente para o hospital (Baptista, 2011; Benner e Bledsoe, 2006).

As ambulâncias eram em número muito reduzido frequentemente dirigidas por cidadãos etilizados ou ladrões, resultando em atrasos frequentes e revelando-se pouco eficazes, o

que levou Letterman a repensar o sistema de evacuação de feridos do campo de batalha (Downey, 2004).

Letterman desenvolveu assim, um novo sistema de primeiros socorros cuja filosofia assentava na evacuação dos feridos através do transporte rápido para a unidade hospitalar, onde se encontrava a equipa médica.

Assim, a evolução da emergência médica ocorreu segundo dois modelos distintos: “*stay and play*” (franco-germânico), onde eram levados os cuidados médicos até ao local do incidente, ou o “*Scoop and Run*” (anglo-saxónico), no qual as vítimas eram evacuadas do local da ocorrência até a uma unidade de saúde adequada. O objetivo era único e compartilhado por estes dois modelos: a prestação de assistência pré-hospitalar de elevada qualidade àqueles de que dela necessitam (Smith e Conn, 2009).

Anos mais tarde (1859), um banqueiro suíço, Henry Dunant, presenciou durante a viagem de negócios, um cenário de horror, travado na Guerra de Itália, mais conhecida por Batalha de Solferino (que opôs o exército Francês e da Sardenha ao Austríaco) e depressa se apercebeu da necessidade de organizar os serviços de socorro. Encaminhou os feridos para as povoações mais próximas, onde cada igreja e convento foram transformados em hospitais de campanha, tendo assumido o papel de centro de comando a Igreja de Chinesa Maggiore (Mateus, 2007).

Neste mesmo período, fica também o testemunho de uma enfermeira do exército norte-americano, Clarissa Harlowe Barton, uma prestadora de cuidados e defensora do seguinte princípio para os feridos na guerra: “*treat them where they lie*”. Esta enfermeira foi responsável pelo serviço de ambulâncias do campo de batalha da guerra civil nos Estados Unidos e mais tarde vem a ser fundadora da Cruz Vermelha Americana, tendo um papel importante para a assinatura da convenção de Genebra pelos Estados Unidos (Benner e Bledsoe, 2006).

Diversas foram as Convenções organizadas, onde foram adotadas recomendações para melhor organização dos meios de socorro. De destacar a Primeira Convenção de Genebra, realizada no ano de 1864, uma reunião consagrada aos problemas humanitários, onde se debateu o tratamento humanitário aos soldados feridos e o problema da proteção às equipas médicas. Desta reunião fizeram parte diplomatas de 16 estados europeus, entre os quais Portugal.

Em 1876, Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia, chefiando um número considerável de enfermeiras, trabalhou num hospital onde recebia doentes de ambos os lados do conflito (Rússia e Turquia, esta apoiada pelos Franceses e Ingleses). Esta postura pronunciava uma atitude diferente, evoluindo e assumindo uma postura equidistante, “(...) *preludiu a internacionalização dos cuidados em que a Guerra da Crimeia apresentou os primeiros exemplos em larga escala*” (Mateus, 2007, p.25).

É também por esta altura, que a Sociedade Otomana de Socorros aos Feridos adotou o Crescente Vermelho em fundo branco, que mais tarde viria a ser adotado por vários países do mundo islâmico e reconhecido em pé de igualdade por vários países do mundo.

2. Do Socorrismo à Emergência Médica em Portugal

Em Portugal, a ideia de emergência tem origem na década de setenta, baseada numa perspetiva de transporte das vítimas para a unidade de saúde mais próxima, sendo que, presentemente, é praticada, com algum grau de autonomia, através do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O advento, em Portugal do que hoje é entendido como Emergência Médica deu-se em 1965, com a criação em Lisboa, de um serviço de prestação de primeiros socorros, por despacho conjunto dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência de 13 de Outubro de 1965. Este serviço ficou a cargo da Polícia de Segurança Pública (PSP). O Sistema era acionado através do número 115, ativando-se uma ambulância tripulada por elementos da PSP, que efetuavam o levantamento das vítimas de acidente na via pública e efetuavam o transporte para o hospital. Só no ano de 1967, este serviço é alargado às cidades do Porto e Coimbra e em 1970, às cidades de Aveiro, Setúbal e Faro (Mateus, 2007).

Passados seis anos (1971), criou-se o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), na dependência do Ministério do Interior, cujo principal objetivo era “*assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte*” (Decreto de Lei n.º 511/71 de 22 de Novembro de 1971, p.1778).

Em 1975 o SNA passou a depender do Ministério da Defesa Nacional, sendo-lhe assegurado um estatuto, que tinha como finalidade o preenchimento do vazio existente no socorro entre o local do acidente e a unidade hospitalar. De facto, a característica

predominante deste serviço de socorro pré-hospitalar foi a coordenação das ações das várias entidades intervenientes no processo de socorro de emergência às vítimas, de forma a todas exercerem a sua função, segundo um plano pré-definido que permitisse uma maior eficiência com economia de meios. Na perspetiva de Costa (*cit in* Mateus, 2007) o SNA era um órgão coordenador da atividade de prestação e socorro e obviamente o seu impulsionador.

No período de 1975 a 1977, o SNA cuja “(...) *preocupação imediata foi assegurar os socorros eficientes às vítimas de acidentes ocorridos na via pública e nos grandes troços rodoviários (...)*” (Mateus, 2007, p.28), centrou a sua atividade no desenvolvimento da intervenção em meios urbanos e a sua extensão às capitais de distrito, às vias rodoviárias do País com maior densidade de tráfego e aos principais troços de ligação às fronteiras.

Criaram-se então diversos Postos de Ambulâncias do SNA, dotados de ambulâncias com equipamento sanitário e de telecomunicações, que inicialmente foram entregues a corporações da PSP nas cidades principais como Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal, estendendo-se mais tarde, através de um acordo com o Serviço Nacional de Bombeiros (SNB), às corporações de Bombeiros das restantes zonas (Mateus, 2007).

Com a localização destes postos, o INEM procurou, que o tempo que mediasse entre o alerta e a chegada ao local da ocorrência não ultrapassasse, no máximo os 25 minutos.

Em 1978 com o intuito de alargar a cobertura a novas zonas do País, foi constituída uma rede de socorro a nível nacional, que além de contar com o pessoal e equipamento especializado, era também apoiado por uma rede de telecomunicações, conseguindo implementar para a rede de emergência, o número 115, que cobria todo o território nacional. Pretendia-se que houvesse uma boa gestão dos meios (ambulâncias) por forma a que as diferentes áreas nunca ficassem desguarnecidas de meios de socorro.

Por outro lado, para assegurar um serviço de qualidade, a nível a prestação de ações de socorro, era necessário dotar as respetivas equipas, com meios humanos devidamente formados e meios materiais adaptados (Mateus, 2007). Era assim necessário que todo o pessoal das tripulações das ambulâncias possuísse formação adequada. Foi a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), que através de um acordo estabelecido com a SNA, criou uma escola de socorrismo que assegurou a formação dos elementos que prestavam serviço nas ambulâncias, quer se tratasse de elementos da PSP, GNR, Bombeiros ou elementos da CVP (Mateus, 2007).

3. O Sistema Integrado de Emergência Medica

A Emergência Medica encontra-se organizada em Portugal através do Sistema Integrado de Emergência Medica (SIEM).

Foi em meados do ano de 1978, apos os primeiros estudos sobre a densidade de tráfego e sinistralidade nas principais vias, que se iniciou uma análise mais aprofundada sobre a integração do sistema de socorros com a rede hospitalar, de forma a criar um verdadeiro Sistema de Emergência Medica (Mateus, 2007).

Assim, não bastava possuir apenas um bom sistema de socorro prestado na fase pré-hospitalar, se não existisse uma correta articulação com os cuidados médicos de urgência efetuados no hospital. Esta articulação deveria proporcionar que o tratamento efetuado no hospital fosse uma sequência continua de ações iniciadas no pré-hospitalar, de forma a garantir que cada ação fosse preparatória da seguinte (Mateus, 2007).

Foram efetuados vários estudos com o objetivo de estruturar uma rede de prestação de socorro nacional, que atendesse os aspetos particulares da saúde inseridos na realidade portuguesa.

Deste modo, através do estudo e análise do Relatório da Comissão Interministerial de Estudos de Emergência Medica, elaborado em 1979, e das conclusões recolhidas nas Jornadas de Emergência Medica realizadas em Janeiro de 1980, o Governo constatou a necessidade de ser implementado em Portugal, um Sistema Integrado de Emergência Medica.

Segundo Pereira (*cit. in* Mateus, 2007) a definição de SIEM e a sua abrangência, torna-se mais evidente se atendermos ao significado das palavras que o compõem. **Sistema** quer dizer um conjunto de partes coordenadas entre si e que concorrem para um mesmo fim. **Integrado** significa que se completou, que faz parte de, e **emergência** pode definir-se como aquilo que ocorre subitamente e de forma inesperada.

Pode ser definido como o *“conjunto de ações necessárias a tornar possível uma coordenação harmoniosa e global de um Sistema de Emergência Médica por forma que a nível de uma Região de Emergência ou do País se possa fazer face à totalidade de situações de emergência”* (Pinto [et al]; 2012, p.82).

É então um conjunto de meios e ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com intervenção ativa dos vários componentes de uma comunidade (pluridisciplinar), programados de modo a possibilitar uma ação rápida, eficaz e com economia de meios, em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes (INEM, 2013).

O SIEM é composto por um conjunto de entidades que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a PSP, a GNR, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde (INEM, 2012).

Para conseguir atingir este objetivo, foram criadas um conjunto de etapas, que fazem referência aos procedimentos a serem executados em emergência pré-hospitalar, sendo designada pelas fases: 1) deteção, 2) alerta, 3) pré-socorro, 4) socorro, 5) transporte e 6) tratamento em unidades de saúde (INEM, 2013).

Através da fundação deste sistema, foi possível promover uma atuação rápida, eficaz e com a necessária eficiência de gestão de meios em situação de emergência medica, contribuir no seu conjunto, para inegáveis ganhos em saúde.

3.1. Fundação do Gabinete de Emergência Medica

Foi em 1980, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/80 de 11 de Março, que foi criado o Gabinete de Emergência Medica (GEM), que atuaria na dependência do Ministério dos Assuntos Sociais.

A este GEM estavam reservadas algumas funções e atribuída a responsabilidade de:

- *“Propor no máximo de 180 dias, um projeto de órgão coordenador do Sistema Integrado de Emergência Medica;*
- *Instalar a título experimental e em área a definir o Sistema Integrado de Emergência Medica, coordenando em tais áreas as respetivas atividades dos vários setores intervenientes;*
- *Contribuir para a melhoria dos cuidados de urgência, propondo e apoiando as medidas que, a curto prazo, possam solucionar dificuldades atualmente existentes”* (Mateus, 2007, p.79).

O GEM também se propôs a desenvolver diferentes ações extraordinariamente importantes, nomeadamente a definição da estrutura orgânica do referido serviço e a definição das prioridades de atuação visando a melhoria das ações de socorro prestadas as vítimas (Mateus, 2007).

Segundo o autor supracitado, foram criadas as seguintes linhas de orientação:

- *“Equipar os diferentes serviços de urgência com equipamento material que permitisse fazer face as diferentes solicitações, a nível de emergência, bem como criar locais apropriados para a estabilização das vítimas;*
- *Criar condições para que existisse uma melhor e mais eficaz articulação entre os cuidados prestados no pré-hospitalar e as ações realizadas no hospital ” (Mateus, 2007, p.79).*

Só em 1980, foi realizado um trabalho conjunto com os membros do GEM, onde foram analisados os diversos serviços de urgência hospitalares e colhidas informações dos respetivos corpos clínicos no que se referia as condições de funcionamento dos serviços, para dotar o GEM de informações fundamentais ao planeamento de um sistema integrado e contínuo, desde a formação e pessoal, a implementação de programas de telecomunicações e transportes (Mateus, 2007).

3.2. A Implementação do Instituto Nacional de Emergência Médica

Do trabalho realizado pelo GEM criou-se em 1981, através do decreto de lei n.º 234/81 de 3 de Agosto, o **Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)** que tinha como finalidade, garantir o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no território continental.

Para isso, deu-se a extinção do Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) *“(…) como resultado da sua própria dinâmica, pois pela força das ações que desenvolveu, o SNA chegou a um momento que já não cabia dentro de si próprio” (Mateus, 2007, p.82)*, desde logo pela natureza das inúmeras atividades que efetuava, e pelo crescente número de meios e equipamentos envolvidos na prestação de primeiros socorros.

Para se atingirem os objetivos definidos era necessário, manter um diálogo permanente com o setor da saúde, a fim de se atingir um maior grau de eficiência. De fato, estas novas exigências obrigavam a um reajustamento, sobretudo a partir da altura em que se inicia a implementação do Sistema Integrado de Emergência Médica a nível nacional.

Assim, na elaboração do seu relatório, o GEM procurou definir os princípios gerais e linhas de atuação orientadoras, que visam a criação de diversos programas essenciais à implementação e desenvolvimento de um Sistema de Emergência Médica. Assim, analisando as diferentes características de um Sistema de Emergência Médica, verifica-se a importância capital da existência de programas de atuação, que determinem a atuação dos diversos intervenientes nas diferentes fases, bem como a progressão de todo o sistema (Mateus, 2007).

Foram então definidos diferentes programas visando a formação e pessoal, as telecomunicações, os acordos mútuos, as instalações hospitalares de urgência, o transporte de doentes, a formação e informação ao público, a avaliação do sistema e a investigação em emergência médica.

Estes oito programas funcionariam de uma forma autónoma, mas harmoniosa, com um objetivo comum, o da incorporação adequada do SIEM. Assim, a figura seguinte (Figura 1) esquematiza as diferentes fases e intervenientes na prestação de socorro que, quando devidamente consolidados e em harmonia com os diversos subsistemas e programas, constituem um verdadeiro SIEM.

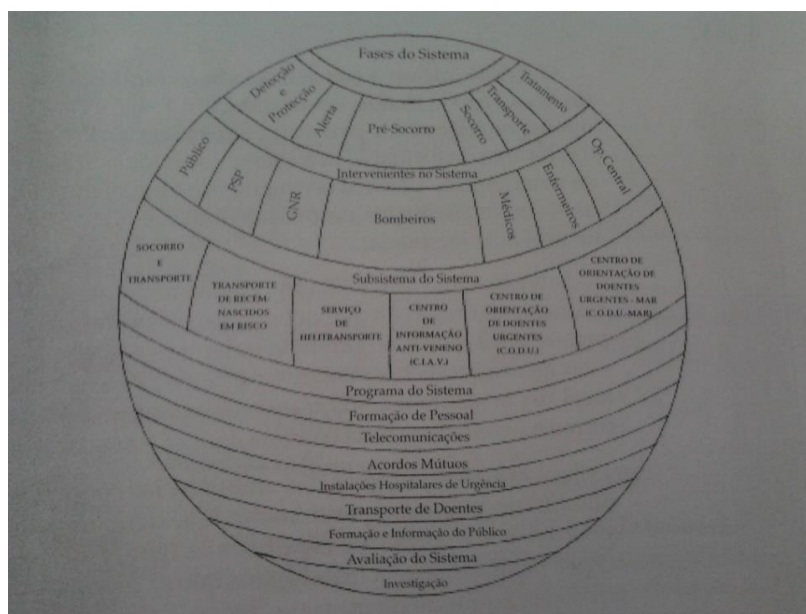


Figura 1 - Fases, intervenientes e programas do SIEM (figura adaptada de Gonçalves, 1985 cit. in MATEUS, 2007)

O INEM, tutelado pelo Ministério da Saúde (DL n.º234/81 de 3 de Agosto de 1984, p.1981), tem como objetivo “(...) *coordenar as actividades desenvolvidas, a nível regional, pelas varias instituições no âmbito do Sistema de Emergência Médica*”, de acordo com a implementação de regras, (DL n.º 326/91 de 31 de Agosto de 1991, p.4621), visando uma intervenção conjugada e eficiente, nomeadamente no que respeita à:

“(..) a) exploração das redes de telecomunicações no que à emergência médica se refere;

b) prestação e socorros no local da ocorrência e transporte assistido das vítimas para o hospital adequado;

c) recepção hospitalar e tratamento urgente das vítimas, segundo normas e técnicas tanto quanto possível normalizadas;

d) articulação entre vários estabelecimentos e serviços de saúde, com vista a promover a prevenção e actuação no âmbito da emergência médica.”

Ao INEM ainda competia promover o SIEM que possui um caracter pluridisciplinar e define-se como “*o conjunto de ações extra-hospitalares, hospitalares e intra-hospitalares, englobando a intervenção ativa, dinâmica e coordenada dos vários componentes da comunidade de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios*” (DL n.º 167/2003 de 29 Julho, p.4392).

Assim, cabe ao SIEM responder às necessidades sentidas em situações de doença súbita, acidentes e catástrofes e nas quais a demora de medidas adequadas, diagnóstico da situação, socorro efetuado e transporte atempado para a unidade de saúde adequada, podem acarretar graves riscos ou prejuízo ao doente.

Mateus (2007) refere que foi desde a implementação do INEM que o SIEM, tem vindo a sofrer algumas alterações, nomeadamente um maior dinamismo na área da formação dos diversos intervenientes, a criação de mais centros de formação, aumento do número de Postos de Emergência Médica em todo o território nacional e, conseqüente, aumento da frota de viaturas de socorro.

3.2.1. Os Subsistemas do SIEM

Para o desenvolvimento e crescimento do SIEM foi essencial a implementação de uma rede de atuação, através da criação de subsistemas, cujo objetivo era a prestação de socorro com características específicas (Mateus, 2007).

Os subsistemas criados são uma evolução natural do SIEM: 1) Centro de Informação Antivenenos (CIAV); 2) Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco; 3) O Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU); 4) O Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar); 5) Serviço de Helitransporte.

- **Centro de Informação Antivenenos (CIAV)**

Criado em 16 de Junho de 1982 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) teve a sua origem no SOS – Centro Informativo de Intoxicações, serviço privado fundado em 1963 pelo médico Filipe Vaz, o qual mais tarde viria a ceder toda a documentação deste Centro ao INEM (INEM, 2019).

O CIAV corresponde a um centro médico de informação toxicológica, onde são prestados esclarecimentos a situações de intoxicações agudas ou crónicas, o seu diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica aconselhadas e prognóstico resultantes da exposição a um agente tóxico de origem humana ou animal. São ainda prestados esclarecimentos sobre efeitos tóxicos e secundários de diferentes medicamentos, picadas de animais, substâncias cancerígenas, mutagénicas e teratogénicas (Mateus, 2007).

- **Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco**

O INEM consciente da situação e da necessidade sentida na área do socorro a recém-nascidos e preenchendo mais uma lacuna específica no socorro, tornou “(...) *possível uma acção tendente a minorar a situação grave, vivida na primeira semana, por muitos recém-nascidos.*” (Mateus, 2007, p.89)

Assim, em 1987 foi criado um novo subsistema, o Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, que possibilitou a prestação de cuidados de emergência a recém-nascidos de alto risco e prematuros. Tem como principal objetivo, “*garantir o transporte destes doentes para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de diferentes unidades hospitalares e a assistência adequada (...)*” (Mateus, 2007, p.89).

- **Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)**

Criados em 1987 os CODU's têm como principal objetivo e num mais curto espaço de tempo, avaliar os diferentes pedidos de socorro determinando, através de protocolos de atuação, os recursos humanos e materiais a enviar para o local. Este centro gere uma vasta rede de meios de socorro (ambulâncias, viaturas médicas de emergência e reanimação, helicópteros e motas), assegurando uma criteriosa seleção e mobilização dos meios a enviar (Mateus, 2007).

Segundo a autora supracitada, compete às Centrais de Emergência Médica, definir a unidade hospitalar de acolhimento, mediante critérios geográficos e de recursos existentes na unidade de saúde, necessários para fazer face à situação. O CODU assegura ainda, o acompanhamento permanente das equipas a operar no terreno, efetuando sempre que necessário, de acordo com as informações clínicas recebidas via rádio, o contacto prévio com a unidade hospitalar que irá receber o doente. Cada CODU, possui um vasto conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática, que lhe permitem coordenar de forma rápida e eficaz os meios humanos e recursos técnicos ao seu dispor (Mateus, 2007).

O INEM tem 4 CODU's em funcionamento: Porto, Coimbra, Lisboa e Faro (INEM, 2019).

Assim, pode-se dizer que compete ao CODU efetuar a triagem e avaliação dos pedidos de socorro efetuados através do número 112; o envio de meios de socorro adequados, o acompanhamento das equipas de socorro no terreno e o contacto com as unidades de saúde (INEM, 1998).

- **Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar)**

Dadas às características peculiares de Portugal, com uma vasta costa marítima e uma elevada taxa de população dedicada ao sector primário das pescas, sem hipótese de socorro imediato em caso de acidente ou doença súbita, levou à criação de um novo subsistema: o CODU-Mar.

Este subsistema presta apoio a todo o tipo de embarcações nacionais e estrangeiras, que se encontrem na área de influência do território português ou que contactem este subsistema. É efetuada a triagem telefónica, aconselhamento médico a situações de

emergência e, fornecendo as indicações sobre cuidados a prestar, terapêutica a administrar etc. (Mateus, 2007).

3.2.2. Os Meios Disponíveis no INEM

Concluída a triagem, é então definido o tipo de socorro a ativar e em caso de emergência, o CODU aciona os meios para o local, preocupando-se com a adequada gestão para que não faltem onde realmente são necessários. É importante definir o meio de socorro, mais adequado a enviar para o local, tendo em linha de conta não só o tempo de deslocação, mas, mais importante tendo sempre presente que a cada meio de socorro corresponde uma equipa de profissionais específica (Mateus, 2007).

Os meios disponibilizados pelo INEM são: (1) Ambulâncias de Socorro; (2) Viatura Médica de Emergência e de Reanimação (VMER); (3) Helicópteros de Emergência Médica (SHEM); (4) Mota de Emergência; (5) Posto Médico Avançado.

- **Ambulâncias de Socorro**

As ambulâncias de socorro coordenadas pelos CODU estão localizadas em vários pontos do país, associadas às diversas delegações do INEM, estão também sediadas em corpos de bombeiros ou em delegações da Cruz Vermelha Portuguesa (INEM, 2013).

Uma ambulância de socorro não é mais do que um veículo “(...) *identificado como tal que garanta o suporte básico de vida destinado ao transporte de um doente, (...), podendo ser medicalizável se dotada de equipamento e meios humanos capazes de garantir o suporte avançado de vida*” (Portaria n.º 439/93 de 27 de Abril, 1993, p.2078).

A sua carga e equipamento têm vindo a ser alterada encontrando-se atualmente regulamentada pela Portaria n.º 1147/2001 de 28 de Setembro.

- **Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação “(...) *é um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local*

onde se encontra o doente” (INEM, 2013, p.7), atuando na dependência direta dos CODU’s.

Esta viatura está dotada de meios humanos e materiais altamente sofisticados, permitindo a aplicação de manobras de SAV, assegurando um socorro especializado, a estabilização da vítima e o acompanhamento médico durante o transporte até à unidade hospitalar adequada. Corresponde a um meio que pode ocorrer diretamente a situações de extrema urgência no domicílio, via pública ou efetuar um sistema de “*Rendez-Vous*” com a ambulância proporcionando, sempre que a situação assim o exigisse, o acompanhamento médico do doente em ambulâncias de socorro do INEM (Mateus, 2007).

Foi através da criação deste veículo de socorro, que foi possível melhorar o atendimento à população, manifestada numa assistência médica no local da ocorrência, aliada a uma elevada economia de tempo, marcada pela brevidade da chegada desse apoio especializado.

Foi desde 1991, que têm vindo a ser criadas as VMER, não com base no CODU, mas sim com base no Hospital, cuja tripulação é constituída por médicos e enfermeiros desse hospital, oriundos de vários serviços.

✓ Os Profissionais de Saúde Participantes da VMER

O SIEM conta com a participação de inúmeros profissionais com tarefas e competências diversas, adaptadas à crescente profissionalização nos mais diversos meios de atuação disponibilizados. Analisando os grupos profissionais que tripulam a VMER podemos constatar que são médicos e enfermeiros.

O **Médico** da VMER assume sempre a chefia da equipa, sendo “(...) o *elemento responsável, pela prestação dos cuidados de Emergência Médica, nas ocorrências para as quais é accionado*” (Mateus, 2007, p.92).

É a este profissional que compete efetuar a triagem da(s) vítima(s) instituindo as medidas terapêutica adequadas à estabilização, utilizando os protocolos de atuação médica, em vigor. Este ainda é responsável por transmitir ao CODU todas as informações referentes ao diagnóstico da vítima(s), bem como a sua atuação, e assegura que estão garantidas todas as condições ao transporte da vítima, promovendo o acompanhamento médico,

sempre que julgue necessário, até à unidade de saúde indicada pelo CODU (Mateus, 2007).

No terreno ainda é responsável por orientar e coordenar a atuação da equipa, devendo ter em conta a formação contínua e a importância da humanização do socorro.

O **Enfermeiro** “(...) é o elemento da tripulação da VMER, responsável pela condução da viatura, colaborando na aplicação das Técnicas de Emergência Médica” (Mateus, 2007, p.92).

Segundo o Diário da Republica (n.º 45/2005 de 19 de Outubro, p.5067) o conteúdo funcional da carreira de Enfermagem passa pela atuação “(...) ao nível do sistema de socorro pré-hospitalar na vertente medicalizado; referenciação e transporte de doente urgente / emergente (...); participar em planos de emergência e actuar em situações de exceção/catástrofe, bem como em missões humanitárias (...) prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.”

Assim, o Enfermeiro da VMER atua em equipa com o médico, com as tripulações das ambulâncias com quem efetuam “*Rendez-Vous*” e com a equipa do helicóptero, sempre que este é chamado a intervir.

✓ **A Formação dos Profissionais de Saúde da VMER**

A prestação de socorro às vítimas no local do acidente e o seu transporte para o hospital requer por parte de quem presta o socorro um nível elevado e atualizado de conhecimentos. Assim, de forma a assegurar um serviço de qualidade a nível da prestação de ações de socorro, é necessário preparar as respetivas equipas proporcionando-lhes uma formação adequada.

As VMER são na maioria tripuladas por um médico e um enfermeiro. Para desempenhar funções nesta viatura é necessário, antes de mais, possuir a Licenciatura em Medicina e de Enfermagem. A formação específica destas equipas tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos, pelo que a mais recente reformulação decorreu no ano de 2006. Os Cursos de VMER mantêm as mesmas designações, Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Médicos e Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Enfermeiros, passando ambos a ter conteúdos programáticos semelhantes, assim como a mesma carga horária, 112 horas. (Mateus, 2007)

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

Figura 2 - Formação VMER (Mateus, 2007)

- **Ambulância de Suporte Imediato de Vida**

As ambulâncias de suporte imediato de vida (SIV) do INEM constituem um meio de socorro em que, além do descrito para as SBV, há possibilidade de administração de fármacos e realização de atos terapêuticos invasivos, mediante protocolos aplicados sob supervisão médica. São tripuladas por um TAE e um Enfermeiro do INEM, devidamente habilitados. Atuam na dependência direta dos CODU, e estão localizadas em unidades de saúde. (INEM, 2013)

- **Helicópteros de Emergência Médica (SHEM)**

O Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) foi criado pelo INEM em 1997, consistindo em aeronaves utilizadas no transporte de doentes graves entre unidades de saúde ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde. Estão equipados com material de SAV, sendo a tripulação composta por um médico, um enfermeiro e dois pilotos. (INEM, 2013)

Segundo Mateus (2007) os helicópteros efetuam essencialmente transportes secundários, isto é, são utilizados para efetuar o transporte de doentes graves entre unidades hospitalares (quando estas por qualquer motivo não conseguem dar resposta à situação

clínica do doente e necessitam de o transferir, de forma rápida e segura para uma unidade de referência adequada).

Estas aeronaves podem ainda efetuar o transporte primário, entre o local da ocorrência e a unidade de saúde, embora esta situação não tenha ocorrido com frequência, pois são necessárias condições específicas e formas de atuação muito concretas, para que as aeronaves possam sobrevoar ou aterrar em locais públicos, com total segurança para os seus tripulantes e os transeuntes.

- **Mota de Emergência**

As Motas de Emergência, surgem em 2004 com a finalidade de dar resposta a situações de emergência em grandes cidades.

Estas são tripuladas por um TAE e graças à sua agilidade no meio do trânsito citadino, permitem a chegada mais rápida do primeiro socorro junto de quem dele necessita. Reside aqui a sua principal vantagem relativamente aos meios de socorro tradicionais. (INEM, 2013)

Naturalmente limitada em termos de material a deslocar, a carga da moto inclui DAE, oxigénio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar entre outros. Tudo isto permite ao TAE a adoção das medidas iniciais, necessárias à estabilização da vítima até que estejam reunidas as condições ideais para o seu eventual transporte. (INEM, 2013)

- **Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência**

As Unidades Móveis de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) são acionadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM para o local das ocorrências onde seja considerada necessária a sua intervenção, como é o caso da assistência a vítimas de sinistros ou a seus familiares e amigos, apoio na gestão destas ocorrências, nomeadamente, o apoio no início do processo de luto na sequência de morte inesperada e/ou traumática, situações de risco iminente de suicídio, emergências psiquiátricas que impliquem risco de vida para o próprio ou para outros e intervenção com vítimas de abuso/violação sexual. (INEM, 2013)

As UMIPE são ainda integradas nos dispositivos de resposta do INEM a situações de exceção, nomeadamente, incêndios, inundações, explosões, catástrofes naturais e humanas, entre outras.

- **Posto Médico Avançado**

O Posto Médico Avançado foi criado em 2004, constituindo outro meio para a prestação de socorro às vítimas.

Corresponde a uma tenda insuflável, com a capacidade de se instalarem diversos equipamentos de suporte básico e avançado de vida, bem como diverso material de proteção individual, fatos e dispositivos de mediação radiológica. (INEM, 2013)

4. A VÍTIMA POLITRAUMATIZADA EM PORTUGAL

Assistir a vítima de trauma é uma necessidade humana muito antiga. Desde os tempos remotos, o homem defronta-se com guerras e catástrofes que provocam múltiplas lesões traumáticas e percebe o desafio de possibilitar às vítimas tratamentos adequados à sua recuperação.

O trauma é uma expressão muito antiga, no entanto o seu uso na atualidade reflete as mudanças no seu conteúdo semântico. A palavra “*trauma*” no contexto de saúde, admite vários significados, todos eles vinculados a acontecimentos não previstos e indesejáveis, que a depender do tipo de violência, atingem indivíduos neles envolvidos, produzindo-lhes alguma forma de lesão / dano / ferida / alteração de diferentes tipos e ordens. A palavra “trauma” vem do grego (plural: traumatos, trauma) cujo significado é ferida (Tambellini e Osanai, 2001).

O trauma pode ser definido como uma entidade caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo, induzido pela troca de energia (mecânica, térmica, elétrica, química ou radiante) entre os tecidos e o meio (Espinoza, 2011 e Padovani, [et al], 2014).

Do conceito de trauma deriva a denominação de politraumatizado, como qualquer paciente que apresente duas ou mais lesões traumáticas graves, sejam elas periféricas, viscerais ou complexas ou algum outro associado, que envolva disfunção respiratória ou circulatória e coloque a vida em risco (Martinez, 2013).

O aumento da densidade populacional em áreas de inundações, terremotos, furacões e tornados, a presença de complexos industriais fixos dentro das cidades, o transporte de materiais tóxicos ou perigosos por estradas, a possibilidade de acidentes ou terrorismo com energia nuclear ou agentes biológicos, entre outros, aumentou o risco potencial de trauma e a capacidade de produzir lesões. A existência de veículos mais leves e velozes, aliada ao uso liberal de álcool e drogas contribuíram para o aumento da gravidade das lesões associadas ao trauma (Bellolio [et al], 2008).

Todos os dias, 16.000 pessoas morrem através do trauma (Bellolio [et al], 2008) e mais de 20 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo. (Flores, 2012). É uma das mais importantes causas de mortalidade, morbidade e incapacidade a longo prazo na população adulta jovem mundial (primeiras quatro décadas de vida). Segundo dados da

Organização Mundial da Saúde (OMS), 5,8 milhões de pessoas morrem por trauma no mundo, cerca de 32% a mais que a soma das mortes por malária, Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e tuberculose (Padovani [et al], 2014).

A nível Europeu, o trauma também é a primeira causa de morte até aos 44 anos e Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade. Em Portugal, os acidentes de viação são a principal causa de trauma, seguindo-se os acidentes de trabalho, violência interpessoal e tentativas de suicídio (Gomes [et al], 2011; Sousa [et al], 2011).

Segundo dados recentes da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR) referentes ao primeiro semestre de 2019, os números totais de acidentes de viação rondam os 50092 acidentes. Este número inclui 212 mortos, 907 feridos graves e 17818 feridos ligeiros (ANSR, 2019).

A morte por trauma apresenta uma distribuição *tri-modal*, quando avaliada em função do tempo, após o início da lesão. A **morte imediata (50%)**, ocorre na primeira hora, provocada, quase sempre, por lesões irreversíveis do cérebro, do tronco cerebral, do coração e/ou dos grandes vasos. A **morte precoce (30%)**, ocorre nas primeiras 4 a 8 horas, geralmente causada por hemorragia interna, a nível torácico, abdominal, pélvico, músculo-esquelético e/ou sistema nervoso central. Segundo alguns autores, são situações potencialmente evitáveis, à luz dos conhecimentos e recursos existentes. Por fim, a **morte tardia (20%)**, ocorre dias ou semanas após a lesão inicial, resultante de infeções, complicações cirúrgicas e/ou falência multiorgânica. São situações potencialmente evitáveis perante uma abordagem clínica adequada, em tempo útil, prevenindo a lesão secundária (Massada [et al], 2009).

Apesar dos índices de mortalidade ainda serem elevados, os números da mortalidade imediata tem regredido nos últimos anos. Isto está relacionado com uma melhoria na qualidade e rapidez do atendimento pré-hospitalar e com a evolução dos protocolos que sistematizam o atendimento inicial ao paciente politraumatizado. Atualmente, vítimas em condição de extrema gravidade podem ser recuperadas no local do acidente, para depois, então serem orientados para as respetivas unidades hospitalares (Sgarbi [et al], 2006).

Assim, a criação de equipas de emergência que respondem imediatamente a solicitação para a reanimação e estabilização das vítimas, são de extrema importância no atendimento pré-hospitalar em trauma. Isto porque o índice de sobrevivência e o grau de invalidez dos

politraumatizados são determinados pela capacidade do poder de decisão e experiência de quem presta o primeiro atendimento.

Assim, pode-se concluir, que a fase da reanimação é a chave para o prognóstico clínico do doente. Durante este período, são identificadas e tratadas as lesões que colocam o doente em risco de vida, o sistema respiratório e cardiovascular é estabilizado e é efetuado um “inventário” conciso das lesões sofridas, para a elaboração de um plano terapêutico de curto, médio e longo prazo. Estas podem ser corrigidas de imediato ou a curto prazo (<24 horas), eventualmente em segundo tempo, quando colocarem em risco a recuperação de outras (Massada [et al], 2009).

O sucesso da fase de reanimação e do resultado do tratamento está dependente de uma avaliação clínica sistematizada e bem estruturada, bem como do nível de perícia técnica e científica exercida.

4.1. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA DA VÍTIMA POLITRAUMATIZADA

O Advanced Trauma Life Support (ATLS) do *American College of Surgeons* e o Trauma Nurses Core Course da *Emergency Nurses Association* referem que a avaliação inicial é dividida em duas fases, a avaliação primária e secundária. Ambas as fases podem ser concluídas dentro de breves minutos, a menos que sejam necessárias medidas de ressuscitação (ATLS, 2018; TNCC, 2014).

Segundo Massada *et al* (2009) a avaliação inicial e a reanimação no paciente politraumatizado, necessitam de ser iniciadas logo após a lesão. A sobrevivência depende do restabelecimento da oxigenação tecidual e este fato impõem limites temporais muito curtos.

A avaliação inicial (ou primária) centra-se na identificação e resolução das causas que podem produzir uma morte imediata: uma via aérea obstruída, inadequada oxigenação ou ventilação, hemorragia ativa, etc. (Esparragón e Díaz, 2017).

Durante a avaliação inicial do paciente politraumatizado o tempo é essencial. O conceito de “*hora de ouro*” expressa a necessidade de um tratamento precoce e enérgico, que mantenha o paciente vivo e nas melhores condições.

O atendimento inicial das vítimas de trauma obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo *American College of Surgeons*, resultando esta de uma adaptação da sequência “ABC” da *American Heart Association*, sendo padronizado de acordo com as lesões de maior mortalidade:

- “A” – Via Aérea com Imobilização da Coluna Cervical;
- “B” – Ventilação e Oxigenação;
- “C” - Circulação (suporte cardiovascular), com controlo da Hemorragia
- “D” – Disfunção Neurológica;
- “E” – Exposição (avaliação do hábito externo), evitando a hipotermia.

Este período de cuidados clínicos exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada de uma forma horizontal, isto é, em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas nessa sequência de intervenção, possibilitando uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas (Massada [et al], 2009).

De salientar que a limitação a uma equipa de dois elementos, médico e enfermeiro, não inviabiliza um atendimento eficaz, como é prova a inegável qualidade das equipas pré-hospitalares com um mínimo de recursos (vulgo equipas de INEM). Esta metodologia, é reproduzível para áreas de menores recursos, desde que se mantenha os níveis científicos mínimos exigíveis (formação e treino).

A abordagem inicial da pessoa politraumatizada deve ser efetuada em qualquer nível de cuidados. Mais do que recursos existentes, a abordagem inicial está dependente da organização e da estruturação do atendimento. A abordagem “ABCDE” do *American College of Surgeons* é a metodologia universalmente aceite e recomendada no nosso país (Massada [et al]; 2009).

Segundo Esparragón e Díaz (2017) a reavaliação deve ser constante, antes que a pessoa apresente qualquer alteração do estado clínico, começando de novo pelo A (via aérea), B (ventilação), C (circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição).

A avaliação primária e o processo de reanimação têm início no local do acidente, onde são feitas a triagem e a decisão de transferência e transporte. Segundo Massada *et al* (2009, p.123) são prioridades nesta fase:

- *“Avaliar e controlar a via aérea, com estabilização e imobilização total da coluna e suplemento de oxigénio.*
- *Avaliar e controlar a respiração, entubando traquealmente e ventilando, se necessário.*
- *Avaliar e controlar a função cardiovascular, parando hemorragia externa, iniciando fluidoterapia sem compromisso temporal.*
- *Tratar “D” controlando o “ABC”.*
- *Impedir a hipotermia;*
- *Atuar rapidamente no local do acidente.*
- *Triar e transportar rapidamente para o Centro de Trauma com melhores recursos para tratar os tipos de lesões encontradas.*
- *Administrar fluidoterapia com cuidado (o bastante para manter pressão arterial sistólica de 80-100mmHg).*
- *Obter informações relativas ao mecanismo de lesão e comorbidades.*
- *Registar dados, incluindo mecanismo de lesão, sinais vitais e procedimento.”*

Segundo Massada *et al* (2009) e o TNCC (2014) o atendimento do paciente politraumatizado requer uma abordagem por prioridades, avaliando passo a passo as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, seguindo sempre a premissa de “*problema encontrado = problema resolvido*”. O objetivo passa pela pesquisa das situações que se associam a risco de vida imediato.

De salientar que, antes de começar a avaliação inicial (primária) toda a equipa médica em contacto com o paciente deverá utilizar o equipamento de proteção individual de forma a proteger-se contra possíveis doenças transmissíveis (Esparragón e Díaz, 2017).

A – Via aérea com imobilização da coluna cervical

A avaliação da via aérea consiste numa observação rápida com a devida correção dos sinais clínicos de compromisso.

Perante uma vítima politraumatizada, a avaliação da via aérea deve ser efetuada mantendo o alinhamento e a imobilização da coluna cervical, uma vez que a movimentação excessiva da coluna cervical poderá converter uma fratura simples sem lesão neurológica, numa fratura / luxação com lesão neurológica irreversível (TNCC, 2014).

Assim, deve-se proceder à abertura e inspeção da via aérea do doente, para identificar sinais de obstrução parcial ou total que possam ameaçar a permeabilidade da mesma. Segundo Massada *et al* (2009) e TNCC (2014) deve-se observar:

- Apneia;
- Estridor;
- Rouquidão;
- Ressonar (relaxamento da língua e do palato mole);
- Secreções, sangue ou vómito;
- Instabilidade do maciço facial;
- Trauma da face;
- Queimaduras da face e do pescoço;
- Expetoração carbonácea.
- Edema.

Segundo Rodrigues *et al* (2017) no atendimento pré-hospitalar, 66-85% das mortes evitáveis ocorrem por obstrução da via aérea.

Se forem identificadas quaisquer lesões ou circunstâncias com risco de vida, implementar as seguintes intervenções (Flores, 2012; Massada *et al*; 2009; Nunes [et al]; 2009):

- Assegurar a permeabilidade da via aérea com imobilização da cervical. Na vítima inconsciente efetuar a subluxação da mandíbula ou a elevação ou protusão do mento.
- Aspiração da orofaringe, extração de próteses dentárias e/ou corpos estranhos.
- Uso de tubos orofaríngeos (tubos de Guedel ou de Mayo), tendo em atenção que podem ser fator de estimulação e vômito em doentes que apresentem reflexo laríngeo.
- Administração de Oxigénio (mascara de alto débito).
- Ventilação manual com máscara e insuflador manual.
- Alinhamento anatómico e imobilização da coluna cervical com colar cervical e estabilizadores de cabeça, sem não antes proceder ao exame do pescoço, tendo em atenção às lesões abertas e ou fechadas, como também as estruturas anatómicas.
- Se houver necessidade, intubação endotraqueal (tabela 1). Esta pode ser efetuada sem colar, mas exige sempre imobilização manual da cabeça e pescoço por outro elemento da equipa de trauma. Devemos considerar todas as vítimas como tendo o estômago cheio, principalmente quando etilizadas ou com lesões toraco-abdominais, pelo que a intubação deve ser precedida pela manobra de Sellick (pressão na cartilagem cricoideia) com o objetivo de minimizar a insuflação gástrica, reduzindo simultaneamente o risco de vômito. A pressão deve ser mantida enquanto não for insuflado o cuff. Na presença de suspeita de TCE a intubação deve ser orotraqueal, pois pode haver fratura da base do crânio, originando falsos trajetos ficando o tubo em posição intracraniana.
- Outras alternativas disponíveis para a abordagem invasiva da via aérea são os dispositivos supraglóticos como o combitube (ainda que pouco empregado), máscara laríngea (fastrach, proseal, flexible, c-trach), tubo laríngeo, easy-tube, entre outros.
- Cricotiroidotomia (via aérea cirúrgica temporária)

Indicação para a intubação endotraqueal:

- Apneia
- Escala de Coma de Glasgow <9
- Lesão das vias aéreas superiores que ofereça perigo à ventilação;
- Risco elevado de aspiração
- Traumatismo instável da face, em particular em doente com depressão do estado de consciência;
- Atividade comicial persistente;
- Agitação de difícil controlo em doente com suspeita de fratura da coluna;
- Vollet Torácico com esforço respiratório importante;
- Incapacidade de manter a permeabilidade da via aérea ou oxigenação;
- FR>30 c/min, volume corrente baixo, utilização dos músculos acessórios;
- Hipóxia sustentada (SpO₂>92%);
- Choque sustentado (PAs<75mmHg), apesar de manobras de reanimação;
- Lesão cervical alta com tetraplegia;
- Queimaduras de 2.º e 3.º grau da face, pescoço ou de inalação.

Tabela 1 - Critérios de entubação endotraqueal (Nunes [et al]; 2009 e Massada [et al]; 2009)

- Em casos especiais, e sobretudo com o paciente consciente, colaborante e normovolémico, também pode ser utilizado o fibrobroncoscópio.
- Entubação endogastrica com o objetivo de drenar conteúdo gástrico e prevenção de aspiração de vômito. Deve ser sempre oro-gástrica quando TCE presente.
- É recomendado experiência na prescrição e manipulação de fármacos anestésicos e relaxantes neuromusculares de ação rápida.

B – Ventilação

Segundo Massada *et al* (2009) a avaliação da ventilação ocorre após a avaliação e o controlo da via aérea.

Deverá ser feita a pesquisa de ventilação: **Ver**, **Ouvir** e **Sentir** (VOS), durante 10 segundos. Este passo consiste especificamente em:

- **VER** o tórax e abdómen a expandir,
- **OUVIR** ruídos respiratórios,
- **SENTIR** o ar expirado do doente na face (Nunes [et al], 2009).

Assegurada a permeabilidade da via aérea e estando o nosso doente a ventilar, enriquece-se o ar inspirado com recurso a máscara de Hudson (alta concentração) a um débito de 15 litros por minuto, se não tiver sido fornecido na avaliação da via aérea (Nunes [et al], 2009).

Segundo Massada *et al* (2009) é considerado essencial a todos os níveis e para todos os profissionais de saúde:

- Reconhecimento dos sinais clínicos de insuficiência respiratória (ventilação inadequada):
 - Cianose;
 - Adejo nasal;
 - Respiração paradoxal (Vollet torácico);
 - Sons respiratórios ausentes ou diminuídos bilateralmente.

- Conhecimento de situações que dificultam a ventilação (se nessa primeira avaliação a vítima apresentar notória dificuldade respiratória ou se ventila artificialmente ocorrem pressões de ventilação altas, mantendo-se valores de saturação baixos):
 - Pneumotórax;
 - Enfisema subcutâneo, cervical e torácico;
 - Pneumotórax Hipertensivo;
 - Hemotórax;
 - Contusão Pulmonar;
 - Vollet Torácico.

- Conhecimento de manobras simples para correção de alterações na ventilação:
 - Toracostomia, com agulha em pneumotórax hipertensivo (e colocação posterior de dreno);
 - Toracostomia, com dreno pleural para drenagem de hémo -pneumotórax (com posterior controlo imagiológico).

- Experiência em manobras avançadas de ventilação (ventilação mecânica). São critérios para suporte ventilatório:
 - Respiração espontânea ineficaz;
 - Controlo de PaO₂ e do PaCO₂ nos doentes com TCE;
 - Necessidade de sedação e paralisção;
 - Insuficiência respiratória com ratio PaO₂/ FiO₂ <200;

- Choque sustentado, com acidose.

Se persistir a hipoxemia, num doente com trauma e ventilado com uma FiO₂ a 100%, deve-se colocar as seguintes hipóteses:

- Contusão pulmonar;
- Hemotórax;
- Pneumotórax;
- Baixo Débito (shunt intrapulmonar);
- ARDS (raro na fase imediata pós-trauma);
- Mau posicionamento do tubo endotraqueal.

Para o diagnóstico, é imprescindível realizar uma avaliação seriada do doente e integrar dados obtidos pela **inspeção** (feridas, hematomas, assimetrias, frequência, amplitude e ritmicidade ventilatória), **palpação** de arcos costais, esterno e clavículas (crepitação óssea, enfisema subcutâneo, dor), **auscultação** (murmúrio simétrico e bilateral a nível dos ápices e bases), **percussão** (quando houver suspeita de pneumotórax ou hemotórax) (Nunes [et al], 2009).

C – Circulação com controlo da hemorragia

A avaliação do comprometimento ou falência do sistema circulatório é a próxima etapa no cuidado com o doente traumatizado (McSwain [et al], 2001).

Para Massada *et al* (2009) o objetivo da reanimação não é atingir uma pressão arterial normal, mas sim atingir uma oxigenação adequada a nível celular. Um doente pode estar hemodinamicamente estabilizado à custa de uma vasoconstrição. Contudo, tal não garante o transporte de oxigénio para as necessidades energéticas celulares.

Portanto, a avaliação do doente em choque é considerada essencial a todos os níveis e para todos os profissionais de saúde.

Neste ponto, os profissionais de saúde deverão pesquisar pulso (frequência, amplitude e ritmo), observar hemorragias externas e detetar hemorragias internas (abdómen, sínfise púbica e ossos longos) e sinais evidentes de choque.

Deverá haver um reconhecimento precoce dos sinais clínicos de choque hipovolêmico, mediante a avaliação:

- **Pulso:** valorizar a taquicardia como sinal precoce de hipovolemia;
- **Temperatura e coloração da pele:** hipotermia, sudorese e palidez;
- **Re-preenchimento capilar:** retardado ou >2 segundos;
- **Pressão arterial:** inicialmente estará normotenso, ocorrendo hipotensão numa fase mais tardia através da diminuição do diferencial entre a pressão arterial sistólica e a diastólica;
- **Estado de consciência:** agitação, letargia e confusão como sinal de hipovolemia (diminuição da perfusão cerebral);
- **Inspeção** (feridas, hematomas, distensão), **palpação** (mole, depressível, sem defesa), **auscultação** (ruídos peristálticos) e **percussão** (macicez e timpanismo) abdominal.
- **Palpação da sínfise púbica e dos ossos longos:** sinais de fratura;
- **Diminuição do Débito Urinário;**
- **Acidose metabólica;**
- **Lactatos Séricos elevados** (marcador sérico de evolução hemodinâmica) (ATLS, 2012; Massada [et al], 2009; Nunes [et al], 2009).

Os profissionais de saúde deverão também ter conhecimento de situações que podem condicionar grandes hemorragias:

- Lesões do escalpe, particularmente nas crianças;
- Hemotórax;
- Lesões de grandes vasos intratorácicos;
- Lesões de órgãos maciços intra-abdominais;
- Fratura da bacia;
- Fratura de ossos longos;
- Lesão músculo-esquelética, com lesão vascular periférica;
- Queimaduras de 2.º e 3.º graus (Massada [et al]; 2009).

Além disso, segundo Massada *et al* (2009) deverão ser utilizados racionalmente meios simples de diagnóstico:

- Monitorização clínica;

- Oximetria de Pulso;
- Frequência cardíaca;
- Pressão Arterial;
- Gases do sangue e lactato sérico;
- Temperatura;
- Débito Urinário;
- Ecografia FAST;
- Radiografia do tórax;
- Radiografia da bacia;
- Ecografia toraco-abdominal;
- Ecografia peritoneal diagnosticada.

No trauma, a causa mais comum de choque é o hemorrágico; porém outras causas menos frequentes podem existir ou mesmo coexistir – choque neurogénico (vertebro-medular), choque cardiogénico, choque obstrutivo (tamponamento cardíaco ou pneumotórax hipertensivo) e choque séptico (ATLS, 2012; Flores, 2012).

Para Massada *et al* (2009) a capacidade de tratar um choque neurogénico (hipotensão e bradicardia por bloqueio do sistema adrenérgico) implica o conhecimento e a experiência na utilização de fármacos vasoativos por acesso venoso central. A utilização de metilprednisolona tem sido recomendado nas situações de lesão medular fechado. A capacidade e a experiência de tratar o choque cardiogénico por tamponamento cardíaco implica o conhecimento e experiência da pericardiocentese. O choque séptico é uma complicação tardia frequente se não forem atendidas as medidas precoces de prevenção, reconhecimento e tratamento de infeção.

A atuação da equipa de saúde será de acordo com os achados clínicos e a monitorização, que deve ser contínua.

O controlo da hemorragia externa na fase inicial é com compressão direta, muitas vezes, suficiente para controlo transitório. Os garrotes só devem ser utilizados se o membro for impossível de salvar. Outros métodos podem ser úteis como adjuvantes:

- Sutura contínua e temporária de lacerações graves do escalpe, quando a compressão não é eficaz;
- Imobilização de fraturas;

- Imobilização da bacia com lençol (ou dispositivo adequado);
- Tamponamento nasofaríngeo com cateter Folley, no trauma da face ou fraturas da base do crânio (Massada [et al], 2009; Nunes [et al], 2009).

A estratégia de reposição da volémia, antes de se obter o controlo da hemorragia, continua a ser controversa. Tem havido bons resultados na fluidoterapia restritiva, com hipotensão permissiva, até ao controlo definitivo da hemorragia (menor hemodiluição e alterações na coagulação) e com a utilização de soluções salinas hipertónicas (menor volume com aumento da pressão arterial média, menor hemostasia cerebral e menor edema intersticial) (Massada [et al], 2009).

Para a reposição de volume são necessários bons acessos venosos. O traumatizado deve ter no mínimo 2 acessos de grande calibre (14G), nunca trabalhando em função de menos do que 16G. No caso de trauma torácico ou abdominal grave, um dos acessos deve ficar no membro superior e outro no membro inferior, para se aproveitar toda a circulação vascular de retorno (Flores, 2012; Nunes [et al], 2009).

Em situações de extrema gravidade, a abordagem da veia femoral pode ser extremamente útil com a colocação de um cateter de calibre 7,5 a 8,5F (Massada [et al]; 2009).

Devem ser colhidas amostras para estudos laboratoriais como o hemograma, bioquímica, estudo de coagulação, tipagem e grupo sanguíneo (Flores, 2012).

Regra geral, não utilizar soros glicosados no traumatizado, existindo apenas interesse destes na hipoglicemia. Por norma, os soros administrados num adulto politraumatizado não chegam para originar um edema pulmonar, mesmo em doentes cardíacos. A escolha entre cristaloides e coloides dependerá do grau de choque estabelecido, não estando provada qualquer diferença no prognóstico na utilização de um ou de outro. Avaliar a resposta após perfusão, através dos sinais vitais, nível de consciência e perfusão cutânea. Caso persistam as manifestações de hipovolemia ponderar glóbulos rubros ORh negativo ou tipados se possível (Nunes [et al], 2009).

Segundo Flores (2012) hoje em dia continua a haver controvérsia na gestão se sangue e derivados, especialmente quando iniciar a sua administração, se é indicado iniciar grandes volumes de cristaloides, ou se necessário iniciar infusão de coloides; sabendo que o aumento da pressão arterial tem como efeito secundário o aumento do sangramento. Existem, atualmente, medidas como a hipotensão permissiva, a cirurgia de controlo de

dados e/ou a ressuscitação hemostática com a administração de sangue, plasma e plaquetas numa proporção de 1:1:1, para aqueles pacientes que tiveram hemorragia maciça ou que se espera que vá sangrar excessivamente durante a cirurgia.

De salientar, que a hipotermia é uma complicação frequente do choque, acentuando alterações da coagulação, com acidose metabólica e a diminuição do débito cardíaco. Deve ser evitada, a todo o custo, com o aquecimento do ambiente, do doente e dos fluidos administrados (Massada [et al], 2009).

D – Disfunção Neurológica

O conceito mais importante, como prioridade neurológica, é a prevenção das lesões secundárias provocadas pela hipoxia e hipotensão (Massada [et al], 2009 e Berlanga [et al], 2007).

Nesta avaliação neurológica, deve-se avaliar o nível de consciência do paciente, o tamanho das pupilas e a sua reação, e os sinais de lateralização e o nível de lesão medular (ATLS, 2018).

Neste ponto, faz-se uma avaliação sumária do estado neurológico pedindo ao doente que cumpra ordens simples, do tipo apertar e largar a mão do observador e mexer os dedos dos pés, como também uma estimulação dolorosa a nível dos membros para a avaliação da lateralização da função motora e sensitiva (definindo graus de parésia e de plégia) (Nunes [et al], 2009).

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta utilizada para determinar o nível de consciência. É considerado um método simples e rápido para determinar a função cerebral e é preditivo da sobrevivência do paciente, especialmente a melhor resposta motora. Esta também prevê a função cerebral basal para avaliações neurológicas seriadas (ATLS, 2018; McSwain [et al], 2001).

Deve-se determinar o nível de consciência segundo a Escala de Coma de Glasgow (se ECG<8 deve-se ponderar a proteção da via aérea com entubação traqueal, visto que o doente não apresenta reflexos laríngeos). A escala AVDS é sensivelmente mais rápida de se avaliar do que a escala de coma de Glasgow, mas não consegue quantificar a

consciência do doente. Todos os doentes que apresentem nesta escala na letra D e S, presume-se que apresenta um quando de consciência baixo, possivelmente <8 na escala de coma de Glasgow (Nunes [et al], 2009)

Para McSwait *et al* (2001) e ATLS (2012) um nível de consciência diminuído deve alertar a equipa médica para quatro possibilidades:

- (1) Oxigenação Cerebral diminuída (devido à hipoxia / hipoperfusão);
- (2) Lesão do Sistema Nervoso Central (SNC);
- (3) Intoxicação por drogas ou álcool;
- (4) Distúrbio metabólico (diabetes, convulsão, paragem cardíaca).

A avaliação do tamanho e do reflexo fotomotor pupilar avalia indiretamente a pressão de perfusão cerebral. O aumento da pressão intracraniana manifesta-se por um retardar da resposta pupilar à luz até a um estado mais grave de ausência de resposta. A anisocoria determina a presença de lesão intracerebral expansiva (Massada [et al], 2009).

De acordo com o autor supracitado, na fase da avaliação e reanimação inicial, é fundamental evitar erros que podem resultar no agravamento irreversível do doente:

- A entubação endotraqueal é obrigatória em todos os doentes com SCG<9.
- A resposta de Cushing (bradicardia, hipertensão e diminuição da frequência respiratória) é uma resposta específica de hipertensão intracraniana letal. Deve ser considerada o uso de terapêutica agressiva de hipertensão intracraniana e medidas de manutenção da pressão de perfusão cerebral.
- São sinais de fratura da base do crânio: rinorraquia, otorraquia, otorragia, equimoses peri-orbitarias (raccoon eyes) ou da região mastoide (battle sign). Na suspeita de fratura da base, pelo risco de colocação intracerebral, a colocação de sonda gástrica deve ser feita por via oral e não nasal.
- O hematoma extradural agudo apresenta-se, habitualmente, com clinica de perda de consciência, seguida de um intervalo lúcido, e uma nova depressão de consciência, que é progressiva e letal. Exige um elevado grau de suspeita e vigilância.
- Reposição de volémia, mantendo a pressão arterial sistólica >110mmHg e um hematócrito>30%.
- Os corticoides não têm indicação no trauma cerebral.

- Evitar solutos hipotônicos (agrava o edema cerebral) ou com glicose (agravam a acidose cerebral).
- O trauma cerebral grave tem, como complicação frequente, alterações da coagulação por ativação do sistema fibrinolítico. Ponderar utilização precoce de Plasma Fresco (Massada [et al], 2009).

E – Exposição

Segundo Nunes *et al* (2009, p.23) *“tendo em atenção à privacidade e dignidade do doente, devemos despir a roupa, cortando-a com tesouras fortes para reduzir a necessidade de o mobilizar e avaliar possíveis lesões que possam ter passado despercebidas, mantendo cuidados de imobilização da coluna.”*

O mesmo autor, reforça a necessidade de ter particular atenção a roupas apertadas pois podem elas próprias servir de tampão para lesões não visíveis (ex.: abdómen) e o seu corte induzir hipotensão. (Nunes [et al], 2009)

Após a exposição e identificação de lesões, torna-se importante evitar a hipotermia, uma vez que esta pode condicionar outro tipo de agravantes (exemplo: cardíacas). Assim, deve-se utilizar manta isotérmica ou cobertores para cobrir o doente sempre que este não esteja a ser examinado e se possível, manter a sala de emergência aquecida. (ATLS, 2012; Massada [et al]; 2009)

Massada *et al* (2009) referem que a hipotermia é uma complicação frequente associada ao tempo de exposição no local do acidente, fluidoterapia, transfusão de sangue e derivados, exposição do doente na avaliação inicial. Estas induzem uma série de complicações:

- Aumento do consumo de oxigénio (contratura muscular pelo frio);
- Vasoconstrição periférica, diminuição do débito cardíaco;
- Má perfusão periférica;
- Hipóxia tecidual, acidemia;
- Coagulopatia.

Para a manutenção da temperatura corporal, os mesmos autores recomendam:

- Aquecimento do ambiente (24° a 26°);

- Utilização de mantas isotérmicas;
- Aquecimento de soros e sangue e derivados, com dispositivos próprios de aquecimento de fluidos endovenosos;
- Aquecimento do doente por aparelhos difusores de ar quente. (Massada *et al*; 2009)

Segundo Berlanga *et al* (2007) a realização de uma exposição corporal é atualmente questionada nesta primeira fase, sobretudo se a fizer de forma sistemática e completa. Desvestir o indivíduo no pré-hospitalar favorece a hipotermia.

A avaliação de sinais vitais deve ser contínua para rapidamente serem perceptíveis flutuações do estado do doente (Nunes [et al], 2009).

A avaliação secundária é mais detalhada e só deve progredir quando a ventilação e a circulação estiverem controladas e devidamente asseguradas.

4.2. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA DA VÍTIMA POLITRAUMATIZADA

A abordagem secundária do politraumatizado, consiste numa avaliação da vítima “*da cabeça aos pés*”, isto é, num exame físico completo que inclui uma monitorização constante de todos os parâmetros vitais e numa recolha de todas as informações possíveis sobre a vítima e as circunstâncias do acidente (Nunes [et al], 2009).

Nesta fase, todas as regiões do corpo devem ser minuciosamente examinadas. A probabilidade de escapar uma lesão ou a sua potencial importância é grande, especialmente numa vítima com alteração do nível de consciência.

A abordagem secundária não deve ser iniciada até que a primária esteja concluída, as medidas de reanimação cardiopulmonar estabelecidas e a vítima demonstre normalização das funções vitais (Nunes [et al], 2009).

No Pré-hospitalar, esta avaliação deve ser realizada sem representar uma perda de tempo, enquanto se prepara para o transporte hospitalar, evitando qualquer atraso que coloque em risco a vida do indivíduo (Berlenga [et al], 2007).

- **Cabeça**

O couro cabeludo deverá ser todo inspecionado em busca de lacerações, contusões e evidência de fraturas. (ATLS, 2018)

Se existir hemorragia significativa do couro cabeludo, esta deve ser controlada por compressão manual direta ou penso oclusivo. Se ocorrer a saída de líquido cefalorraquidiano (LCR) pelo nariz e ouvidos, indica fratura da base do crânio (pode passar despercebida pela mistura com o sangue). Nestas circunstâncias realiza-se “o teste do duplo anel”, colocando-se uma gota de sangue extravasado pelo nariz ou ouvidos numa compressa, e caso exista LCR misturado no sangue, este permanece no centro e um ou mais anéis claros formam-se em redor (Nunes [et al], 2009).

De realçar que a sonda gástrica deve ser introduzida via oral, pelo risco, da sonda introduzida via nasal poder entrar no crânio pela fratura da lâmina cuneiforme (Nunes [et al], 2009).

A observação dos olhos deve ser efetuada o mais precocemente, antes do edema palpebral o tornar difícil, atendendo-se para o diâmetro, simetria e reatividade pupilar, a ocorrência de hemorragias ou deslocamentos do cristalino, aprisionamento dos músculos extraoculares ou a presença de traumatismos penetrantes. Caso a vítima utilize lentes de contacto, estas devem ser removidas (ATLS, 2018; Nunes [et al], 2009).

Uma forma rápida de avaliar a acuidade visual de ambos os olhos pode ser realizada pedindo ao paciente para ler qualquer material impresso, como uma *tabela de snellen*. A mobilidade ocular pode ser avaliada para excluir aprisionamento dos músculos extraoculares devido a fraturas orbitarias (ATLS, 2018).

A face também deve ser palpada simetricamente à procura de deformidades, pontos dolorosos, perda de peças dentárias e estabilidade dos maxilares. O trauma maxilo-facial pode estar associado a lesões da coluna cervical e pode comprometer de forma marcada a permeabilidade da via aérea. Este pode ser tratado tardiamente, se não constituir perigo de obstrução da via aérea (Nunes [et al], 2009).

Segundo o manual do ATLS (2018) os pacientes com fraturas do terço medio facial também podem ter uma fratura da lâmina crivada do etmoide. Por este motivo, nestes pacientes, a intubação gástrica deve ser realizada pela via oral.

- **Exame Neurológico**

O exame neurológico sumário inclui a avaliação do nível de consciência pela escala de coma de Glasgow, a reatividade, simetria e tamanho pupilar e os sinais de lateralização da resposta motora. Estes parâmetros devem ser reavaliados com frequência e a sua deterioração exige que se exclua hipoxia e hipotensão, antes de fazer a reavaliação neurológica. Alterações metabólicas poderão ser também um motivo para alteração do nível de consciência pelo que a determinação do nível de glicemia deve ser mandatária em todas as situações em que estas alterações estejam presentes (Nunes [et al], 2009).

- **Pescoço**

Nos pacientes com traumatismo maxilofacial ou da cabeça, deve-se sempre suspeita de uma lesão instável da coluna cervical, e por este motivo o pescoço deve ser imobilizado até que todos os segmentos da coluna cervical sejam estudados (mediante exame físico e radiológico) de forma adequada e se tenha descartado qualquer lesão (ATLS, 2018).

O pescoço tem de ser examinado cuidadosamente sempre que se admite a possibilidade de lesão cervical, mediante a inspeção, palpação e auscultação (ATLS; 2018). Assim, um dos elementos da equipa mantém o alinhamento do pescoço, e outro retira o colar cervical ou os utensílios de estabilização cervical e inspeciona o pescoço procurando: deformidades, equimoses, enfisema subcutâneo, desvio da traqueia, fratura da laringe e/ou feridas, palpando as vértebras cervicais em busca de pontos dolorosos ou ressaltos no seu alinhamento e pesquisando espasmos ou dor a nível das estruturas musculares da zona. O doente acordado pode colaborar no exame orientando na pesquisa de pontos dolorosos. Após esta avaliação os dispositivos de imobilização devem ser imediatamente repostos (ATLS, 2018; Nunes [et al], 2009).

As artérias carótidas devem ser palpadas e auscultadas na pesquisa de sopros. A evidência de traumatismo fechado sobre estes vasos deve ser valorizada e deve despertar uma alta suspeita de lesão da artéria carótida (oclusão, trombose ou disseção carotídea). No entanto, a maioria das lesões vasculares cervicais são resultado de uma lesão penetrante (ATLS, 2018).

- **Tórax**

A parede torácica deverá ser cuidadosamente observada, procurando equimoses, cicatrizes, feridas e assimetrias da expansão. De seguida é preciso palpar o esterno, clavículas e cada uma das costelas, começando pela axila e progredindo em sentido ântero-posterior e caudal, pesquisando deformidades, crepitações, pontos dolorosos e enfisema subcutâneo. Segue-se a auscultação e percussão de ambos os hemitoraxes (Nunes *et al*, 2009).

Se o doente referir dor aquando a palpação e/ou pressão do esterno, deve-se suspeitar que existe fratura ou luxação costocostal (ATLS, 2018).

Relativamente à auscultação pulmonar, esta deverá ser efetuada através da comparação dos dois hemitoraxes em busca de assimetrias do murmúrio vesicular ou presença de sons anormais que poderão estar presentes particularmente em doentes com patologias associadas. Também a auscultação cardíaca deverá ser executada para a exclusão de ensurdecimento e sons cardíacos particularmente nas situações de traumatismo torácico. A percussão deverá ser efetuada sempre que se detetem alterações na inspeção, auscultação e palpação, permitindo despistar quadros de hiperrressonância/timpanismo e de macicez (Nunes [et al], 2009).

- **Abdómen**

Segundo o manual do ATLS (2018) as lesões abdominais devem ser identificadas e tratadas agressivamente.

É necessário avaliar todo o abdómen, o períneo e a região pélvica, procurando equimoses, movimentos anómalos e cicatrizes. De salientar, que a observação minuciosa e a reavaliação frequente devem ser efetuadas de preferência pelo mesmo observador. A palpação abdominal poderá indicar áreas de hipersensibilidade, a estabilidade da bacia e poderá ser completada com o toque retal para obter as seguintes informações: tónus do esfíncter, traumatismo retal direto, fraturas pélvicas, posição da próstata e existência de sangue no reto (Nunes [et al], 2009).

Importante salientar que as fraturas da bacia ou as fraturas baixas da caixa torácica podem dificultar o exame e o diagnóstico preciso de lesões intra-abdominais, devido ao facto que a palpação abdominal poder provocar dor em estas áreas (ATLS, 2018).

Um dos parâmetros importantes na monitorização do politraumatizado é o débito urinário e a sua avaliação exige na maior parte dos casos a algaliação. Mas tem-se que atender que em caso de suspeita de lesão uretral (equimose peri-escrotal, presença de sangue no meato urinário e próstata demasiado deslocada para cima) a vítima não deve ser algaliada, devendo-se, no caso do doente não conseguir urinar espontaneamente, garantir a colocação e um cateter vesical supra-pubico (Nunes [et al], 2009).

O exame vaginal deve ser realizado em pacientes que corram o risco de lesões vaginais, incluindo todas as mulheres com uma fratura da pélvis. O médico deve avaliar a presença de sangue na cavidade vaginal e lacerações vaginais. Além disso, o teste de gravidez deve ser realizado em todas as mulheres em idade fértil (ATLS, 2018).

A distensão gástrica é outra das complicações a pesquisar, sendo frequente nas crianças, nos adultos com trauma abdominal e naqueles que foram ventilados com máscara facial. A sonda gástrica é útil na avaliação do doente e contribui para diminuir o risco de aspiração de vômito associado à hiperinsuflação gástrica. Como já foi descrito anteriormente, na presença ou suspeita de traumatismo crânio-encefálico, a sonda deve ser introduzida via oro-gástrica (Nunes [et al], 2009).

Na presença de evisceração, o intestino deve ser recoberto com compressas embebidas em soro fisiológico aquecido e não devem ser reintroduzidas no abdómen (Nunes [et al], 2009).

- **Extremidades**

Os membros devem ser avaliados, mediante a inspeção direta, por palpação e por mobilização articular e muscular passiva / ativa, se o doente colaborar. Devem ser pesquisadas equimoses, feridas, deformidades, crepitações ósseas, instabilidade articular e manifestações de compromisso neurológico e/ou vascular (Nunes *et al*, 2009).

De reforçar, que *“as feridas associadas a fraturas expostas devem ser lavadas abundantemente e protegidas com compressas esterilizadas húmidas. Se o osso estiver exposto não deve ser reintroduzido a não ser em ambiente cirúrgico.”* (Nunes [et al], 2009, p.28)

Toda e qualquer lesão dos ossos longos, requer uma imobilização com o intuito de diminuir o movimento dos topos ósseos, de reduzir o risco de lesões vasculares e neurológicas e a dor.

- **Tecidos Moles**

Todas as soluções de continuidade da pele devem ser cuidadosamente observadas de forma a ser definida a sua profundidade e a existência ou não de lesões associadas. Após a estabilização da vítima, todas as lesões devem ser lavadas e protegidas adequadamente (Nunes [et al], 2009).

- **Costas e Coluna Vertebral**

Na observação das costas, sempre que se suspeite de lesão medular, o doente deve ser mobilizado utilizando-se a técnica do rolamento. Esta técnica permite a observação da zona posterior desde a região occipital até aos calcanhares. Na observação das costas deve-se: auscultar as bases do tórax, inspecionar a região nadegueira e inspecionar / palpar a coluna na procura de tumefações, deformidades, desalinhamento, contraturas musculares e pontos dolorosos (Nunes [et al], 2009).

- **Recolha de Informações**

Segundo Nunes [et al] (2009) a recolha de informações sobre a vítima e as circunstâncias do incidente atual, são essenciais. Esta recolha de informações recai sobre 5 pontos-chave, que constituem a mnemónica CHAMU:

1. **C**ircunstância do acidente (mecanismo de lesão),
2. **H**istória pregressa (antecedentes patológicos),
3. **A**lergias,
4. **M**edicação habitual,
5. **Ú**ltima refeição.

5. O STRESS E O AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR

5.1. Stress: Evolução Histórica

O conceito de stress tem sido alvo de um processo evolutivo complexo e multidimensional em que diversos investigadores, no domínio da sua especialidade, têm procurado compreender de forma mais profunda os fenómenos intrínsecos a este conceito.

Analisando a origem do vocábulo *stresse*, verificamos que o mesmo tem a sua origem no verbo latino *stringo*, *strigere*, *strinxi*, *strictum*, que significa literalmente apertar, comprimir, restringir (Amaro e Jesus, 2008).

Ao investigar a resistência aos elementos naturais de algumas estruturas construídas pelo homem, pontes e edifícios, Robert Hooke evidenciou uma questão de ordem prática de grande importância. Este investigador, referia que as estruturas deveriam ser edificadas, tendo em conta três aspetos fundamentais, a carga (*load*), a pressão (*stress*) e a tensão (*strain*). A carga é relativa às forças externas que atuam sobre a estrutura, tais como o vento e o peso. A pressão ou stress é relativa à força que a carga exerce sobre o ponto onde incide na estrutura, e, por último, a tensão representa a resposta da estrutura, ou seja, o processo deformativo verificado após ação conjunta da carga e do stress (Amaro e Jesus, 2008).

Em termos práticos, se o material for maleável, a pressão exercida fará com que ele se dobre, porém se o material em questão for rígido ele tenderá a quebrar-se.

Este fenómeno exposto anteriormente e descrito por Robert Hooke, no século XVII, traduz a aplicabilidade mais comum do conceito de stress e que se enquadra no mundo da física, servindo o conceito para traduzir dificuldade, exigência, adversidade, aflição. A passagem do conceito de *stresse* da física para a biologia foi feita de uma forma progressiva, na medida em que foram desenvolvidas e testadas teorias inerentes ao conceito de *stresse*, embora numa vertente predominantemente biológica, procurando compreender os possíveis efeitos do conceito no ser humano (Amaro e Jesus, 2008).

O primeiro de todos os autores, foi o fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), que correlacionando com os conceitos propostos por Robert Hoonke no século XVII, afirma que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste que

contrariam esta ameaça. Este ainda salientou que a vida esta dependente, de forma critica, da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno perante qualquer modificação do meio externo. Os que estão melhor equipados para se defenderem são os que apresentam maior probabilidade de sobreviverem (Serra, 2007).

Mais tarde, Walter Cannon (1871-1945), no seguimento das ideias de Claude Bernard, procurou investigar os mecanismos específicos de resposta do organismo às modificações do ambiente externo que permitem o funcionamento corporal ótimo. Surge com este investigador o conceito de *homeostase*, referindo-se à capacidade que o organismo tem em manter estável o ambiente interno apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente externo.

Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista, foi o primeiro a introduzir o conceito de stress, de uma forma sistematizada, dedicando-lhe quase 50 anos de estudo. Este, após ter observado alguns indivíduos vítimas de diversas doenças infecciosas, verificou que todos apresentavam uma sintomatologia muito semelhante entre si, embora sem sinais específicos (Amaro e Jesus, 2008).

Serra (1999) interessou-se pelas respostas adaptativas do organismo aos diferentes estímulos externos. Este investigador focalizou o seu interesse investigativo na resposta dada pelos animais às mudanças ocorridas na sua homeostasia, incluindo quando estes eram sujeitos a situações extremas tais como calor, frio e substâncias tóxicas. Seyle verificou que ao sujeitar os animais a estes estímulos externos, o seu organismo reagia procurando adaptar-se às alterações sofridas, chegando mesmo alguns órgãos a sofrerem alterações significativas principalmente no que concerne ao sistema imunitário.

Este descreveu-o como “*resposta não específica do organismo a qualquer agente nocivo*”, a que chamou de “Síndrome Geral de Adaptação” (Ramos, 2001, p.152).

O Síndrome de Adaptação Geral (SAG) é, pois, a reação de defesa do organismo contra agentes externos diversos. Compõe-se de três fases, descritas no quadro seguinte:

Reação de Alarme	<p>Reação do organismo quando exposto a estímulos aos quais não está adaptado, composta por duas subfases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fase de choque</i>: reação inicial e imediata ao agente nocivo, caracterizada pelo declínio da resistência. • <i>Fase de contrachoque</i>: reação de ricochete marcada pela mobilização de mecanismos de defesa.
Reação de Resistência	<p>Adaptação total ao agente indutor de stress e consequentemente aumento ou desaparecimento de sintomas. Ao mesmo tempo, há uma corrente descida da resistência à maioria dos estímulos.</p>
Reação de Exaustão	<p>Colapso dos mecanismos de adaptação ao agente indutor de stress e concomitantemente exaustão, se aquele for suficientemente severo e prolongado. No caso da não resolução do stress, pode ocorrer a morte.</p>

Tabela 2 - Fases do Síndrome de Adaptação geral (Ramos, 2001)

A reação de **alarme** mimetiza uma resposta de ansiedade, destinada a defender o indivíduo em situações de ameaça. Também aqui importa recordar Walter Cannon, que estudou este mesmo mecanismo denominando-o de “*fight-flight reation*” - reação de luta-fuga (Ramos, 2001).

Segundo o autor supracitado e citando Ross e Altmaier (1998), a fase da **resistência** expressa o conceito fundamental de Cannon, primeiramente referido por Claude Bérnard – a homeostase – segundo o qual um organismo em desequilíbrio procurará naturalmente restabelecer o seu equilíbrio interno. Com efeito, este estágio corresponde à recuperação desse mesmo equilíbrio pelo indivíduo e consequentemente esforço contínuo para o manter, habituando-se ao agente indutor de stress (Ramos, 2001).

O estágio da **exaustão** acontece quando o indivíduo esgota a sua resistência ao agente indutor de stress (Ramos, 2001). Esta última fase caracteriza-se por um agravamento dos sintomas ocorridos na primeira fase.

Todavia, em estudos posteriores, Santos (2011) identificou clínica e estatisticamente uma quarta fase, intermédia da segunda e terceira fase, que se designa por “**quase-exaustão**”.

Esta fase desenvolve-se quando a pessoa não consegue adaptar-se às novas circunstâncias ou não consegue resistir ao stressor, o que poderá provocar um enfraquecimento do organismo.

Assim conclui-se que o stress “(...) *mergulha-nos num paradoxo violento: utilizar a nossa capacidade de resistência ao limite, com vista à adaptação e sobrevivência, adaptação e sobrevivência essas que resultam ameaçadas precisamente pela exaustão da nossa capacidade de resistência.*” (Ramos, 2001, p.155).

No entanto, o stress não é necessariamente negativo e o próprio Selye (1980) diferenciou dois tipos do mesmo. Definiu o *distress* como o stress desagradável, aquele que está na origem das doenças de adaptação, e distinguindo-o do *eustress*, o stress agradável e curativo.

O modelo de Selye não considerava o papel do indivíduo na determinação da sua própria resposta ao stress, sendo esta considerada a sua principal limitação. Além disso, o edifício concetual de Selye ignora não só o impacto psicológico do stress no indivíduo, como as aptidões deste último para alterar a situação indutora de stress. Este também, admite apenas os agentes indutores de stress externos ao indivíduo, ignorando aqueles que podem ter origem no mesmo-indutores internos (Ramos, 2001).

Apesar das críticas estabelecidas é unânime e indiscutível o reconhecimento de Selye por ter atribuído ao stress identidade científica própria, inaugurando assim uma nova e profícua área de estudos.

O denominador comum destes três autores é que qualquer um deles procurou compreender a resposta do organismo perante as agressões exteriores. Claude Bernard, salientando a importância do desenvolvimento de respostas defensivas, por parte de um organismo vivo, perante uma ameaça. Cannon analisando as respostas de defesa que se organizam, mediadas pelo sistema simpático-medular. Selye estudando de forma particular, neste contexto, a atividade do eixo hipotálamo-hipofisário-suprarrenal (Serra, 2007).

Moruzzi e Magoun (1949) descobriram a existência, no encéfalo, de um “sistema de alarme” ou de “ativação geral”, sendo este considerado um acontecimento significativo para a compreensão mais ampla da resposta biológica ao stress.

Uma perspectiva distinta em relação ao conceito de stress foi introduzida através dos trabalhos de Holmes e Rahe (1967), ao revelarem dois pontos importantes: (1) há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros em induzirem stress nos seres humanos; (2) os acontecimentos penosos influenciam o estado de saúde do indivíduo. Este foi considerado o ponto de partida para muitos outros cientistas desenvolverem investigações neste campo (Serra, 2007).

Através de Holmes e Rahe, o stress começou a ser estudado não só em termos de resposta biológica, mas também a função das circunstâncias antecedentes que o determinaram.

Na década dos anos 60, emergiu uma diferente perspectiva, através das pesquisas de Richard Lázarus e seus colaboradores. Através dos seus estudos relacionados com as emoções, concluíram que os fatores cognitivos são os determinantes nas respostas emocionais subsequentes. Estes extraíram, através dos seus trabalhos, dois pressupostos: (1) não há nenhuma situação que, em valor absoluto, possa ser reconhecida como indutora de stress; (2) o fator decisivo que leva o indivíduo a sentir-se ou não em stress está dependente da avaliação que faz da circunstância (Serra, 2007).

Lazarus pôde concluir que a forma como uma pessoa avalia um indutor de stress ambiental influencia consideravelmente na quantidade e qualidade emocional do stress experienciado (Ramos, 2001).

Este tipo de investigação teve um grande impacto nos estudos sobre o stress. Por um lado, contribuiu muito para a construção de abordagens terapêuticas, e por outro, modificou as perspectivas anteriores.

Outros cientistas contribuíram para o conhecimento do fenómeno stress e para a construção de um novo modelo que leva a substituição do termo *homeostase* pelo vocábulo *alostase* (manter a estabilidade através da mudança). Este modelo foi introduzido em 1998 por Sterling e Eyer, para descrever como o sistema cardiovascular se ajusta aos estados de descanso e de atividade do organismo.

Contudo, se as circunstâncias iniciais se acrescentam outras ocorrências imprevistas ou surgem alterações indesejáveis nas interações sociais, então a carga cresce dramaticamente e dá origem à sobrecarga alostática, que deixa de ter qualquer finalidade útil e predispõe a que um indivíduo desenvolva um estado de doença (Serra, 2007).

Numa perspetiva atual, as investigações sobre o stress têm que conjugar o estudo das reações tanto fisiológicas como comportamentais, compreendendo as experiências vividas, a história de vida, os fatores genéticos predisponentes e os riscos patológicos que lhe estão associados (Pinto e Ramos, 2013)

5.2. Conceito de Stress

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a incansável modernização das informações faz com que o stress seja analisado como a epidemia global, que interfere com a qualidade de vida das pessoas, acarretando em danos familiares, sociais, doenças físicas e psicológicas e também em problemas no trabalho (Rosso [et al], 2014).

Na área da saúde, o stress tem sido alvo de estudos por inúmeros investigadores, na medida em que existe uma elevada preocupação com as consequências que pode vir acarretar na qualidade de vida do ser humano (Santos, 2011).

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2014, p.1490) o stress corresponde a um *“conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho”*. Perante esta definição constatamos a afetação de dois domínios, nomeadamente o psíquico e o fisiológico, sugerindo a existência de um agente causador, que é designado por stressor (Pereira, 2018).

Ramos, M. (2001) define stress como uma relação particular entre a pessoa e o seu meio, marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode pôr em perigo o seu bem-estar.

Segundo Santos e Castro (1998, p.85) o stress é *“a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente, levam o indivíduo a perceber e sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológicos ou de sistemas sociais”*.

Segundo o mesmo autor, e citando Muniz, Primi e Miguel (2007), o stress pode ser interpretado como um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas diante de situações que despertam, emoções, tanto boas quanto más, que exijam mudanças. Essas situações constituem fontes de stress e chamadas stressores

e podem ter causas internas (geradas no próprio indivíduo, criadas e relacionadas ao tipo de personalidade) e externas (eventos que ocorrem na vida da pessoa, podendo ser agradáveis ou desagradáveis) (Miranda, 2011).

É então uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo, que tenta adaptar-se e ajustar-se às pressões internas e externas em situações de emergência (Pérez, Matteson e Ivancavich *cit. In* Encalada [et al], 2007).

O Stress é um fenómeno biológico, psicológico e social que afeta inevitavelmente todas as pessoas. Se é adequadamente resolvido, as pessoas conseguem ultrapassar uma dificuldade, anulam um desequilíbrio, expandem as suas capacidades – então, o stress é fator de desenvolvimento e de saúde. Se é impropriamente manejado, a adversidade mantém-se, a relação desajustada permanece, e as pessoas ficam cativas do sofrimento e da incapacidade – então, pode surgir doença, e o stress pode fazer perigar o equilíbrio das pessoas, das famílias, das comunidades, do trabalho, da sociedade, do país (Ramos, 2001).

A seguinte figura ilustra graficamente o conceito de stress e esquematiza os processos que o constituem.



Figura 3 - Processo do Stress (Ramos, 2001)

Segundo Ramos (2001) uma experiência de stress acontece quando a pessoa avalia que determinada situação comporta exigências significativas para o seu bem-estar, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam (tanto recursos de coping como apoio

social). Este processo avaliativo, não é reflexivo, racional ou lógico, mas sim automático, involuntário, e profundamente emocional. É ele, e não a situação ou elemento stressor *per-se*, que determina o que é stress, as reações de stress do individuo e os resultados dos seus esforços adaptativos.

Imediatamente e automaticamente após apreciação do agente stressor, o organismo emite uma resposta de stress, que denuncia o desequilíbrio próprio da situação de stress em que se encontra, através de sinais e sintomas (muitas vezes designados de *strains*). São estes *strains* que na maioria das vezes avisam a pessoa que algo não está bem, de forma a que esta desenvolva estratégias de *coping* com vista a alterar a situação, ou a forma como a mesma a afeta.

5.3. Stress ocupacional

O interesse pelo stress ocupacional e os seus riscos, teve início nos anos 60 através de Khan e os seus colaboradores. Nos últimos anos, tem sido alvo de vários estudos, uma vez que a este estão associados elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, tendo como principal consequência a perda de produtividade (Miranda, 2011).

O stress pode ocorrer em qualquer pessoa, pelo que quando este se refere especificamente à ocupação desempenhada, este é designado por stress ocupacional ou profissional (Santos e Cardoso, 2010).

Segundo Ross e Altmaier (*cit. in* Loureiro, 2006, p.62), o stress ocupacional corresponde *“a interação das condições do trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências do trabalho excedem a capacidade do trabalhador lidar com elas”*.

Compreende o conjunto de processos e respostas fisiológicas, emocionais e comportamentais, perante situações que são percebidas e interpretadas pelo individuo como ameaça ou perigo, quer seja para a sua integridade biológica ou psicológica. Ou seja, o stress surge quando há uma discrepância entre as capacidades do individuo e as exigências do seu meio ambiente (Miranda, 2011).

Lazarus (1991,1995) também vai de encontro às ideias supracitadas e defende que o stress ocupacional, ocorre normalmente quando os trabalhadores sentem que os seus

recursos pessoais são escassos para lidar com as exigências da atividade laboral. Corresponde a *“um problema negativo, de carácter percetual, resultante de estratégias inadequadas de combate às fontes de stress, e que traz consequências negativas tanto no plano mental quanto físico”* (Miranda, 2011).

Em suma, é um problema de origem percetiva que resulta da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho, repercutindo-se em problemas a nível físico e mental, assim como na satisfação no trabalho, afetando o indivíduo e as organizações.

Segundo Amaro e Jesus (2008) as profissões relacionadas com a saúde foram durante alguns anos esquecidas ou desvalorizadas relativamente à problemática do stress, muito devido aos estereótipos existentes na altura, em que os profissionais de saúde por serem o grupo profissional cuja competência seria tratar/curar as diferentes patologias, estariam por si só imunes a esta problemática.

Todavia a realidade atual da investigação científica mostra-nos que os profissionais de saúde em geral, e os profissionais de emergência médica pré-hospitalar em particular, são um grupo privilegiado no que diz respeito à investigação científica relativa ao stress e aos fatores associados.

No caso particular dos profissionais de emergência médica, as características inerentes a este tipo de profissionais, faz com que se trate de indivíduos sujeitos a níveis de stress mais elevados comparativamente a outros profissionais de saúde, e, à população em geral. Alguns investigadores, que têm utilizado estes profissionais de saúde como sujeitos de estudo referem o stress ocupacional como fenómeno inerente à profissão, em que o trabalho sob pressão do tempo, as frequentes decisões que envolvem a vida ou a morte, os problemas com os colegas e a necessidade de elevado conhecimento técnico e científico são fatores de stress a considerar (Amaro e Jesus, 2008).

5.4. Fatores organizacionais indutores de stress

Um dos agentes de stress específicos da nossa época é, sem dúvida, o trabalho que integra um conjunto de fatores psicossociais condicionantes da saúde física, mental e social dos indivíduos e dos grupos. Para Frango (1995), a concetualização de stress ocupacional envolve uma interação entre os agentes indutores de stress originados no

meio laboral (organizacionais) e os fatores pessoais, sociais, familiares, de tal modo que, como resultado desta interação, surja o stress.

Segundo Ramos (2001), conhecer os fatores potencialmente indutores de stress associados à organização é fundamental para a elaboração de intervenções eficazes que se destinem a reduzir os efeitos negativos do stress.

Estes fatores, têm sido enquadrados por vários autores, podendo ser resumidos em condições físicas de trabalho, características do trabalho, papel na organização, estrutura e clima organizacionais, relacionamento interpessoal e a carreira profissional. Estes não são mutuamente exclusivos, pelo contrário, eles relacionam-se entre si na maioria dos casos.

Também é importante salientar que as situações descritivas não bastam, por si só, para provocar stress no trabalho. É necessário que os envolvidos que com elas se confrontam, as avaliem como tal. (Ramos, 2001)

5.4.1. Condições físicas de trabalho

É inegável a influência das condições físicas do local de trabalho no bem-estar das pessoas e no seu rendimento (Ramos, 2001).

A *iluminação* é uma das condições físicas mais citadas pela literatura. Naturalmente, a luz natural é a melhor forma de iluminação, até pelos seus efeitos sobre os ritmos internos das pessoas.

Segundo Quick, *et al* (1997, p.124) “(...) é então indispensável proporcionar a intensidade ótima de luz artificial, consoante o tipo de trabalho, pois os ambientes de trabalho excessiva ou defeituosamente iluminados podem causar stress, sendo as dores de cabeça e os estados de nervosismo os seus mais comuns indicadores.”

De salientar que existem outras possíveis fontes de stress ligadas a este fator, como a radiação dos ecrãs de computador, a que se associam queixas de fadiga visual e a dos telemóveis, cujos efeitos na saúde já começaram a ser estudados pela OMS (Ramos, 2001).

A *temperatura* é outra das condições físicas do trabalho que pode originar reações de stress. Estudos demonstram que temperaturas muito frias desanimam e desmotivam, ao passo que temperaturas muito altas possam irritar (Ramos, 2001).

O contacto com *ruído* (barulho) origina problemas auditivos e é considerada uma fonte indutora de stress. De salientar que o próprio ruído das vozes humanas, próprios dos espaços onde existe muita gente é indicada como uma poderosa causa de stress.

Relativamente ao *espaço físico* do trabalho, este deve oferecer proteção e segurança, facilitar o contacto social, proporcionar identificação simbólica, promover a instrumentalização das tarefas, aumentar o prazer e estimular o crescimento. Se o local de trabalho não cumprir estas características pode-se transformar num fator de stress (Ramos, 2001).

Em suma, o espaço bem como as restantes condições físicas do trabalho, podem causar stress quando não são assegurados níveis mínimos de funcionamento biológico e de segurança física.

5.4.2. Características do trabalho

Todos os trabalhos podem ser definidos com base nas suas características, isto é, de acordo com as suas propriedades intrínsecas, tais como as exigências, desafios e constrangimentos típicos, aquilo que os estrutura e organiza, o seu conteúdo particular, a forma como as coisas acontecem, a natureza dos processos.

Segundo (Ramos, 2001) cada tipo de trabalho terá os seus atributos específicos, mas é possível isolar alguns relativamente comuns a todos os trabalhos e que funcionam como condições potencialmente geradoras de stress.

As *tarefas* que compõem e definem determinada função apresentam características potencialmente indutoras de stress, como a variedade das mesmas, a autonomia do indivíduo para as realizar e o relacionamento interpessoal.

A *repetição continua de tarefas* assemelha-se à subcarga de trabalho, uma vez que não coloca grandes exigências ou desafios ao trabalhador, nem lhe exige particulares

conhecimentos ou competências. O trabalho é rotineiro, monótono e causa aborrecimento, o que segundo o modelo de exigência-controlo (Ramos, 2001) é um trabalho passivo, podendo levar ao aparecimento de sintomas associados ao stress.

Segundo Leal (1998) uma das fontes de stress da equipa médica é a permanente repetição dos mesmos tipos de doentes, de patologias e de reações perante aquelas.

No que concerne ao **trabalho por turnos**, este é considerado uma necessidade social, uma realidade económica e uma novidade competitiva. Classicamente define-se como “*um arranjo das horas de trabalho utilizando duas ou mais equipas (turnos) de trabalhadores, de forma a estender as horas de trabalho para além dos horários convencionais*” (Ramos, 2001).

Ocasionalmente pode-se revelar positivo, pois além de quebrar a rotina dos horários fixos e habituais, permite ao indivíduo gozar de uma disponibilidade de tempo vantajoso para algumas atividades sociais.

No entanto, se prolongada pode trazer consequências negativas e crónicas para o organismo, uma vez que desorganiza o ritmo circadiano. Pode provocar dificuldade no sono, alterações do líbido, do apetite, do peso, problemas digestivos e cardiovasculares, apatia, irritabilidade, cansaço, e contribui para o aparecimento de perturbações do sono (na qualidade e na quantidade), da saúde física e psicológica (perturbações gastrointestinais e cardiovasculares, elevados níveis de ansiedade, fadiga crónica) e da vida social e familiar (envolvimento em atividades e grupos cívicos, relação com amigos, insatisfação conjugal) (Gomes, 1998 *cit. In* Ramos, 2001).

5.4.3. Papel na Organização

Segundo Ramos (2001) o papel define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização.

Um papel desempenhado na organização é ambíguo quando não é claramente definido, o que faz com que o indivíduo que o assume não tenha uma correta representação dos objetivos do seu trabalho, das expectativas dos seus colegas em relação a ele ou das suas responsabilidades (Ramos, 2001).

Os fatores que levam a **ambiguidade do papel** prendem-se com a deficiente transmissão de características do mesmo, o que acontece quando superior hierárquico não fornece adequada informação sobre o papel à pessoa que o desempenhara, ou quando a informação é confusa. De realçar, que é uma realidade muito frequente.

Esta pode cursar com mudanças ambientais e sociais, exteriores à instituição. Além disso, estudos demonstra a relação significativa entre a ambiguidade do papel e sintomas como o humor depressivo, baixa autoestima, insatisfação profissional, reduzida motivação, absentismo, ansiedade e abandono do trabalho (Ramos, 2001).

O **conflito de papeis**, outro dos fatores organizacionais indutores de stress, ocorre quando o individuo se vê confrontado com expetativas divergentes sobre o seu papel (Ramos, 2001).

É muito comum no mundo do trabalho e assume várias formas, consoante os termos do conflito: entre os papeis interpretados por diferentes pessoas, entre os papeis desempenhados pela mesma pessoa e dentro do mesmo papel (Ramos, 2001).

A **responsabilidade** inerente ao papel desempenhado numa organização prende-se habitualmente com coisas (equipamentos, materiais, salas, orçamentos) ou pessoas, sendo que a primeira origina menos stress que a responsabilidade por pessoas. No entanto há estudos que demonstram que a responsabilidade por pessoas esta mais associada a doenças cardiovasculares (Ramos, 2001).

5.4.4. Estrutura e Clima Organizacional

Em uma estrutura organizacional, importa realçar o **trabalho em equipa**, como forma de aumentar o rendimento e promover o empenho dos seus trabalhadores, levando a excelentes opções estratégicas pois baseiam-se na sinergia dos seus elementos, sempre mais proveitosa que a soma das suas isoladas contribuições (Ramos, 2001).

Esta favorece a produtividade, a participação na tomada de decisões, a resolução de problemas, a motivação, o comprometimento com a organização, a qualidade do trabalho, a identidade profissional e o suporte social.

Naturalmente, as pessoas com dificuldades em lidar com a elevada responsabilidade, vivem o trabalho em equipa como uma situação de stress, assim como aquelas com dificuldades na relação social, ou com maior apetência para o trabalho individual (Ramos, 2001).

A **competição**, segundo alguns autores, é um importante fator de stress a considerar, tanto para quem neles se envolve, como para os trabalhadores que a pressentem (Ramos, 2001).

A competição pode ser interna ou externa. A promoção da competição interna leva invariavelmente a dois resultados opostos: por um lado maior rendimento; por outro lado mais stress. Competir não é o oposto de cooperar, mas no entanto quando se observa um desvio da competição sadia para a competição pervertida, pode-se observar deterioração das relações e clima de trabalho, atos de violência psicológica, entrega deliberada ao excesso de trabalho, acabando por levar a uma afetação da vida afetiva e familiar bem como a própria organização, quando os sintomas de stress, resultantes da sobrecarga de trabalho, começam a manifestar-se (Ramos, 2001).

Dentro do clima organizacional, importa falar sobre a **violência no trabalho**. A violência física real torna-se uma extrema situação de stress. Contudo, o medo da violência, justificado ou não, é também um poderoso stressor a considerar, que mais do que apenas perturbar o desempenho e a entrega dos indivíduos ao trabalho, submete-os a uma pressão desgastante (Ramos, 2001).

Nos dias de hoje, há uma forma de violência mais poderosa, a violência psicológica. A violência psicológica, cuja designação anglo-saxónica é *mobbing* (do verbo *to mob* que significa “atacar”, “maltratar”), consiste na demonstração sistemática e continuada de ações e atitudes que visam a hostilizar determinada pessoa. Pode ser perpetuada por indivíduos isolados ou pela própria organização, e destina-se a encurralar a pessoa visada numa situação de desgaste, levando a sentir que a cedência e a desistência são as suas únicas saídas.

Esta pode ser objetivada através da não comunicação com a pessoa visada, ou comunicação apenas paralela e indiretamente, não respondem as suas solicitações, ignoram o seu trabalho, esvaziam o conteúdo das suas funções, mudam-na para um local de trabalho secundário e inadequado, controlam obcecada e ostensivamente pormenores

acessórios do seu trabalho, não lhe atribuem tarefas, ou atribuem as que não são das suas competências, impõem-lhes prazos impossíveis e criticam-nas em público (Ramos, 2001).

Tal tortura psicológica, leva invariavelmente ao afastamento das pessoas visadas, ou ao desequilíbrio das que resistem. Esta afeta não só os alvos, mas também os restantes membros da organização, que encontram nela um potencial indutor de stress.

5.4.5. Relacionamento Interpessoal

Relativamente ao **relacionamento interpessoal**, importa salientar primeiramente que “(...) *a relação entre as pessoas é um dos fatores com maior influência no stress, tanto por ser uma das suas principais causas, como por funcionar como protetor das suas consequências*” (Ramos, 2001, p.89).

As relações interpessoais, por definição, são potencialmente indutoras de stress (no trabalho e fora dele) na medida em que tomam lugar na contextura das diferenças individuais, podendo levar a incómodos, ansiedades, insatisfações e mal-estares.

Considerar a importância do relacionamento interpessoal – indispensável à existência humana – é considerar automaticamente a importância da comunicação, também ela uma inultrapassável realidade humana, por se tratar do instrumento de excelência de relação entre as pessoas (Ramos, 2001).

A carreira profissional, como representante da história de trabalho de uma pessoa, tem um início e um fim, sendo que entre estes dois momentos são preenchidos de aventuras e desventuras, avanços e recuos, dificuldades e vitórias. Define-se então como a sequência de experiências de trabalho de uma pessoa ao longo da sua vida (Ramos, 2001).

Neste capítulo do relacionamento interpessoal, é fundamental fazemos alusão à relação com os colegas de trabalho. Ramos (2001) refere que as relações precárias, fracas ou pobres entre colegas de trabalho estão associadas a sentimentos de ameaça, desconfiança, baixo suporte, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia.

O relacionamento “saudável” entre colegas é uma arma fundamental para a construção de um ótimo clima de trabalho, favorecedor de um envolvimento organizacional e promovedor

de um rendimento individual, de forma a cursar com bem-estar e segurança no local de trabalho. Na ausência deste clima, o stress é inevitável, manifestando-se por uma comunicação fraca, pouco aberta ou interessante, culminando com o desenvolvimento de conflitos interpessoais.

5.5. Fatores indutores de stress na assistência pré-hospitalar

O atendimento pré-hospitalar ou de emergência, define-se como toda a assistência oferecida fora do ambiente hospitalar, de forma direta ou indireta, com o intuito de oferecer uma resposta rápida e apropriada. Esta varia desde um simples aconselhamento até ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado de vida ao local da ocorrência, conforme a solicitação do paciente (Minayo e Deslandes, 2008).

Na tentativa de sistematizar os fatores de stress mais frequentes para os profissionais de emergência médica pré-hospitalar, Bledsoe *et al* (1997) referem aspetos como a multiplicidade de responsabilidades (a necessidade de prestar socorro às vítimas, lidar com os agentes da autoridade, bombeiros e família), as tarefas inacabadas, trabalhar sobre permanente pressão, a ausência de deslocações consideradas como sendo profissionalmente estimulantes, o elevado esforço físico e emocional a que estão sujeitos, a falta de reconhecimento profissional e o fator de terem de lidar frequentemente com a morte e sofrimento são primordiais na compreensão da problemática em estudo neste tipo de profissionais de saúde (Amaro e Jesus, 2008).

Waeckerle (*cit.in* Minayo e Deslandes, 2008), reforça de novo, que estes profissionais encontram-se expostos a elevados níveis de stress, cujos fatores poderão ser entre outros, o trabalho por turnos (onde enfrentam a noite e o risco de acidentes a alta velocidade), a atuação em ambientes hostis e inhóspitos (em locais marginalizados), enfrentando condições atmosféricas adversas e o risco de contaminação com produtos biológicos.

Estes profissionais também são, frequentemente, confrontados com decisões de vida ou morte, sendo forçados a encontrar maneiras de lidar com as perdas inerentes aos seus trabalhos (Amaral, 2004).

Apesar de uma pesquisa relativamente exaustiva quanto aos indutores de stress em profissionais de emergência médica em Portugal, apenas se encontrou um estudo

desenvolvido por Palmer (1983, *cit. In Serra, 2007*) que conclui que estes profissionais estão em permanente contacto com indivíduos gravemente lesionados ou que vêm a morrer.

Segundo O'Keefe *et al* (*cit. In Amaro e Jesus, 2008*) os profissionais de emergência médica pré-hospitalar lidam diariamente com situações consideradas altamente stressantes, nomeadamente os acidentes de viação com múltiplas vítimas, saídas envolvendo crianças nas mais variadas vertentes, vítimas politraumatizadas graves, e, a morte de um colega de trabalho. Estes dados foram mais tarde confirmados por Beaton (1998), que efetuou um estudo tendo como população alvo paramédicos e bombeiros, e em que o investigador constatou que os fatores de stress referidos com maior incidência pelos sujeitos de estudo eram a existência de catástrofes, vítimas politraumatizadas, vítimas críticas, sofrerem acidentes pessoais e terem de contactar diariamente com a morte e o sofrimento.

Um outro estudo realizado com 3000 profissionais de emergência pré-hospitalar norte-americanos, informa-nos que os níveis de stress variam conforme o género, o estado civil, idade, formação profissional, salário e tempo de serviço na emergência pré-hospitalar, acrescentando os investigadores que os níveis de stress encontrados nos sujeitos de estudo foram muito elevados. (Cydulka [et al]; 1997 *cit. In Amaro e Jesus, 2008*)

5.6. Consequências do stress

Enquanto um pouco de stress pode motivar comportamentos e emoções positivas, a realidade é que uma percentagem considerável dos profissionais de saúde evidencia reações adversas ao stress, que afetam a sua saúde física e mental e põem em risco o seu bem-estar pessoal, e na sua capacidade de oferecer cuidados adequados.

Segundo estudos realizados nos profissionais de saúde, o stress manifesta-se sobre sintomas subjetivos, de ordem psicológica ou psicossomática, e não sobre os sintomas objetivos de stress, como mudanças psicofisiológicas ou de performance (Mcintyre, 1994).

Os sintomas psicológicos relacionados com o stress incluem a ansiedade, nervosismo, tensão, depressão, suicídio, etc. Os sintomas de stress considerados psicossomáticos incluem dor abdominal, dor torácica, variações na frequência cardíaca, cefaleias, náuseas, fadiga, etc. (Mcintyre, 1994).

Labrador (1992) apresenta os principais efeitos negativos produzidos pelo stress a diversos níveis: nível *fisiológico* (aumento do ritmo cardíaco, da sudação, do ritmo respiratório, da tensão muscular, do metabolismo basal, diminuição do fluxo sanguíneo, etc.), nível *cognitivo* (preocupações, incapacidade de tomar decisões, sensação de confusão, mau humor, irritabilidade, incapacidade de concentração, etc.) e nível *motor* (falar depressa, tremuras, gaguez, precipitação, explosões emocionais, consumo de álcool e drogas, etc.).

Segundo os trabalhos de Minuzo *et al.* (2005) e Naoki (*cit. In* Amaro e Jesus, 2008), que procuraram compreender os efeitos do stress nos profissionais de emergência médica pré-hospitalar japoneses, concluíram que relativamente aos efeitos físicos foram referidos como frequentes cefaleias, lombalgias, dores no pescoço e ombros, enquanto que nível psicológico, insónias e exaustão foram os aspetos referidos com maior frequência.

Outro estudo desenvolvido por Ulrika (*cit. In* Amaro e Jesus, 2008) a profissionais de emergência médica pré-hospitalar suecos, apresenta resultados que vão de encontro aos anteriormente explanados, em que as cefaleias, cervicalgias, lombalgias e epigastralgias eram queixas físicas frequentes entre o pessoal do género feminino, enquanto que os profissionais de emergência médica pré-hospitalar masculinos referiam com maior frequência lombalgias, assim como limitações profissionais diretamente resultantes do problema físico anteriormente referido. Relativamente à sintomatologia psicológica, as alterações do sono foram referidas com maior frequência, não havendo, todavia, diferenças significativas entre géneros.

Marcelino e Figueiras (2007) também corroboram com os autores supracitados, ao afirmarem que a exposição a situações muito ameaçadoras aumenta consideravelmente a probabilidade de ter outros diagnósticos, como ansiedade e depressão (...) abuso de substâncias, tais como tabaco, álcool e cafeína (...) problemas cognitivos e nas relações interpessoais (...) e problemas de saúde vários.

Já Serra (2007) fala em consequências do stress a nível *biológico* (sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, genitourinário, sistema nervoso central, muscular e imunitário), a nível *cognitivo* (o individuo desorganiza a sua atividade e função intelectual: diminui a sua capacidade de perceção do meio ambiente, a tolerância à frustração, a capacidade de decisão, de atenção, etc.); a nível *emocional* (se, por um lado, as emoções indicam como o individuo esta a avaliar a circunstancia, por outro lado ajudam-no a compreender o comportamento posterior que vai emitir) e a nível *comportamental* (quanto mais intenso e

prolongado for o stress, menor será o desempenho do indivíduo: a pessoa passa a ter um comportamento inadequado).

CAPÍTULO II

DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DE ESTUDO

O exercício da atividade em ambiente pré-hospitalar é um privilégio reservado a pouco profissionais que trabalham na área da saúde. Diz-se privilégio, porque a assistência pré-hospitalar apresenta-se com características que o diferenciam conceitualmente do atendimento hospitalar, uma vez que as pessoas que necessitam de socorro imediato encontram-se nas mais variadas circunstâncias e manifestam as mais diferentes patologias e, principalmente, estão impossibilitadas de serem cuidadas em ambiente hospitalar. Isto porque o incidente pode ocorrer no trânsito ou no trabalho, em casa ou na rua, nas mais imagináveis situações.

O trauma é considerado uma importantíssima causa de mortalidade e morbidade dos tempos modernos. Em Portugal confluem um conjunto de situações que sustentam uma presença destacada na liderança das estatísticas: grande sinistralidade rodoviária, elevado consumo de álcool, deficientes níveis de proteção laboral, deficits culturais enraizados a que se somam uma prevenção e estratégias coercivas historicamente ineficientes.

De acordo com a OMS, mais de 12 milhões de pessoas morrem por acidentes de viação anualmente e cerca de 50 milhões sofrem lesões ou ficam incapacitados. O trauma é a primeira causa de morte em indivíduos entre os 5 e os 44 anos e estima-se que no ano 2020 passe a ser a terceira causa de morte. A nível Europeu, o trauma também é a principal causa de morte até aos 44 anos e Portugal lidera a lista de países europeus em termos de incidência de trauma e mortalidade. Em Portugal, os acidentes de viação são a principal causa de trauma, seguindo-se os acidentes de trabalho, violência interpessoal e tentativas de suicídio (WHO, 2005 *cit. in* Gomes, 2011).

No entanto, os últimos 20 anos foram também feitos de reações positivas a este fenómeno. Desde logo, a consciência do problema, mas sobretudo na organização do socorro às vítimas tanto em ambiente pré como hospitalar com franca melhoria na organização do socorro (medicalizado e não medicalizado); na qualidade do transporte e na melhoria crescente da resposta hospitalar (NUNES [et al], 2009).

Segundo os mesmos autores, esta reconhecida melhoria decorreu de três pilares essenciais. Crescimento e qualificação do INEM, investimento no treino e formação dos profissionais e na qualificação hospitalar da Emergência.

Assim, a primeira abordagem das vítimas de trauma é, em geral, feita pelo INEM. A coordenação de todos os doentes críticos é efetuada pelo CODU que responde a todas as chamadas de emergência (112) e envia os recursos mais apropriados disponíveis. Como

os recursos não são uniformes para a mesma gravidade de trauma, diferentes abordagens são possíveis, desde um meio mais diferenciado como a VMER, até um meio menos diferenciado, como as ambulâncias dos bombeiros ou cruz vermelha.

Segundo o Comitê Americano de Trauma (1997), a assistência pré-hospitalar deverá ser prestada na primeira hora decorrida após o evento traumático. Estes 60 minutos, chamados de “hora de ouro” por Cowley, R. são parte da “distribuição trímódal de óbitos por trauma”, descrita por Trunkey em 1983.

Durante os primeiros 60 minutos, após o trauma, é fundamental que as medidas de reanimação e estabilização sejam executadas (manobras de SAV), como a permeabilidade das vias aéreas, controlo de hemorragias, reposição de volume, imobilização de lesões osteoarticulares entre outras, ou mesmo, mantendo-a em condições de chegar com vida até o tratamento hospitalar ser possível (Malvestio, 2008).

Segundo Gonçalves, *et al* (2010); Malvestio e Sousa (2002) o SAV tem um papel essencial no primeiro atendimento de vítimas de trauma. Isso é inferido pelos altos índices de estabilização ou melhora dos pacientes antes de ocorrer o atendimento hospitalar. Estudos sugerem que o SAV tem o seu valor, uma vez que promove melhoria nos parâmetros fisiológicos da vítima e por diminuir as complicações no intra-hospitalar. Ainda que na fase pré-hospitalar não se reverta um quadro extremamente grave, a rapidez da chegada ao local do incidente e ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previnem o agravamento do quadro e o surgimento de novas lesões, melhoram condições para alguns casos e até retardam resultados fatais, dando à vítima a oportunidade de chegar ao tratamento definitivo e, assim, beneficiarem.

Para a equipa da VMER, em virtude das constantes expectativas de situações de emergência, a frequência de pacientes graves, a possibilidade da mudança súbita do estado clínico, o ambiente de trabalho, caracteriza-se como stressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e os seus familiares (Callil & Paranhos, 2007 *cit. in* Cristina *et al*, 2008).

Considerando que as intervenções implementadas à vítima politraumatizada na assistência pré-hospitalar podem contribuir para a manutenção da vida até ao atendimento definitivo, surgiu a seguinte questão de investigação: “*Quais as experiências de uma equipa multiprofissional no atendimento pré-hospitalar, em suporte avançado de vida, a vítimas politraumatizadas?*”

O investigador optou por explorar esta temática uma vez que perceciona ser um serviço desafiante e difícil, por vivenciar diariamente situações de trauma inesperadas, desconhecidas e angustiantes, mas que com tudo isso, também são capazes de proporcionar satisfação pessoal e profissional.

Com o intuito de esclarecer e definir o propósito deste estudo foram formulados os objetivos de investigação, que correspondem a um enunciado que indicam claramente o que o investigador tem a intenção de fazer no decurso do estudo (Fortin, 2009).

Como **objetivo geral** o pretendemos compreender as experiências de uma equipa multiprofissional, no atendimento pré-hospitalar em Suporte Avançado de Vida (SAV) à vítima politraumatizada.

Como **objetivos específicos** ambicionamos: (1) compreender qual o significado da experiência em VMER para a equipa multiprofissional; (2) perceber os sentimentos / emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional, no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas; (3) descrever os fatores facilitadores/dificultadores no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas; (4) identificar quais as implicações do atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas para a vida pessoal e profissional; (5) descrever as sugestões da equipa multiprofissional para a melhoria do APH em SAV a vítimas politraumatizadas.

Exposta a problemática, a sua pertinência e os objetivos que pretendemos com este estudo seguem-se as opções metodológicas que norteiam o seu desenvolvimento.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Na fase conceptual, tudo foi posto em andamento para definir o objeto de estudo de um projeto de investigação. Neste ponto reporta-se à fase metodológica, que consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.

Segundo Fortin (2009) nesta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas; define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados; assegura-se também que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.

Este plano constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação.

2.1. O Tipo de Estudo

Para Fortin (2009) o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

Para conseguir dar resposta aos objetivos delineados, foi traçado um estudo no âmbito de um paradigma qualitativo, de carácter exploratório e do tipo descritivo simples. A utilização desta metodologia permitiu-nos descrever com maior exatidão os fenómenos e os factos da realidade em estudo.

Este estudo agrupa-se no nível I da hierarquia dos conhecimentos, uma vez que “(...) visa a descrever a experiência de pessoas escolhidas em função da sua particular experiência pessoal” (Fortin ;2009, p.138).

Segundo Sampieri (2014) a **investigação qualitativa** centra-se na compreensão dos fenómenos, explorando-os a partir da perspetiva dos participantes, num ambiente natural e em relação ao seu contexto.

Ou seja, um estudo desta natureza é selecionado quando o objetivo é examinar a forma como os indivíduos percebem e vivenciam os fenómenos que os rodeiam, aprofundando

os seus pontos de vista, interpretações e significados (Puch,2014; Lichtmanm 2013; Moorese, 2012; Encyclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman e Geist, 2008; Carey, 2007; DeLyser, 2006 *cit in* Sampieri, 2014).

A pesquisa qualitativa, permite então, captar o modo como os indivíduos pensam e reagem frente a determinadas situações; compreender a dinâmica e as mobilizações que as pessoas envolvidas com o processo de saúde-doença vivenciam; auxiliar na aproximação dos sentimentos, crenças, atitudes. Este conhecimento possibilita ao pesquisador planejar ações que valorizem o ser que está a ser investigado, pois consegue, pelos dados colhidos, conhecer em profundidade a experiência vivida de forma única e singular por cada sujeito (DIAS [et al]; 2004).

Com o estudo **exploratório** o investigador pretendeu observar fenómenos para assim realizar descrições precisas da situação, podendo ser eventualmente descobertas as relações existentes entre os elementos envolvidos. O investigador pretendeu também desenvolver, esclarecer e tentar modificar ideias e conceitos, a fim de formular problemas mais precisos para estudos posteriores. Optou-se por um estudo exploratório na medida em que têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (Gil, 1995).

Para Fortin (2009) nos **estudos descritivos**, os conceitos a estudar são melhor conhecidos, que nos estudos exploratórios. Todavia, dado que o estado de conhecimentos neste nível de investigação é ainda limitado, os estudos descritivos visam a obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação.

O mesmo realça Sampieri; Collado e Lucio (2006, p.85), ao afirmar que o objetivo do investigador nos estudos descritivos “(...) *consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, isto é, dizer como é e como se manifesta determinado fenómeno.*”

Dentro dos estudos descritivos, optamos por realizar um estudo **descritivo simples** que consiste “(...) *em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta*” (Fortin, 2009, p.131).

O autor trabalhará então com experiências pessoais, relatos individuais descritos com as suas próprias palavras, escritas ou faladas, com valorização absoluta dos mesmos, todas as sensações e sentimentos vivenciados, sob o ponto de vista da equipa multiprofissional

que tripula uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um Centro Hospitalar e Universitário, da região norte do país.

2.2. O Meio

Na perspetiva de Fortin (2009) o investigador deve definir o meio onde o estudo será conduzido e justificar a sua escolha.

O decorrente estudo de investigação decorreu num meio natural, onde para o autor supracitado *“são estudos conduzidos fora dos laboratórios (...) o que significa que eles se efectuam em qualquer parte, fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios”* (Fortin, 2009, p.42).

O local eleito para a realização do estudo foi na base de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de um Centro Hospitalar e Universitário da região norte do país, no período de 1 a 30 de Novembro de 2019, após aprovação do comité de ética em pesquisa do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (ANEXO N.º1)

2.3. Participantes no Estudo

Para qualquer estudo de investigação há que efetuar a escolha dos participantes em função de vários critérios de seleção, devendo a mesma recair sobre pessoas que, pelo seu papel, postura, experiência e capacidade de expressão, garantam a qualidade da informação a colher (Streubert e Carpenter; 2011 *cit. in* Ferreira, 2014). Neste sentido Streubert e Carpenter (*cit. in* Ferreira, 2014, p.56) referem que *“os indivíduos são selecionados para participarem na investigação qualitativa de acordo com a experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse.”*

Assim, logo após precisar a questão em estudo, documentá-la pela literatura e inseri-la num desenho apropriado, o investigador caracteriza a população estabelecendo critérios de seleção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho.

Para Fortin (2009, p.41) a **população** *“(...) compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos), que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo.”*

A **população alvo** corresponde ao “(...) conjunto de casos acerca do qual o investigador pretende fazer uma generalização” (Polit e Hungler, 2011, p.268).

Assim, a população alvo deste trabalho de investigação compreende a equipa multiprofissional (médicos e enfermeiros) que tripulam uma VMER de um Centro Hospitalar e Universitário, da região norte do país, uma vez que são esses profissionais que realizam o atendimento de emergência e iniciam o primeiro contato com a vítima de trauma, com a sua família e acompanhantes.

Logo após o investigador delimitar a população potencial para o estudo, deverá precisar os critérios de seleção dos seus elementos. Estes critérios são guias importantes para a escolha possível do elemento de amostragem (Fortin,2009).

Importa realçar que nos estudos qualitativos, segundo Neuman (*cit in* Sampieri, 2014), o tamanho da amostra não é fixado à priori (antes da colheita de dados), mas um tipo de unidade de análise é estabelecido e às vezes um número aproximado de casos é delineado, mas a amostra final é conhecida quando as novas unidades adicionadas não fornecem novas informações (“saturação de categoria”), mesmo se adicionarmos casos extremos.

O mesmo refere Bogdan e Biklen (1994) ao salientar que, nas abordagens qualitativas, os estudos são guiados por pequenas amostras, pois não se pretende extrapolar para o universo, mas sim, compreender as experiências vividas e as percepções das mesmas. A importância da amostra centra-se essencialmente na riqueza dos dados que revelam as experiências individuais e específicas de cada participante (Polit e Hungler, 2011).

Optou-se por uma **amostragem não probabilística**, uma vez que “(...) não se destinam à generalização em termos de probabilidade” e “a escolha dos elementos depende de razões relacionadas às características da pesquisa” (Ragin, 2013; Samure e Given, 2008 e Palys, 2008 *cit. In* Sampieri, 2014).

Estabeleceram-se **critérios de inclusão** ou **elegibilidade** que são “(...) los criterios que especifican las características que la población debe poseer” (Polit e Hungler,2011, p.134).

Segundo os mesmos, “(...) el investigador debe considerar los criterios exactos mediante los cuales decidirá si un individuo se incluirá o no en la población de interés” (Polit e Hungler,2011, p.134).

Deste modo, os critérios de inclusão são:

- 1) Enfermeiros e Médicos a desempenharem funções em VMER com experiência profissional > 2 anos;
- 2) Aceitar participar no estudo.

Para justificar o primeiro critério de inclusão, o autor fez referência ao estádios de aquisição e desenvolvimento de competências de Patrícia Benner (2001), ao classificar estes profissionais no estágio 3 de competente, no qual estes profissionais já trabalham no mesmo serviço há dois ou três anos ou em situações quotidianas similares; apercebem-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais esta consciente (...) baseia-se numa análise consciente, abstrata e analítica do problema (...) ajuda a ganhar eficiência e organização (Benner, 2001).

A utilização destes critérios de inclusão procurou atender às especificidades da pesquisa qualitativa, pois para Minayo (*cit in* Cristina, 2008), na definição da população a ser estudada, não se deve preocupar com generalizações, mas sim com o aprofundamento e a abrangência da compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos.

Dessa maneira, o investigador, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e das suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo de pesquisa (1987 *cit in* Cristina, 2006).

A amostra foi delimitada a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, fazendo parte um total de 10 sujeitos, dos quais 6 eram Enfermeiros e 4 eram Médicos. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas com cada profissional, sendo coletadas durante o expediente de trabalho, utilizando-se para o mesmo efeito a sala de estar da equipa / base (como garantia de privacidade). As mesmas tiveram uma duração de 30 minutos por cada profissional, tendo decorrido sem interferências.

2.3.1. Caracterização dos Participantes

A amostra deste trabalho de investigação é composta por 10 profissionais pertencentes a uma equipa multiprofissional (Enfermeiros e Médicos) de uma VMER da região norte do país, sendo constituída, na sua maioria, por elementos do género masculino (70%), enquanto que o género feminino representa apenas 30% da amostra.

Os Enfermeiros e os Médicos pertencentes à nossa amostra, têm idades compreendidas entre os 31 e os 55 anos.

Relativamente às habilitações académicas, verificou-se que 70% dos participantes apresentam o grau académico de Licenciado e 30% o grau académico de Mestre. No que diz respeito à Formação na Área do Trauma observou-se que 1 elemento apresenta uma Pós-Graduação em Medicina do Doente Crítico (10%), 7 elementos apresentam uma Pós-Especialização em que 20% são Médicos especializados em Anestesiologia e 10% Especializados em Medicina Interna; 40% são Enfermeiros especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (30%) e Enfermagem de Reabilitação (10%). Todos os intervenientes deste estudo têm diversos cursos de trauma, desde o ETC, PHTLS, ITLS, CAIT, CATH, GEMS, PEEP e o módulo de trauma inserido na formação de base da VMER.

No que diz respeito à experiência profissional em anos, verificou-se que 40% da amostra apresenta 11 a 15 anos de experiência, sendo que apresentaram no mínimo 6 anos de experiência profissional e, no máximo, 30 anos de experiência profissional.

Em relação à experiência em Pré-Hospitalar (em anos), verifica-se que 50% da amostra apresenta menos de 5 anos de experiência profissional; 30% descreve experiência profissional de 21 a 25 anos; 10% experiência profissional de 6 a 10 anos e outros 10% com experiência profissional de 11 a 15 anos. De salientar que os Enfermeiros têm maioritariamente uma experiência na VMER superior à dos Médicos, dada a alta rotatividade do corpo clínico médico.

2.4. Procedimento de Recolha de Dados

Os instrumentos de colheita de dados dão a possibilidade ao investigador de obter de uma forma sistemática e organizada a informação necessária para que o trabalho de investigação possa ser realizado.

Ketele e Rogers (1998, p.59) refere que a recolha de dados corresponde a um “(...) processo organizado posto em prática para obter informações junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimentos para outro nível de conhecimentos, ou de representações de uma dada situação, no quadro de uma acção deliberada cujos objectivos foram claramente definidos e que dá garantias de validade suficientes.”

Assim, facilmente se compreende que a investigação científica incide sobre uma variedade de fenómenos pelo que para a sua análise, interpretação e estudo requer o acesso a diversos métodos de recolha de dados.

Face ao tipo de estudo e aos objetivos traçados, o investigador considera a entrevista como a estratégia de recolha de dados mais indicada, nomeadamente, a entrevista semiestruturada ou semidirigida.

Segundo Bogdan e Biklen (2013, p.64) a entrevista *“é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”*.

A entrevista semiestruturada é baseada num guia de questões ou perguntas, e o entrevistador tem a liberdade de introduzir perguntas adicionais para esclarecer conceitos e obter maior informação (Sampieri, 2015).

Fortin (2009, p.66) define como *“(...) um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação.”*

Para Fortin (2009) nos estudos descritivos propriamente ditos, são indicadas principalmente as entrevistas dirigidas ou semidirigidas. A opção pela dirigida surge pela possibilidade de se obterem mais informações particulares sobre o tema, compreendendo o ponto de vista do entrevistado. Sendo exigente, este instrumento de colheita de dados torna-se enriquecedor pois permite que os intervenientes se expressem livremente.

A escolha da entrevista semiestruturada prendeu-se com o facto de esta possibilitar maior flexibilidade, profundidade, reiteração e reflexão, o que permitiu e contribuiu para alcançar os objetivos propostos para este estudo de investigação.

Pela necessidade de identificar as experiências de uma equipa multiprofissional no atendimento pré-hospitalar em SAV a vítimas politraumatizadas, levou ao investigador a elaborar um “roteiro” para a entrevista semiestruturada, acreditando que, por meio dela, esses profissionais forneceriam relatos, com a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e de símbolos (Minayo, 2014).

A entrevista semiestruturada será organizada em duas partes: a primeira faz referência aos aspetos sócio-demográficos, formação profissional e condições de trabalho da equipa multiprofissional da VMER de um Centro Hospitalar e Universitário, da região norte do país, de forma a traçar o perfil dos mesmos. A segunda parte será composta por questões

norteadoras do próprio tema a investigar (APENDICE N.º1). Optou-se por questões abertas “(...) já que permitem que os sujeitos respondam se as limitações impostas pelo investigador” (Hulley, [et al] *cit. in* Ferreira, 2014, p.125).

A recolha de dados foi realizada após a autorização da comissão de ética do INEM, entre o dia 1 e 30 de Novembro de 2019, conforme a disponibilidade dos intervenientes, num total de dez entrevistas (6 enfermeiros e 4 médicos), numa sala da instituição disponível para o efeito.

Previamente à utilização do instrumento de colheita de dados, este foi aplicação a um grupo com características semelhantes às da população em estudo: pré-teste. Esta etapa é fundamental para assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados.

Para Fortin (2009, p.132) “a validade de um instrumento demonstra até que ponto o instrumento ou indicador empírico mede o que deveria medir.” A validade pode ser estimada de diferentes formas: a validade do conteúdo, a validade dos critérios, a validade dos constructos.

Este foi aplicado a dois elementos (1 enfermeiro e 1 médico) tripulantes de uma VMER de um centro hospitalar da região norte do país, por apresentar características similares à população alvo em estudo, não se tendo verificado a necessidade de alterar qualquer questão do guião.

Após ter obtido o consentimento para a realização deste pré-teste, e antes de iniciar a colheita de dados, foi contacto o Enfermeiro e Médico Coordenador, com o objetivo de explicitar a proposta desta investigação, negociando o período e o local mais adequado para abordar os participantes.

2.5. Procedimento de Análise

A fase da análise e interpretação dos resultados é a etapa mais morosa de um trabalho de investigação, que segundo Fortin (2009), exige uma reflexão minuciosa e uma análise profunda de todo o processo de investigação. Para Aires (*cit. in* Ferreira, 2014) a análise da informação constitui um espeto-chave e problemático do processo de investigação.

A entrevista foi gravada em registo de áudio, com a finalidade de se obter a máxima de informação possível e de seguida foi feita a transcrição integral às perguntas abertas da

segunda parte das entrevistas para o programa informático *Microsoft Word*[®], assegurando o rigor da transcrição.

Para o tratamento dos dados relativo às perguntas abertas, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin.

Define-se então a análise de conteúdo como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens*” (Bardin, 2011, p.85).

Para cada categoria definimos indicadores que especificassem as unidades de registo identificadas nas respostas às questões abertas, pormenorizando o seu conteúdo. A análise de conteúdo desenvolveu técnicas que procuram atingir a aceção declarada do material qualitativo. A técnica de análise de conteúdo utilizada para atingir o objetivo proposto por este estudo foi a análise temática, pois esta técnica é utilizada para temas que comportam um feixe de relações que podem ser representados por meio de uma palavra ou uma frase. Minayo (2014) enfatiza a análise temática como as melhores formas de adequação para a pesquisa qualitativa na área da saúde.

2.6. Considerações Éticas

Segundo Polit e Hungler (2011, p.62) “*(...) a proliferação de investigações com seres humanos tem gerado similares preocupações e controvérsias em matéria de ética acerca da protecção dos direitos dos participantes.*”

A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes de exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009).

Fortin (2009, p.45) refere que numa investigação deve-se ter em conta “*o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim, o direito a um tratamento justo e leal.*”

Antes de efetuarmos a colheita de dados aos elementos da VMER de um Centro Hospitalar e Universitário, da região norte do país, o guião de entrevista foi alvo de uma avaliação e aprovação da Comissão de Ética do Instituto Nacional de Emergência Médica.

Além disso, cada elemento que aceitou participar no estudo, foi esclarecido de forma verbal e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que segundo Polit e Hungler (2011, p.88) *“o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequados no que refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para os consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação”*.

Aos informantes foi permitido o direito de recusa na participação ou interrupção da colheita de dados em qualquer momento, sem que existisse qualquer consequência. Perante isto, foi elaborado um termo de consentimento informado (ANEXO N. °2), baseado nos princípios éticos de pesquisa em investigação.

As entrevistas foram realizadas com recurso à gravação de voz em suporte digital após autorização de todos os participantes. A sua utilização foi realizada apenas com o objetivo de posterior transcrição do conteúdo, que será permanentemente destruído após a conclusão do presente estudo.

Por forma a manterem-se os princípios mencionados anteriormente, especialmente o da confidencialidade, as entrevistas foram encriptadas de E1 a E10.

Em suma, neste trabalho de investigação, a postura do investigador pautou pelo respeito pela inclusão de informantes livres e esclarecidos, a proteção dos dados e a confidencialidade das informações pessoais prestadas, sendo respeitados todos os princípios éticos inerentes ao processo investigativo.

Fundamentadas então as nossas opções metodológicas e descrito o modo como planeamos e realizamos as várias fases do processo de investigação e os procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados, partimos para o capítulo seguinte onde iremos apresentar e analisar os dados obtidos.

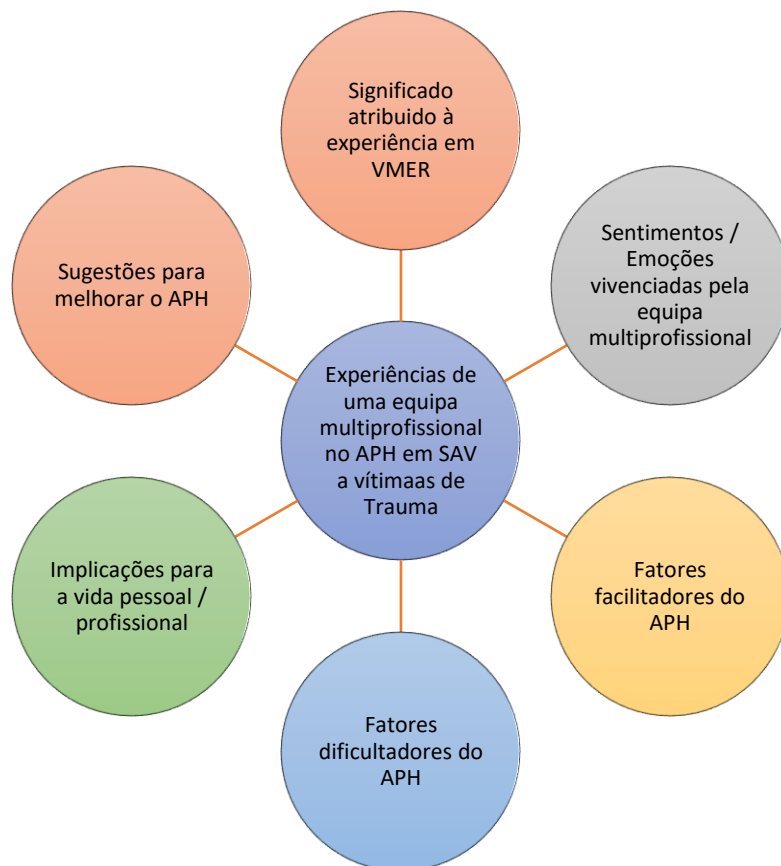
CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

No seguinte capítulo, vamos proceder à apresentação dos dados obtidos através da análise de conteúdo efetuada aos discursos produzidos pelos participantes no estudo. Este procedimento de análise dos dados permitiu identificar um conjunto de áreas temáticas (diagrama 1), e respetivas categorias e subcategorias as quais possibilitam a compreensão das experiências da equipa multiprofissional no APH em SAV a vítimas de trauma.

No sentido de uma melhor visualização e exibição dos dados obtidos sobre o fenómeno em estudo, vamos efetuar a apresentação descrevendo cada uma das áreas temáticas, com a devida citação dos enxertos mais representativos das entrevistas, e com recurso a diagramas de síntese.

Diagrama 1 - Experiências de uma equipa multiprofissional no APH em SAV a vítimas de Trauma: Áreas temáticas.



Significado atribuído à experiência da VMER

Através da análise dos discursos dos participantes relativamente **ao significado atribuído à experiência da VMER**, emergiram 3 categorias: *satisfação pessoal e profissional*; *desafio* e *contributo para um melhor atendimento do paciente* (diagrama 2).

Diagrama 2 – Significado atribuído à experiência em VMER



Relativamente ao significado atribuído à experiência em VMER, nove participantes (enfermeiros/médicos) referiram a **Satisfação Pessoal e Profissional**, como descrevem nos seus discursos:

“(...) para quem trabalha em serviço de urgência acho que é o atingir um objetivo (...) ter a oportunidade de ir ao local e socorrer as vítimas no momento zero dos acontecimentos, no início da doença súbita, do evento de trauma, acho que foi isso que criou aquela ambição de ter a oportunidade de ser uma dessas equipas.” E01

“(...) a minha principal motivação prendeu-se com a minha área de especialização profissional. Sou especialista em anestesiologia, e, portanto, lidar com o doente crítico é algo com que lido diariamente na minha vida profissional (...), portanto, o

pré-hospitalar e este interesse pelo traumatizado, sempre despertou em mim, uma vez que lido diariamente com o doente crítico nas suas várias vertentes.” E02

“O que motivou foi o facto de eu gostar do doente agudo e de emergência e depois era uma experiência fora do hospital o que me dava assim aquele gosto especial de não me sentir preparada, não saber o que ia acontecer, pronto (...) não é o serviço de urgência nem a emergência, é um sítio onde estamos sozinhos e nos dá bastante experiência não é (...) dá-nos aquela noção de responsabilidade de ajudarmos naquele momento (...) foi o gostar da adrenalina (...) eu acho que veio completar a minha formação enquanto médica especialista em medicina interna (...)” E03

“(...) o que me motivou para além do convite foi sempre desejar fazer emergência pré-hospitalar (...)” E05

“A área da emergência sempre foi a área que mais me cativou e fascinou. Uma das coisas que também me fez ir para a anestesia foi exatamente o fato de ter uma boa preparação para ir para a área da emergência (...)” E09

O **desafio** profissional foi descrito por um profissional de saúde, conforme podemos observar no seguinte relato:

“(...) e o que me fez aceitar o convite de fazer VMER era o fato de ser um desafio, um projeto novo e como tal gosto de desafios e achava que tinha todas as características para lidar com o doente crítico.” E06

A **melhoria do prognóstico do Paciente** foi salientada por um entrevistado, como descreve no seu discurso:

“(...) porque acho que cada vez mais é importante, derivado às condições dos doentes que podem ser melhoradas antes do transporte propriamente dito do doente a uma unidade hospitalar mais próxima.” E05

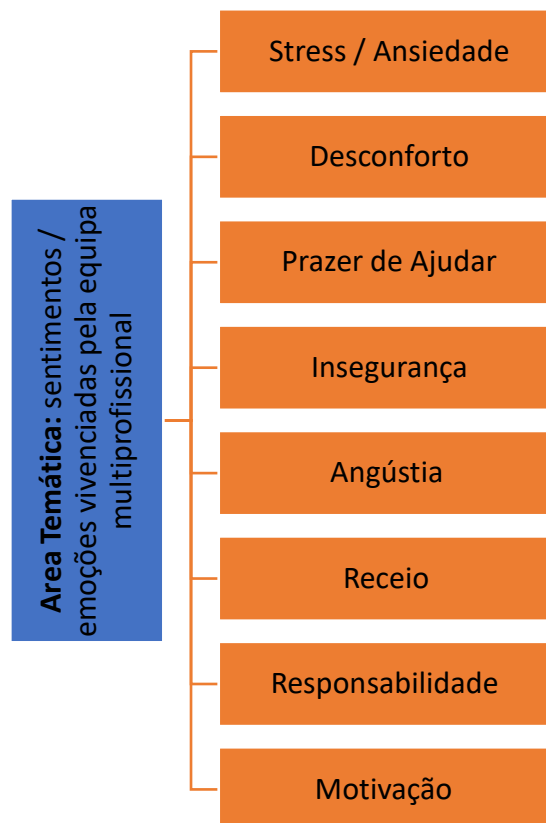
Em suma, realizar VMER traz para os profissionais de saúde, satisfação pessoal e profissional, corresponde a um desafio e é um contributo para um melhor atendimento ao doente, e como tal a possibilidade de um melhor prognóstico.

Sentimentos / emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional

A prática diária de uma equipa multiprofissional no atendimento pré-hospitalar, tem inerente o contacto com o sofrimento, a doença, a morte, situações de urgência e emergência, que propiciam o desencadear de uma série de sentimentos e emoções perante o que se vivencia.

Através da análise e tratamento das informações provenientes dos discursos dos profissionais de saúde (enfermeiros/médicos), emergiram uma panóplia de sentimentos que estes vivenciam no APH em SAV a vítimas de trauma, desde sentimentos positivos – prazer de ajudar e motivação – a sentimentos negativos – stress / ansiedade, desconforto, insegurança, angústia, receio e responsabilidade (diagrama 3).

Diagrama 3 – Sentimentos / Emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional



O **Stress / Ansiedade** foi um dos sentimentos descritos por oito profissionais de saúde, surgindo em quase todos os depoimentos. Tal como foi descrito pelos participantes, para Graziani (2015) a ansiedade é sinónimo da palavra stress.

“(...) o stress e o nervosismo (...) há situações que não conseguimos controlar no evento do trauma (...) talvez taquicardia, ansiedade. Somos invadidos pelo stress e pelo nervosismo (...) mas já senti algumas vezes as mãos a tremer em situações que provocam mais stress (...)” E01

“Numa fase inicial em que recebemos a chamada, ou seja, no momento da ativação, os principais sentimentos são inevitavelmente de uma ansiedade relativamente ao desconhecido que nos espera (...) há sempre alguma ansiedade e alguma inquietação face ao desconhecido que vamos encontrar.” E02

“Quando vamos para lá há sempre um nervosismo miudinho, um stress que é negável (...) por isso é sempre uma situação de stress.” E05

“Os sentimentos é sempre a ansiedade, principalmente quando estamos a falar de crianças, grávidas ou jovens adultos (...) nos primeiros anos de VMER era uma situação de ansiedade (...)” E06

“A ansiedade e o stress podem estar presentes no início da carreira e que se vai perdendo ao longo do tempo (...) a não ser obviamente, também depende da situação que é. Uma coisa é estarmos a falar de 1 ou 2 vítimas, uma coisa é falar de uma situação de multivítimas. Uma coisa é estar a falar de crianças ou grávidas (...) com certeza que se me disserem que é uma situação de multivítimas com crianças, é verdade que poderá haver aí alguma ansiedade mais do que se for com adultos (...) se forem várias vítimas a ansiedade será também um bocadinho maior do que será com 1 ou 2 vítimas.” E09

O **desconforto** foi expresso por dois dos profissionais de saúde entrevistados, conforme podemos observar nos seguintes relatos:

“Pronto, o que eu sinto sempre que recebo uma chamada que é para um trauma, sinto um maior desconforto do que é para uma saída médica (...) não, não me sinto confortável a ver esses doentes porque noa tenho essa experiência no meu dia a dia com esses doentes, só tenho na sala de emergência (...)” E03

“(...) não é que eu esteja limitado, mas é verdade que o não praticar todos os dias com crianças deixa-nos aqui com algum desconforto. Julgo que não seja só um desconforto só meu, mas da equipa (...)” E07

O **prazer de ajudar** é um sentimento positivo narrado por dois dos participantes:

“(...) é uma vontade de querer fazer e querer ajudar (...) o sentimento que prevalece é de querer ajudar, de querer fazer, e de tentarmos sempre dar o nosso melhor que nos é possível.” E02

“(...) porque queremos chegar para ajudar.” E09

O sentimento de **insegurança** no atendimento pré-hospitalar em SAV a vítimas de trauma, foi verbalizado por um profissional de saúde:

“(...) e sempre no sentido do alerta, uma vez que estamos a trabalhar na rua, em que muitas vezes a nossa própria segurança pode estar em causa, ou seja, há por vezes um sentimento de insegurança tendo em conta o ambiente em que estamos a trabalhar (...) muitas vezes em contexto de doentes politraumatizados em acidentes de viação, ou seja, estamos a trabalhar em locais em que há trânsito, em que há pessoas, espectadores, ou seja, muitas vezes as questões de segurança face à integridade da própria equipa também prevalecem. E02

A **angústia** foi um sentimento mencionado por dois profissionais de saúde:

“(...) Sinto no momento da ativação angústia (...) acaba por ser uma sensação e angústia porque não sabes o que vais encontrar (...)” E04

“No início as ativações para trauma causaram mais angústia do que nos dias de hoje.” E08

O **receio** foi indicado por dois profissionais de saúde:

“(...) não é propriamente de medo, mas acaba por ser um bocado de receio porque às vezes tu não sabes bem se vais conseguir lidar com a situação.” E04

“(...) contrariamente à fase inicial onde isto era sempre com algum receio ou algum medo na abordagem.” E10

A **responsabilidade** é um sentimento que prevalece, no depoimento de um profissional de saúde, no atendimento PH em SAV a vítimas de trauma:

“(...) há uma grande responsabilidade quando vamos a conduzir sem dúvida (...)”

E06

A **motivação** surge no discurso de um participante:

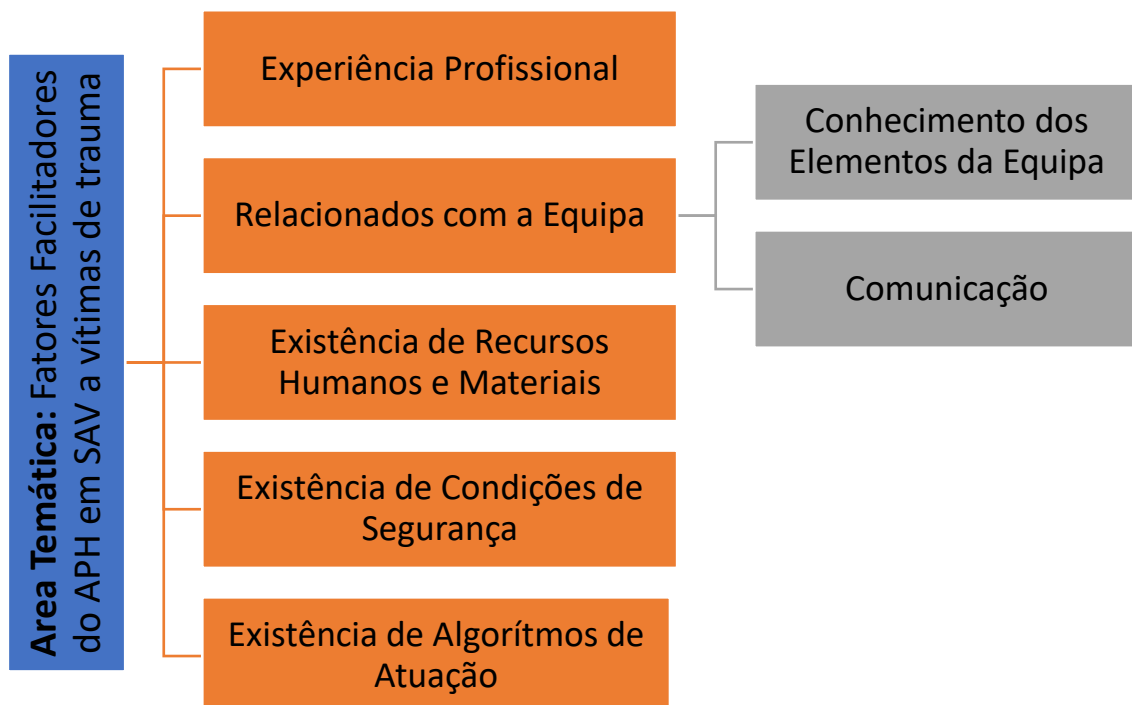
“(...) já nesta altura a gente sai para esta ocorrência com uma grande motivação mesmo (...) Agora se for uma situação de trauma no adulto, encaro isto de uma forma motivadora e de satisfação profissional (...)” E10

Em síntese, o atendimento pré-hospitalar em SAV a vítimas de trauma é uma ocorrência geradora de diversos sentimentos, nos profissionais de saúde a desempenhar funções em VMER, desde sentimentos positivos e negativos, ao qual estão associados fatores dificultadores e facilitadores, que vamos descrever de seguida.

Fatores facilitadores do APH em SAV a vítimas politraumatizadas

Através da análise das entrevistas, podemos concluir que os fatores facilitadores para o APH em SAV a vítimas de trauma são: experiência profissional; fatores relacionados com a equipa, em que sobressaem duas subcategorias como o *conhecimento dos elementos da equipa* e a *comunicação*; a existência de recursos humanos e materiais; a existência de condições de segurança e por fim, a existência de algoritmos de atuação (diagrama 4).

Diagrama 4 – Fatores Facilitadores do APH em SAV a vítimas de trauma: categorias e subcategorias



A **Experiência Profissional** foi o primeiro fator facilitador de intervenção, na APH em SAV a vítimas de trauma, descrito por seis profissionais, conforme podemos observar nos seguintes relatos:

“Eu acho que a experiência da equipa e os anos com que elas andam lá fora, ajudam-nos a ter um processo de abordagem sistematizado que simplifica as coisas.” E01

“As pessoas com mais experiência têm (...) é muito mais tranquilo fazer uma abordagem, é mais fácil e estás mais à-vontade do que propriamente com uma pessoa nova.” E04

“(...) a experiência da equipa pré-hospitalar, seja ela no caso do enfermeiro, do médico ou técnicos de emergência (...)” E05

“(...) é importante termos parceiros que estejam no local e que saibam o que façam (...)” E06

“A experiência profissional é sem dúvida uma mais valia (...)” E08

“(...) O segundo fator e que é o mais principal é a experiência (...) a experiência. Digo-te isso, porque eu vou trazendo para a rua aquilo que eu vejo na sala de emergência do hospital (...) temos gente muito nova (...) esta experiência traz-nos alguma serenidade, porque ter pessoas stressadas numa sala de emergência é a mesma coisa que ter pessoas stressadas na rua e foge muita coisa.” E10

Nos fatores **Relacionados com a Equipa** integra-se o conhecimento dos elementos da equipa e a comunicação. Relativamente ao conhecimento dos elementos da equipa, este foi descrito por três participantes conforme podemos observar nos seguintes discursos:

“O que facilita a intervenção nestes contextos é muitas vezes a equipa com quem estamos a trabalhar, ou seja, o fato de estarmos a trabalhar com alguém que conhecemos (...).” E02

“Em termos de equipa, é importante que exista confiança entre enfermeiro e médico, para que haja esse espírito de equipa, e que cada um saiba precisamente o que cada um tem de fazer.” E05

“Um aspeto que julgo que possa ajudar e facilita, e isso é notório, que é, apesar de as pessoas terem formação em SBV e SAV porque é uma condição para fazer também viatura médica, a verdade é esta, quando a equipa é uma equipa já de alguns anos, nós confiamos uns nos outros, e, portanto, não há muito a questão “o que é que tu vais fazer” o que “é que não vais.” E07

A comunicação foi apontada por dois participantes, conforme podemos analisar através das seguintes falas:

“(...), mas acho que a comunicação em termos de emergência tem de ser transversal (...)”. E01

“No entanto acho que no contexto da abordagem do doente crítico o mais importante é haver uma boa comunicação (...) se houver uma clara comunicação entre a equipa, o trabalho consegue ser feito de uma forma eficiente.” E02

A existência de **Recursos Humanos e Materiais** foi um fator facilitador enunciado por três profissionais, conforme relatam:

“(...) de no local termos meios que nos possam ajudar, ou seja, facilita muito se quando chegarmos ao local já temos uma ambulância, por exemplo (...)” E02

“Ajuda-me já ter uma equipa, não ser eu a primeira a abordar, isso é uma grande ajuda, porque já estamos a estabilizar a vítima, já temos uma imobilização, já percebemos a cinética.” E03

“(...) E depois também quais são as equipas que vão estar no local além de nós, não é. Se calhar em algumas situações precisamos de ter mais alguns meios (...)” E09

A **Existência de Condições de Segurança** no local do incidente, foi descrita por três entrevistados:

“(...) equipas de autoridade que possam assegurar as condições de segurança do local, isto facilita o nosso trabalho.” E02

“(...) Quando tu tens e sais para locais que já estão balizados muitas vezes pelas autoridades, acaba por ser muito mais fácil trabalhares(...)” E04

“(...) é importante quando chegamos ao local termos o local bem sinalizado, bem delimitado e com segurança para que possamos atuar (...)” E06

Na perspetiva de um profissional, a existência de **algoritmos de atuação** é facilitador para a sua intervenção, como podemos observar no seguinte discurso proferido:

“(...) haver algoritmos de atuação (...)” E02

Em síntese, os discursos permitem-nos afirmar que a experiência profissional; relacionados com a equipa; a existência de recursos humanos e materiais; a existência de condições de

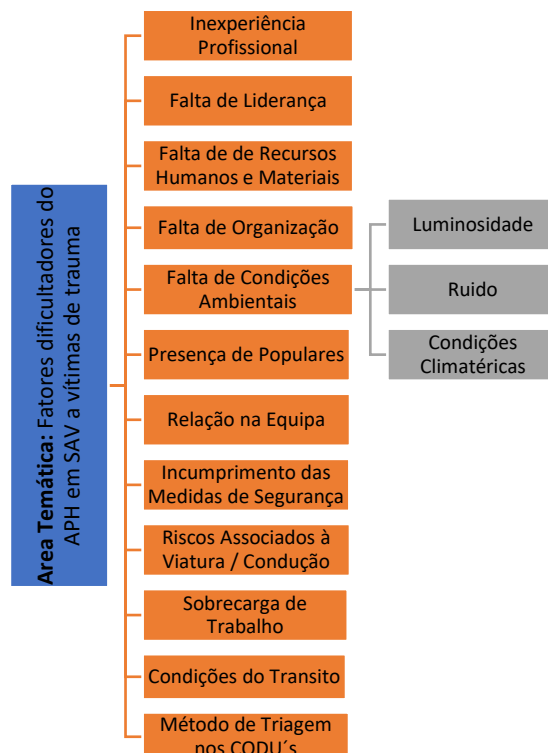
segurança e a existência de algoritmos de atuação, constituem-se como elementos facilitadores do APH em SAV a vítimas de trauma.

Fatores dificultadores do APH em SAV a vítimas politraumatizadas

Segundo o estudo realizado por Zapparoli e Marziale (2011), os profissionais de saúde estão expostos a diversos riscos ocupacionais, peculiares à sua atividade e que podem constituir um fator dificultador no APH, como o risco biológico (pelo contacto com microrganismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos), psicossocial (tensão constante, stress, fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados) e ergonômico (peso excessivo, trabalho em condições incomodas).

Relativamente ao nosso estudo, podemos constatar que, como se pode ver no diagrama nº5, as principais dificuldades apontadas pela equipa multiprofissional (enfermeiros e médicos), relativas ao APH em SAV a vítimas de trauma são: a inexperiência profissional, a falta de liderança; a falta de recursos humanos e profissionais; a falta de organização, fatores ambientais (iluminação, ruído, condições climatéricas), presença de populares, a relação na equipa, o incumprimento das medidas de segurança, os riscos associados à viatura/condução, a sobrecarga de trabalho, condições do trânsito e o método de triagem nos CODU's.

Diagrama 5 – Fatores Dificultadores no Atendimento PH em SAV a vítimas de trauma: categorias e subcategorias



Relativamente à ***inexperiência profissional*** esta foi mencionada por cinco profissionais de saúde, como podemos verificar nos seguintes excertos:

“Quando as equipas são novas, quando estou com médicos novos, deparo que há uma certa confusão (...) quando saem para a rua sem grande certeza, sem transmitir segurança, sem (...) mostrar aquela autoridade (...)” E01

*“A ***inexperiência*** também pode constituir um fator dificultador na abordagem (...)”*
E04

“Outra questão que dificulta em termos técnicos, quando temos um doente em choque por hipovolémia aumenta o risco de exigência, ou seja, nos temos essa percepção, vamos ter que ter uma técnica muito mais apurada, para não falar em determinados procedimentos, e sabemos se falharmos o procedimento o segundo vai ser mais difícil, é uma luta contra o tempo (...) por isso considero que um profissional pouco treinado com pouca experiência profissional possa ter mais dificuldade.” E06

“Agora quando a equipa é composta por um novo e um mais velho, e principalmente no que diz respeito à parte médica, não é, porque a parte médica acaba por se renovar com muita facilidade, e portanto, muitas vezes acabamos por não conhecer o nosso par, e isso pode ser uma dificuldade. Porque não sabemos que competências (...)” E07

“O facto de ser uma equipa mais nova pode ser um elemento dificultador. Quanto mais anos temos sobre viatura médica, mais à-vontade estas.” E08

A ***falta de liderança*** foi descrita por 3 entrevistados, ao referirem:

*“A ***inexistência*** de um líder também é um entrave.”* E04

“(...) é importante que haja um líder de equipa, que dê indicações precisas, não pode haver hesitações, cada um tem de saber o seu papel para não haver conflitos (...)” E06

“(...) e o à vontade com que ele consegue liderar, porque a verdade é esta, a falta de um líder pode ser o suficiente para que as coisas não se articulem bem no local, porque não somos dois.” E07

Dois profissionais de saúde descreveram que a **falta de recurso humanos / materiais** pode constituir-se como um fator dificultador:

“(...) estamos num meio onde não temos à disposição tudo aquilo que muitas vezes gostaríamos de ter, não só de recursos humanos, mas também e recursos técnicos e material (...)” E02

“(...) o desgaste da própria viatura que pode levar a alguma instabilidade ou insegurança (...)” E07

“(...) e quando lá chegamos não temos os meios mais adequados também pode corresponder a uma dificuldade que pode surgir.” E09

A **falta de organização** foi um fator dificultador do APH enunciado por 3 profissionais de saúde:

“(...) o material anda por todo o lado (...) quando tens médicos ou outros profissionais que já mexem no teu material, que já tens material ali, já tens material num outro lado, quando já queres uma coisa e a mochila já não está onde deixaste (...) quando há uma desorganização, quando a desorganização vai crescendo aos poucos (...)” E01

“E muitas vezes é o próprio cenário em si, há muita confusão e desorganização (...)” E02

“É quando chego e o local ainda não está organizado (...) não há um perímetro de segurança. Eu tenho a noção de quando há um perímetro, quer seja criado pela polícia ou os bombeiros, as coisas estão muito mais organizadas (...) quando não há um perímetro, quando está toda a gente a dar opiniões, isso dificulta-me imenso.” E03

No que diz respeito à **Falta de Condições Ambientais**, estas são diversas, e foram agrupadas em três subcategorias: luminosidade, o ruido e as condições climatéricas. Os participantes referem que a falta de luminosidade, associado ao excesso de ruído e à presença de alterações climatéricas, como chuva e vento, constituem fatores dificultadores no APH em SAV a vítimas de trauma.

Relativamente à luminosidade, esta foi descrita por sete participantes, conforme podemos observar através dos seguintes discursos:

“De noite, a iluminação é um grande problema. Até porque grande parte dos acidentes que se dão muitas vezes à noite é precisamente em locais com pouca visibilidade (...)” E01

“As condições de luminosidade do local, nem sempre são as ideais (...)” E02

“A noite (...) os acidentes à noite em que não sabemos, não vemos, ou não conseguimos ter a noção da distância (...)isso é o que custa mais.” E03

“(...) a luminosidade.” E04

“(...) ou de noite com pouca luminosidade.” E05

“(...) estamos a falar em questão de noite com baixa luminosidade, com risco para as equipas.” E06

O ruído, foi descrito por dois dos entrevistados como um fator ambiental condicionador da sua intervenção:

“O ruído, o ambiente (...)” E01

“O ruído interfere na comunicação, mas consigo-me abstrair”. E08

As condições climáticas, foram referidas por sete profissionais de saúde, como fator ambiental gerador de dificuldade no APH em SAV a vítimas de Trauma:

“(...) quando tu tens de fazer 40 quilómetros por debaixo de chuva intensa, numa nebulosidade brutal (...) é a questão dos fatores climáticos.” E04

“(...) as questões ambientais também podem dificultar, porque como é obvio se estiver a chover é muito difícil desempenhar as minhas funções.” E05

“É também a questão ambiental, quando estamos perante intempéries, quando estamos em locais remotos de difícil acesso (...)” E06

“A chuva é uma preocupação acrescida, associada a um desgaste da própria viatura.” E07

“Questões de falta de iluminação, mau tempo, de inverno a chuva, fraca visibilidade (...) em acidentes de trabalho, muitas vezes, o espaço físico onde está o doente pode ser condicionante na abordagem destas vítimas.” E08

“(...) as condições climáticas sem dúvida nenhuma.” E09

“As condições climáticas nomeadamente a chuva (...) tenho más experiências de estar ali na via norte a levar um temporal de chuva ali nas costas e ter de estar no chão junto das vítimas, mas isto pronto, são coisas que não podemos evitar.” E10

A **Presença de Populares** foi apresentada por cinco participantes, como um fator dificultador do APH em SAV a vítimas de trauma, conforme podemos observar nos seguintes enxertos:

“(...) às vezes vamos para locais onde a própria autoridade nem sempre colabora em afastar a população curiosa que está em cima de nós (...) a população constitui um fator que dificulta a minha intervenção na abordagem da vítima.” E01

“O que me faz mais confusão nestas saídas é quando temos a questão dos populares logo ali (...) muita gente a dar ideias, atrapalha-me muito.” E03

“Até as próprias pessoas (...) que querem ajudar e muitas vezes só atrapalham.” E05

“A população e os mirões conferem um agente dificultador na abordagem das vítimas de trauma, exceto se tiver presente uma força de autoridade que impeçam os populares de chegar perto de nós.” E08

“(...) as pessoas no local sem dúvida, são um dos obstáculos, uma vez que dentro do hospital estamos em quatro paredes (...) aparentemente estamos recatados do ambiente exterior, podemos ter outras coisas depois que nos limitam. Mas na rua são as pessoas a pressionar, a insultar, isso dependendo obviamente do envolvimento.” E10

Outro fator descrito por quatro profissionais de saúde, e que pode ser condicionante, se não existir, é a **Relação na Equipa**:

“A relação entre os elementos pode dificultar não só no seio da equipa da VMER, mas também os restantes profissionais que vão para o local (...) acho que obviamente cada profissional tem o seu feitio, que nem sempre encaixa.” E01

“As relações interpessoais também podem dificultar a abordagem da vítima politraumatizada (...) agora, pode ser mais ou menos facilitador trabalhar com determinadas pessoas.” E02

“Como dificuldade, o fato da equipa não se conhecer bem, pode ser uma dificuldade acrescida no trabalho.” E07

“A relação interpessoal afeta e não tenho qualquer dúvida, podendo mesmo ser o maior fator constrangedor e que pode afetar a nossa abordagem (...) se existir um mau ambiente entre pares, sem dúvida que o nosso trabalho é afetado. De parte a parte.” E10

O **incumprimento das medidas de segurança** da equipa multiprofissional foi apontado como fator dificultador por seis profissionais de saúde:

“A nossa própria segurança está comprometida na exposição a risco biológico, ou seja, há sangue, há fluidos, há secreções (...) muitas vezes os óleos dos carros (...) muitas vezes se for uma vítima de acidente de viação há vidros, há objetos em que nos podemos magoar, o que também dificulta o nosso trabalho.” E02

“As condições de segurança são importantes no local, mas é uma coisa que eu me esqueço muito (...)” E03

“(...) agora, quando somos a primeira equipa a chegar lá pode ser mais complicado e por isso considero que é um fator bastante inibitório, porque tens de ter muito mais cuidado para abordes as vítimas, porque se for no meio da autoestrada é muito complicado, se for no meio de uma obra também é complicado porque os fatores de segurança não estão totalmente presentes e a tua ética profissional diz que tu deves ajudar (...) a falta de condições de segurança também é um fator inibitório.” E04

“(...) e por isso as condições de segurança podem estar comprometidas.” E05

“O não ter segurança, é o nosso problema principal. Se não temos segurança não avançamos. Muitas vezes somos os primeiros a chegar e não temos sinalização nas autoestradas. É difícil depois, queres ajudar e não tens condições de segurança para isso. Arriscamos muitas vezes mais do que deveríamos, porque pode não correr bem, e nas autoestradas é extremamente perigoso.” E08

“(...) a insegurança limita a minha intervenção no local. Dou-te um exemplo, o fato de não ter a autoridade no local pode dificultar a minha intervenção. Temos gente a gozar, a insultar (...) quem vivencia aquilo de perto, o tempo para elas passa de uma forma diferente (...) por vezes somos inclusivamente ameaçados, mas são situações pontuais.” E10

Os **riscos associados à viatura / condução** foi considerado um fator dificultador na abordagem à vítima politraumatizada, enunciada por cinco participantes, como se pode observar nos seguintes enxertos:

“A condução (...) com o carro a fazer aquaplaning em metade dos quilómetros acaba por ser um fator inibitório.” E04

“(...) o desgaste da própria viatura que pode levar a alguma instabilidade ou insegurança (...)” E07

“(...) dificuldades acrescidas na condução do veículo são condicionantes (...) depois tens a condução em si que é mais uma agravante, porque tens muito trânsito, tens isto, tens aquilo.” E08

“A viatura que temos (...) temos viaturas melhores e outras piores para chegar ao local (...)” E09

“(...) a condução é um fator dificultador (...)” E10

A **sobrecarga de trabalho**, foi expressa por três profissionais de saúde, conforme está narrado em seguida:

“Muitas vezes a falta de descanso, porque as saídas são umas em cima das outras, e acabam por se tornar um fator inibitório (...) portanto as condições de trabalho acabam por condicionar a minha intervenção.” E04

“A sobrecarga de trabalho leva ao desgaste físico e mental que pode condicionar na nossa intervenção. No trauma, o desgaste físico é grande, porque já está incluído o stress aliado ao esforço físico, o desencarceramento das vítimas, o pegar no plano duro, o tirar de espaços confinados (...) tudo isso é desgaste físico. E se tiver muitos traumas no turno, que não é comum na nossa VMER, de certeza que a minha abordagem ao último não vai ser igual ao primeiro.” E08

“A sobrecarga de trabalho é outras das condicionantes. Não posso dizer que temos o mesmo discernimento do que no início do turno (...) quando temos muitas saídas. Obviamente afeta a minha performance na abordagem destas vítimas.” E10

As **condições do trânsito**, descritas por dois profissionais de saúde, foi relatado como fator dificultador do APH em SAV a vítimas de trauma, conforme podemos observar:

“(...) a hora do dia, quer seja por hora de ponta, por exemplo, o que se torna mais complicado chegar ao local (...)” E09

“O trânsito intenso (...) estamos a falar sobretudo (...) esta VMER que está localizada numa zona central da cidade, às vezes para chegarmos ali na praça da Galiza, onde são 500 metros, demoramos muito tempo, porque dependendo dos dias, está tudo, tudo entupido.” E10

Um dos entrevistados, referiu o Método de **Triagem nos CODU's**, como um fator dificultador:

“(...) falando nas dificuldades, eu penso que a primeira que pode inferir com a nossa abordagem, está relacionada com a parte da triagem no CODU (...) a forma da triagem é obvio que nos condiciona imenso, porque frequentemente nos descrevem

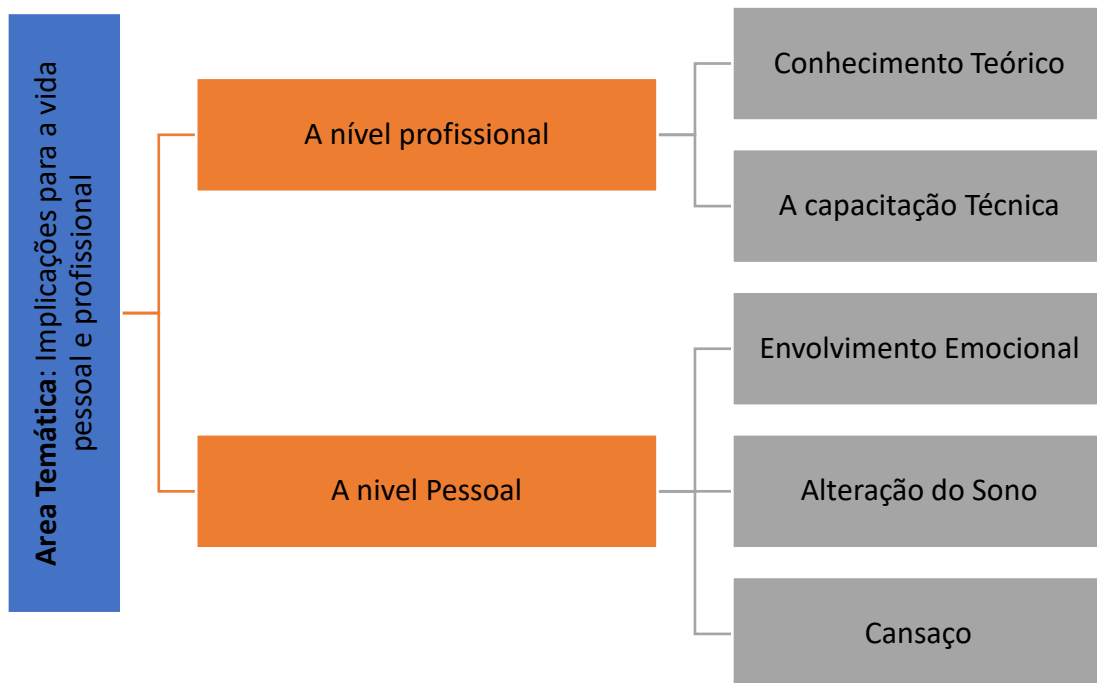
uma situação e deparamo-nos com situações totalmente diferentes (...) isto porque quem está atrás da dita triagem joga tudo na defensiva.” E10

Em suma, na voz dos participantes, existem fatores que dificultam o APH em SAV a vítimas de trauma, como a inexperiência profissional; a falta de liderança; a falta de recursos humanos e materiais; a falta de organização; a falta de condições ambientais; a presença de populares; a relação na equipa; o incumprimento de medidas de segurança; os riscos associados à viatura / condução; a sobrecarga de trabalho; as condições de trânsito e o método de triagem nos CODU´s.

Implicações para a Vida Pessoal / Profissional

Através da análise dos testemunhos dos profissionais de saúde conclui-se que, as vivências de situações que impliquem iniciar suporte avançado de vida a vítimas de trauma, traz repercussões para a vida pessoal e profissional, tendo sido os discursos agrupados em 2 categorias: a **nível profissional**, relacionado com o conhecimento teórico e a capacitação técnica; a **nível pessoal**, associado ao envolvimento emocional; a alteração do sono e o cansaço (diagrama 6).

Diagrama 6 – Implicações para a vida pessoal e profissional



Na categoria **a nível profissional** foram criadas duas subcategorias: conhecimento teórico e a capacitação técnica. Os entrevistados referem que as experiências no APH em SAV a vítimas de trauma, permitem a aquisição de mais conhecimento teórico e prático.

O conhecimento teórico, é descrito por seis participantes:

“Do ponto de vista profissional, mais uma vez isto é muito importante, porque é algo que eu tenho aplicabilidade quase diária nos doentes com que lido.” E02

“Como é obvio a nível de experiência profissional é sempre muito abonatório (...)”
E05

“Para a minha vivencia profissional, é mesmo o background que isto nos dá não é. É totalmente diferente quando trabalhamos num ambiente controlado do que trabalharmos num ambiente que se pode tornar totalmente descontrolado.” E07

“A nível profissional, faz-nos crescer. Porque tu se vais para uma determinada situação em que estás pouco preparado, eu pelo menos sou assim, vou tentar ler, fazer algum curso (...) não gosto de não me sentir preparado em determinada situação.” E08

“Para a vida profissional traz sempre aprendizagem, obviamente, não é. Porque todos os casos, apesar de termos muita experiência, todos os casos nos enriquecem a nível profissional.” E09

“Para a minha vida profissional (...) enriquecer conhecimentos (...)” E10

A capacitação técnica foi enunciada por três entrevistados, conforme podemos observar nos seguintes discursos:

“Implicações boas. Para a minha vida profissional, o ganhar mais experiência, o ganhar <<mão>>, o conseguir orientar, o conseguir melhor, também melhora a minha prestação na sala de emergência.” E03

“Na prestação de cuidados, experienciar essas situações de trauma, traz-me muita experiência profissional (...) com o decorrer do tempo, vamos aperfeiçoando, e as técnicas estão sempre a ser alteradas e nós vamos ter de nos adaptar às técnicas e temos de saber lidar com o insucesso (...) se vamos colocar uma agulha intraóssea e não está permeável, vamos ter de estudar para evoluir, e depois reparas que a segunda vez corre melhor e a terceira ainda melhor que a segunda.” E06

“Para a minha vida profissional enriquece-me (...) formas de abordar, de forma a ser mais fácil aplicá-los depois na prática.” E10

A **nível pessoal**, o envolvimento emocional foi descrito por dez profissionais de saúde:

“Acho que essas experiências nos marcam sempre. Acho que (...) são doentes que nós guardamos cá dentro (...) que nunca nos vamos esquecer (...) não vivo mal com

essas situações, obviamente lembramo-nos delas (...) não tenho nenhuma depressão, não estou a falar disso, mas acho que são situações que nos marcam, que vamos viver sempre com elas (...) Obviamente aqueles que vivem claro, também gostamos de guardar essas pequenas medalhas (...) São coisas que não podem interferir na nossa vida familiar (...) vivemos com essas recordações e algumas magoas de algumas coisas que poderíamos fazer melhor.” E01

“As vítimas de trauma, são sempre para mim as que me deixam mais incomodada, mas levo algumas para casa (...) o que não acontece com os doentes médicos.” E03

“Com o decorrer do tempo nós acabamos por ganhar alguma imunidade perante essas questões, ou seja, durante os primeiros dias após aquela situação de trauma, acaba por influenciar a vida pessoal, fico a pensar no assunto, mas não fico com insónias (...) há casos mais marcantes que aconteceram há dez anos e que me recordo perfeitamente.” E06

“Há situações em que uma pessoa fica mais sensível, e eu recordo-me de uma em que eu fiquei mais sensível. Nós ficamos a pensar logo nos nossos, e se fosse com os nossos. E isto deixa a equipa muito sensível e fragilizada.” E07

“Principalmente o trauma em pessoas jovens marcam-me muito (...) acho que já tive mais dificuldade em separar as águas, e se calhar ir para casa e não pensar muito nisso, mas acabas sempre por pensar. Tudo que é pediatria, vais para casa olhas para o teu filho, comesças a pensar e se calhar vês as coisas de outra forma. Se calhar com o tempo e com a experiência comesças a abstrair-te cada vez mais, mas há coisas que não consegues, porque a tua vida profissional acaba por marcar-te.” E08

Um dos participantes refere que experienciar situações de SAV em vítimas de trauma, a nível pessoal, pode conduzir a **alteração do sono**:

“(...) mas às vezes não é fácil. Já aconteceu situações mais complicadas tirarem o meu sono nessa noite.” E09

O **cansaço** foi apenas referido por um dos profissionais entrevistados, como uma implicação pessoal da vivência destas situações:

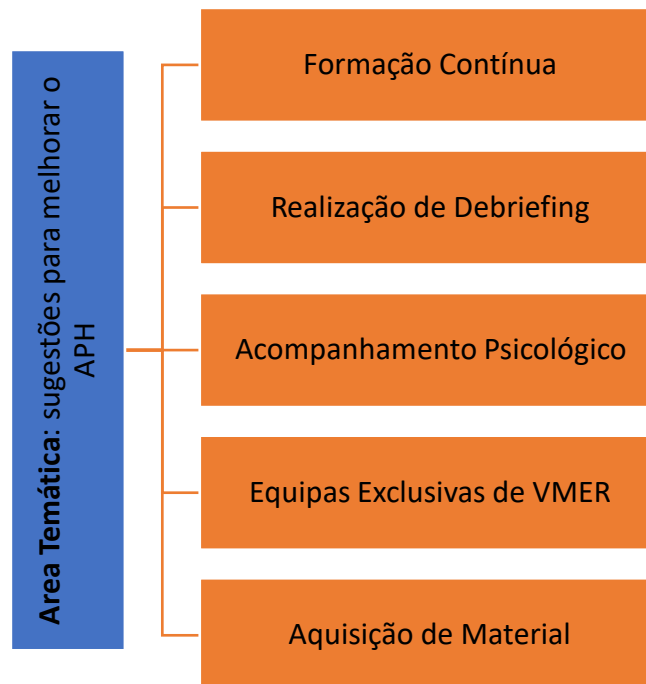
“(...) a partir de uma determinada altura já começamos a ficar cansados, e acho que há coisas na nossa vida que não fazem sentido (...)” E04

Em suma, na perspetiva da equipa multiprofissional, experienciar no pré-hospitalar situações que impliquem SAV a vítimas de trauma, promove desenvolvimento profissional (conhecimento teórico e capacitação técnica) e pessoal (envolvimento emocional, alterações do sono e cansaço) da equipa.

Sugestões para a melhorar o Atendimento Pré-Hospitalar

Com o intuito de superar as dificuldades supracitadas, através da análise e tratamento das informações provenientes dos discursos dos profissionais de saúde, emergiram diversas sugestões que agrupamos nas seguintes categorias: *formação contínua; realização de debriefing; o acompanhamento psicológico; equipas exclusivas de VMER e aquisição de material* (diagrama 7).

Diagrama 7 – Sugestões para a melhoria no APH em SAV a vítimas de Trauma



A **formação contínua** em trauma foi salientada por nove profissionais de saúde, conforme podemos observar nos seguintes enxertos:

“A nível de formação, acho que ela esta implementada, mas acho que se poderia fazer mais recertificações de cursos, quer aquilo que é feito a nível do INEM quer hospitalar (...) mais do que a certificação, é as pessoas trabalharem mais no seio das equipas, fazerem reuniões para relembrar temas, processos, para treinarem o manuseio de equipamentos.” E01

“Eu acho que o essencial na abordagem da vítima politraumatizada é a formação, ou seja, haver formação por parte dos profissionais que contactam com estas vítimas, e haver uma formação que seja transversa (...) não haver uma discrepância entre a formação dos profissionais.” E02

“Eu acho que devemos ter mais formação no trauma, mas (...) um treino (...) um encontro anual; um curso de 6 em 6 meses; um encontro de profissionais de VMER daqui (...)” E03

“A formação é uma coisa importantíssima e que devia ser feita com mais regularidade (...)”. E04

“A formação é super importante, e uma formação que até podia ser mais contínua (...) lembrar alguns aspetos que fiquem mais esquecidos (...) fora da VMER a formação seria muito importante a nível dos técnicos e dos bombeiros, que muitas vezes são pessoas que não estão assim tão bem formadas como deviam.” E05

Outra estratégia sugerida por seis profissionais de saúde, para melhorar o APH em SAV a vítimas de trauma, foi o **debriefing**:

“Outra coisa que era importante, era o debate nas equipas um espaço de discussão chamado de debriefing, em que várias equipas, fossem através de situações que ocorreram, fizessem uma discussão de casos. No seio das equipas abordar estas temáticas.” E01

“Acho que é importante no final destas situações haver algum debriefing e alguma discussão entre pares (...) olha fiz isto bem, da próxima acho vez posso melhorar este fator (...) acho que é importante falar logo no momento em que as coisas acontecem.” E02

“Eu venho de outras VMER’s em que se fazia mais o debriefing, porque também conhecia melhor quem estava a trabalhar comigo. E fazíamos sempre (...) o que aconteceu, o que correu mal, o que podíamos ter feito melhor (...) eu faço pouco porque ainda não os conheço bem.” E03

“O debriefing, por acaso eu tenho esse hábito. No fim destes acontecimentos eu falo com o médico que está comigo, falar sobre o que aconteceu, o que podia ter sido melhorado.” E05

“Depois se calhar, no fim de cada saída, para nós enriquecermos e para melhorar na próxima, falar entre a equipa, fazer um debriefing sempre no fim, não é com toda a equipa, basta com os dois elementos da equipa que estão, para sabermos o que

fizemos bem e o que fizemos menos bem e o que podemos melhorar na próxima saída.” E08

“O debriefing é fundamental, mas é a tal coisa (...) para a fazer temos de estar à vontade com quem está ao nosso lado (...) muitas vezes questionamo-nos o que poderíamos fazer de melhor ou o que eventualmente falhamos.” E10

O **acompanhamento psicológico** foi outra sugestão efetuada por 1 profissional de saúde entrevistado:

“Em situações de vivências de trauma deveríamos ter um acompanhamento de uma equipa, que nos ajudasse a ultrapassar essas situações traumáticas, sem bem que eu sei que já ligaram uma vez.” E01

A existência de **equipas exclusivas de VMER**, foi descrita por um profissional de saúde:

“Outra sugestão seria a deslocação das equipas do meio hospitalar, devendo existir as VMER's que devam ser exclusivamente do INEM, fazendo com que as pessoas não fizessem aquilo de vez em quando (...) passa pela uniformização e a prática unitária de tu só trabalhares nesse sítio (...)” E04

Um participante sugere a **aquisição de material**, como uma estratégia para melhorar o APH em SAV a vítimas de trauma, conforme descreve:

“(...) Outra coisa também, a aquisição de materiais que também são importantes como cintas pélvicas, garrotes, torniquetes e agulhas intraósseas (...) isso são coisas que também são importantes.” E09

Em suma, os participantes deste estudo referem que existem inúmeras estratégias para melhorar o APH em SAV a vítimas de trauma, nomeadamente a formação contínua; o debriefing; o acompanhamento psicológico dos profissionais de saúde; a existência de equipas exclusivas de VMER, e por fim, a aquisição de material.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É nesta altura do trabalho de investigação que podemos refletir sobre os achados encontrados, colocar em destaque os dados significativos e confrontá-los com a literatura existente sobre a temática e com a nossa própria reflexão. A revisão da literatura permite colocar os resultados dentro do contexto do que já é conhecido sobre o assunto.

Para uma melhor estruturação desta discussão seguiremos a lógica da apresentação dos dados tendo como referência os objetivos de estudo.

Significado atribuído à experiência da VMER

Relativamente a esta área temática, emergiram 3 categorias: **satisfação pessoal e profissional; desafio e contributo para um melhor atendimento do paciente.**

A **satisfação pessoal e profissional**, foi a principal justificação enumerada por 9 profissionais de saúde. Para estes, o desempenho de funções no PH é o concretizar de um objetivo pessoal e profissional, numa área de atuação desafiante e difícil, perante situações inesperadas, desconhecidas e angustiantes.

Cuidar da pessoa em situação crítica no ambiente pré-hospitalar, além de ser um acontecimento emocional de desgaste da vida diária dos profissionais de saúde, é também considerada uma experiência motivadora, encarada por muitos entrevistados, como um objetivo profissional alcançado.

Além disso, a curiosidade e o interesse em realizar VMER foi descrito por alguns elementos entrevistados. Muitos destes profissionais nunca tinham desempenhado funções no pré-hospitalar, referiram ser um complemento à sua formação de base (enquanto especialidade médica) e pretendiam então, compreender a abordagem realizada à vítima, no momento zero dos acontecimentos, bem como o seu encaminhamento e cuidados de vigilância até à unidade hospitalar mais adequada.

Através destes testemunhos, podemos constatar que realizar VMER para estes profissionais é uma experiência enriquecedora, que possibilita o crescimento pessoal e profissional, pelo que vai de encontro ao estudo realizado por Cristina *et al* (2008) ao referir que a equipa multiprofissional relatou que trabalhar no APH, é um desafio com dificuldades e riscos, mas com a possibilidade de satisfação pessoal e realização profissional, pelo fato de gostarem deste tipo de atividade, ou seja, trabalhar em urgência e emergência.

O mesmo menciona Almeida e Pires (2007, p.5), ao afirmar que trabalhar em emergência confere “(...) *um background teórico e prático muito valorizado e fonte de satisfação profissional.*”

Existem inúmeras definições para a **satisfação profissional**. Segundo Kinicki e Kreitner (2006) e Matos (2009) a satisfação profissional é definida como uma reação / estado afetivo ou emocional positivo, face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho.

Para Chiavenato (2005, p.42) a satisfação profissional é descrita como “*uma emoção, resultando este estado emocional agradável da forma como o indivíduo percebe o seu trabalho.*”

O mesmo autor defende que a satisfação profissional é o resultado entre o que se espera obter, comparativamente ao que se obtém no local de trabalho. Quando existe considerável diferença entre o que o profissional obtém (resultados ou recompensas) e o que se esperaria obter (expectativas), ocorre a insatisfação e conseqüentemente a desmotivação, que poderá privar o profissional, da vontade de querer desempenhar novas tarefas (Chiavenato, 2005 *cit. in* Ferreira, 2018).

Para Romanzini e Bock (2010) a experiência destes trabalhadores envolve uma dualidade de sentimentos: quando há sucesso experimenta-se a satisfação, contudo, quando o atendimento não corre de maneira adequada, aflora o sentimento de responsabilidade para com o outro, fator este gerador de insatisfação, já que a impossibilidade de melhor atendimento, causam desgastes emocionais em razão do que representa a efetividade da assistência às vítimas em situações de risco de vida.

O **desafio** para desempenhar funções em VMER no ambiente pré-hospitalar, nomeadamente no atendimento do doente crítico, foi descrito como principal motivo para um dos participantes.

Segundo Aparecida (2008, p.6) o termo desafio “*traz consigo uma implicação subjetiva de cada elemento de trabalho, no sentido de abordar o cuidado em APH (...) como uma atividade complexa e delicada, e que torna-se no mínimo, uma tarefa instigante, uma vez que envolve diversas situações de atendimento, as quais implica agir com rapidez e eficiência.*”

Um dos participantes deste estudo, faz referência à importância da VMER, como meio que **contribui para um melhor atendimento do doente**, num cenário não controlado e cujo

objetivo principal passa pela estabilização inicial e transporte seguro para o meio hospitalar mais adequado, para tratamento definitivo.

Este achado vai de encontro ao enunciado por Alves *et al* (2013, p.13) ao descrever que *“(...) a satisfação profissional (...) está relacionada ao prazer de atuar diretamente na assistência, à finalidade pessoal com a área, ao dinamismo do trabalho de urgência e à possibilidade de observar a melhoria clínica do paciente.”*

Cunha *et al* (2019, p.23) no seu estudo intitulado de *“Atendimento de pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência”* reforça a ideia, ao afirmar que o APH *“(...) caracteriza-se pela assistência às pessoas em situações de agravos urgentes, podendo ser vítimas de trauma ou emergência clínicas, em eventos que ocorreram fora do ambiente hospitalar, visando à garantia de um atendimento precoce e adequado (...) no local da ocorrência e disponibilizar o deslocamento até as unidades hospitalares para possibilitar uma maior sobrevida e resolubilidade dos casos.”*

Sentimentos / Emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional

Trabalhar em emergência pré-hospitalar além de ser um ambiente extremamente stressante, leva ao inevitável contacto dos profissionais de saúde com a doença, o sofrimento, a morte e as situações de urgência e emergência, o que desencadeiam uma série de sentimentos e emoções perante aquilo que se vivencia.

Segundo França e Rodrigues (2002) o trabalho realizado pelos profissionais de saúde no atendimento pré-hospitalar não pode ser previsto, pelo quanto maior for a incerteza do evento, maior poderá ser a geração de sentimentos de ameaça, exigindo dos profissionais competência e esforço para salvar a vida dos pacientes, através da tomada de decisões rápidas e eficazes.

Estudos que pesquisaram sobre o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam APH mostraram que o ambiente de trabalho pode proporcionar sentimentos positivos ou negativos para os mesmos. Os sentimentos positivos – **prazer de ajudar** e **motivação** – a sentimentos negativos – **stress / ansiedade, desconforto, insegurança, angústia, receio e responsabilidade**.

O **Stress/Ansiedade** foram duas das manifestações referidas pelos entrevistados, muitas das vezes em simultâneo.

O *Stress* é considerado para a OMS, uma epidemia global, sendo definido como o conjunto de reações fisiológicas que preparam o organismo para a ação (Encalada *et al*, 2007). É pois a relação entre a pessoa e o seu meio, marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode pôr em perigo o seu bem-estar (Ramos, 2001, *cit.in* Pinto e Ramos, 2012).

Segundo o Internacional Coucil of Nurses (2019) o *stress* é descrito como “*status comprometido: sentimento de estar sobre pressão e ansiedade ao ponto de ser capaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiencias desagradáveis; associado a dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.*”

Assim, entende-se que o APH é gerador de stress e de angústia nos profissionais de saúde, uma vez que trabalham sob a pressão do tempo, as frequentes decisões que envolvem a vida ou a morte, nas mais variadas faixas etárias, os problemas com os colegas e a necessidade de elevado conhecimento técnico e científico.

Segundo um estudo de Palmer (*cit.in Serra,2005*) os profissionais da emergência médica estão em permanente contacto com indivíduos gravemente lesados ou que vêm a morrer. Allison *et al* (*cit.in Amaral, 2004*) consideram que estes trabalhadores prestam cuidados médicos em ambientes não familiares e perigosos, onde a sua presença é, por vezes, considerada inoportuna, sendo a sua performance profissional posta à prova e avaliada por curiosos e familiares das vítimas, sendo ainda, frequentemente, submetidos a abusos na solicitação dos seus serviços para situações que não se enquadram na emergência médica.

O mesmo afirma Adriano *et al* (2017, p.25) “*no caso particular dos profissionais de emergência médica, as características inerentes a este tipo de profissionais, faz com que se trate de indivíduos sujeitos a níveis de stress mais elevados comparativamente a outros profissionais de saúde e, à população em geral*”.

O’Keefe *et al* (1998) salientam que os profissionais de emergência médica pré-hospitalar lidam diariamente com situações altamente stressantes, entre as quais se salientam acidentes com múltiplas vítimas, saídas envolvendo crianças nas mais variadas vertentes, vítimas politraumatizadas graves, e, a morte de um colega de trabalho.

Estes stressores, segundo Stumm *et al* (2008) são geradores de sentimentos como a ansiedade, tensão, medo ou ameaça e que pode ter origem interna ou externa.

O Stress foi uma alteração que surgiu algumas vezes em conjunto com a ansiedade. Tal como já foi descrito pelos entrevistados, para Graziani (2005) a ansiedade é sinonimo da palavra stress.

Através da análise destas entrevistas podemos observar que apesar dos entrevistados diferirem nas idades e nos tempos de experiência profissional, a ansiedade foi um sentimento descrito por todos nas mais diversas situações, nomeadamente pelo desconhecido pelo que vão encontrar.

Esta manifestação relatada pelos entrevistados vai de encontro ao descrito por Alharthy *et al* (2017, p.15) que nos diz que a “*ansiedade e a depressão são as manifestações psiquiátricas mais comuns entre trabalhadores de emergência médica.*”

Do estudo supracitado, verificou-se que cerca de 52% dos profissionais têm diferentes graus de ansiedade. (Alharthy [et al], 2017)

O mesmo afirma Almeida e Pires (2007) que referem que a ansiedade foi uma das manifestações mencionadas pelos entrevistados no seu estudo, associada à imprevisibilidade e ao desconhecido que caracteriza o trabalho de emergência.

De acrescentar, que os profissionais da VMER participantes neste estudo sentem maior ansiedade quando as vítimas de trauma são crianças, grávidas, jovens adultos ou quando há mais do que uma vítima. Isto vai de encontro ao estudo de Cristina (2006) quando esta refere que os profissionais sentem maior dificuldade em lidar com a morte, principalmente em vítimas jovens e situações inesperadas, levando ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, frustração e tristeza.

Os relatos mostram que o potencial de ansiedade mantém-se fisiologicamente presente e carrega consigo o sentimento do medo, sua sombra inseparável. Faz parte da natureza humana certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva de sofrimento. (Cristina [et al], 2006)

O **desconforto**, foi outro dos sentimentos relatados por dois profissionais de saúde. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa Priberam®, o termo desconforto significa: 1) Falta de Conforto; 2) desânimo, desalento.

O desconforto mencionado por estes profissionais de saúde, está relacionado com a inexperiência na abordagem das vítimas de trauma, uma vez que surge nos dois relatos, o fato de não corresponder à área de atuação no qual estes se sentem mais confortáveis.

Importa realçar, que a sensação de desconforto está intimamente ligada com o stress, que perturbam a homeostasia do corpo humano, e pode provocar diversas alterações na saúde (Sousa [et al], 2020).

O **prazer de ajudar**, foi um sentimento descrito por dois profissionais de saúde, referindo-se ao sentimento/vontade que a equipa multiprofissional da VMER demonstra em querer chegar ao local da ocorrência e executar os procedimentos que visem à estabilização e transporte seguro da vítima de trauma para a unidade hospitalar.

Assim, a presença de uma equipa de VMER no atendimento das ocorrências de trauma, *“(...) proporciona maior segurança na tomada de decisões e tranquilidade à equipa, além de terem iniciativa e satisfação em ajudar, sem medir esforços, agindo sempre em benefício do paciente”* (Romanzini e Bock, 2010, p.32).

Cristina *et al* (2006, p.84) no seu estudo, também reforça este sentimento quando nos diz que “(...) *todas são unanimes em manifestar prazer e realização profissional neste tipo de assistência em situação de urgência.*”

Desta forma, “*o prazer e a satisfação em ajudar a salvar uma vida em risco sobrepõe-se a todas as dificuldades encontradas na profissão*” (Souza [et al], 2012, p.58).

A **Insegurança**, descrita por um entrevistado, é uma das dificuldades apontadas por estes profissionais de emergência médica pré-hospitalar, decorrentes da organização do APH, da relação entre os membros da equipa, da exposição desnecessária aos riscos dos cenários das ocorrências e da relação com a população (Romanzini, e Bock, 2010).

Sousa *et al* (2014, p.46) reforça o descrito previamente ao revelar que “(...) *os profissionais que desempenham funções em APH enfrentam, diariamente, dificuldades para atuar em comunidades violentas, ambientes mal iluminados, exposição ao calor ou a uma chuva forte, a presença de curiosos, riscos de acidentes de trânsito, entre outros riscos.*”

Portanto, o sentimento de insegurança demonstrado neste estudo, está relacionado com a exposição a riscos físicos e ambientais, nomeadamente populares exaltados ou acidentes em vias rodoviárias com grande movimento.

O sentimento de **angústia** foi relatado por dois profissionais de saúde. Segundo o Internacional Council of Nurses (2019, p.26) a *angústia* é descrita como uma “*Emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição*”, isto face ao desconhecido e aquilo que vão encontrar, bem como ao momento de ativação do meio de VMER.

Esta manifestação vai de encontro ao relato de Cristina *et al* (2006, p.87) ao afirmarem que “*a equipe multiprofissional relata sua vivência como um serviço desafiante e difícil, diante das situações inesperadas, desconhecidas e angustiantes (...).*”

O mesmo descrevem Stumm *et al* (2008, p.52) ao dizerem que “(...) *o atendimento em urgência e emergência é gerador de estresse e de angústia, considerando a gravidade dos pacientes, os procedimentos complexos e, muitas vezes, a morte.*”

O **receio**, descrito por dois profissionais de saúde, segundo o Dicionário Priberam de Língua Portuguesa (2020), refere-se à “*1) incerteza; 2) Apreensão; 3) Temor*”, relativamente ao desconhecido ou possibilidade de errar aquando o APH da vítima de trauma.

Este sentimento é apoiado por Santana *et al* (2012) quando este nos diz que os profissionais de saúde no APH estão sujeitos a muitas situações de tensão, como o contacto direto e frequente com a dor e o sofrimento, pacientes terminais e o receio de cometer erros, o que poderá acarretar para o profissional o desenvolvimento de mecanismos de defesa que podem prejudicá-lo tanto profissionalmente como pessoalmente.

Oliveira e Martins (2013, p.43) apoiam este testemunho quando referem no seu trabalho de investigação, que os profissionais e saúde no APH “(...) *fazem referência a alguns medos e receios vivenciados no seu quotidiano de trabalho relacionados com a possibilidade de errar, ou de não conseguir responderem da forma mais rápida e adequada às exigências das situações.*”

O sentimento de **responsabilidade** descrito por um elemento da VMER, diz respeito ao ato acrescido de conduzir um veículo de emergência e a própria equipa de saúde, de uma forma rápida, mas segura até o local da ocorrência.

Segundo o Despacho N.º 14898/2011 as VMER são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em SAV e SAV em trauma, ministrada pelo INEM, I.P. e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para estabilização PH e o acompanhamento médico, durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou de doença súbita, em situações de emergência.

O mesmo documento refere que o Enfermeiro tem a função acrescida de condução da VMER para o local da ocorrência, no qual o mesmo profissional detém necessárias e obrigatórias competências em condução de veículos em marcha de urgência (Despacho n.º 14895/2011 de 25 de Outubro).

O sentimento de **motivação**, descrito por apenas um profissional da VMER, é, na sua globalidade, bastante complexo e, a sua definição não se revela fácil devido à abrangência de aspetos que esta envolve. São muitas explicações que existe acerca da mesma e muitos os autores que dissertam sobre esta temática. No entanto, e de uma forma geral, esta é apontada como sendo um impulso que leva o individuo a agir de determinada forma, de modo a satisfazer as suas necessidades.

Segundo Devillard (2001, p.63) “*a motivação resulta da antecipação de uma satisfação; resulta do sentido que se pode dar a um ato, da vantagem que se imagina poder retirar dele. É um motor que conduz à resolução de uma necessidade ou de um desejo.*”

A motivação no trabalho, segundo Mendes *et al* (2011) tem raízes na organização, no ambiente externo e no próprio indivíduo. Desta forma, uma pessoa motivada é produto da interação de uma personalidade com essas condições, e ao exibir um comportamento motivacional o indivíduo faz uso da sua inteligência, emoções, instintos e experiências vividas para alcançar os seus objetivos, a partir das condições objetivas que lhe são oferecidas.

Portanto, neste discurso objetivamos que para este profissional de saúde, uma ativação para o atendimento pré-hospitalar de uma vítima de trauma corresponde a um desafio, indutor de motivação e que pode levar a satisfação profissional. Isto vai de encontro ao descrito por Mendes *et al* (2011, p.36) que nos diz que *“a realização Profissional foi o fator motivacional de maior importância para os profissionais. Como este fator se refere à busca de prazer e realização pessoal e profissional, bem como de independência de pensamento e ação no trabalho por meio da autonomia intelectual e da criatividade, pode-se concluir que são pessoas bastante motivadas no desempenho das suas funções.”*

Romanzini e Bock (2010, p.50) no seu estudo, descrevem que os profissionais do APH *“(...) se sentem seguros, preparados e motivados para atuar, experimentam diversos sentimentos como compaixão, gratidão, raiva, pena, tristeza, ansiedade, e consideram como motivador o reconhecimento e a possibilidade de restaurar vidas.”*

Fatores Facilitadores do Atendimento Pré-Hospitalar

Os fatores facilitadores que compuseram esta categoria foram a **experiência profissional; relacionados com a equipa**, com as subcategorias *conhecimento dos elementos da equipa* e a *comunicação*; **existência de recursos humanos e materiais; existência de condições de segurança; existência de algoritmos de atuação.**

A **experiência profissional** da equipa de emergência pré-hospitalar da VMER, foi relatada por seis entrevistados como fator facilitador do APH a vítimas de trauma. Estes descrevem, que o percurso profissional prévio é extremamente importante, pois confere segurança e metodologia na execução de procedimentos.

Segundo Thomaz e Lima (2000, p.19) *“no atendimento pré-hospitalar hoje são requeridas características gerais como em outras especialidades de formação, experiência profissional e habilidade.”*

Segundo Costa (1998, p.23) a experiência é tudo o que se adquire e se constrói no decurso da vida, nos confrontos diários com as situações concretas e reais, onde surge a necessidade de resolver problemas de natureza diversa. O mesmo autor admite que *“(…) a experiência designa o conhecimento experimentado, por quem o construiu, o possui, o utiliza e também o sentido que lhe dá.”*

A experiência profissional prévia, é uma prática que favorece a intervenção neste meio mais complexo e imprevisível. São vários os autores que confirmam esta ideia, referindo a experiência adquirida e mantida na atividade hospitalar, é uma tremenda vantagem absolutamente necessária às competências a transferir para o APH (Kronohage e Linder, 2005; British Association for a Immediate Care, 2008; ASTNA, 2010; Chew, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Esta experiência clínica pode mesmo fazer a diferença na resolução de situações mais complexas no APH, como a abordagem das vítimas de trauma, estando o foco no controlo hemodinâmico através das competências nos procedimentos de emergência médica, fazendo parte deles a abordagem e manutenção da via aérea, a ressuscitação, a reposição e fluidos, o controlo de fraturas e a administração de fármacos de urgência (British Association for a Immediate Care, 2008; Holmberg e Fagenberg; 2010).

Mafrá *et al* (2008) e Martins *et al* (*cit in* Cruz, 2014) mostram através dos seus estudos, resultados similares a respeito da necessidade de um profissional devidamente qualificado para o APH.

Andrade e Silva (2014) vão ainda mais longe, ao afirmarem que o tempo de formação pode inferir em maior potencial de experiência, capaz de proporcionar ao profissional maior segurança no desempenho das suas funções, uma vez que o conhecimento é aprimorado com a experiência e o treino contínuo.

Relativamente a este tempo de formação, Gentil, R. *et al* (2008) referem que nos Estados Unidos da América, a licença para atuar na área da emergência pré-hospitalar inclui experiência mínima de 1 a 3 anos de prestação de cuidados na área do doente crítico.

Conclui-se então que a qualificação das equipas e a experiência profissional prévia na área da urgência / emergência são fatores primordiais que estão diretamente relacionados ao sucesso no APH (Bueno e Bernardes, 2010).

Relativamente aos fatores **relacionados com a equipa**, emerge o *conhecimento dos elementos da equipa e a comunicação*.

O *conhecimento dos elementos da equipa*, foi descrita por 3 entrevistados. Para estes, o conhecimento do elemento da equipa, o conhecimento das competências técnico-científicas de cada um, é um dos fatores facilitadores do APH em SAV a vítimas de trauma.

Pereira e Lima (2008, p.20), no seu estudo, demonstram que “(...) o *atendimento pré-hospitalar está alicerçado no trabalho em equipa, sendo fundamental um entendimento entre os profissionais que transcenda a relação hierárquica (...)*”

A este propósito, Marcelino e Figueiras (2007, p.36) verificaram que quanto melhor a relação com os colegas de trabalho e maior a satisfação profissional, menor é a instabilidade emocional dos entrevistados “(...) *as relações de trabalho e nomeadamente o fato de ser necessário trabalhar em equipa pode favorecer a estabilidade emocional, e promover o suporte social entre membros da equipa.*”

A *comunicação* foi descrita por dois profissionais de saúde, como um fator facilitador no APH à vítima de trauma.

A palavra comunicar provém do latim *comunicare*, que de acordo com Fachada (*cit.in* Azinhaga, 2014) significa pôr em comum, entrar em relação com alguém.

Diversas são as definições atribuídas à comunicação e ao seu processo, mas basicamente, é o processo de troca de ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e daquilo que se faz (Fachada, 2006 *cit.in* Azinhaga, 2014).

A comunicação é uma das competências necessárias para que toda a equipe multiprofissional atue com responsabilidade e eficiência, tornando assim as instituições organizadas e com qualidade no atendimento (Santos e Bernardes, 2010 *cit.in* Santos [et al], 2012).

A comunicação deve ser instrumento de interação, ensino, aprendizagem, crescimento e desenvolvimento entre as partes envolvidas, procurando contribuir para a construção e alcance do objeto almejado. Especificamente para a área de urgência e emergência, o processo comunicativo deve ser usado como ferramenta contínua, propiciadora de segurança e clareza aos profissionais, pelo fato de lidarem diariamente com situações stressantes que requerem atenção redobrada e uma ótima compreensão das informações transmitidas.

Segundo estudos desenvolvidos por Mazzocato *et al* (2011) e Bekkink *et al* (2018) relacionados com o comportamento dos profissionais dentro de um departamento de emergência, em concordância com os dados obtidos no nosso estudo, evidenciam que a comunicação interpessoal, corresponde a um dos pontos-chave para a implementação de um trabalho de equipe eficaz e seguro em situações de emergência.

Uma comunicação interpessoal malsucedida, está associada a cuidados ineficientes ao paciente, uma maior prevalência de erros médicos e uma menor satisfação no trabalho (Bekkink [et al]2018).

Outro estudo desenvolvido por Pontes (2008) revela que a esmagadora maioria dos participantes em estudo (91,7%), considera fundamental a comunicação interpessoal na equipe, concordando que a atuação da equipe numa situação de emergência é por ela influenciada.

Portanto, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde é crucial no APH das vítimas de trauma, pelo que, deverá ser “(...) oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor” (DGS, 2017, p.2).

A **existência de recursos humanos e materiais** foi um dos fatores abordado por 3 profissionais de saúde da VMER. Ficou evidente a importância que estes dão a questões relacionadas com a gestão de recursos humanos e materiais. Para estes, a presença de profissionais qualificados, que procedam a uma primeira abordagem e estabilização do paciente, bem como meios de transporte e material adequado, constituem fatores facilitadores no atendimento pré-hospitalar a vítimas de trauma.

Importa salientar, no que se refere à gestão de recursos materiais, que o produto final do trabalho é a assistência à vítima, e ela não pode sofrer interrupções, seja pela falta ou pela má qualidade de determinado material, especificamente em situações de urgência e emergência (Bueno e Bernardes, 2010).

A **existência de condições de segurança**, foi outro fator facilitador do APH em SAV em vítimas de trauma descrito por três entrevistados. É comum na análise destes depoimentos a necessidade da presença de uma força de autoridade que delimite o cenário da ocorrência, criando um perímetro segurança para promover a atuação segura dos profissionais de saúde da VMER.

A OE (*cit.in* Oliveira e Martins, 2013) refere que o desenvolvimento de segurança envolve um conjunto de medidas com largo espectro de ação. A segurança, deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde, e o exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicável em qualquer contexto da prestação de cuidados.

A obrigação de respeitar todas as regras de segurança e implementar todas as medidas necessárias à manutenção de um ambiente seguro, bem como à prestação de cuidados seguros, é uma responsabilidade assumida dos profissionais de saúde, notando-se a preocupação em adotar comportamentos de controlo de riscos e o cumprimento de normas de segurança (OE, 2010 *cit.in* Oliveira e Martins, 2013).

Segundo um trabalho de investigação desenvolvido por Marziale (1995), intitulado de Risco Ocupacional em Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências, foram identificados como fatores de risco ocupacionais nos profissionais de emergência pré-hospitalar os acidentes automobilísticos, as agressões físicas causadas por pacientes e comunidade, risco de adquirir infeções devido ao contacto principalmente com sangue e fluidos corporais. Grande parte dos trabalhadores relatou a ocorrência de agressões morais, nível de ruído e temperatura ambiental elevada, grande carga mental e carga física despendida, e por fim, a falta de material para a execução de procedimentos.

Na perspetiva de um participante, a **existência de algoritmos de atuação** é considerada fator facilitador do APH.

Grol (*cit.in* Ebben [et al], 2013, p.15) referem que “*para ajudar à implementação de guidelines, pode ser desenvolvido um protocolo, que produz uma especificação de uma guideline e formula exatamente como agir e quais os passos a seguir.*”

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2020) algoritmos / protocolos de atuação são orientações objetivas e rigorosas, previstas e aprovadas pelo INEM em articulação com a Ordem dos Médicos, que determinam os critérios e os procedimentos que devem ser instituídos aos doentes que se encontrem em risco de vida.

Para Oliveira e Martins (2013, p.29) “(...) a orientação por protocolos e a orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) revelam-se uma ajuda preciosa que permite fundamentar as ações em linhas orientadoras pré-estabelecidas e que limitam o erro.”

Bonuzzi *et al* (2016, p.44) no seu estudo intitulado de Atuação do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar Aéreo a Pacientes Politraumatizados referem que “(...) o atendimento, além dos atendimentos de urgências e emergências, também necessitam de protocolos para a sistematização no atendimento.”

O mesmo afirmam Adão e Santos (2012,p.15) quando dizem que o atendimento pré-hospitalar carece de “*decisões imediatas, baseadas em protocolos, conhecimento e rápida avaliação.*”

Thomaz e Lima (2000) acrescentam que a criação de protocolos / algoritmos de atuação, especificamente desenvolvidos para cada situação de emergência, são importantes para a otimização de procedimentos.

Estes protocolos / algoritmos de atuação devem se criados de forma a garantir consistência na avaliação rápida da vítima de trauma, precocidade do início das intervenções e estabilização das funções cardiorrespiratórias, possibilitando à equipa multiprofissional menor tempo gasto no APH de vítimas de trauma, maior eficiência e eficácia, menor possibilidade de erros.

Apesar da existência de protocolos/algoritmos de atuação, Van Achterberg e Grol *et al* (2008); Grimshaw (*cit.in* Ebben *et al*,2013, p.14) referem que “(...) existe frequentemente uma lacuna entre os cuidados recomendados e a prática clínica.” Isto pode ser observado numa revisão sistemática sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos Estados Unidos da América em que os resultados mostraram que os doentes receberam 54,9% dos cuidados recomendados, e que a proporção de cuidados recomendados diferia ligeiramente para os cuidados preventivos, agudos e crónicos, e que as diferenças eram ainda maiores para diferentes funções médicas (McGlynn *et al*,2003).

Quando os profissionais não aderem a guidelines e protocolos, os doentes nos ambientes pré-hospitalares e de emergência podem não receber cuidados apropriados e a qualidade dos cuidados pode ser comprometida (Ebben *et al*, 2013).

Uma revisão sistemática dos fatores que influenciam a implementação das guidelines clínicas concluiu que os fatores influenciadores estavam relacionados com as estratégias de implementação utilizadas, e as características das guidelines, profissionais, pacientes e ambiente (Francke, 2008 *cit.in* Ebben *et al*, 2013).

Assim, como as situações de emergência requerem medidas eficazes que necessitam do mínimo de tempo possível para serem adotadas e iniciadas, no APH o uso de algoritmos / protocolos de atuação torna-se imprescindível, visto que permite à equipa multiprofissional, atuar com maior grau de independência e interdependência, levando a uma melhoria na prestação de cuidados.

Fatores Dificultadores do Atendimento Pré-Hospitalar

O trabalho da equipa multiprofissional da VMER, apesar de ser referenciado com gratificante e enriquecedor, está também associado a experiências negativas, que são decorrentes da imprevisibilidade das situações e do desgaste físico e emocional provocado pelo trabalho no APH a pacientes em situação crítica.

Estas experiências negativas derivam da existência de fatores dificultadores, pelo que Bezerra *et al* (2012) referem a importância dos profissionais de saúde que desempenham funções em serviços de atendimento de urgência e emergência, reconheçam estes fatores dificultadores (como potenciais fontes geradoras de stress) no seu ambiente de trabalho, com o objetivo de os contornar evitando possíveis consequências.

Neste estudo emergiram como principais dificuldades a **inexperiência profissional; falta de liderança; falta de recursos humanos e materiais; falta de organização; falta de condições ambientais**, como a *luminosidade, ruído e condições climáticas*; **presença de populares; relação interpessoal e grupal; incumprimento de medidas de segurança; riscos associados à viatura / condução; sobrecarga de trabalho; condições do trânsito e método de triagem dos CODU's.**

A **inexperiência profissional** dos elementos da equipa, foi descrita por cinco entrevistados. Estes referem que a equipa multiprofissional, muitas das vezes, encontra-se desequilibrada, no que se refere à experiência profissional dos intervenientes, sendo que uma das causas relatadas é a alta rotatividade da equipa médica, levando à integração de novos elementos no serviço. Estes inclusivamente, fazem a associação entre os anos de VMER e a experiência profissional.

Os nossos dados corroboram com os encontrados no estudo de Oliveira (2015, p.18) em que *“(...) os resultados obtidos não são surpreendentes, uma vez que se verifica que os enfermeiros têm maioritariamente uma experiência na VMER superior a 10 anos e os médicos uma experiência na área da emergência de cerca de 5 anos.”*

Segundo os mesmos depoimentos, a integração de novos profissionais, leva a que muitos deles se deparem com situações de trauma nunca antes vivenciadas. Isto vai de encontro ao relatado por Rodrigues (2000 *cit.in* Oliveira *et al*; 2004) quando refere que uma situação muito comum nos serviços de emergência é a falta de preparação das equipas para atuar em situações críticas.

Para Stumm *et al* (2008), atuar em APH requer elevada exigência em termos de performance, incluindo conhecimento específico, habilidades e destreza na execução de técnicas na qual o fator tempo é crucial para a assistência. Estes fatores, se associados a uma equipa com profissionais despreparados para assumir tais funções, pode interferir negativamente na assistência ao paciente.

A **falta de liderança** da equipa, foi relatada por três entrevistados, como um fator dificultador do APH em SAV a vítimas de trauma. Segundo o Internacional Council of Nurses (2019, p.16) liderar é *“gerir: seguir à frente, mostrando o caminho, agindo determinadamente para produzir um resultado desejado.”*

Por sua vez, a liderança é definida como a arte de influenciar pessoas a cumprir uma determinada tarefa e alcançar um objetivo comum, utilizando as melhores estratégias, mantendo uma visão no futuro e sendo inovador. Em contexto clínico caracteriza-se pela influência constante da equipa para a melhoria dos cuidados prestados ao paciente (Silva *et al*, 2014).

Portanto, a liderança é uma das condições necessárias ao adequado desenvolvimento do trabalho em equipa.

Um bom líder é capaz de criar empatia, construir confiança e ambientes de trabalho mais saudáveis que promovam a segurança do paciente e a excelência no atendimento (Woug, 2010 *cit.in* Silva [et al], 2014).

O trabalho em Unidades de Urgência e Emergência é dinâmico, sendo que a equipa de saúde envolvida é que determina a competência funcional de respostas, de modo a que os médicos e os enfermeiros exerçam papéis imperativos no atendimento dos pacientes. Nesse cenário, a liderança exerce um papel fundamental, pois é a partir dela que se obtém a sincronia no trabalho em equipa, um atendimento de qualidade, diminuição dos erros médicos e de enfermagem, gerando melhores resultados para o paciente (Silva [et al], 2014).

Importa realçar, que em situações de emergência as *habilidades não técnicas*, tais como a liderança, trabalho em equipa, tomada de decisão e conhecimento da situação são definidas como as de recursos cognitivos, sociais e pessoais, que complementam as *habilidades técnicas*, e que contribuem para o eficiente desempenho da tarefa (Cooper e Cant, 2014).

O INEM (2011), em concordância com os achados encontrados no nosso estudo, quando se refere aos princípios de formação em SAV, evidencia a importância das competências não técnicas entre elas a *liderança*, a gestão de tarefas, o trabalho de equipa e a comunicação estruturada. Esclarece também que os cuidados ao doente em situação de emergência e a eficácia de uma reanimação podem melhorar, dando mais ênfase a estes aspetos.

Os estudos destacam a importância de se desenvolver nos profissionais de saúde que atuam em urgência e emergência a competência de liderar. Este desenvolvimento é possível, visto que a liderança envolve habilidades pessoais e técnicas com competências inatas e aprendidas (Andrade [et al], 2011 e Dhuey e Lipscomb, 2008).

A **falta de recursos humanos e materiais** foi relatada por 2 profissionais de saúde. Os nossos dados estão de acordo com o estudo desenvolvido por Bezerra *et al* (2012) em que o défice de pessoal foi identificado como fator negativo no contexto de trabalho e está relacionado à sobrecarga de atividades, sendo responsável por sofrimento psíquico e stress laboral.

Por sua vez, segundo alguns estudos, o trabalho sem recursos materiais e instalações físicas inadequadas é considerado também, um fator stressante para os profissionais de saúde. Esta falta de recursos materiais de trabalho leva ao imprevisto e à procura de materiais em outros serviços hospitalares, que quando permitida, causa perda de tempo, fadiga mental e física (Bezerra [et al], 2012).

O mesmo refere Florêncio *et al* (2003, p.11) *“(...) a falta de materiais ou o não funcionamento de alguns contribui para o desgaste psicofísico pelo tempo despendido, pelas idas e vindas para conseguir uma improvisação, que frustra o profissional, gera impotência e interfere na qualidade da assistência prestada.”*

Um estudo de Stumm *et al* (2008, p.26), vão de encontro a este achado quando referem que existem fatores intrínsecos geradores de stress no APH, nomeadamente *“(...) instalações físicas inadequadas (28,6%), falta de materiais (28,6%) e de profissionais (35,7%) (...)”*

Segundo Menzani e Bianchi (2009, p.36), os profissionais de saúde no APH *“(...) deparam-se com situações muito complexas, onde por vezes os recursos materiais e humanos disponíveis não são suficientes para a dimensão da situação (...)”*

Ferreira (2014, p.13) também corrobora com os dados recolhidos, ao afirmar que “(...) O ambiente PH é um ambiente descontrolado, seja pela falta de recursos, humanos e materiais (...)”.

Em suma, no APH a vítimas de trauma, que necessitem de manobras de SAV (considerada uma situação de urgência e/ou emergência), a agilidade e a eficiência no desempenho de atividades, garantidos também pela disponibilidade de materiais necessários e um espaço físico adequado, contribuem para o bom prognóstico do paciente, sendo imprescindíveis para o seu atendimento em tempo hábil.

A **falta de organização**, foi descrita por 3 entrevistados. Para estes profissionais de saúde, a falta de organização no local da ocorrência, como a perda de identidade de papéis, a dispersão do material de trabalho, a não criação de um perímetro de segurança (bombeiros / polícia) que permita uma intervenção humanizada e organizada, é um fator que pode dificultar o APH a vítimas de trauma.

A OMS (*cit.in* Chaves, 2004) refere que o trabalho em equipa é condicionado por vários pressupostos, entre eles, e já discutidos anteriormente, a partilha de objetivos comuns, em que cada membro da equipa deve ter uma definição clara e precisa da missão da equipa; compreensão e aceitação de papéis e funções de cada um; existência de recursos materiais e humanos suficientes.

Segundo o estudo de Pereira e Lima (2009, p.4) a organização da equipa e do cenário vai determinar o prognóstico da vítima de trauma. Estes referem que “*a finalidade do APH na assistência à pessoa que sofreu acidente de trânsito é mantê-la viva até a chegada ao local onde será possível curá-la, diminuir as sequelas, possibilitando a melhor qualidade de vida ou mesmo a sua vida. Considerando que o objeto de trabalho é a pessoa vítima de trauma por acidente de trânsito e o tempo para cumprir com a sua finalidade é extremamente curto, tornando-se necessário uma organização do trabalho no APH fundamentado no trabalho em equipe.*”

Saraiva e Esteves (2009) corroboram quando referem que o sucesso do trabalho desenvolvido na sala de emergência está relacionado com a existência de recursos materiais e humanos adequados, mas, sobretudo, a uma equipa que desenvolve um atendimento sistemático, organizado e disciplinado.

Segundo Cooper e Cant (2014), em situações de emergência, os erros médicos que possam ocorrer, podem ser atribuídos a falhas de habilidades técnicas e não técnicas, mas

também muitas vezes a deficiências organizacionais, o que está de acordo com aquilo que observamos nos relatos do nosso estudo.

Segundo Pinho (2006) no seu trabalho de investigação, descreve que no desenvolvimento de trabalho em equipa em atividades complexas da saúde, podem surgir problemas na sua organização, quando existe sobreposição de papéis nos membros da equipa, associada a indefinição de funções.

As **faltas de condições ambientais** foram narradas por quase todos os participantes, sendo que a falta de *luminosidade*, principalmente durante o período noturno, nos locais de fraca visibilidade e/ou espaços confinados; o excesso de *ruido* e as *condições climáticas*, como a chuva, o vento e as alterações de temperatura; constituem os principais fatores físicos que podem interferir com o APH à vítima de trauma.

Já a falta de condições ambientais, foram apontadas em um estudo de Alves, A. *et al* (2013) e Romanzini e Back (2010) como um ponto negativo do trabalho em emergência médica pré-hospitalar. Neste caso trata-se da exposição da equipa multiprofissional aos riscos ocupacionais físicos que compreendem as condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações, etc. (Zapparoli e Marziale, 2006).

Adão e Santos (2014) corroboram os dados obtidos, quando referem que a exposição de trabalhadores na área da saúde a diversos riscos ocupacionais, peculiares à sua atividade, como o risco biológico (pelo contacto com microrganismos), físico (condições inadequadas de iluminação, temperatura, ruído, radiações), químico (manipulação de desinfetantes, medicamentos), psicossocial (tensão constante, stress / fadiga, ritmo acelerado, trabalho em turnos alternados) e ergonómico (peso excessivo, trabalho em posições incómodas).

Também Rocha (2012, p.46) vai de encontro ao explanado, quando descreve que também os “(...) *fatores ambientais são considerados negativos, com destaque para o transito e as condições climáticas como calor, frio e chuva (...)*”.

Ferreira (2014, p.26) também refere que “(...) *o facto de esta equipa multiprofissional trabalhar na rua, sujeitos a apanhar chuva, sol, frio e calor foi mencionado como sendo um risco (...)*”.

Durante as entrevistas, cinco profissionais de saúde referiram que a **presença de populares** no local do incidente, constitui um fator dificultador no APH a vítimas de trauma. Para estes, o APH é considerado um ambiente descontrolado, quer por serem ambientes hostis, e por vezes de difícil acesso à vítima, causado pela presença de família e/ou

populares no local do incidente. Também acrescentam, que a presença de forças de autoridade no local da ocorrência, minimiza este fator dificultador, uma vez que cria um cordão de segurança que permite o desempenho profissional da equipa de emergência.

Este achado corrobora com o estudo de Aguiar *et al* (2000), que afirmam que o envolvimento de populares / familiares foi considerado um dos fatores stressantes para a equipa de resgate PH entrevistada.

Também Cristina *et al* (2008) realçam que a presença de populares no local da ocorrência constitui um fator stressante e dificultador no atendimento pré-hospitalar a vítimas de trauma.

Souza *et al* (2014, p.70) também referem que “*devido à atuação fora do ambiente hospitalar, os profissionais do APH, enfrentam diariamente dificuldades como (...) a presença de curiosos (...)*” que podem comprometer o atendimento do paciente.

Alves *et al* (*cit.in* Oyarzún e Catipillan, 2009) no seu estudo realçam a mesma ideia, quando descrevem que, no Chile, os profissionais de emergência pré-hospitalar referiram que um dos trabalhos mais stressantes do serviço é o atendimento a pacientes fora de uma unidade de saúde, pois para estes, trabalhar na rua gera riscos como a possibilidade de acidentes no trajeto e violência por parte da dos populares.

A **relação interpessoal e grupal**, foi outro dos fatores dificultadores no APH a vítimas de trauma, relatada por 4 profissionais de saúde da VMER.

As relações interpessoais e grupais, segundo Martins (2000), são habitualmente valorizadas de forma positiva. Diversos teóricos da motivação têm assinalado que a afiliação é um dos motivos básicos do ser humano. Sendo assim, os ambientes de trabalho que promovem o contacto entre as pessoas parecem ser mais benéficos que aqueles que o impedem ou dificultam.

Com o efeito, as oportunidades de relação com os outros no trabalho é uma variável que aparece positivamente relacionada com a satisfação no trabalho, e negativamente com a tensão e a ansiedade (Gardell, 1971). Isto não significa que as relações interpessoais no trabalho resultem sempre positivas. Por vezes, e segundo os nossos depoimentos, podem converter-se em severos e importantes stressores.

Assim, a qualidade das relações interpessoais é um estado de grande importância no ambiente de trabalho, e como nos diz Cooper (1973) umas boas relações entre os membros do grupo de trabalho são um fator central e saúde individual e organizacional.

Porém, as relações ambíguas, pautadas de desconfiança, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, podem originar elevados níveis de tensão e de stress entre os membros de um grupo de trabalho (Martins, 2000).

Assim, os estudos comprovam a necessidade de um relacionamento interpessoal saudável. A este propósito Marcelino e Figueiras (2007, p.52) verificaram que quanto melhor a relação com os colegas de trabalho e maior satisfação profissional, menor é a instabilidade emocional dos entrevistados. Assim, “(...) *as relações de trabalho e nomeadamente o facto de ser necessário trabalhar em equipa pode favorecer a estabilidade emocional, e promover o suporte social entre os membros da equipa.*”

Bezerra *et al* (2012), no seu estudo comprovam que em algumas situações, o relacionamento interpessoal, é considerado um stressor, e a insatisfação pode ser resultante de relações interpessoais conflituosas.

No Pré-Hospitalar, em que a vida das pessoas está em risco clínico, a interação entre os profissionais de saúde, especialmente entre médicos e enfermeiros, necessita de um relacionamento harmonioso. Os nossos dados dizem que um fraco relacionamento entre os elementos da equipa de emergência pré-hospitalar (elementos do SIEM), têm um efeito deletério, podendo inclusivamente comprometer a assistência da vítima de trauma.

O incumprimento de medidas de segurança, é descrita por seis entrevistados como um sentimento negativo, atribuído à falta de domínio do ambiente e à falta de apoio de profissionais que promovam a proteção da equipa de socorro no APH.

Sendo que estes profissionais de saúde estão em contacto direto com as vítimas ao realizar diversos procedimentos, entre os quais incluem os procedimentos invasivos, estes constituem um grupo de risco para a ocorrência de acidentes ocupacionais relacionados com o manuseio de produtos biológicos (Araújo [et al], 2012).

Alencar *et al* (2016, p.12) também concluem no seu estudo que “*a exposição aos riscos biológicos é muito presente na atuação de todos os profissionais atuantes no APH, considerando sua intrínseca relação com os procedimentos realizados na prática assistencial destes profissionais.*”

Outros profissionais de saúde entrevistados fazem alusão aos riscos que eles próprios correm ao exercer funções no PH. Esta é uma realidade e a própria equipa tem a percepção e a consciência desses riscos, sejam eles *físicos* ou *psicológicos*. Os riscos físicos mencionados, estão relacionados por exemplo com a exposição da equipa multiprofissional

num acidente de viação em uma autoestrada ou em uma queda numa obra de construção, em que o local não está sinalizado ou com o perímetro de segurança definido. Os riscos psicológicos estão relacionados com a agressão verbal por parte do paciente, dos familiares ou das pessoas circunstantes.

Portanto, através dos discursos observamos que na abordagem de qualquer vítima, os profissionais de saúde da VMER cumprem uma regra clássica básica expressada pelo INEM nas suas formações, referente às condições de segurança. Segundo o INEM “*antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar em perigo de vida o reanimador deve assegurar-se primeiro de que não irá correr nenhum risco (...)*”. A ausência e/ou incumprimento de condições de segurança no PH impedem o avanço da equipa multiprofissional (INEM,2013, p.66).

Os **riscos associados à viatura/condução**, foi narrado por cinco profissionais de saúde, nos quais 4 deles são Enfermeiros. As VMER são tripuladas por um médico e um enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização PH e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência. A condução deste veículo de emergência, é uma competência acrescida aos Enfermeiros no APH, que por si só já é condicionador, pelo que associado ao estado / desgaste do veículo e às condições ambientais, constitui um fator dificultador no APH a vítimas de trauma.

Gormley *et al* (2008) no seu estudo, refere que não existe grande evidência científica publicada, associada à natureza e aos riscos da condução de uma viatura de emergência médica. No entanto descreve que houve três vezes mais colisões aquando a condução para o local da ocorrência, do que ao regressar da mesma.

Bui *et al* (2017) descrevem no seu estudo, que o mau tempo/ambiente rodoviário e a baixa visibilidade, é considerado um fator potenciador de riscos para a condução segura, o que vai ao encontro com os dados relatados pelos entrevistados no nosso estudo.

Também Hsiao *et al* (2018) concluem no seu estudo que a condução, o estado do veículo e as condições ambientais são fatores de risco dificultadores para o APH de vítimas.

Três dos agentes participantes neste estudo referem que a **sobrecarga de trabalho** como fator dificultador do APH a vítimas de trauma. Para estes, as ativações consecutivas sem

período de descanso, conduzem a um desgaste físico e psíquico, traduzindo-se como condicionante para a intervenção destes profissionais.

O excesso de trabalho, quer em termos quantitativos como qualitativos, é uma fonte frequente de stress e dificultador do APH. Por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de atividades a realizar, num determinado período de tempo. A sobrecarga qualitativa refere-se a excessivas exigências em relação com as competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador (Peiró, 1993).

O mesmo autor refere que um trabalho quantitativamente ou qualitativamente leve pode resultar também num importante stressor (Peiró, 1993).

Segundo Mendes *et al* (2011,p.51) *“uma circunstância ou experiência que gera sentimentos de medo, ansiedade, tensão ou ameaças é um stressor. A sobrecarga de trabalho mental, físico e psíquico à qual os profissionais de emergência estão submetidos (...) podem ser considerados como geradores de stress, exigindo equilíbrio dos profissionais na tomada de decisões, a fim de que o atendimento seja adequado.”*

Stumm *et al* (2008,p.63) no seu estudo corroboram com os achados anteriores, quando referem que *“(...)os profissionais de emergência são submetidos a stressores como sobrecarga de trabalho mental, psíquica e física, além da pressão para tomada de decisões rápidas, fundamentais no atendimento de emergência.”*

Segundo Souza *et al* (2014,p.83) na *“categoria de riscos ergonómicos a subcategoria mais frequente são os equipamentos insuficientes e/ou ineficientes. Além disso a sobrecarga de trabalho foi citada em quatro artigos dos artigos, e a falta de recursos humanos, em três artigos.”*

Efetuando uma relação com a categoria *“falta de recursos humanos e materiais”*, tais aspetos são considerados fatores de risco associados, uma vez que a falta de pessoal também contribui para a sobrecarga de trabalho. Isto é corroborado pelo estudo de Gomes e Cruz (2004,p.44) quando afirmam que *“(...)alguns estudos portugueses também identificaram a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos entre os principais fatores indutores de stress em profissionais de saúde.”*

Assim, a sobrecarga de trabalho e a pressão do tempo, são as principais circunstâncias indutoras de stress nos profissionais de saúde no APH.

As **condições de trânsito**, foram dois fatores dificultadores enumerados por 2 profissionais de saúde. As VMER são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos

para o transporte da equipe médica ao local onde se encontra o doente, atuando em dependência direta com os CODU's e estão integradas em unidades hospitalares com Serviços de Urgência Polivalentes ou Médico-cirúrgicos (localizados em meio citadino) (INEM,2013).

Pelo fato de estarem localizadas em meios citadinos, estas têm de lidar diariamente com o trânsito, quando ativadas para uma situação de emergência. Dependendo do local da ocorrência e da hora do dia, as condições do trânsito são um dos fatores dificultadores do APH à vítima de trauma.

Os nossos dados estão em consonância com os encontrados no estudo de Rocha (2012, p.25), quando nos diz que *“(...) fatores ambientais são considerados negativos, com destaque para o trânsito e as condições climáticas como o calor, frio e chuva (...)”*

Também Oliveira e Martins (2013) descrevem no seu estudo, que a deslocação da viatura de emergência, está sujeita às variações do tráfego e aos riscos inerentes à velocidade e percursos percorridos.

Ferreira (2014, p.85) também está em concordância com os entrevistados quando no seu trabalho de investigação relata que *“(...) O próprio meio disponível que é utilizado para permitir o tratamento das vítimas, envolve riscos acrescidos, devido à deslocação na ambulância em velocidade e sujeita ao tráfego existente (...)”*, descrevendo ser um fator que dificulta o APH a vítimas de trauma.

Eusébio e Alves (2018, p.36) no seu estudo referem que *“(...) há uma preocupação na maioria dos entrevistados com a questão do trânsito (...) são fatores de grande influência na atividade laboral causando stress.”*

Um dos participantes do estudo refere que o **Método de Triagem dos CODU's** constitui um fator que dificulta o atendimento pré-hospitalar a vítimas de trauma. Segundo este depoimento as VMER são frequentemente acionadas para situações clínicas, com graus de gravidade não coincidem ao descrito por esta central de coordenação de meios.

O Despacho n.º14041/2012 define os CODU's como *“(...) estruturas de coordenação operacional centralizadas de toda a atividade do SIEM e determina as respetivas atribuições, definindo também os profissionais que asseguram a sua atividade, bem como as instalações e recursos tecnológicos.”*

Segundo o INEM, “(...) compete aos CODU’s atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso” (INEM, 2020, p.4).

Os Técnicos de Operações de Telecomunicações Emergentes (TOTE), que atuam sob a responsabilidade de um médico (Médico Regulador), fazem a triagem da situação relatada telefonicamente (triagem *Tetricosy*®) indicando a melhor forma de proceder, e avaliando da necessidade ou não de acionamento dos meios materiais e humanos disponíveis, de entre as várias entidades constituintes do SIEM (INEM, Bombeiros ou CVP) (INEM, 2011).

Para Blank *et al* (2012, p.71) “(...) os serviços de triagem telefónica podem oferecer decisões adequadas (...) No entanto “(...) a associação entre a adequação de uma decisão e a conformidade subsequente requer uma investigação mais aprofundada; e uma consideração mais aprofundada deve ser dada à maioria das chamadas que são realizadas de uma forma inadequada.”

Almeida (2018, p.125) no seu trabalho de investigação, vai ao encontro do narrado por este profissional de saúde, referindo que “(...) na maioria dos casos, existiu uma discrepância entre a prioridade atribuída pelo CODU e a prioridade real da situação clínica da vítima.”

O mesmo descreve a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.3) no seu parecer alusivo ao Modelo Integrado de Emergência Médica Pré-Hospitalar, quando referem que “as equipas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que integram meios INEM são diariamente confrontados com redução das ativações e/ou ativados para situações clínicas de menor urgência /complexidade.”

Ainda observamos que “as equipas de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que exercem funções em serviços de urgência nas Unidades Hospitalares, verificam constantemente e cada vez mais, desajustamentos na relação entre a gravidade das vítimas que chegam aos serviços de urgência e a tipologia do meio de intervenção pré-hospitalar que o acompanha” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.3).

Este desajustamento poderá estar diretamente relacionado com a diminuição progressiva da presença de médicos e a ausência de enfermeiros, nos CODU’s, pelo que o atendimento das chamadas telefónicas é efetuado por “não médicos / não enfermeiros” que apenas cumprem um algoritmo, sem conhecimento técnico / científico nem capacidade de realizar um juízo crítico adequado a cada situação (Ordem dos Enfermeiros; 2012).

Implicações para a Vida Pessoal e Profissional

Experienciar situações de SAV em vítimas de trauma, segundo a análise dos discursos dos participantes, pode trazer implicações a **nível profissional**, como a aquisição de *conhecimento teórico* e *capacitação técnica*, bem como a **nível pessoal**, através do *envolvimento emocional*; *alteração do sono e cansaço*.

A **nível profissional**, seis dos participantes narraram que, a vivência de situações que exijam SAV a vítimas de trauma, permite melhorar o *conhecimento teórico*; e três dos entrevistados referiram que permite aprimorar a *capacitação técnica*.

Segundo Oliveira e Martins (2013) o trabalho de APH a doentes em situações de emergência requer a mobilização de competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber-fazer (técnicas), complementando com o saber ser na sua plenitude.

Em emergência pré-hospitalar, os profissionais da VMER desenvolvem e aperfeiçoam essas competências técnicas e científicas, porque, para além da destreza nos procedimentos e técnicas realizadas, também é necessário um vasto conjunto de conhecimentos científicos para as saber aplicar da forma correta e adequada, contribuindo assim para uma diferenciação e melhoria dos cuidados de assistência na prestação do socorro (Oliveira e Martins, 2013).

Do ponto de vista da *competência teórica*, importa numa primeira instância citar Benner (2001) quando esta nos diz que a prática é um todo integrado que solicita que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência contribuindo para o desenvolvimento da própria prática. A este propósito Tavares (2012) descreve que à luz de alguns autores, na área de cuidados de urgência / emergência os profissionais devem conduzir a sua ação e tomar todas as decisões com fundamento em evidências científicas, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre em atenção a eficácia previsível da intervenção (Martins, 2009; Holmberg e Fagerberg, 2010; Franschman [et al], 2011; Schuppen e Bierens, 2011). Portanto, isto solicita competência científica e técnica, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante (Martins, 2009).

Do ponto de vista da *competência prática*, segundo Tavares (2012) na área do doente crítico, as competências gerais e específicas para intervir de forma efetiva, numa situação e trauma ou doença aguda são primordiais, e devem obter a atenção destes profissionais (Kronohage e Linder, 2005; Martins, 2009; Holmberg e Fagerberg, 2010; Moreira da Silva, 2011). Isto porque como já referimos, importa destreza e rapidez de execução, cada

segundo conta, a atenção deve abranger desde os gestos técnicos mais simples, como providenciar um acesso venoso ou colocar um adjuvante da via aérea, até aspetos mais complexos, como providenciar um acesso intraósseo, colocar tubo traqueal, máscara laríngea ou mesmo reconhecer um ritmo cardíaco de peri-paragem ou paragem e atuar em conformidade (Martins, 2009).

O estudo de Cristina *et al* (2008, p.21) vão de encontro aos achados, quando nos dizem que “(...) *evidenciam-se nas demais categorias identificadas as expressões: a necessidade de conhecimento e capacitação técnica (...)*”.

Também Duarte *et al* (2009, p.36) corroboram com os dados supracitados, ao afirmar que APH a vítimas de trauma “(...) *é uma situação difícil, stressante, delicada, que exige muito conhecimento e habilidade prática por parte do profissional, além de um equilíbrio emocional e muita sensibilidade humana.*”

A **nível pessoal**, os entrevistados referem a possibilidade de *envolvimento emocional*. Embora estes profissionais estejam capacitados para o APH de vítimas de trauma, qualquer que seja a sua facha etária e condição, estes referem que estas experiências mexem com os sentimentos de cada um dos profissionais, sendo descrito por muitos deles como algo indissociável. Isto é, não conseguem imediatamente desopilar do acontecimento, podendo causar insónias, preocupação, reflexão, sensibilidade e transposição do evento para o nível familiar.

Segundo Xavier *et al* (2014) as emoções constituem um desafio permanente à capacidade de o ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas.

A vivência de situações de tensão e sofrimento, como é o caso da prestação de cuidados pré-hospitalares de SAV a vítimas de trauma, exige que os profissionais de saúde saibam gerir os estados emocionais que lhe estão associados, de forma a adequar o seu comportamento e, conseqüentemente, o autocontrolo que necessitam para a desejada regulação emocional face à vivência.

Todavia, torna-se fundamental o reconhecimento dos recursos internos que permitam (e facilitem) a regulação emocional, de modo a desenvolver a capacidade de refletir sobre as diversas tonalidades emocionais vivenciadas neste contexto do agir profissional e, concludentemente, alcançar a (auto)regulação emocional em conformidade com a vivência, tendo como foco gerar emoções positivas.

O envolvimento emocional já foi descrito no estudo de Cristina *et al* (2008, p.36) quando descrevem que “(...) *evidenciam-se nas demais identificadas as expressões: a necessidade de conhecimento e capacitação técnica, habilidade e agilidade, tomada de decisões, trabalho em equipe, dificuldade em lidar com sofrimento dos familiares, envolvimento emocional (...)*”.

A categoria **alteração do sono**, foi uma das repercussões descrita por um entrevistado. Para este profissional, o vivenciar situações clínicas com pacientes politraumatizados, nas diferentes faixas etárias, e que necessitem da implementação de medidas de SAV, provoca alterações no seu padrão de sono.

Segundo Silva (2019) o sono contribui para a restauração física, que visa resguardar o ser vivo dos dados que ocorrem naturalmente durante o desempenho das atividades diárias. Segundo o mesmo autor, a privação parcial ou total do sono favorece o desgaste do organismo criando alterações psicofisiológicas que podem levar à ansiedade, insônia, dificuldade na concentração, ira, tensão muscular, hipertensão e náuseas.

Importa referir, que na área da saúde, o trabalho dos profissionais organiza-se em turnos, com a atuação do mesmo profissional em diferentes turnos, sendo muito frequente as jornadas de trabalho sem descanso coerente, além da notória responsabilidade envolvida no cuidado da saúde humana. Entre estes profissionais de saúde, destacamos os que exercem a sua atividade na VMER.

Silva *et al* (2019) refere que a má qualidade do sono nestes profissionais, pode comprometer a saúde, mediante a diminuição do vigo físico, colaborando para o seu envelhecimento precoce, vulnerabilidade a infeções, obesidade, hipertensão e diabetes.

Assim, o discurso do profissional de saúde da VMER corrobora com o já descrito por Silva *et al* (2019,p.85) no seu estudo, quando afirma que “*os profissionais estão expostos a fatores laborais e demográficos que podem levar a baixa qualidade do sono, com impacto na segurança do paciente e da saúde do trabalhador.*”

Salvador *et al* (2013,p.23) também descreve que “*quanto à repercussão na saúde dos profissionais, destaca-se alterações no padrão do sono, problemas de saúde / doenças e prejuízos à memória e à capacidade de concentração.*”

Em suma, e de acordo com o depoimento, está claro que, mesmo os profissionais de saúde vivenciando muito tempo, diversas situações de emergência, em especial, nos momentos

de APH em SAV em trauma, só apenas um profissional referiu tinha insónias decorrentes do evento.

Um dos profissionais de saúde da VMER descrevem que o APH ao final de alguns anos pode levar ao **cansaço**/desgaste dos elementos que compõem a equipa. Aqui importa, segundo o testemunho, que cada profissional faça uma análise acerca da continuidade neste serviço.

O cansaço, é considerada uma alteração fisiológica que o organismo sofre perante uma situação indutora de stress. Depois de o hipotálamo ser estimulado, estando o organismo perante uma situação indutora de stress, e após decorrer o processo complexo com início na ativação do sistema nervoso simpático, da hipófise anterior ou da hipófise posterior, há uma libertação hormonal que, por sua vez, leva ao aumento da atividade cardíaca e da atividade muscular. Este aumento da atividade cardíaca é refletido na taquicardia e o aumento da atividade muscular reflete-se no cansaço (Phipps [et al], 2003).

Sugestões para melhorar o Atendimento Pré-Hospitalar

De acordo com os discursos produzidos, os entrevistados revelaram que é possível melhorar o APH em SAV a vítimas de trauma mediante a **formação contínua**; a **realização de debriefing**; o **acompanhamento psicológico** da equipa da VMER; a existência de **equipas exclusivas de VMER** e por fim, a **aquisição de material**.

De acordo com Veiga, Duarte e Gândara (1995), é uma verdade irrefutável que o conhecimento está em permanente evolução. Esta afirmação constitui, ainda segundo os mesmos autores, um paradoxo porque, se muitos adotam estratégias que permitem uma renovação contínua dos diversos saberes, a grande maioria, após a educação básica formal, não mais vivencia qualquer tipo de atualização (Tojal, 2011).

A formação permanente é o meio que permite aos profissionais de saúde desenvolverem as suas capacidades de ação e adaptação de modo a atingirem um nível e competência que lhes possibilite uma melhor compreensão das coisas e possam agir sobre elas (Boutinel *cit. in* Veiga, Duarte e Gândara; 1995).

É então entendida como toda a aprendizagem que é desenvolvida após a formação inicial básica no sentido de um desenvolvimento de novas capacidades e de uma melhor adaptação ao meio profissional, podendo ser subdividida em formação contínua e formação em serviço (Veiga, Duarte e Gândara; 1995 *cit. in* Tojal, 2011).

A *formação contínua*, segundo Costa e Costa (*cit. in* Tojal, 2011) é uma parte da formação permanente, visando os mesmos objetivos desta, que se prendem com o alargar, aprofundar e adquirir novos conhecimentos, através da participação em congressos, jornadas, colóquios, etc.

Assim, os entrevistados afirmam, que o atendimento pré-hospitalar em SAV a vitimas de trauma, implica formação contínua e a reflexão das aprendizagens provenientes das experiencias de trabalho (onde pode ser englobada a formação em serviço), constituindo estas os pilares que sustentam o crescimento pessoal e profissional da equipa multiprofissional da VMER, encontrando-se assim, a formação e a prática profissional ligadas, apresentando-se como o “palco” da investigação.

Estas dados, vão de encontro aos descritos por Oliveira *et al* (*cit. in* Souza *et al*, 2012, p.65), uma vez que “ (...) é necessário que os profissionais busquem conhecimentos, por meio de educação permanente, além de se familiarizarem com novos materiais e equipamentos (...) o primeiro refere-se à necessidades pessoais do próprio profissional,

em investir continuamente no desenvolvimento dos seus conhecimentos, mas também cabe à instituição proporcionar a esses trabalhadores ações educativas que podem se valer de diversas estratégias, as quais incluem: palestras, seminários, oficinas, estágios em locais que atendam pessoas em situações de risco. Estes inseridos em outros cenários poderão vivenciar outras situações e condições que reforcem suas práticas, assim como incorporar novos conhecimentos teóricos e práticos que possam subsidiar a contínua qualificação dos sujeitos (...) o desenvolvimento profissional e pessoal proporciona a estes a confiança necessária para que o atendimento seja mais efetivo.”

O mesmo descreve Poll *et al* (*cit. in Souza et al*, 2012), ao afirmar que as equipes multiprofissionais que desempenham funções nas unidades de emergência necessitam de estar preparadas para atender os utentes acometidos por causas externas. Desta forma, a educação no trabalho, assim como o treino para a utilização de protocolos de atendimento na vítima de trauma, possibilita maior autonomia aos profissionais da equipa de saúde, quebrando paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a esta população específica.

Também Corrêa *et al* (2018,p.26) refere que a “*capacitação dos profissionais que atuam em serviços de APH têm o propósito de aperfeiçoar diretrizes das urgências e emergências, qualificar os profissionais frente aos procedimentos técnicos e estabelecer relações entre as equipes por meio de discussões de caso, a fim de melhorar o atendimento e consequentemente, os desfechos dos mesmos.*”

Os entrevistados revelam que uma importante estratégia de *coping* é a partilha de experiências e a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, de forma a minimizar o stress, a ansiedade e outros sentimentos que possam surgir em situações específicas. Deste modo, torna-se fundamental criar espaços de reflexão e diálogo, intitulado de **debriefing**, de forma a que estes profissionais possam partilhar e questionar a sua prática, para melhorarem os seus saberes e serem cada vez mais competentes naquilo que fazem.

Segundo Fanning e Gaba (2007) o *debriefing* é uma abordagem em que os participantes revêm fatos, pensamentos, impressões e reações após um incidente crítico, tendo como principal objetivo reduzir o stresse acelerar a recuperação normal após um evento traumático, estimulando a coesão do grupo e empatia.

É uma reflexão guiada, sendo que na área da emergência pode ser entendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, adquirindo

particular relevância no sentido de melhorar a performance dos profissionais através da reflexão em grupo e partilha de experiências (Dufrene e Young, 2014).

Shinnick *et al* (2011) relatam que a aquisição de aprendizagens só é alcançada após um bom debriefing, pelo que Fey *et al* (2014) relatam que um debriefing mau pode ser bastante prejudicial e resultar em aprendizagens erróneas ou más tomadas de decisões clínicas.

Os testemunhos dos entrevistados vai de encontro ao estudo de Healy e Tyrrel (2013), que nos diz que os enfermeiros e os médicos sentem a necessidade de realizar o debriefing, nomeadamente para providenciar apoio psicológico à equipa, rever e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados por estes, especialmente após situações de emergência, e para fomentar o espírito de equipa.

Em suma, o debriefing são espaços de discussão que *constituem “(...) um dos meios que permitem cuidar dos que cuidam”* (Delbrouck, 2006, p.45).

Os profissionais entrevistados, referem vivenciar os mais diversos sentimentos e emoções no APH das vítimas de trauma. Por isso sugerem um melhor **acompanhamento psicológico**, o que vai de encontro ao que foi proposto por Bock *et al* (*cit. in* Souza [et al]; 2012, p.56) como sendo uma *“(...) ação que auxilia os trabalhadores a enfrentar as dificuldades vivenciadas no quotidiano, proporcionando-lhes melhores condições emocionais de forma a que os profissionais na área da saúde, sejam capacitados a lidar com situações diversas.”*

Assim, os serviços de emergência devem ser ágeis e eficientes para cumprir com rigor a sua função, porém, deve-se realçar que os profissionais que a constituem não são desprovidos de sentimentos, pelo que situações violentas no contexto do trauma podem-lhes proporcionar desequilíbrios emocionais. Este fato, demonstra a importância destes profissionais terem acompanhamento psicológico, o que comumente não ocorre. (Souza [et al]; 2012)

A existência de **equipas exclusivas à VMER**, foi outra das sugestões apresentada por um dos participantes do estudo, como método de uniformização de procedimentos, maior dedicação ao trabalho este serviço, através de equipas dotadas de competências e qualificações próprias.

Isto vai de encontro Despacho Ministerial no 14898/2011, que regulamenta os meios de socorro pré-hospitalares (VMER e SIV), e a sua integração nos serviços de Urgência:

“(...)Tendo em consideração a formação específica agregada à experiência no socorro pré -hospitalar; a necessária manutenção de competências técnicas de elevado grau de complexidade e especificidade; a margem potencial de ganhos de eficiência de gestão, tanto nos serviços de urgência como no pré-hospitalar, entende -se que os profissionais de saúde dos meios INEM, I.P. podem constituir um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos serviços de urgência, garantindo uma capacidade de resposta acrescida e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes.”

A Ordem dos Enfermeiros (2012) através do “*Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar*”, também refere que todos os meios de intervenção em contexto pré-hospitalar, nomeadamente Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), constituídos, em regra, por médicos/enfermeiros, deverão estar interligados em unidades de saúde, nomeadamente Serviços de Urgência, Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades de Rede de Cuidados Continuados Integrados, o que permite o *continuum* e simultâneo desenvolvimento de competências em prática clínica hospitalar e extra-hospitalar.

A **aquisição de material**, foi sugerida por um profissional de saúde. Para o entrevistado, a melhoria na prestação de cuidados de saúde emergentes à vítima de trauma, em contexto pré-hospitalar, deve ser uma constante. Acompanhar a evolução das técnicas implica muitas das vezes adquirir / atualizar os recursos materiais existentes na carga da VMER.

Para Machlne (1983), a administração de recursos materiais tem por objetivo assegurar a presença no momento e local adequado do suprimento, componentes e equipamentos necessários para o eficiente funcionamento da equipa e melhorar o prognóstico da vítima.

O mesmo é descrito em estudo de Novack *et al* (2017, p.85) “(...) o atendimento pré-hospitalar necessita de qualidade e quantidade de materiais que venham a facilitar o serviço de tal modo que eleve a qualidade, e a velocidade do serviço prestado (...)”.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A realização deste estudo de investigação permitiu a reflexão e a compreensão das experiências de uma equipa multiprofissional no APH em SAV a vítimas de trauma.

Para Lakatos e Marconi (2003, p.122) a conclusão consiste em uma “*síntese comentada das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, explicitados com precisão e clareza*”.

Após a análise das entrevistas foi possível identificar seis temas: significado atribuído à experiência em VMER; sentimentos / emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional; fatores facilitadores do APH; Fatores dificultadores do APH; Implicações para a vida pessoal / profissional; sugestões para melhorar o APH a vítimas politraumatizadas.

Relativamente ao significado atribuído à experiência em VMER, os entrevistados relatam ser um serviço extremamente desafiante, caracterizado pela vivência de situações desconhecidas, inesperadas e angustiantes, mas capazes de produzir satisfação pessoal e profissional nos profissionais de saúde. Para os mesmos, este meio de atuação, é um contributo para um melhor atendimento do paciente, antes da abordagem definitiva hospitalar.

Os *sentimentos / emoções* vivenciados pela equipa multiprofissional, e evidenciados neste estudo, são divididos em sentimentos positivos (prazer de ajudar e motivação) e sentimentos negativos (stress/ ansiedade, desconforto, insegurança, angústia, receio, responsabilidade), decorrentes dos riscos e da gravidade das vítimas a serem socorridas. O Stress / Ansiedade, foram sem dúvida, as alterações mais mencionadas pelos entrevistados.

Relativamente aos *fatores facilitadores* do APH em SAV a vítimas de trauma, grande parte dos profissionais da VMER entrevistados referiram que era a experiência profissional, seguido de fatores relacionados com a equipa (conhecimento dos elementos da equipa e a comunicação); existência de recursos humanos e materiais; existência de condições de segurança, e por fim, a existência de algoritmos de atuação.

Os *fatores dificultadores* do APH em SAV a vítimas de trauma, descritos pelos participantes foram a inexperiência profissional; falta de liderança; falta de recursos humanos e materiais; falta de condições ambientais; presença de populares; relação na equipa; incumprimento de medidas de segurança; riscos associados à viatura / condução; sobrecarga de trabalho; condições do transito, e método de triagem nos CODU's.

Relativamente às *implicações destas vivências para a vida pessoal e profissional*, os entrevistados narraram que a nível pessoal confere conhecimento teórico e capacitação técnica; a nível pessoal os profissionais de saúde revelaram que existe o risco de envolvimento emocional, alteração do sono e cansaço.

Por último, quando às *sugestões para melhorar o APH em SAV a vítimas de trauma*, os profissionais descrevem a importância da formação contínua, realização de debriefing frequente, acompanhamento psicológico em vivências traumáticas, existência de equipas exclusivas de VMER e por fim, a aquisição de material.

Consideramos que por mais cuidado que se tenha na elaboração de um trabalho de investigação, existem sempre algumas limitações relacionadas sobretudo, com a nossa inexperiência, com o tempo limitado para a realização de colheita de dados, falta de suporte bibliográfico, atrasos das comissões organizacionais de ética para a autorização da realização do estudo e com alguns contratempos, como a conciliação da vida pessoal, com a vida académica e a vida profissional.

No entanto, com a realização deste estudo, esperamos ter dado o nosso contributo, para que a equipa multiprofissional possa visualizar o seu ambiente de trabalho como um espaço de prazer, mas também propiciador de situações stressantes.

Sendo um dos principais objetivos da investigação em saúde, a devolução dos resultados obtidos, com o intuito de melhorar a intervenção dos profissionais e nesse sentido incrementar um aumento na qualidade assistencial, é da nossa vontade restituir os resultados deste trabalho de investigação à instituição (INEM), bem como à equipa multiprofissional da VMER participante. É também nosso objetivo contribuir para a implementação de sugestões, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados prestados no ambiente pré-hospitalar, fomentando não só a mudança, como um desenvolvimento conjunto das equipas.

Sugere-se então, com base neste estudo, a realização de um trabalho de investigação mais alargado às diferentes VMER's sediadas no país, com recurso a outras metodologias de recolha de dados que complementem a entrevista.

Pretendemos também com este estudo, incentivar as entidades responsáveis pelo departamento de formação do INEM, a solidificarem os planos de formação e recertificação de competências, no que se refere ao APH em SAV a vítimas politraumatizadas.

Além disso, e tendo em conta o contexto atual da pandemia por COVID-19, sugere-se a criação de “Webinars”, que permitam a interação entre as equipas da VMER, promovendo a partilha de experiências e conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADÃO, Rodrigo de Souza; SANTOS, Maria Regina - Atuação do Enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.16, nº. 4 (out.-dez. 2012), p.601-608.
- ADRIANO, Maria Soraia [et al] - Estresse Ocupacional em Profissionais da Saúde que Atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras – PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol. 21, n.º1, (2017).p.29-34.
- Advanced Trauma Life Support. Suporte Avançado de Vida em Trauma para Médicos – Manual de Curso dos Alunos (2018), 12.ª Edição.
- AGUIAR, Klênia Navega, [et al] - O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. **Revista eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 2, nº 2 (2000). Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v2i2.689>
- ALENCAR, Gláucia de Sousa [et al] - Riscos Biológicos e o Hospitalar. Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, Vol. 3, n.º1 (jan-mar 2016), p.179-196.
- ALHARTHY, Nesrin [et al] - Assessment of Anxiety Level of Emergency Health-care Workers by Generalized Anxiety Disorder-7 Tool - **Int J Appl Basic Med Res**. [em linha] Vol. 7, n.º 3 (Jul.-Sep. 2017). p.150–154.
- ALMEIDA, J.C. (2018). Emergência médica – integração temporária num novo contexto de trabalho. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto.
- ALMEIDA, Paulo Jorge e PIRES, Denise Elvira - O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento - **Revista Eletrônica de Enfermagem** [em linha], Vol. 9, n.º3, p. 617-629.
- ALVES, Marília [et al] - Particularidades do Trabalho do Enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte – **Revista Texto Contexto Enfermagem** [em linha], Florianópolis, Vol. 22, n.º 1, (Jan-Mar,2013). p.208-15.
- AMARAL, João - Stress nos técnicos do INEM: Contributos da supervisão - Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro (2004), Aveiro.
- AMARO, Hugo e JESUS, Saul Neves - Vulnerabilidade ao stress em profissionais de emergência médica pré-hospitalar - **Revista Mudanças: Psicologia da Saúde** [em linha]. Vol.16, n.º1, (Jan-Jun,2008). p.62-70. DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v16n1p62-70
- ANDRADE, Thamires Faria e SILVA, Mónica Maria - Características dos Enfermeiros no Atendimento Pré-Hospitalar: concepções sobre a formação e exercício profissional - **Revista Enfermagem em Foco** [em linha]. Vol.10, n.º1, pag.81-86.

- ARAÚJO, Thiago Moura e CAETANO, Joselany Áfio [et al]. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico entre os profissionais de Enfermagem. **Revista Enfermagem Referência**. Vol. III n.º7 (Julho, 2012) Coimbra.
- ARRUDA, Josefa Mayria e AMARAL, Juliana Landim [et al] - Fatores de Stress Ocupacional entre Profissionais da Enfermagem nos Cenários das Urgências - **Revista Interdisciplinar em Saúde** [em linha]. Vol.3. N.º1 (jan – mar, 2016) p.197-208.
- ASSIS, Monique Ribeiro e CARÚNA, Hannah [et al] - *Análise do Estress Ocupacional em profissionais da Saúde*. Revista Conexões Psicologia [em linha], Vol.3, n.º1, (Jan-Jun, 2015), p.62-71.
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (2019) disponível em http://www.ansr.pt/Noticias/Pages/Sinistralidade-em-Portugal_Continental.aspx consultado a 17/07/2020
- BANDEIRA, Romero - Medicina de Catástrofe: Da exemplificação histórica à latroética. Edições Universidade do Porto. (2011).
- Baptista, Fernando e BATISTA, Ayuso [et al] - *Manejo inicial del paciente traumatizado grave* - Espanha: Editora Arán, S.L.
- BARDIN, Louise (2011) - Análise de conteúdo - São Paulo: Edições 70.
- BATISTA, Karla de Melo e BIANCHI, Estela Regina - Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência - **Rev Latino-Am Enfermagem** [em linha], Vol. 14, N.º 4, (julho-agosto, 2006), p.534-9.
- BEKKINK, Marleene Olde e FARREL, Susan E [et al] - Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education - **Int J Med Educ** [em linha]; Vol.9, (outubro, 2018), p.262–270. DOI: [10.5116/ijme.5bb5.c111](https://doi.org/10.5116/ijme.5bb5.c111)
- BELLOLIO, Maria Fernanda e CABRERA, Daniel [et al] - Evaluación y manejo del paciente traumatizado - **Revista Chilena de Medicina Intensiva**. Vol.23, N.º4, (2008), p.249-258.
- BENNER, Patrícia. (2001) - *De iniciado a Perito* - **Edições Quarteto**.
- BENNER, Randal e BLEDSOE, Bryan - Critical Care Paramedic - New Jersey: **Editora Pearson Education**, Inc.
- BERLANGA, Alfonso [et al] (2008) - Manual de Soporte Vital Avanzado em Trauma - **Edições Elsevier Masson**. 2.ª Edição.
- BEURAN, M. [et al] - *Prehospital Trauma Care: a Clinical Review*. **Cirurgia – Pubmed** [em linha] n.º107, p.564-570.

- BEZERRA, Francimar Nipo e SILVA, Telma Marques [et al]. Estresse Ocupacional dos Enfermeiros de Urgência e Emergência: Revisão Integrativa da Literatura – **Acta Paulista de Enfermagem**, Vol.25, N.º29, p.151-156.
- BLANK, Louis. [et al] - A adequação e conformidade com as decisões de triagem por telefone: uma revisão sistemática e síntese narrativa - **J. Adv. Nurs.** Vol. 68, N.º1, (2016), p.2610-21
- BONUZZI, Karen Leme [et al] - Atuação do Enfermeiro no Atendimento Hospitalar Aéreo a Pacientes Politraumatizados – Revisão de literatura, **Revista Científica Sena Aires**, [em linha], Vol. 5, N.º 2 (Jul-Dez, 2016) pag.79-85
- BOGDAN, Robert e BIKLEN, Sari - Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos. (2016), Porto, Porto Editora.
- BUENO, Alexandre de Assis e BERNARDES, Andrea - Percepção da Equipe de Enfermagem de um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel sobre Gerenciamento em Enfermagem - **Revista Contexto Enfermagem**, [em linha], Florianópolis, Vol.19, N.º 1, (Jan-Mar,2010), pag.45-55.
- BUI, David [et al] - Risk management of emergency service vehicle crashes in the United States fire service: process, outputs, and recommendations - **BMC Public Health** , [em linha], Vol. 17, N.885, (Novembro, 2017).
- CARVALHO, Fernanda Marlene - A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários - **Escola Superior de Enfermagem do Porto**, (2014).
- COELHO, Glória Maria [et al] - Educação Permanente em Saúde: Experiência dos Profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de urgência - **Revista Enferm. Foco**, Vol. 4, N.º3,4 (Novembro,2014), p.161-163.
- COOPER, Cary - Group Training of Individual and Organization Development. **Basle.S. Kargner**, (1973).
- COOPER, Simon e CANT, Robin - Measuring non-technical skills of medical emergency teams: an update on the validity and reliability of the Team Emergency Assessment Measure (TEAM) - **Pubmed.gov**. Vol. 85, N.º 1, (Jan, 2014), p. 31-33.
- CORRÊA, Allana dos Reis [et al] - Atendimento Pré-Hospitalar: Fatores Facilitadores e Dificultadores da Assistência Prestada por um Grupo de Resgate Voluntário - **Revista de Enfermagem do centro Oeste-Mineiro**, Vol. 8, N.º8 (2018), p.2298.
- COSTA DA SILVA, Elisângelo [et al] - Aspectos Históricos da implementação de um serviço de atendimento pré-hospitalar - **Rev Eletr.Enf.**[em linha], Vol.12, N.º3, (Setembro,2010), p.571-577.

- CRISTINA, Jane [et al] - Vivências de uma Equipe Multiprofissional de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel em Suporte Avançado de Vida na Assistência ao Adulto em Situação de Parada cardiorrespiratória - **Revista Ciência y Enfermeria**, Vol.XIV, N.º2, (Setembro, 2018), p.97-108.
- CHAVES, Cláudia - Competências/Sinergias das Equipas de Saúde. Millennium – **Revista do ISPV- Escola Superior de Enfermagem de Viseu**, [Em linha] N.º30, (Out., 2004), p. 252-254,
- CUNHA, Viviane [et al] - Atendimento de pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência - **Revista Enfermería Actual de Costa Rica**, [em linha], N.37, (Jul./Dec. 2019).
- CRUZ, Alexandra - **Atendimento Pré-Hospitalar: uma abordagem sobre a formação específica do Enfermeiro**. Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem, 2014. Monografia.
- Decreto de Lei n.º 234/81, DR I série, 176 (18/06/2020). 1983-1995.
- Decreto de Lei n.º 326/91, DR I-A série, 200 (18/06/2020). 4621-4623.
- Decreto de Lei n.º 511/71, DR I série, 274 (18/06/2020). 1788-1790.
- Decreto de Lei n.º 167/2003, DR I-A série, 173 (18/06/2020). 4392-4398.
- Despacho n.º 10319/2014, DR II série, 153 (18/06/2020), 20673-20678.
- DGS (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017.
- DEVILLARD, Oliver - **A Dinâmica das Equipas**. Lisboa, Bertrand Editora.2001.
- Decreto de Lei n.º45/2005, DR I série, 125 (18/06/2020). 1785-1789
- DUARTE, Bruna Rafaela [et al] - Atendimento Pré-Hospitalar: Percepção de Docentes de Enfermagem diante do Atendimento com Múltiplas Vítimas. **Rev Enferm UFPE** [em linha], Vol.3, N. 02 (Apr/June, 2009), p.230-236.
- DOWNEY, B. (2004). **Dr. Jonathan Letterman** (1824-1872), [em linha], 2000, [consultado a 15-08-2019], disponível em http://antietam.aotw.org/officers.php?officer_id=919.
- DUFRENE, Claudine. e YOUNG, Anne - Successful debriefing – Best methods to achieve positive learning outcomes: A literature review - **Nursing Education Today**, Vol.34, (2014), p.372-376.
- EBBEN, Remco [et al] - Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review. Adherence to guidelines and protocols in the prehospital and emergency care setting: a systematic review - **Scand J Trauma Resusc Emerg Med** 21, [em linha], Vol. 21. N.º 9, (Feb, 2013), p.1-16

- ESCALADA, Antónia Mamani [et al] - Factores Que Desencadenan el Estrés y sus Consecuencias em el Desempeño Laboral em Emergência - **Rev Per Obst Enf**, [em linha], Vol.3, N.º1, (2007), p.50-56.
- ESPARRAGÓN, Jose Ceballos. e DÍAZ, Maria Dolores - **Guia del Paciente Politraumatizado** - Edições Aran 2.ª Edição.(2017).
- EUSÉBIO, Manuel. e ALVES, Teófilo - Fatores Estressores da Equipe Multiprofissional no Atendimento Pré-Hospitalar - **Rev Eletr.Enf**, [em linha], Vol. 12, N.º 3, (s.d.), p.1-10.
- FANNING, Ruth e GABA, David - The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning - **The Journal of the Society for Simulation in Healthcare**, [em linha], Vol. 2, N.º 2, (July, 2007), p.115-125.
- FERREIRA, Ana Cristina - **Vivências em Situação de Emergência à Vítima Crítica: um estudo com Enfermeiros da Ambulância de Suporte Imediato de Vida** - Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde, 2014. Tese de Mestrado.
- FERREIRA, Carina [et al] - Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Unidades Hospitalares do Norte de Portugal - **Revista de Enfermagem Referência**, [em linha], Série IV, n.º15, (Out-Nov-Dez, 2017), p.109-120.
- FLORES, Jaime Rivera - Evaluacion primaria del paciente traumatizado. Revista Mexicana de Anestesiologia – **Revista Mexicana de Anestesiologia**, [em linha], Vol. 35, N.º2, (Abril-Junio, 2012), p.136-139.
- FLORÊNCIO, Valéria Borba [et al] - Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás - **Rev. eletrónica Enferm**, [em linha], Vol.5, N.º 1, (2003), p.43-48.
- FORTIN, Marie Fabienne - **O projeto de investigação: da concepção à realização** - Edições Lusociência.2009.
- FRANGO, Manuel - **Stress nos profissionais de saúde em meio hospitalar** - Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra. Coimbra.1995. Dissertação de Mestrado.
- GARDELL, Bertil - Alienation and Mental Health in the Modern Industrial Environment. In L. Levi: Society Stress and Disease, Vol.1, (1971), Oxford University Press.
- GENTIL, Rosana [et al] - Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar - **Revista Latino Americana de Enfermagem**. [em linha], Vol.16 N.º2, (Mar-Abr, 2008)
- GIL, António - **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** - São Paulo: Atlas.2008.

- GOMES, Rui e CRUZ, José - A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre diferenças de género. ***Psicologia: teoria, investigação e prática***. [em linha], Vol.9, N.º2, (2004), p.193-212.
- GOMES, Ernestina. [et al] - O doente Politraumatizado Grave: Implicações da Ruralidade na Mortalidade, Incapacidade e Qualidade de Vida - ***Acta Med Portuguesa***. N.º 24, (2011), p.81-90.
- GORMLEY, Michael. [et al] - Risks in the driving of emergency service vehicles. *The Irish Journal of Psychology*, [em linha], Vol 29, N.º 1-2, (2008), p.7-18.
- GRAZIANI, Pierluigi - ***Ansiedade e perturbações da Ansiedade***. 1.ª Edição, Climepsi editors, 2005. Lisboa
- GREGÓRIO, Cátia Marisa - ***O Debriefing Realizado pela Equipa do Serviço de Urgência em Situação de Paragem*** Cardiorrespiratória - Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde, 2017. Dissertação de Mestrado.
- GUERRA, Nuno - Da rua ao Hospital – ***As descontinuidades do Sistema Integrado de Emergência Médica*** – Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Pag.31-97. Dissertação de Mestrado.2002.
- GUIDO, Laura de Azevedo [et al] - Estresse, Coping e Estado de Saúde entre Enfermeiros Hospitalares. ***Rev Esc Enferm USP***, [em linha], Vol.45, N.º6, (2011), p.1434-9.
- Hsiao Hongwei [et al] - Preventing Emergency Vehicle Crashes: Status and Challenges of Human Factors Issues - ***Hum Factors***, [em linha], Vol. 60, N.º7, (2018), p.1048-1072.
- HEALY, Sonya. e TYRRELL, Mark - Importance of debriefing following critical incidents. ***Emergency Nurse***, [em linha], Vol. 20, N.º10, (March, 2013), p.32-37.
- Hovenkamp, Gijs Thomas [et al] - The satisfaction regarding handovers between ambulance and emergency department nurses: an observational study - ***Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency***, [em linha], Vol.26, N.º78, (2018), p.1-6.
- Internacional Council of Nurses (2019), disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>, consultado a 17/06/2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2013). ***Sistema Integrado de Emergência Médica***. Versão 2, Edição N.º1.
- KINICKI, Angelo [et al] - ***Comportamento organizacional*** - McGraw-Hill, São Paulo, 2006.

- KETELE, Jean Marie e ROGERS, Xavier - **Metodologia da Recolha de Dados: Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos** - Edições Instituto Piaget, 1998.
- LAKATOS, Eva e MARCONI, Marina - **Fundamentos de Metodologia Científica** - 3ª Edição, São Paulo: Editora Atlas S.A. 2003.
- LABRADOR, Fernando – Stress - Lisboa. Edição Temas da Atualidade, 1992.
- LEITE, Ema e UVA, António - Fatores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. **Revista da UNL**, (Janeiro, 2012) p.7-21.
- MACHLINE, Cristiane - Recursos Materiais. In: Gonçalves, EL. O hospital e a visão administrativa contemporânea. São Paulo: Pioneira, 1983.
- MALVESTIO, Maria Aparecida [et al] - Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares - **Revista de Saúde Pública**, N.º 42 (4), p. 639-647.
- MALVESTIO, Maria Aparecida e SOUSA, Regina Márcia - Suporte Avançado de Vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito - **Revista de Saúde Pública**, Vol. 42, n.º36, (2008), p.584-589.
- MASSADA, Salvador [et al] - **Normas de Boa Prática em Trauma** - Ordem dos Médicos, 2009.
- MARCELINO, Dália e FIGUEIRAS, Maria João - Caracterização da Perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido de coerência e da personalidade - **Psicologia Saúde e Doenças**, [em linha], Vol.8, N.º1, (2007), p.95-106.
- MATEUS, Bárbara - **Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que realidade** - Edições Lusociência, 2007.
- MARTINEZ, Daniel de La Torre - Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado. **Revista medigraphic**, [em linha]. Vol. 9, N.º1, (Ene-Mar,2013), p.65-73.
- MARTINS, José - **Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências In Malagutti, W; Caetano, C. Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado** - Rio de Janeiro: Rubio, 2009. Tese de Mestrado.
- MARTINS, Luciana. [et al] - Agentes Estressadores no Trabalho e Sugestões para Amenizá-los: opiniões de Enfermeiros de Pós-graduação - **Rev Esc Enf USP**, [em linha], Vol.34, N.º1, (Mar, 2000), p.52-58.
- MARTINS, Maria da Conceição - Situações Indutoras de Stress no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar - **Instituto Politécnico de Viseu**, s.d.

- MAZZOCATO, Pamela [et al] - Team behaviors in emergency care: a qualitative study using behavior analysis of what makes team work - **Pubmed.gov** [Em linha] Vol. 19, N.º70, (Nov. 2011), p.1-8.
- MCINTYRE, Teresa - Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem - **Revista Análise Psicológica**, Vol. 2, N.º 3, (1994), p.193-200.
- MCGLYNN Elizabeth [et al] - The quality of health care delivered to adults in the United States - **N Engl J Med**, [em linha] Vol.348, N.º26, (Jun, 2003), p.2635-3645.
- MCSWAIN, Normal [et al] - Accuracy of Administrative and Trauma Registry Databases - **The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care**, [em linha], Vol. 51, N.º3, (Sept, 2001) p 464-468.
- MELO, Márcio [et al] - Estresse dos Profissionais de Saúde nas Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência - **Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, [em linha], Vol. 1, N.º 2, (Nov, 2013), p.35-42.
- MENDES, Antonio [et al] - Condições e Motivações para o Trabalho de Enfermeiros e Médicos em Serviços de Emergência de Alta Complexidade - **Rev Bras Enferm, Brasília**, [em linha], Vol.66, N.º 2, (Mar-Abr,2013), p.161-166.
- MENDES, Sandra [et al] - Identificação dos Níveis de Stress em Equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - **Rev Estudos de Psicologia**, [em linha], Vol. 28, N.º 2, (Abr-Jun,2011), p.199-208.
- MENZANI, Grazielle e BIANCHI, Estela - Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros - **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [em linha], Vol. 11, N.º 2, (2009), p.327-333.
- MINAYO, M.C. (1998). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 8ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- MINAYO, Maria e DESLANDES, Suely - Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras - **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, Vol. 24, N.º 8 (Ago, 2008), p.1877-1886.
- MIRANDA, Susana - **Stress Ocupacional, Burnout e Suporte Social nos Profissionais de Saúde Mental**. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.
- MORUZZI, Giuseppe e MAGOUN Horace - Brain stem reticular formation and activation of the EEG - **Eletroencephalogr.Clin.Neuro**, [em linha], Vol. 1, N.º1-4, (1949), p.455-473
- PINHO, Márcia Cristina - Trabalho em equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz - **Ciências & Cognição**, [em linha], Vol. 8, (Agosto, 2006), p. 68-87.

- NOVACK, Bruno [et al] - As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar - **Rev Gestão e Saúde (Brasília)**, [em linha], Vol. 8, N.º 3, (Set-Dez, 2017), p.453-467.
- NUNES, Fernando [et al] - **Manual de Trauma: Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros** – Lusociência, 2009.
- O'KEEFE, Michael [et al] - **Emergency Care. New Jersey**. Brady Prelice Hall. 1998
- OLIVEIRA, Amélia e MARTINS, José - Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. **Revista de Enfermagem Referência**, [em linha], III Série – n.º 9, (Mar, 2013), p.115-124.
- PADOVANI, Cauê [et al] - Perfil dos pacientes politraumatizados grave atendidos em serviço público de referência - **Arquivo Ciências da Saúde**, , [em linha], Vol. 21, N.º 4, (Jul-Set, 2014), p.41-45.
- PEIRÓ, José - **Desencadeantes del estrés Laboral** – Endema, Salamanca, 1993.
- PEREIRA, Maria - Fatores desencadeantes de stress em Sala de Emergência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2018. Dissertação de Mestrado.
- PHIPPS, Wilma [et al] - **Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6a ed.** - Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7.
- PINTO, Anna [et al] - Estresse no Cotidiano dos profissionais de Enfermagem: Reflexos da Rotina Laboral Hospitalar - **Revista de Enfermagem da UFSM**, [em linha], Vol. 6, N.º 4, (Out-Dez,2016), p.548-558.
- PINTO, João e RAMOS, Susana - Stress e Emergência Médica: Níveis e Fatores de Stress em Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar - **Revista Psicologia**, [em linha], (Jan, 2012), p.1-15.
- PINTO, Ricardo [et al] - Emergências e Urgências Médicas – Sistema Integrado de Emergência Médica. *Revista Referencia*, N.º 9, (Novembro, 2012).
- POLIT, Denise e HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Edições Artes Médicas, 2011.
- PONTES, Bernardo [et al] - **Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM**. Barcarena: Universidade Atlântica. Trabalho final de Pós-graduação em Urgência e Emergência, p. 74, 2008.
- Portaria n.º 439/93, DR I-B série, 98 (18/06/2020). 2076-2079.
- Portaria n.º 1147/2001, DR I-B série, 226 (18/06/2020).6170-6175.
- QUICK, James [et al] - **Preventive Stress Management in Organizations** - América Psychological Association, 1997.

- RAMOS, Marco - **Desafiar o desafio: Prevenção do Stress no Trabalho**. RH Editora, 2001.
- RODRIGUES, Lisete e MARTINS, José - Vivências dos Enfermeiros ao Cuidar do Doente Crítico Durante o Transporte Marítimo. **Revista Pensar Enfermagem**, [em linha], Vol.16, N.º1, (Set,2012), p.26-41.
- RODRIGUES Mateus [et al] - Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado - **Rev Med (São Paulo)**, [em linha], Vol. 96, N.º 4, (Out.-Dez; 2017), p.278-80.
- ROMANZINI, Evânio e BOCK, Lisnéia - Conceções e Sentimentos de Enfermeiros que Atuam no Atendimento Pré-Hospitalar sobre a Prática e a Formação Profissional - **Rev Latino-Am Enfermagem**, [em linha], Vol.18, N.º 2, (Mar-Abr,2010), p.105-112
- ROSSO, Eliane [et al] - Avaliação do Nível de Estresse Entre os Profissionais de Enfermagem Atuantes no SAMU de Guarapauava – **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Vol.7, N.º 1, (Jun-Ago, 2014), p.13-17.
- RYOO, Eon e HA, Eun - The Importance of debriefing in Simulation – Based Learning: Comparison Between debriefing and No Debriefing - **Revista CIN**, [em linha], Vol. 33, N.º12, (Dez, 2015), p.538-545.
- SANTANA, Júlio [et al] - Ética e humanização na assistência em um serviço de APH: o que pensam os profissionais de saúde - **Revista Pesquisa: cuidando é fundamental**, [em linha], Vol.4, N.º4, (Out-Dez, 2012), p.2744-2754.
- SAMPIERI, Roberto - **Metodologia de la Investigation** - Edições McGrawHill. 6.º Edição, 2014.
- SAMPIERI, Roberto - **Metodologia de la Investigation** - Edições McGrawHill. 6.º Edição, 2015.
- SANTOS, Ana e CARDOSO, Cármen - Profissionais de Saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental - **Psicologia em Estudo**, [em linha], Vol.15, N.º2, (Abr-Jun, 2010), p.245-253.
- SANTOS, Daniel - **Burnout, estratégias de Coping e Qualidade de Vida nos profissionais de saúde** – Braga: Universidade Católica Portuguesa, Dissertação de Mestrado, 2011.
- SANTOS, Maria Claudia [et al] - O processo de Comunicação no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) - **Revista Gaucha de Enfermagem**. Vol. 53, N.º 1 (Març. 2012), p.69-76
- SARAIVA, Diogo e ESTEVES, João - **A dinâmica da equipa de enfermagem na sala de reanimação, na abordagem ao indivíduo vítima de complicações**

- cardíacas, respiratórias ou neurovasculares** - Barcarena: Universidade Atlântica.2009. Dissertação de Mestrado.
- SERRA, Adriano Vaz - **O Stress na Vida de Todos os Dias**. Gráfica de Coimbra. 3.^a Edição.2005.
 - SILVA, Danniele [et al] - A liderança do Enfermeiro no Contexto dos Serviços de Urgência e Emergência - **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [em linha], Vol.16, N.º 1, (Jan-Mar, 2014), p.211-219.
 - SILVA Josué de Sousa [et al] - Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência - **REVISA**, [em linha], Vol.8, N.º 3, (Jul-Set, 2019) p.264-72.
 - SGARBI, Mauricio [et al] - Importância da resposta inflamatória sistêmica no prognostico do paciente politraumatizado - **Revista Brasileira de Ortopedia**, [em linha], São Paulo, Vol.41, N.º2/3, (2006), p.1-6.
 - SHINNICK, Mary [et al] - Debriefing: The most important component in simulation? - **Clinical Simulation in Nursing**, Vol. 7, N.º 3, (May, 2011),p.105-111.
 - SMITH, Malcolm e CONN, Alasdair - Prehospital Care – Scoop and run or stay and play?, **Injury, Int. J. Care Injured**,(Nov, 2009) p.23-26.
 - SOUSA, Brendo Vitor [et al] - Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa - **Enfermería Actual de Costa Rica** , N.º38, (Jan./Jun,2020)
 - SOUZA, Tamires Patrícia [et al] - Significados e Vivências de Trabalhadores de Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - **Enciclopedia Biosfera, Centro Científico Conhecer**, Vol.8, N.º14, (2012), p.1637-49.
 - STUMM, Eniva Miladi [et al] - Estressores e Coping Vivenciados por Enfermeiros em um Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar - **Revista Cogitare Enferm**,[em linha], Vol.13, N.º1, (Jan/Mar,2008), p.33-43.
 - SUBTIL, Carlos - Formação permanente em enfermagem - princípios orientadores. **Dossier**. Lisboa, Ano IV, N.º 2/3 (Abril/Setembro, 1988), p 37-40.
 - TAMBELLINI, Anamaria e OSANAI, Charles - **Epidemiologia do trauma In: Freire, E. Trauma a doença dos séculos**, São Paulo, Ed. Atheneu,2001.
 - THOMAZ, Rosimey e LIMA, Flávia - Atuação do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar na Cidade de São Paulo - **Acta Paul Enf**, Vol.13, N.º3, (Set – Dez, 2000) p.59-65.
 - Trauma Nursing Core Course (2014). Manual de Curso. Edições ENA.

- TOJAL, Ana Margarida - **Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011, Dissertação de Mestrado.
- VERÃO, Pedro - **Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: avaliação do papel das equipas de bombeiros**. Covilhã: Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde, 2013. Dissertação de Mestrado.
- XAVIER, Sandra [et al] - Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do Constructo - **Rev Pensar Enfermagem**, Vol.18, N. 02, (2014) , p.3-19
- ZAPPAROLI, Armanda dos Santos e MARZIALE, Maria *Helena* - Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências - **Rev. Bras. Enferm.** [em linha], Vol.59 N.01 , (Jan./Feb, 2006), p.41-46

ANEXOS

ANEXO I

Declaração de Autorização de Estudo

Dados Para Investigação

Autorização para realização de estudo de investigação
Para: Filipevieirafranco@hotmail.com, Cc: Marcio Silva

26 de novembro de 2019, 15:18

Detalhes

DI

Siri encontrou nova informação de contacto neste e-mail: Dados Para Investigação dados@inem.pt

adicionar a Contactos...

Exmo. Senhor Filipe Vieira Franco,

Em resposta ao requerimento enviado ao Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., vimos informar que foi autorizado o pedido que nos fez chegar, para a realização de um estudo no âmbito de uma dissertação de Mestrado na área de Enfermagem, intitulado "Vivências de uma equipa multiprofissional no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítima de trauma".

O parecer por parte deste Instituto foi favorável, desde que:

- No que concerne à realização da entrevista, é igualmente condição de execução a participação voluntária dos trabalhadores, dependendo ainda da assinatura do modelo de consentimento informado submetido, salvaguardando o carácter reservado dos dados a que terá acesso, comprometendo-se à utilização desta única e exclusivamente para a finalidade requerida
- Se comprometa que sua utilização seja nos termos validados e do conhecimento do INEM, IP, em conformidade com a legislação aplicável em matéria de proteção de dados pessoais
- No final do trabalho sejam facultadas ao INEM todas as conclusões obtidas e/ou uma cópia do trabalho final, com autorização da sua publicação.

Para cumprimento dos pressupostos expostos dos dados solicitados foi nomeado um tutor/orientador do estudo pelo INEM, o Enfermeiro Marcio Silva, sendo que qualquer dado adicional deverá ser encaminhado para o endereço de correio eletrónico marcio.silva@inem.pt.

Reiteramos o interesse institucional na colaboração com trabalhos de investigação.

Melhores cumprimentos,

Sofia Inácio

Acesso a Dados para Investigação



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.
Rua Almirante Barroso, 36, 1000-013 Lisboa, PORTUGAL
TEL +351 21 350 81 08 FAX +351 21 350 81 80
www.inem.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SNS Os primeiros passos do SNS do futuro PROXIMIDADE www.sns.gov.pt

Este email e quaisquer ficheiros a ele anexados são confidenciais e destinados exclusivamente à pessoa ou entidade a quem foi endereçado. Se recebeu este email por erro, por favor, contacte-nos. Obrigada.

This email and any files transmitted with it are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you have received this email in error please notify us. Thank you.

ANEXO II

Declaração de Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Filipe Vieira Franco, sou Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e estou a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Pereira (professora coordenadora do IPVC – ESS) e sob a coorientação da Professora Maria Rosa Olívia (professora convidada do IPVC – ESS). Este estudo visa conhecer as experiências de uma equipa multiprofissional, no atendimento pré-hospitalar em Suporte Avançado de Vida, a vítimas politraumatizadas. Para tal, necessito de realizar entrevistas sob o auxílio de um gravador de voz.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que nunca vou revelar ou divulgar nada que possa identificar os intervenientes que aceitem participar nas entrevistas.

Assim, gostaria de o/a entrevistar. Se concordar, peço que assine esta folha, no qual declara que:

1. Foi esclarecido/a da finalidade e objectivos de estudo;
2. Compreendeu a informação que lhe foi dada, teve a oportunidade de fazer perguntas e as suas dúvidas foram esclarecidas;
3. Foi esclarecido/a que pode recusar-se à participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto;
4. Aceita participar de livre vontade no estudo acima mencionado;
5. Autoriza a divulgação dos resultados obtidos, garantindo o anonimato.

Nome do participante do estudo: _____ Data: __/__/__

Nome do investigador: _____ Data: __/__/__

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guia da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

I PARTE – ACOLHIMENTO

- Identificação do Investigador,
- Informação acerca do tema, pertinência, objetivos,
- Garantir a confidencialidade e anonimato,
- Solicitar a declaração de consentimento informado.

II PARTE - CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Idade (anos)									
≤ 25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	≥ 60	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Género									
Masculino			<input type="checkbox"/>	Feminino			<input type="checkbox"/>		
Formação Académica									
<input type="checkbox"/> Bacharelato	Qual? _____								
<input type="checkbox"/> Licenciatura	Qual? _____								
<input type="checkbox"/> Mestrado	Qual? _____								
<input type="checkbox"/> Doutoramento	Qual? _____								
Outra Formação (Contexto do Trauma)									
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação	Qual? _____								
<input type="checkbox"/> Pós Especialização	Qual? _____								
<input type="checkbox"/> Cursos de Trauma	Qual? _____								
Experiência Profissional (anos)									
< 5	5 – 10	10 – 15	15 – 20	25 – 30	30 -35	> 35			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Experiência Profissional na VMER (anos)									
< 5	5 – 10	10 – 15	15 – 20	25 – 30	30 -35	> 35			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

III PARTE – DESENVOLVIMENTO

Objetivos	Questões Orientadoras
Questão Introdutória	Quer partilhar connosco a sua experiência em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), nomeadamente no atendimento do doente crítico?
Perceber os sentimentos / emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional, no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que sentimentos / emoções vivencia no atendimento pré-hospitalar a uma vítima politraumatizada com necessidade de manobras de SAV?

<p>Identificar os fatores que interferem no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua opinião quais são os fatores que facilitam a sua intervenção no atendimento pré-hospitalar em SAV a vítimas Politraumatizadas? • Na sua opinião quais são os fatores que dificultam a sua intervenção no atendimento pré-hospitalar em SAV a vítimas Politraumatizadas?
<p>Identificar as implicações que atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas tem para a vida pessoal e profissional dos profissionais de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O que significa para si a vivência destas situações? • Quais são na sua opinião as implicações da vivência destas situações, na sua vida pessoal e profissional? • Com base na sua experiência profissional, quer apresentar-nos sugestões para melhorar o atendimento / atuação nas vítimas politraumatizadas em PCR.

IV – Fecho da Entrevista

- Dar a oportunidade de acrescentar algum aspeto,
- Agradecer a colaboração e a participação na entrevista.

APÊNDICE II

Grelha de Análise de Conteúdo

ÀREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
<p>Significado atribuído à experiência em VMER</p>	<p>Satisfação Pessoal e Profissional</p>		<p>“Bem, para quem trabalha em serviço de urgência acho que é o atingir um objetivo (...)ter a oportunidade de ir ao local e socorrer as vítimas no momento zero dos acontecimentos no início da doença súbita do evento de trauma, acho que foi isso que me criou aquela ambição de ter a oportunidade de ser uma dessas equipas.” E01</p> <p>“A minha principal motivação prende-se com a minha área de especialização profissional. Sou especialista em anestesiologia, e, portanto, lidar com o doente crítico é algo com que lido diariamente na minha vida profissional (...) Portanto, o pré-hospitalar e este interesse pelo doente traumatizado, sempre despertou em mim, uma vez que lido diariamente com o doente crítico nas suas várias vertentes.” E02</p> <p>“O que motivou foi o facto de eu gostar do doente agudo e de emergência e depois era uma experiência fora do hospital o que me dava assim aquele gosto especial de não me sentir preparada, não saber o que ia acontecer, pronto (...) não é o serviço de urgência nem a emergência, é um sitio onde estamos sozinhos e que nos dá bastante experiência não é (...) dá-nos aquela noção de responsabilidade de ajudarmos naquele momento, no (...) Foi o gostar da adrenalina (...) Eu acho que veio complementar a minha formação enquanto médica especialista em Medicina Interna (...)” E03</p> <p>“(…)Relativamente ao facto de fazer VMER acaba por ser em primeiro lugar um concluir de um ciclo na área da emergência, que foi sempre aquilo que eu gostei de fazer (...)A título profissional é algo muito (...) recompensante(…)” E04</p> <p>“(…) o que me motivou para além do convite foi sempre desejar fazer emergência pré-hospitalar (...)” E05</p> <p>“(…)E foi-se alterando e começou-se a desenvolver um gosto muito grande pela emergência, pela emergência intra ou pré-hospitalar, no que diz respeito à VMER(…)” E07</p> <p>“(…)O motivo é pelo fato de ser um gosto pessoal a emergência pré-hospitalar e já há muitos anos que faço por gosto.” E08</p> <p>“A área da emergência sempre foi a área que mais me cativou e fascinou. Uma das coisas que me fez também ir para a anestesia foi exatamente ter uma boa preparação para ir para a área</p>

		<p>de emergência (...) como é a área que eu mais gosto na área da emergência vou com alguma satisfação, apesar de não querer que as coisas aconteçam (...) mas também de satisfação e saber que posso fazer alguma coisa pelas vítimas que lá estão.” E09</p> <p>“O que me motivou essencialmente (...) era o facto de ser uma experiência nova e da minha parte um gosto grande por tudo o que era área da emergência. Sempre trabalhei em cuidados intensivos e veio fortalecer a minha prática profissional.” E10</p>
	Desafio	<p>“(...) e o que me fez aceitar o convite de fazer VMER era o fato de ser um desafio, um projeto novo e como tal gosto de desafios e achava que tinha todas as características para lidar com o doente crítico.” E06</p>
	Contributo para um melhor Atendimento do Doente	<p>“(...) porque acho que cada vez mais é importante, derivado às condições clínicas dos doentes, que podem ser melhoradas antes do transporte propriamente dito do doente a uma unidade hospitalar mais próxima.” E05</p>

ÀREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
<p>Sentimentos / emoções vivenciadas pela equipa multiprofissional</p>	<p>Stress / Ansiedade</p>		<p>“(…) O stress e o nervosismo (…) há situações de stress que não conseguimos controlar no evento do trauma (…) talvez taquicardia, ansiedade. Somos invadidos pelo stress e pelo nervosismo (…) mas já senti algumas vezes as mãos a tremer em situações que provocam mais stress (…)” E01</p> <p>“Numa fase inicial em que recebemos a chamada, ou seja, no momento da ativação, os principais sentimentos são inevitavelmente de uma ansiedade relativamente ao desconhecido que nos espera (…) há sempre alguma ansiedade e alguma inquietação face ao desconhecido que vamos encontrar.” E02</p> <p>“(…) como nos vamos organizar e partilhar com a pessoa que está ao lado, um bocadinho daquela ansiedade. (…) as vezes eles transmitem-nos isso, eu vou ali um bocado tensa. Tensa e desconfortável, no momento da ativação (…) quando chego ao local fico (…) tensa.” E03</p> <p>“Quando vamos para lá há sempre um nervosismo miudinho, um stress que é inegável (…) por isso é sempre uma situação de stress (…)” E05</p> <p>“Os sentimentos é sempre a ansiedade, principalmente quando estamos a falar de crianças, grávidas ou jovens adultos (…) nos primeiros anos de VMER era uma situação de ansiedade (…)” E06</p> <p>“Não quero dizer que não criam agora, mas que no início cria mais ansiedade, isso cria (…)É stressante o momento de ativação.” E08</p> <p>“A ansiedade e o stress podem estar presentes no início da carreira e que se vai perdendo ao longo do tempo (…)a não ser obviamente, também depende da situação que é. Uma coisa é estarmos a falar de 1 ou 2 vítimas, uma coisa é falar de uma situação de multivítimas, uma coisa é estar a falar de crianças ou grávidas (…) com certeza que se me disserem que é uma situação de multivítimas com crianças é verdade que poderá haver aí alguma ansiedade mais do que se for com adultos (…) se forem várias vitimas a ansiedade será também um bocadinho maior do que será com 1 ou 2 vítimas.” E09</p> <p>“(…)O que não quer dizer que a questão da faixa etária, nomeadamente a pediatria, deixa-nos sempre com o pé atrás, porque a falta de experiência, o receio de uma abordagem muito mais</p>

		<p>difícil, no caso da maioria dos colegas que eu vou falando deixa-nos ansiosos e stressados.” E10</p>
	Desconforto	<p>“Pronto, o que eu sinto sempre que recebo uma chamada que é para um trauma, sinto um maior desconforto do que é para uma saída médica (...) não, não me sinto confortável a ver esses doentes porque noa tenho essa experiência no meu dia a dia com esses doentes, só tenho na sala de emergência (...)” E03</p> <p>“(...) não é que eu esteja limitado, mas é verdade que o não praticar todos os dias com crianças deixa-nos aqui com algum desconforto. Julgo que não seja só um desconforto só meu, mas da equipa (...)” E07</p>
	Prazer de Ajudar	<p>“(...) e numa vontade de querer fazer e querer ajudar (...) o sentimento que prevalece é de querer ajudar, de querer fazer, e de tentarmos sempre dar o nosso melhor que nos é possível.” E02</p> <p>“(...)porque queremos chegar para ajudar.” E09</p>
	Insegurança	<p>“(...) e sempre no sentido do alerta, uma vez que estamos a trabalhar na rua, em que muitas vezes a nossa própria segurança pode estar em causa, ou seja, há por vezes um sentimento de insegurança tendo em conta o ambiente em que estamos a trabalhar (...) muitas vezes em contexto de doentes politraumatizados em acidentes de viação, ou seja, temos a trabalhar em locais em que há transito, em que há pessoas, espectadores, ou seja, muitas vezes as questões da segurança face a integridade da própria equipa também prevalecem.” E02</p>
	Angústia	<p>“(...) Sinto no momento da ativação angústia (...) acaba por ser uma sensação e angústia porque não sabes o que vais encontrar (...) E04</p> <p>“No início as ativações para trauma causaram mais angústia do que nos dias de hoje.” E08</p>
	Receio	<p>“(...)não é propriamente de medo, mas acaba por ser um bocado de receio porque às vezes tu não sabes bem se vais conseguir lidar com a situação.” E04</p> <p>“(...)contrariamente à fase inicial onde isto era sempre com algum receio ou algum medo na abordagem.” E10</p>
	Responsabilidade	<p>“(...) há uma grande responsabilidade quando vamos a conduzir sem dúvida (...)” E06</p>
	Motivação	<p>“(...)Já nesta altura a gente sai para esta ocorrência com uma grande motivação mesmo (...) Agora se for uma situação de trauma no adulto, encaro isto de uma forma motivadora e de satisfação profissional (...)” E10</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
Fatores facilitadores do atendimento Pré-Hospitalar	Experiência Profissional		<p>“Eu acho que a experiência da equipa e os anos com que elas andam lá fora, ajudam-nos a ter um processo de abordagem sistematizado que simplifica as coisas.” E01</p> <p>“As pessoas com mais experiência têm (...) é muito mais tranquilo fazer uma abordagem, é mais fácil e estás mais à-vontade do que propriamente com uma pessoa nova.” E04</p> <p>“(…) a experiência da equipa pré-hospitalar, seja ela no caso do enfermeiro, do médico ou técnicos de emergência(…)” E05</p> <p>“(…) é importante termos parceiros que estejam no local e que saibam o que façam (...)” E06</p> <p>“A experiencia profissional é sem dúvida uma mais valia (...)”E08</p> <p>“(…) O segundo fator e que é o mais principal é a experiência (...) a experiência. Digo-te isso, porque eu vou trazendo para a rua aquilo que eu vejo na sala de emergência do hospital (...) temos gente muito nova (...) esta experiência traz-nos alguma serenidade, porque ter pessoas stressadas numa sala de emergência é a mesma coisa que ter pessoas stressadas na rua e foge muita coisa.” E10</p>
	Relacionados com a Equipa	Conhecimento dos elementos da equipa	<p>“O que facilita a intervenção nestes contextos é muitas vezes a equipa com quem estamos a trabalhar, ou seja, o fato de estarmos a trabalhar com alguém que conhecemos (...)” E02</p> <p>“Em termos de equipa, é importante que exista confiança entre enfermeiro e médico, para que haja esse espírito de equipa, e que cada um saiba precisamente o que cada um tem de fazer.” E05</p> <p>“Um aspeto que julgo que possa ajudar e facilita, e isso é notório, que é, apesar de as pessoas terem formação em SBV e SAV porque é uma condição para fazer também viatura médica, a verdade é esta, quando a equipa é uma equipa já de alguns anos, nós confiamos uns nos outros, e portanto não há muito a questão “o que é que tu vais fazer” o que “é que não vais”.” E07</p>
		Comunicação	<p>“(…) mas acho que a comunicação em termos de emergência tem de ser transversal (...)”. E01</p>

		<p>“No entanto acho que no contexto da abordagem do doente crítico o mais importante é haver uma boa comunicação (...) se houver uma clara comunicação entre a equipa, o trabalho consegue ser feito de uma forma eficiente.” E02</p>
	<p>Existência de Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>“(…) de no local termos meios que nos possam ajudar, ou seja, facilita muito se quando chegarmos ao local já temos uma ambulância, por exemplo (...)” E02</p> <p>“Ajuda-me já ter uma equipa, não ser eu a primeira a abordar, isso é uma grande ajuda, porque já estamos a estabilizar a vítima, já temos uma imobilização, já percebemos a cinética.” E03</p> <p>“(…) E depois também quais são as equipas que vão estar no local além de nós, não é. Se calhar em algumas situações precisamos de ter mais alguns meios (...)E09</p>
	<p>Existência de Condições de Segurança</p>	<p>“(…) equipas de autoridade que possam assegurar as condições de segurança do local, isto facilita o nosso trabalho.” E02</p> <p>“(…) Quando tu tens e sais para locais que já estão balizados muitas vezes pelas autoridades, acaba por ser muito mais fácil trabalhares (...)E04</p> <p>“(…) é importante quando chegamos ao local termos o local bem sinalizado, bem delimitado e com segurança para que possamos atuar (...)” E06</p>
	<p>Existência de Algoritmos de atuação</p>	<p>“(…) haver algoritmos de atuação(...)” E02</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
Fatores dificultadores do atendimento pré-hospitalar	Inexperiência profissional		<p>“Quando as equipas são novas, quando estou com médicos novos, deparo que há uma certa confusão (...) quando saem para a rua sem grande certeza, sem transmitir segurança, sem (...) mostrar aquela autoridade (...)” E01</p> <p>“A inexperiência também pode constituir um fator dificultador na abordagem (...)” E04</p> <p>“Outra questão que dificulta em termos técnicos, quando temos um doente em choque por hipovolémia aumenta o risco de exigência, ou seja, nos temos essa perceção, vamos ter que ter uma técnica muito mais apurada, para não falar em determinados procedimentos, e sabemos se falharmos o procedimento o segundo vai ser mais difícil, é uma luta contra o tempo (...) por isso considero que um profissional pouco treinado com pouca experiencia profissional possa ter mais dificuldade.” E06</p> <p>“Agora quando a equipa é composta por um novo e um mais velho, e principalmente no que diz respeito à parte médica, não é, porque a parte médica acaba por se renovar com muita facilidade, e portanto, muitas vezes acabamos por não conhecer o nosso par, e isso pode ser uma dificuldade. Porque não sabemos que competências (...)” E07</p> <p>“O facto de ser uma equipa mais nova pode ser um elemento dificultador. Quantos mais anos temos sobre viatura médica, mais à-vontade estas.” E08</p>
	Falta de Liderança		<p>“A inexistência de um líder também é uma entrave.” E04</p> <p>“(…) é importante que haja um líder de equipa, que dê indicações precisas, não pode haver hesitações, cada um tem de saber o seu papel para não haver conflitos (...)”. E06</p> <p>“(…) e o à-vontade com que ele consegue liderar, porque a verdade é esta, a falta de um líder pode ser o suficiente para que as coisas não se articulem bem no local, porque não somos só dois.” E07</p>
	Falta de Recursos Humanos e Materiais		<p>“(…) estamos num meio onde não temos à disposição tudo aquilo que muitas vezes gostaríamos de ter, não só de recursos humanos, mas também e recursos técnicos e material (...)” E02</p> <p>“(…) o desgaste da própria viatura que pode levar a alguma instabilidade ou insegurança (...)” E07</p>

			“(…) e quando lá chegamos não temos os meios mais adequados também pode corresponder a uma dificuldade que pode surgir.” E09
	Falta de organização		“(…) o material anda por todo o lado (…) quando tens médicos ou outros profissionais que já mexem no teu material, que já tens material ali, já tens material num outro lado, quando já queres uma coisa e a mochila já não está onde deixaste (…) quando há uma desorganização, quando a desorganização vai crescendo aos poucos(…) ” E01 “E muitas vezes é o próprio cenário em si, há muita confusão (…)” E02 “É quando chego e o local ainda não esta organizado (…) não há um perímetro. Eu tenho a noção de quando há um perímetro, quer seja criado pela policia ou os bombeiros, as coisas estão muito mais organizadas (…) quando não há um perímetro, quando toda a gente a dar opiniões, isso dificulta-me imenso.” E03
	Falta de Condições Ambientais	Luminosidade	“De noite, a iluminação é um grande problema. Até porque grande parte dos acidentes que se dão muitas vezes à noite é precisamente em locais com pouca visibilidade (…)” E01 “As condições de luminosidade do local, nem sempre são as ideais (…)” E02 “A noite (…) os acidentes à noite em que não sabemos, não vemos, ou não conseguimos ter a noção da distância (…)isso é o que custa mais.” E03 “(…) a luminosidade.” E04 “(…) ou de noite com pouca luminosidade.” E05 “(…) estamos a falar em questão de noite com baixa luminosidade, com risco para as equipas.” E06 “(…) Depois de dia e de noite as coisas também são diferentes.” E09
		Ruido	“O ruido, o ambiente (…)” E01 “O ruido interfere na comunicação mas consigo-me abstrair.” E08
			“(…) quando tu tens de fazer 40 quilómetros por baixo de chuva intensa, numa nebulosidade brutal (…) é a questão dos fatores climatéricos.” E04

		<p>Condições Climatéricas</p>	<p>“(…) as questões ambientais também podem dificultar, porque como é obvio se estiver a chover é muito difícil desempenhar as minhas funções.” E05</p> <p>“É também a questão ambiental, quando estamos perante intempéries, quando estamos em locais remotos de difícil acesso (…)” E06</p> <p>“Outra da dificuldade está relacionada com o local onde o doente está, porque o doente pode-se encontrar num local onde o espaço é confinado, e que às vezes é extremamente difícil trabalhar todos em simultâneo, e, portanto, o ambiente físico pode ser um elemento perturbador.” E07</p> <p>“A chuva é uma preocupação acrescida, associada a um desgaste da própria viatura.”E07</p> <p>“Questões de falta de iluminação, mau tempo, de inverno, chuva, fraca visibilidade (…) em acidentes de trabalho, muitas vezes, o espaço físico onde está o doente pode ser condicionante na abordagem destas vítimas.” E08</p> <p>“(…)As condições climatéricas sem dúvida nenhuma.” E09</p> <p>“As condições climatéricas nomeadamente a chuva (…) tenho más experiencias de estar ali na via norte e a levar um temporal de chuva ali nas costas e ter de estar no chão junto das vitimas, mas isto pronto, são coisas que não podemos evitar.”E10</p>
	<p>Presença de Populares</p>		<p>“(…) às vezes vamos para locais onde a própria autoridade sem sempre colabora em afastar a população curiosa que está em cima de nós (…) a população constitui um fator que dificulta a minha intervenção na abordagem da vítima.” E01</p> <p>“O que me faz mais confusão nestas saídas é quando temos a questão dos populares logo ali, muita gente a dar ideias, atrapalha-me muito.” E03</p> <p>“Até as próprias pessoas, os transeuntes que querem ajudar e que muitas vezes só atrapalha.” E05</p> <p>“A população e os mirones confere a um agente dificultador na abordagem nas vítimas de trauma, exceto se tiver presentes uma força de autoridade que impeçam os populares de chegar perto de nós.” E08</p>

			<p>“(…)As pessoas no local sem dúvida é um dos principais obstáculos, uma vez que dentro do hospital estamos entre quatro paredes, aparentemente estamos recatados do ambiente exterior, podemos ter outras coisas depois que nos limitam. Mas na rua não (…) na rua são as pessoas a pressionar, a insultar, isto dependendo obviamente do envolvimento.” E10</p>
	Relação na equipa		<p>“A relação entre os elementos pode dificultar não só o seio da equipa da VMER, mas também os restantes profissionais que vão para o local (…) acho que obviamente cada profissional tem o seu feitio, nem sempre encaixa.” E01</p> <p>“As relações interpessoais também podem dificultar a abordagem da vítima politraumatizada (…) agora, pode ser mais ou menos facilitador trabalhar com determinadas pessoas”. E02</p> <p>“Como dificuldade, o facto da equipa não se conhecer bem, pode ser uma dificuldade acrescida no trabalho.” E07</p> <p>“A relação interpessoal afeta e não tenho qualquer dúvida, podendo mesmo ser o maior fator constrangedor e que pode afetar a nossa abordagem (…)Se existir um mau ambiente entre pares, sem dúvida que o nosso trabalho é afetado. De parte a parte.”E10</p>
	Incumprimento das medidas de Segurança		<p>“A nossa própria segurança está comprometida e a exposição a risco biológico, ou seja, há sangue, há fluidos, há secreções, muitas vezes os óleos dos carros (…) muitas vezes se for uma vítima de acidente de viação há vidros, há objetos em que nos podemos magoar, o que também dificulta o nosso trabalho.” E02</p> <p>“As condições de segurança são importantes no local, mas é uma coisa que eu me esqueço muito (…)” E03</p> <p>“(…)Agora, quando somos a primeira equipa a chegar lá pode ser mais complicado e por isso considero que é um fator bastante inibitório, porque tens de ter muito mais cuidado para abordares as vitimas porque se for no meio da autoestrada é muito complicado, se for no meio de uma obra também é complicado porque os fatores de segurança não estão totalmente presentes e a tua ética profissional diz que tu deves ajudar (…) a falta de condições de segurança também é um fator inibitório.” E04</p> <p>“(…) e por isso as condições de segurança podem estar comprometidas.” E05</p>

		<p>“O não ter segurança, é o nosso elo fundamental. Se não temos segurança não avançamos. Muitas vezes somos os primeiros a chegar e não temos sinalização nas autoestradas. É difícil depois queres ajudar e depois não tens condições de segurança para isso. Arriscamos muitas vezes mais do que deveríamos, porque pode não correr bem, e nas autoestradas é extremamente perigoso.”E08</p> <p>“(…)A insegurança limita a minha intervenção no local. Dou-te um exemplo o fato de não ter a autoridade no local pode dificultar a minha intervenção. Temos gente a gozar, a insultar (…) quem vivencia aquilo de perto o tempo para elas passa de uma forma diferente (…) por vezes somos inclusivamente ameaçados, mas são situações pontuais.” E10</p>
	Riscos associados à viatura / condução	<p>“A condução (…) com o carro a fazer aquaplaning em metade dos quilómetros acaba por ser um fator inibitório.”E04</p> <p>“(…) o desgaste da própria viatura que pode levar a alguma instabilidade ou insegurança (…)” E07</p> <p>“(…) dificuldades acrescidas na condição do veículo são condicionantes (…)Depois tens a condução em si que é mais uma agravante, porque tens muito trânsito, tens isto, tens aquilo.” E08</p> <p>“A viatura que temos (…) temos viaturas melhores e outras piores para chegar ao local.” E09</p> <p>“(…) A condução é um fator dificultador (…)” E10</p>
	Sobrecarga de Trabalho	<p>“Muitas vezes a falta de descanso, porque as saídas são umas em cima das outras e acabam por se tornar num fator inibitório (…) portanto as condições de trabalho acabam por condicionar a minha intervenção.” E04</p> <p>“A sobrecarga de trabalho leva ao desgaste físico e mental e portanto pode condicionar a nossa intervenção. No trauma, o desgaste físico é grande, porque já está incluído o stress aliado ao esforço físico, o desencarceramento das vítimas, o pegar no plano duro, o tirar de espaços confinados (…) tudo isso é desgaste físico. E se tiver muitos traumas no turno, que não é comum na nossa VMER, de certeza que a minha abordagem ao último não vai ser igual à da primeira.” E08</p>

			<p>“A sobrecarga de trabalho é outras das condicionantes. Não posso dizer que temos o mesmo discernimento do que no início do turno (...) quando temos muitas saídas. Obviamente afeta a minha performance na abordagem destas vitimas.”E10</p>
	<p>Condições do Trânsito</p>		<p>“(...)A Hora do dia, quer seja por hora de ponta, por exemplo, o que se torna mais complicado chegar ao local (...)”E09</p> <p>“O trânsito, imenso (...) estamos a falar sobretudo (...) esta VMER que esta localizada numa zona central a cidade, as vezes para chegarmos ali na praça da Galiza o que são 500 metros e demoramos muito tempo, porque dependendo dos dias, está tudo, tudo entupido.” E10</p>
	<p>Método de Triagem nos CODU’s</p>		<p>“(...)Falando nas dificuldades, eu penso que a primeira que pode interferir com a nossa abordagem , está relacionada com a parte da triagem no CODU (...) a forma da triagem é obvio que nos condiciona imenso , porque frequentemente nos descrevem uma situação e deparamo-nos com situações totalmente diferentes (...) isto porque quês está atras da dita triagem joga tudo na defensiva.” E10</p>

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
<p>Implicações para a vida pessoal e profissional</p>	<p>A Nível Profissional</p>	<p>Conhecimento teórico</p>	<p>“Do ponto de vista profissional, mais uma vez isto é muito importante, porque é algo que eu tenho aplicabilidade quase diária nos doentes com que lido.” E02</p> <p>“Como é obvio a nível de experiência profissional é sempre muito abonatório (...)” E05</p> <p>“Para a minha vivencia profissional, é mesmo o background que isto nos dá não é. É totalmente diferente quando trabalhamos num ambiente controlado do que trabalharmos num ambiente que se pode tornar totalmente descontrolado.”E07</p> <p>“A nível profissional, faz-nos crescer. Porque tu se vais para uma determinada situação em que estás pouco preparado, eu pelo menos sou assim, vou tentar ler, fazer algum curso (...) não gosto de não me sentir preparado em determinada situação.” E08</p> <p>“Para a vida profissional traz sempre aprendizagem, obviamente, não é. Porque todos os casos, apesar de termos muita experiência, todos os casos nos enriquecem a nível profissional.” E09</p> <p>“Para a minha vida profissional (...) enriquecer conhecimentos (...)” E10</p>
		<p>Capacitação técnica</p>	<p>“Implicações boas. Para a minha vida profissional, o ganhar mais experiência, o ganhar <<mão>>, o conseguir orientar, o conseguir melhor, também melhora a minha prestação na sala de emergência.” E03</p> <p>“Na prestação de cuidados, experienciar essas situações de trauma, traz-me muita experiência profissional (...) com o decorrer do tempo, vamos aperfeiçoando, e as técnicas estão sempre a ser alteradas e nós vamos ter de nos adaptar às técnicas e temos de saber lidar com o insucesso (...) se vamos colocar uma agulha intraóssea e não está permeável, vamos ter de estudar para evoluir, e depois reparas que a segunda vez corre melhor e a terceira ainda melhor que a segunda.” E06</p> <p>“Para a minha vida profissional enriquece-me (...) formas de abordar, de forma a ser mais fácil aplicá-los depois na prática.” E10</p>

	<p>A Nível Pessoal</p>	<p>Envolvimento Emocional</p>	<p>“Acho que essas experiências nos marcam sempre. Acho que (...) são doentes que nós guardamos cá dentro (...) que nunca nos vamos esquecer (...) não vivo mal com essas situações, obviamente lembramo-nos delas (...) não tenho nenhuma depressão, não estou a falar disso, mas acho que são situações que nos marcam, que vamos viver sempre com elas (...) Obviamente aqueles que vivem claro, também gostamos de guardar essas pequenas medalhas (...) São coisas que não podem interferir na nossa vida familiar (...) vivemos com essas recordações e algumas magoas de algumas coisas que poderíamos fazer melhor.” E01</p> <p>“Na minha vida, a nível de impacto pessoal, é claro que acabamos de levar um bocadinho desses doentes e dessas vítimas para casa, ou seja, é quase indissociável (...) ajuda-nos mesmo a crescer mesmo do ponto de vista pessoal(...)”. E02</p> <p>“As vítimas de trauma, são sempre para mim as que me deixam mais incomodada, mas levo algumas para casa (...) o que não acontece com os doentes médicos.” E03</p> <p>“Há coisas que ainda mexem comigo (...)” E04</p> <p>“(...) mas se as coisas correm mal, não vou mentir que isto mexe connosco(...)” E05</p> <p>“Com o decorrer do tempo nós acabamos por ganhar alguma imunidade perante essas questões, ou seja, durante os primeiros dias após aquela situação de trauma, acaba por influenciar a vida pessoal, fico a pensar no assunto, mas não fico com insónias (...) há casos mais marcantes que aconteceram há dez anos e que me recordo perfeitamente.” E06</p> <p>“Há situações em que uma pessoa fica mais sensível, e eu recordo-me de uma em que eu fiquei mais sensível. Nós ficamos a pensar logo nos nossos, e se fosse com os nossos. E isto deixa a equipa muito sensível e fragilizada.” E07</p> <p>“Principalmente o trauma em pessoas jovens marcam-me muito (...) acho que já tive mais dificuldade em separar as águas, e se calhar ir para casa e não pensar muito nisso, mas acabas sempre por pensar. Tudo que é pediatria, vais para casa olhas para o teu filho, comesças a pensar e se calhar vês as coisas de outra forma. Se calhar com o tempo e com a experiência comesças a abstrair-te cada vez mais, mas há coisas que não consegues, porque a tua vida profissional acaba por marcar-te.” E08</p>
--	-------------------------------	--------------------------------------	--

			<p>“A nível pessoal depende um bocadinho da situação em si, não é. Há situações que (...) nos criam mais (...) ficamos a pensar um bocadinho mais nelas, não é. As vezes ficamos a pensar nelas mais tempo do que queríamos, não nos conseguimos desligar de forma tão fácil. Mas faz parte da nossa profissão sabermos desligar um bocadinho disso (...). E09</p> <p>“(…) Em termos de vivencia pessoal, mexe sempre um bocadinho connosco, dependendo da maioria das situações (...) não posso dizer que não me afeta (...)” E10</p>
		Alteração do Sono	<p>(...) mas às vezes não é fácil. Já aconteceu situações mais complicadas tirarem o meu sono nessa noite.” E09</p>
		Cansaço	<p>“(…) A partir de uma determinada altura já começamos a ficar cansados, e acho que há coisas na nossa vida que não fazem sentido (...)” E04</p>

ÀREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO (N.º)
<p>Sugestões para melhorar o Atendimento Pré-Hospitalar</p>	<p>Formação Contínua</p>		<p>“A nível de formação, acho que ela esta implementada, mas acho que se poderia fazer mais recertificações de cursos, quer aquilo que é feito a nível do INEM quer hospitalar (...) mais do que a certificação, é as pessoas trabalharem mais no seio das equipas, fazerem reuniões para relembrar temas, processos, para treinarem o manuseio de equipamentos.” E01</p> <p>“Eu acho que o essencial na abordagem da vítima politraumatizada é a formação, ou seja, haver formação por parte dos profissionais que contactam com estas vítimas, e haver uma formação que seja transversa (...) não haver uma discrepância entre a formação dos profissionais.” E02</p> <p>“Eu acho que devemos ter mais formação no trauma, mas (...) um treino (...) um encontro anual; um curso de 6 em 6 meses; um encontro de profissionais de VMER daqui (...)” E03</p> <p>“A formação é uma coisa importantíssima e que devia ser feita com mais regularidade (...)”. E04</p> <p>“A formação é super importante, e uma formação que até podia ser mais contínua (...) relembrar alguns aspetos que fiquem mais esquecidos (...) fora da VMER a formação seria muito importante a nível dos técnicos e dos bombeiros, que muitas vezes são pessoas que não estão assim tão bem formadas como deviam.” E05</p> <p>“Eu acho que a formação, evidentemente, é necessária. Mas mais que a formação é a atualização de conhecimentos.” E06</p> <p>“(...) recordar temáticas, técnicas pois sabemos de antemão que tudo isto se vai mudando com o passar dos anos, e é claro que também nos cabe a nós ir buscar cada vez mais aquilo que são as novas guedelines. O INEM devia ter a iniciativa de chamar as equipas e voltar a reforçar alguns dos aspetos que eles consideram importantes, ou até, a própria equipa de VMER, ter a oportunidade de x em x tempo, existir ações de formação, temáticas, de forma a que haja um processo acompanhado de formação (...) a recertificação com títua é fundamental.” E07</p>

			<p>“O treino simulado da equipa nas instituições próprias (...)É importante haver recertificação dos cursos de trauma, porque tu comesas a adaptar-te muito aquela rotina de trabalho, tens muitas ativações por dispneia e dor torácica e focalizas-te muito naquilo e o trauma fica para trás. A nossa VMER está a investir em cursos de trauma, com outras abordagens e outras realidades que nos ajudam a melhorar a nossa prática profissional.” E08</p> <p>“É ter pessoas formadas em trauma, e que essa formação seja regularmente atualizada, preferencialmente entre a própria equipa poder fazer atualizações, fazer updates das situações e ir treinando porque no trauma não é só o tratamento do doente, mas muitas vezes precisamos de ajudar nas imobilizações, desencarceramento, e essas situações tem de ser treinadas (...) por isso sem dúvida nenhuma, primeiro a formação, o treino e depois as pessoas manterem-se atualizadas.” E09</p> <p>“A formação sem dúvida (...) a formação na minha opinião não deveria ser só em sala de aulas (...) eram mesmo simulações (...)” E10</p>
	<p>Realização de Debriefing</p>		<p>“Outra coisa que era importante, era o debate nas equipas, um espaço de discussão chamado <<debriefing>> em que várias equipas, fossem através de situações que ocorreram, fizessem uma discussão de casos. No seio das equipas abordar essas temáticas.” E01</p> <p>“Acho que é importante no final destas situações haver algum <<debriefing>> e alguma discussão entre pares (...) olha o que fiz isto bem, da próxima vez acho que posso melhorar este fator (...)acho que é importante falar logo no momento em que as coisas acontecem (...)” E02</p> <p>“Eu venho de outras VMER’s em que se fazia mais o <<debriefing>>, porque também conhecia melhor quem estava a trabalhar comigo. E fazíamos sempre (...) o que aconteceu, o que correu mal, o que podíamos ter feito melhor (...) eu faço pouco porque ainda não os conheço bem.” E03</p> <p>O <<debriefing>>, por acaso eu tenho esse hábito. No fim destes acontecimentos eu falo com o médico que está comigo, falar sobre o que aconteceu, o que podia ter sido melhorado.” E05</p> <p>“Depois se calhar, no fim de cada saída, para nos enriquecermos e para melhorar para a aproxima, falar entre a equipa, fazer um <<debriefing >>sempre no fim, não é com toda a</p>

			<p>equipa basta com os dois elementos da equipa que estão, para sabermos o que fizemos bem e o que fizemos menos bem e o que podemos melhor na próxima saída. E08</p> <p>“O <<debriefing>> é fundamental, mas é a tal coisa (...) para a fazer temos de estar à vontade com quem está ao nosso lado (...) muitas vezes questionamo-nos o que poderíamos fazer de melhor ou o que eventualmente falhamos.” E10</p>
	Acompanhamento Psicológico		<p>“Em situações de vivências de trauma deveríamos ter um acompanhamento de uma equipa que nos ajudasse a ultrapassar essas situações traumáticas, se bem que eu sei que já ligaram uma vez.” E01</p>
	Equipas Exclusivas de VMER		<p>“Outra sugestão seria a deslocação das equipas do meio hospitalar, devendo existir as VMERs que deviam ser exclusivamente do INEM, fazendo com que as pessoas não fizessem aquilo de vez em quando (...) passa pela uniformização e a prática unitária de tu só trabalhares nesse sítio (...)” E04</p>
	Aquisição de Material		<p>“(…) Outra coisa também, a aquisição de materiais que também são importantes como cintas pélvicas, garrotes, torniquetes e agulhas intraósseas (...) isso são coisas que também são importantes.” E09</p>