e s c o l a superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Perspetiva do Enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Sara Carolina Duarte de Jesus

Coimbra, *janeiro* de 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Perspetiva do Enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Sara Carolina Duarte de Jesus

Orientador: Professor Doutor José Carlos Amado Martins, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Professor Doutor Luís António Rodrigues Paiva, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, janeiro de 2018

Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,

muda-se o ser, muda-se a confiança;

todo o mundo é composto de mudança,

tornando sempre novas qualidades.

Luís de Camões

DEDICO ESTE TRABALHO…

… ao António e à Isabel,

pelo amor, carinho e apoio incondicional em todas as fases da minha vida.

… ao Valdemar e ao Jaime,

por ter sido sempre a menina dos vossos olhos.

… ao Professor Doutor José Carlos Martins,

pela figura de referência e pela orientação sábia nesta longa caminhada.

… aos meus verdadeiros amigos,

que sempre estiveram presentes e incentivaram à realização do meu desejo.

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação é marcada por vários momentos de empenho e de dedicação, mas também de teimosia e vontade de ir mais além, contudo não se baseou apenas num esforço pessoal, a sua realização não seria possível sem a contribuição direta ou indireta de outros intervenientes.

O meu sincero agradecimento ao meu orientador Professor Doutor José Carlos Martins, pela confiança e carinho ao longo deste atribulado percurso, por acreditar em mim e ajudar-me a alcançar os meus objetivos através das suas pertinentes sugestões e críticas, partilhando todo o seu conhecimento.

Ao Professor Luís Paiva pela disponibilidade e dedicação demonstrada na fase final da elaboração deste trabalho.

Ao INEM em geral, pela confiança depositada na minha investigação; e em particular ao Enfermeiro Nuno Pinto e à Coordenadora do CODU Cristina Nunes da Delegação Regional de Coimbra.

A todos os colegas Enfermeiros que diretamente contribuíram e participaram nesta investigação.

A todos os familiares e amigos que me acompanharam neste longo percurso.

Afinal a construção da Perícia não é mais do que um caminho para atingir a excelência dos cuidados que presto, pois ser boa apenas não chega!

A todos um bem-haja!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CHC – Centro Hospitalar de Coimbra

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

DGS – Direção Geral de Saúde

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

ECG – Escala de Coma de Glasgow

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EUA – Estados Unidos da América

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PSP – Polícia de Segurança Publica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TEM - Técnico de Emergência Médica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIADEM - Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

SPSS – *Software Package for Social Sciences*

VA – Via Aérea

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VOS – Ver, ouvir e sentir

UICISA- E – Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

RESUMO

A Emergência Pré-Hospitalar em Portugal é um tema amplamente discutido nos dias de hoje, em que a presença do Enfermeiro na prestação de cuidados neste contexto parece ainda não reunir consensualidade. Torna-se por isso fundamental, desenvolver conhecimento nesta área de modo a ajudar os Enfermeiros a definir a sua posição baseados em evidência científica.

Este estudo visa conhecer e compreender as intervenções do Enfermeiro no Pré--Hospitalar perante o doente crítico; analisando a prioridade na prática e importância atribuída às intervenções no atendimento Pré-Hospitalar ao doente crítico, segundo os Enfermeiros da VMER, e perceber se a informação que registam é fidedigna com aquilo que fazem na sua prática diária.

Desenvolveu-se um estudo não-experimental exploratório-descritivo transversal, inicialmente através da aplicação de um questionário a 22 Enfermeiros da VMER sobre a abordagem primária ao doente crítico e outras competências inerentes à sua prática, e depois através de um estudo retrospectivo analisou-se os registos dos verbetes presentes no Mobile Clinic do INEM de três VMER da Região Centro relativos ao mês de julho de 2012.

Os principais resultados revelam que a maioria das intervenções relacionadas com a abordagem primária ao doente crítico assumem-se como prioritárias e importantes na prática diária dos Enfermeiros, havendo um registo inicial dessas mesmas intervenções nos verbetes estudados. Por outro lado, não houve o registo da maioria das intervenções associadas às competências relacionais esperadas por parte do Enfermeiro durante a sua atuação e às quais estes atribuem uma importância relevante na sua atuação.

Com base nos resultados obtidos compreende-se que os conhecimentos e competências do Enfermeiro aplicados neste contexto são uma mais-valia para o doente crítico. Caso não esteja presente na Emergência Pré-Hospitalar a Enfermagem vê diminuída as suas áreas de atuação, o que representaria uma perda para a profissão, bem como para a população, alvo dos nossos cuidados.

Palavras-Chave: Enfermeiro; Emergência Pré-Hospitalar; Doente crítico; Intervenções de Enfermagem; Competências; Registos

ABSTRACT

The Prehospital Emergency in Portugal is a widely discussed topic nowadays, in which the presence of a nurse in care in this context does not yet seem consensual. It is therefore fundamental to develop knowledge in this area in order to help Nurses to define their position based on scientific evidence.

This study aims to know and understand the interventions of the nurse in the Prehospital care before the critical patient; analysing the priority in practice and the importance attributed to the interventions in the Pre-Hospital attendance to the critical patient, according to ERMC (Emergency and Resuscitation Medical Car) nurses, and to see if the information they register is reliable with what they do in their daily practice.

A non-experimental exploratory-descriptive cross-sectional study was developed, initially through the application of a questionnaire to 22 nurses of the ERMC on the primary approach to the critical patient and other competences inherent in their practice, and then through a retrospective study the registry of the entries in the Mobile Clinic of the MENI of three ERMC of the Central Region during July 2012.

The main results show that most of the interventions related to the primary approach to the critical patient are priorities and important in the daily practice of nurses, with an initial record of these same interventions in the articles studied. On the other hand, most of the interventions associated with the relational competencies expected by the nurse during his performance were not recorded and to which they attribute a relevant importance in their performance.

Based on the results obtained it is understood that the knowledge and skills of the nurse applied in this context are an asset for the critical patient. In case of not present in the Prehospital Emergency Nursing sees its areas of activity diminished, which would represent a loss for the profession, as well as for the population, the target of our care.

Keywords: Nurse; Prehospital Emergency; Critically ill; Nursing Interventions; Skills; Records

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Caracterização da amostra por Sexo ……..……...……66

Figura 2 – Caracterização da amostra por Sexo e Grupo Etário ……...……67

Figura 3 – Caracterização da amostra segundo o Estado Civil …….……...……67

Figura 4 – Caracterização da amostra segundo as suas Habilitações Académicas ...…68

Figura 5 – Caracterização da amostra segundo as suas Habilitações Profissionais …..68

Figura 6 – Caracterização da amostra segundo o Regime de Trabalho na VMER …...69

Figura 7 – Distribuição dos indivíduos da amostra por Sexo ……...…89

Figura 8 – Motivo da deslocação da VMER ……..……..…….……89

Figura 9 – Diagnóstico da equipa da VMER …….....……90

Figura 10 – Acionamento de protocolos pela equipa da VMER…….....…94

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 – Caracterização da amostra por Idade ……...…66

Tabela 2 – Caracterização da amostra por Grupos Etários …….……...66

Tabela 3 – Medidas descritivas relativas ao Tempo de Serviço e Tempo de Serviço na VMER da amostra ……..……69

Tabela 4 – Avaliar a Resposta ao toque e à voz ……...…….71

Tabela 5 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Via Aérea …….72

Tabela 6 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Respiração …...73

Tabela 7 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Circulação ….....74

Tabela 8 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Disfunção Neurológica ……75

Tabela 9 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Exposição ..…..76

Tabela 10 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com as Competências Relacionais ……..78

Tabela 11 – Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com os Registos ……79

Tabela 12 – Estatísticas descritivas relacionadas à idade dos indivíduos da amostra ...88

Tabela 13 – Distribuição dos indivíduos da amostra por grupos etários …….…..88

Tabela 14 – Registo das Intervenções relacionadas com a Via Aérea …….….91

Tabela 15 – Registo das Intervenções relacionadas com a Respiração ……..…91

Tabela 16 – Registo das Intervenções relacionadas com a Circulação ……..…92

Tabela 17 – Registo das Intervenções relacionadas com a Disfunção Neurológica …..93

Tabela 18 – Registo das Intervenções relacionadas com a Exposição …….…….94

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO …….....21

PARTE I - EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR ……...….27

1 – A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR ……...……...29

1.1 - PERPESTIVA HISTÓRICA …….....30

1.2 - ATUALIDADE: O INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA ...33

1.2.1 - Implementação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação ……..…37

2- A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR ……..……..41

2.1 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR ……..….44

2.2 - A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE O DOENTE CRÍTICO ……..48

2.2. 1- Enfermagem no Pré-Hospitalar e a Humanização dos Cuidados …….....53

PARTE II – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ--HOSPITALAR PRIORITÁRIAS E SUA IMPORTÂNCIA …….....…….59

3 – METODOLOGIA ……..…….61

3.1 – ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS …….…….63

4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS ……...…….65

4.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA ……..……65

4.2 – PERPECTIVA DAS INTERVENÇÕES NO PRÉ-HOSPITALAR SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO..70

PARTE III – INTERVENÇÕES REGISTADAS NOS VERBETES DAS VIATURAS MÉDICAS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO …...……81

5 – METODOLOGIA …….……..83

5.1 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS …..……..84

6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS ……...…….87

6.1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA ……...……87

6.2 - ATIVAÇÃO DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO …….……....89

6.3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS REGISTADAS ……...……..90

PARTE IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS …….….95

DISCUSSÃO …….……97

CONCLUSÃO ……...……..117

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS …….127

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para realizar Investigação pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem

ANEXO II – E-mail a confirmar autorização da investigação pelo Instituto Nacional de Emergência Médica

APÊNDICES

APÊNDICE I- Questionário aplicado aos Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

APÊNDICE II- Grelha de Observação e Registo

APÊNDICE III- Operacionalização das Questões do Instrumento de Colheita de Dados

INTRODUÇÃO

A Enfermagem caracteriza-se pela procura e pelo questionamento constantes devido ao atual desenvolvimento da tecnologia e ciência, numa perspetiva de melhoria contínua do desempenho profissional. Como "ciência do cuidar" está presente em várias áreas da sociedade, sociedade essa cada vez mais exigente, que obriga o Enfermeiro a tomar decisões baseadas em evidência, na procura do melhor para o individuo, obrigando-se por isso a um desenvolvimento contínuo das suas competências.

Reconhece-se assim a importância da investigação em Enfermagem, pois permite o desenvolvimento contínuo enquanto profissão, privilegiando-se a formação, a autonomia e a tomada de decisão.

No Pré-Hospitalar existem várias especificidades que tornam este contexto tão particular. Na maioria das vezes a atuação dos profissionais é condicionada quer pela pressão do tempo, quer pela necessidade de intervir sem meios que apoiem o diagnóstico e o tratamento; e a maioria das vezes em contextos adversos perante situações graves e ameaçadoras de vida.

Atualmente, é dada pouca visibilidade à atuação do Enfermeiro na Emergência Pré--Hospitalar, que tem registado avanços significativos nestes últimos anos relativamente à assistência prestada e à sua rapidez. É notório o esforço de várias entidades para proporcionar a assistência adequada nos locais onde o doente crítico necessita, e muitas das conquistas obtidas devem-se a uma equipa de excelência, da qual faz parte o Enfermeiro.

Desta forma, podemos afirmar que um dos aspetos fundamentais é a formação interdisciplinar baseada em produção científica de qualidade. No caso do Enfermeiro, é importante que compreenda que deve procurar continuamente essa formação, devendo desenvolver e aperfeiçoar as suas competências.

.

Acrescente-se ainda que como profissão centrada no cuidar e na relação, a Enfermagem defende a visão da pessoa como um todo, inserida numa família, grupos e sociedade; esperando-se assim que os Enfermeiros demonstrem competências globais, que incluem de forma perfeitamente interligada o conhecimento e as habilidades técnicas, relacionais e éticas.

Este tema reverte-se de particular importância quando a presença do Enfermeiro no Pré-Hospitalar se assume como incerta na atualidade.

Considerou-se ainda importante estudar o Enfermeiro em contexto de trabalho nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) por se tratar de um contexto pouco estudado, assumindo os desafios com que o Enfermeiro nele se depara e porque existem muitos aspetos que importa conhecer e compreender, para assim reforçar a sua presença e melhorar a sua atuação na Emergência Pré-Hospitalar.

Outro aspeto considerado para justificar o presente estudo prende-se como o facto de se verificar uma tentativa de "substituir" os Enfermeiros na Emergência Pré-Hospitalar por um grupo técnico, os Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE). Torna-se por isso fundamental reconhecer a importância da presença de um Enfermeiro no Pré-Hospitalar, provando que é um profissional com a formação específica e indispensável neste contexto, na medida em que se trata de uma área em que a formação técnico-científica assume particular importância na eficácia e eficiência das respostas a que o cidadão necessita e a que tem direito. Compreenda-se que uma má decisão pode ter consequências graves e irreversíveis. Alicerçando-nos na tomada de posição do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros que, qualquer solução ou tentativa de diminuir a qualificação da assistência que é prestada deve ser contestada, já que é colocada em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados em ambiente Pré--Hospitalar (Parecer nº2/2010).

Assim, e atendendo à atual heterogeneidade no Pré-Hospitalar torna-se necessário estudar a importância de existirem competências gerais e específicas relativas a cada grupo, essenciais à melhoria da prestação de cuidados e à maximização dos resultados obtidos diariamente.

Estas inquietações e motivações constituíram o ponto de partida para o presente estudo, que visa conhecer um pouco melhor os resultados da atuação dos Enfermeiros em contexto Pré-Hospitalar e sobretudo colocar em análise: que percepção têm os

Enfermeiros do que fazem no Pré-Hospitalar? Que prioridade atribuem a essas acções? E que importância lhe atribuem? E garantem a continuidade dos cuidados dando expressão escrita àquilo que avaliam e fazem?

Quando pensamos no Enfermeiro inserido no contexto de Emergência Pré-Hospitalar espera-se que este atue de forma segura, antecipando situações que possam causar dano ao doente crítico respeitando sempre os quatro princípios éticos e baseando a sua atuação em evidência científica. Assim, a intervenção do Enfermeiro neste contexto específico envolve muitas áreas do saber, que compreendem desde o procedimento mais simples até procedimentos complexos e exigentes.

Desta forma, e citando um autor de referência, "faz sentido afirmar que um dos aspetos fundamentais para os Enfermeiros é o de caminharem continuamente no sentido da perícia" (Martins, 2009, p.175).

Embora para os próprios profissionais de Enfermagem lhes pareça óbvia e imprescindível a sua intervenção, a verdade é que poucos estudos existem que demostrem e validem a importância e imprescindibilidade destes profissionais neste contexto de atuação específico, daí a extrema relevância do trabalho que neste momento se apresenta.

Refletindo no nosso desempenho da atividade, na troca de experiências e na partilha de perceções com Enfermeiros e outros pares, fica a noção que o trabalho desenvolvido pela Enfermagem no Pré-Hospitalar não está suficientemente descrito e documentado. Embora a atividade da VMER já conte com mais de duas décadas, temos até agora disponíveis poucos documentos e trabalhos que regulem, exponham ou documentem a sua atividade. A ausência de qualquer conceptualização ou teorização por parte dos próprios Enfermeiros desta atividade continua a justificar o interesse pela temática.

Com toda a certeza, este trabalho constituir-se-á como ponto de partida para muitos outros estudos que necessitarão de ser realizados nesta área de atuação ainda tão desconhecida.

Segundo Fortin (2003), "o objeto da investigação em Ciências Enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de Enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina" (p.26).

Reconhecendo o potencial da investigação em Enfermagem, realizou-se um estudo de investigação com o tema: "O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Perspetiva do Enfermeiro da Viatura Médica de Emergência e Reanimação".

O objetivo principal da investigação foi conhecer e compreender as intervenções do Enfermeiro no Pré-Hospitalar perante o doente crítico.

Como objetivos específicos a alcançar definimos:

1- Analisar a prioridade na prática e importância atribuídas às intervenções no Atendimento Pré-Hospitalar ao doente crítico, segundo os Enfermeiros da VMER.

2- Perceber se a informação registada pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar é fidedigna com aquilo que fazem na sua prática diária.

Considerando que a qualidade dos resultados produzidos numa investigação depende da seleção do tipo de estudo, para a realização desta investigação optou-se por um estudo de caracter quantitativo, na medida em que a pesquisa quantitativa adota uma estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento.

Para alcançar o objetivo principal da investigação optou-se por realizar um estudo não--experimental exploratório-descritivo transversal, na medida em que se pretende observar o que ocorreu naturalmente, sem interferir de maneira alguma no processo, num determinado e único momento.

Para a concretização do primeiro objetivo específico recorreu-se a um estudo descritivo simples, a fim de compreender e analisar as prioridades na prática e importância atribuída às intervenções realizadas durante o atendimento no Pré-Hospitalar ao doente crítico, segundo a opinião dos Enfermeiros da VMER. Optou-se por aplicar um questionário que além de questões de caracterização sociodemográfica, académica e profissional, incluiu questões sobre a abordagem primária (ABCDE), Competências Relacionais e Registos no Pré-Hospitalar, com respostas tipo *Likert*.

O segundo objetivo específico foi alcançado através de um estudo retrospetivo do tipo quantitativo através de uma análise descritiva e exploratória dos verbetes de socorro das VMER do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC), do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) e da Figueira da Foz relativo ao mês de julho de 2012. Após reunião com elementos do CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) de Coimbra decidimos escolher este mês por corresponder ao primeiro mês de 2012 em que existiam

registos das VMER na plataforma Mobile Clinic e como representou o primeiro mês de implementação desta plataforma esperava-se um maior cuidado e rigor nos registos efectuados pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar.

A presente Dissertação divide-se em quatro partes fundamentais. A primeira parte diz respeito a uma breve história da Emergência Pré-Hospitalar, englobando um pouco da sua evolução e a sua atualidade; realçando a atuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar, suas competências e atuação perante o doente crítico.

Numa segunda parte apresenta-se um dos estudos de investigação, relativo às intervenções prioritárias na prática no Pré-Hospitalar e sua importância, segundo os Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Já numa terceira parte, realizou-se outro estudo de investigação, procurando conhecer as intervenções registadas nos verbetes das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação do Distrito de Coimbra no mês de julho de 2012.

Por último, na quarta e última parte são discutidos e comparados os resultados obtidos em ambos os estudos e efetuada uma reflexão sobre os ganhos em saúde que podem advir para o doente crítico na presença de um Enfermeiro no Pré-Hospitalar, mais especificamente, aquando a ativação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Importa realçar que ao longo do documento utilizaremos o conceito “doente” sem que com isso tenhamos a pretensão de rotular aqueles que constituem o alvo dos nossos cuidados diários. Entre as terminologias usadas na literatura existente, como “paciente”, “cliente”, “utente”, “doente” pareceu-nos ser o conceito que mais se adequava ao âmbito do presente estudo.

Paciente nunca seria opção, uma vez que é um termo que implica submissão ao profissionais de saúde, definido na língua portuguesa como aquele que sofre sem reclamar. Já cliente não se adequa à situação atual dos cuidados de saúde prestados no nosso sistema de saúde, principalmente em emergência. Depois utilizar o termo utente não se adequa porque deixa a sensação de que o utente utiliza quando quer e porque quer os serviços de saúde.

Por fim, o conceito doente como termo mais comumente utilizado para definir uma pessoa que sofre de uma doença ou mal físico ou psíquico e que é submetida a um tratamento com vista à cura, ao alívio dos sintomas ou a melhorar a qualidade de vida.

Desta forma, pareceu-nos que “doente” seria a palavra mais adequada no contexto do nosso estudo, assumindo a terminologia de “doente crítico” atendendo que falaremos na prestação de cuidados no Pré-Hospitalar.

De ressalvar, que apesar de falarmos em “doente crítico” consideramos que abrange a “pessoa em situação crítica”, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros (2010a, p.1) como “aquela cuja vida se encontra ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”. Assim, sempre que lermos “doente crítico” deve também entender-se “pessoa em situação crítica”.

Apesar de uma grande ênfase ao longo do trabalho na “avaliação” e “tratamento” não nos estamos apenas a guiar pelo Modelo Biomédico. Se na realidade a objectividade e a agilidade que o Modelo biomédico proporciona aos profissionais orientação para que se garanta o restabelecimento físico num primeiro momento, pretende-se considerar o doente inserido num contexto específico, visualizando-o de uma forma holística, sendo por isso o Modelo Biopsicossocial mais abrangente. Desta forma, compreende-se que a doença é resultado da interação de vários mecanismos orgânicos, interpessoais e ambientais.

Ao pensarmos desta forma, garantimos uma visão holística do doente crítico inserido no seu ambiente, nas suas relações e no seu estado emocional, sem negar o biológico. Procuramos assim englobar todas as dimensões inerentes ao doente que precisa de ser cuidado, sem contudo negar que, em emergência, a dimensão biológica vem sempre à frente na organização das respostas.

Por fim, gostaríamos também aqui justificar a morosidade deste trabalho, com muitos avanços, alguns recuos e várias pausas, sobretudo associadas à necessidade de crescer pessoal e profissionalmente.

PARTE I – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

1– A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

A intervenção de profissionais de saúde fora do âmbito hospitalar é cada vez mais uma realidade no nosso país e no mundo. A atividade Pré-Hospitalar está enraizada na história das profissões de saúde desde os primórdios.

A época dos grandes conflitos militares, com a sua complexidade crescente e a sua abrangência, determinam o aparecimento do conceito de socorro às vítimas. Nessa altura, o modelo da organização implementado para o socorro procurava, numa primeira fase, proporcionar às vítimas os cuidados adequados à sua sobrevivência, ou transportar a vítima para um local na retaguarda, onde lhe pudessem ser prestados os cuidados necessários (Mateus, 2007). Inicia-se assim a história da Emergência Pré-Hospitalar.

A Emergência Pré-Hospitalar pode ser definida como o atendimento emergente em ambiente extra-hospitalar, ou seja, fora do ambiente hospitalar, ao doente crítico (Santos, 2010). Assumindo-se, como uma atividade na área da saúde que engloba tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, na instituição de saúde adequada, o tratamento definitivo que essa situação exige (INEM, 2011).

Ao longo da história, a Enfermagem teve uma participação marcante na prestação de socorro, no atendimento inicial e no resgate de doentes e feridos de guerra. Já na sociedade moderna, outra guerra não declarada, "a das causas violentas, doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas", continuam a exigir um atendimento rápido e eficiente (Romanzini & Bock, 2010, p.106).

Cada vez mais se vive e convive com uma sociedade de risco, mais violenta, sujeita a acidentes naturais e tecnológicos perpetuados pela mão humana, onde o conhecimento científico tem revelado grandes benefícios na precocidade da intervenção na prestação de cuidados de saúde, e onde se formam críticas as consequências inerentes ao progressivo envelhecimento populacional e às doenças crónicas associadas aos avanços científicos no seu tratamento. Paralelamente, existe uma maior exigência dos cidadãos

relativamente ao seu direito de puderem usufruir de melhores cuidados de saúde, independentemente do local onde se encontram, o que tornou cada vez mais visível a necessidade de dar uma resposta pronta e eficaz (Pinto, 2013).

Atendendo à realidade atual, a intervenção no Pré-Hospitalar apresenta várias especificidades, entre elas destacam-se: a pressão do tempo, em que cada segundo pode fazer a diferença, a necessidade de intervir sem meios sofisticados que apoiem o diagnóstico e o tratamento, assim como ter de intervir em contextos adversos, entre outras (Malagutti & Martins, 2011).

Numa situação de emergência, todas as ações, tanto as que se fazem como as que se evitam, são de vital importância para o doente crítico. Esta condição, única na emergência, exige a todos os profissionais um profundo conhecimento e treino dos protolocos de decisão, internacionalmente aceites e, não menos importante, que tenham formação adequada e consistente com a sua capacidade de decisão.

Num momento em que o modelo de Emergência Pré-Hospitalar em Portugal é discutido, torna-se necessário refletir acerca das competências e da importância dos profissionais nele incluídos, entre os quais os Enfermeiros.

É por todos estes motivos que existe a necessidade constante de nos atualizarmos, baseando-nos em produção científica de qualidade; no entanto é importante também conhecer e compreender a evolução da Emergência Pré-Hospitalar.

1.1 - PERSPETIVA HISTÓRICA

Desde os tempos primórdios que o homem tem procurado prestar cuidados de saúde a vítimas dos mais variados tipos em situação de emergência. É difícil efetuar uma descrição precisa relativamente à evolução histórica da Emergência Pré-Hospitalar, acreditando-se que em todas as civilizações ela tenha estado presente (Amaro & Jesus, 2008).

Na França e na Alemanha utilizava-se o conceito de Larrey onde, mesmo correndo riscos na frente de batalha, os Médicos iam até aos feridos prestar socorro (*Stay and Play*); contudo percebeu-se que a maior parte das vítimas morria durante o transporte e, portanto, foram desenvolvidas estratégias que proporcionassem uma prestação máxima

de cuidados até à estabilização do doente crítico, efectuados antes do transporte. Este modelo baseia-se na colaboração entre Médicos, Enfermeiros e técnicos de emergência médica e é considerado, por alguns autores, um sistema mais avançado por congregar várias classes profissionais com elevada formação, para além de possibilitar igualmente o início precoce do tratamento médico. A principal vantagem deste modelo reside na qualidade da prestação de cuidados ao doente crítico no local do sinistro. As principais desvantagens prendem-se com a demora em estabilizar o doente crítico no local e consequente adiamento da chegada ao hospital do doente crítico que pode necessitar de cuidados cirúrgicos urgentes, assim como o facto de apesar de todas as respostas estarem asseguradas, nem todas as ambulâncias possuírem este nível avançado de equipamento e tripulação (Mateus, 2007).

Já a filosofia seguida pelos Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra foi a de Letterman que preconizava o transporte rápido do doente crítico até ao Médico (*Scoop and Run*). O socorro de emergência nos EUA é efectuado por técnicos de emergência e paramédicos que tripulam respectivamente meios com capacidade de realizar Suporte Básico de Vida (SBV), SBV com Desfibrilhador Automático Externo (DAE) e Suporte Avançado de Vida (SAV) e têm como principal objectivo o transporte do doente crítico até ao hospital, após uma breve estabilização no local, no intervalo da *Golden Hour* (conceito desenvolvido por Adams Cowley que sustenta que os doentes que recebem uma intervenção médico-cirúrgica durante a primeira hora têm índices de recuperação mais elevados). Este modelo possui como premissa fundamental o tratamento e estabilização do doente crítico efectuado em 10 minutos para não retardar o início do transporte do doente para o hospital mais próximo (*Platinum ten*). Este modelo está mais vocacionado para situações de trauma grave do que para situações de doenças súbitas. A principal desvantagem baseia-se no facto de a abordagem ao doente crítico ser efectuada por técnicos com menor capacidade de decisão, no entanto, a implementação de protocolos criteriosamente definidos tem melhorado a qualidade do serviço (*Idem*).

Ainda segundo a mesma autora, os modelos anteriores apresentam vantagens e desvantagens. Com o intuito de manter as vantagens de ambos os modelos existentes, alguns países como a Suécia e a Itália optaram por um modelo híbrido chamado de *Play and Run*. Nesta estratégia o objectivo é respeitar a hora de ouro e reduzir o risco de

morte nos casos em que não é possível chegar rapidamente ao hospital. Esta estratégia permite estabilizar o doente crítico e prepará-lo para o transporte assistido até à unidade de saúde mais adequada.

Em Portugal, a assistência Médica Pré-Hospitalar propriamente dita iniciou-se em 1965, altura em que foi criado em Lisboa um serviço de prestação de primeiros socorros a vítimas de acidentes na via pública. Este serviço era ativado através de um número de socorro, o 115, que ligava diretamente à Policia de Segurança Publica (PSP). A PSP era a entidade responsável pela triagem das chamadas e posterior encaminhamento dos meios de socorro para o local do sinistro. Desta forma, o início do socorro Pré--Hospitalar em Portugal baseava-se unicamente numa ambulância tripulada por elementos da PSP, sem formação específica na área da emergência médica e que tinham como principal intuito efetuar o transporte dos doentes críticos até ao hospital mais próximo (Mateus, 2007).

Conscientes da necessidade urgente de melhorar a assistência Pré-Hospitalar, uma vez que esta se resumia basicamente à recolha e transporte dos doentes até à unidade hospitalar mais próxima, e face ao facto da rede de cobertura de socorro ser ainda muito reduzida, decide o executivo criar em 1971 o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), que tinha como principal objetivo "assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte" (INEM, 2015, p.7).

A rede de emergência tinha de facto conhecido avanços significativos, já que tinham sido implementados meios técnicos, materiais e tecnológicos avançados, assim como meios humanos cada vez mais capacitados e com formação específica e adequada para a tarefa a desenvolver. Contudo, a elevada sinistralidade existente, consciencializou as autoridades para a necessidade emergente de desenvolver e capacitar a rede de emergência médica com meios mais sofisticados que permitissem dar uma resposta mais rápida às ocorrências e, sobretudo, facilitar a articulação entre as diferentes entidades envolvidas na rede (Amaro & Jesus, 2008).

Em 1982, foi criado o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na tentativa de enquadrar os cuidados de saúde em situações de catástrofe, urgência e emergência, acompanhando o desenvolvimento crescente da medicina e da sociedade em Portugal. Este

desenvolvimento foi especialmente direcionado para as áreas de Emergência Pré--Hospitalar e Inter-Hospitalar (Ponce & Teixeira, 2006).

Para a concretização dessa missão, assumiu-se para o INEM e para o SIEM uma visão baseada na capacidade de resposta a todas as situações de emergência médica com competência técnica, profissionalismo e em tempo útil (Ministério da Saúde, 2010).

O INEM passa assim a ser o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM, que corresponde ao conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita; que tem por missão a prestação de socorro desde o local da ocorrência, o transporte assistido dos doentes para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do sistema (INEM, 2017).

1.2- ATUALIDADE: O INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

O início da prática da Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal, começa a ser referido oficialmente pela primeira vez por Rocha da Silva (1984, *apud* Pinto, 2013) ao explicar que:

> Os serviços de urgência hospitalar devem ser tomados como uma peça fundamental num sistema de saúde pública, não devendo, por isso, alhear-se do que se passa com os doentes da verdadeira urgência antes da sua chegada ao hospital. Só o hospital está em condições de dar apoio a esses serviços pré--hospitalares quer através das equipas médicas de reanimação, quer participando ativamente no planeamento dos serviços de urgência a nível regional. (p.21)

A Emergência Médica faz parte de uma nova conceção de cuidados de saúde específicos, caracterizada por um conjunto de ações na área da saúde, que abrangem todos os procedimentos efetuados no local da ocorrência, até ao momento em que se inicia o tratamento na unidade de saúde adequada, contando para tal com inúmeros intervenientes (Mateus, 2007).

Nos últimos anos verificou-se uma enorme evolução da Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal, essencial para continuar a melhorar o serviço prestado aos cidadãos, permitindo salvar vidas e obter ganhos em saúde, manifestando-se em:

a) Alargamento da cobertura dos CODU a todo o país (atingiu a totalidade do território continental somente em 2006);

b) Aumento do número de chamadas atendidas;

c) Aumento do número de meios no território nacional;

d) Crescimento da activação de meios;

e) Crescimento de recursos humanos (Ministério da Saúde, 2010).

O principal interveniente é o INEM, que tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir, aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 34/2012).

É ainda atribuição do INEM assegurar a articulação do SIEM com os Serviços de Urgência e/ou Emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita a:

a) Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente Pré-Hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, e respetiva articulação com os serviços de Urgência/Emergência;

b) Referenciação e transporte de Urgência/Emergência;

c) Recepção hospitalar e tratamento urgente/emergente;

d) Formação em Emergência Médica;

e) Planeamento civil e prevenção;

f) Rede de telecomunicações de Emergência. (INEM, 2017)

O INEM baseou-se num modelo centrado no cidadão e nas suas necessidades, uniformizando o modo de operação dos diferentes meios (recursos humanos,

equipamento e viaturas), com vista a dar resposta adequada ao doente, qualquer que seja a sua situação clinica e o local de ocorrência (Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente existem equipas diferenciadas que, acompanhadas de equipamento tecnológico avançado, podem estar presentes no local poucos minutos após a comunicação da ocorrência (Oliveira & Martins, 2013).

A gestão dos recursos necessários ao atendimento no Pré-Hospitalar é realizada CODU, sendo da sua competência 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, 2013).

O funcionamento do CODU é assegurado em permanência por Médicos e técnicos, com formação específica para:

a) Assegurar, em todo o território de Portugal continental, 24 horas por dia, o atendimento de chamadas de emergência médica encaminhadas pelo número telefónico de emergência 112;

b) Avaliar, através de um sistema de algoritmos de triagem médica, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso;

c) Aconselhar o cidadão a realizar manobras básicas de emergência, sempre que indicado;

d) Selecionar e acionar os meios de emergência médica apropriados;

e) Aconselhar as equipas no terreno, sempre que necessário, bem como validar protocolos de atuação a não-médicos;

f) Proceder à correta referenciação do doente crítico;

g) Assegurar o contacto com as unidades de saúde, preparando a receção hospitalar do doente crítico, para tratamento urgente/emergente, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino;

h) Gerir a rede de telecomunicações de emergência;

i) Promover a resposta integrada ao doente crítico. (INEM, 2017)

Importa ainda reforçar que a maioria da atividade do INEM é suportada principalmente por dois sistemas de informação:

> **a)** O Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica (SIADEM), que permite classificar a chamada e identificar a localização geográfica das chamadas (ao nível do nome da rua e do número de polícia) efetuadas e vindas das centrais 112 transferidas com georreferenciação. Permite, ainda, automatizar o despacho para os meios, fazendo com que seja o meio mais adequado para a ocorrência e mais perto que se dirija para o local fazendo a gestão dos meios existentes.
>
> **b)** O Registo Clinico Eletrónico, Mobile Clinic, implementado nos meios de socorro para melhorar a articulação entre os meios no terreno, o atendimento efetuado nos centros de orientação de doentes urgentes (CODU) e as unidades de saúde, melhorando os tempos de chegada dos meios ao local da ocorrência e a integração da informação. Este sistema permite menor dispêndio de tempo e menor ocorrência de erros/perdas de informação. Permite também melhorar (mais rapidez) a articulação com Unidades de Saúde e a monitorização da atividade, possibilitando a sua melhoria continua. (INEM, 2015a, pp.63-64)

De uma forma genérica a área da Urgência Pré-Hospitalar e Hospitalar tem conhecido uma evolução muito positiva e planificada, em grande parte devido ao excelente trabalho e continuidade de políticas no âmbito do INEM, tais como a reforma das Urgências de 2008 e a introdução nos Serviços de Urgência de equipas fixas, que asseguram de forma completa, ou incompleta, alguma continuidade assistencial e de gestão (Campos, 2014).

A gestão do INEM centrar-se na optimização da afectação dos recursos disponíveis orientada por rigorosos critérios de eficácia e eficiência ao nível das diversas componentes e ajustando a sua atividade a uma necessidade imperiosa de ganhos contínuos de eficiência. As parcerias que estabelece permitem uma otimização na gestão dos recursos, na medida em que potenciam o seu desenvolvimento técnico e permitem uma partilha de responsabilidades financeiras, como é comprovado pelos locais onde tal integração já se encontra concretizada, bem como dão corpo a uma rede organizada de efetivação do transporte do doente crítico (INEM, 2012).

Nos últimos anos verificou-se um aumento do número de meios do INEM, com a finalidade de cumprir as metas estabelecidas e os objetivos do processo de requalificação da rede de Urgências (Ministério da Saúde, 2010).

Atualmente para exercer a sua atividade, o INEM tem ao seu dispor como principais meios: Ambulâncias SBV, Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), Ambulâncias para recém-nascidos, Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, VMER, Helicópteros de Emergência Médica e Motas de Emergência Médica (INEM, 2011).

Desta forma, segundo descrito no Despacho nº 10319/2014, cada Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade Pré-Hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do Serviço de Urgência, podendo colaborar no seu transporte.

1.2.1- Implementação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

É um facto que o tratamento de uma urgência médica ultrapassa muitas vezes, em tempo útil, o âmbito da medicina hospitalar. A diminuição da mortalidade e da morbilidade dos acidentados graves ou das vítimas de doença súbita não dependem exclusivamente dos crescentes progressos tecnológicos (meios de diagnóstico e técnicas hospitalares de reanimação mais sofisticadas e tratamentos definitivos), mas sim da aplicação precoce das técnicas conducentes à estabilização da vítima efetuada ainda no local do acidente (Mateus, 2007).

Atendendo ao aumento significativo do número de chamadas para situações clinicas de emergência que necessitavam de cuidados médicos no local, o INEM implementa em 1989 um sistema que consiste na deslocação de uma viatura ligeira com uma equipa médica e equipamento adequado, a VMER; que sob a orientação do CODU Lisboa, não só podia acorrer a situações de extrema urgência, no domicílio ou via pública, como podia apoiar o socorro/transporte de doentes que se deslocassem para unidades de saúde em ambulâncias de socorro, em ambos os casos, facilitando o apoio e acompanhamento por Enfermeiro e Médico devidamente treinados (INEM, 2011).

Desde 1991, que têm vindo a ser criadas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, inicialmente com base no CODU, mas após o Despacho nº 5561/2014, de 23 de abril, estas passam a ser integradas nas equipas dos Serviços de Urgência das unidades de saúde em que estão instaladas, uma vez que se considera a integração das equipas das VMER nas equipas do Serviço de Urgência um importante contributo para uma eficiente resposta no Pré-Hospitalar.

É importante compreender que a ativação da VMER deve obedecer a alguns critérios, que podem apresentar-se de forma isolada ou combinada, quer num primeiro momento pelo CODU, quer num segundo momento pela equipa da ambulância no local de ocorrência. De acordo com o Manual de VMER do INEM (2010), os principais critérios são:

1) Paragem Cardiorrespiratória;

2) Vítima Inconsciente;

3) Tensão Arterial Sistólica <100 mmHg;

4) Frequência Cardíaca <50 ou >100 bpm;

5) Dispneia Intensa;

6) Diaforese/Palidez;

7) Agitação/Ansiedade Marcada;

8) Dor Pré cordial.

As VMER são tripuladas por um Médico e um Enfermeiro, ambos com formação específica em emergência médica, nomeadamente em suporte avançado de vida e suporte avançado de vida em trauma, ministrado pelo INEM. Representam meios concebidos para o transporte rápido da equipa diretamente ao local onde se encontra o doente crítico e têm por objectivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização Pré-Hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou de doença súbita, em situações de urgência (Despacho nº 1858/2016).

Quanto às funções na equipa, o Médico da VMER assume a chefia, uma vez que é o elemento responsável pela prestação de cuidados de emergência médica nas ocorrências

para as quais é accionado. É a este profissional que compete fazer a triagem da situação clinica das vítimas instituindo as medidas terapêuticas adequadas à estabilização, utilizando os protocolos de atuação médica em vigor (Mateus, 2007).

Por sua vez, o Enfermeiro é o elemento da tripulação da VMER responsável pela colaboração na aplicação das técnicas de emergência médica, assim como na participação em reuniões, grupos de trabalho, colaboração na formação e em estudos que procurem a melhoria dos cuidados prestados. Também em contexto de VMER, o Enfermeiro assume a condução do veículo de emergência e fá-lo de forma a garantir o atendimento à pessoa e família em situação crítica, em tempo útil (*Idem*).

É importante realçar que em todas as situações em que há saída da VMER para o local, há previamente o acionamento de uma ambulância de socorro. À equipa no terreno compete efetuar a estabilização do doente crítico e a preparação para o transporte. Ao Médico compete ainda avaliar a necessidade ou não de acompanhar a vítima até à unidade hospitalar (Mateus, 2007).

Uma das medidas adotadas pelas tripulações das ambulâncias, e mais tarde pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação, foi recorrer ao auxílio de um pequeno questionário, denominado verbete de socorro e transporte, que espelha as observações efetuadas e ações praticadas pela tripulação. O que se veio a revelar da maior importância aquando da transmissão dos dados do doente crítico à chegada à Urgência Hospitalar (*Idem*).

Já no final da atuação da VMER, a passagem de informação em ambiente hospitalar é sustentada nos registos efetuados em suporte informático, na aplicação informática Mobile Clinic do INEM, os ditos verbetes, que estão implementados numa base de dados que engloba toda a informação recolhida em Pré-Hospitalar, sendo utilizado para seu registo um computador portátil da propriedade do instituto (Gonçalves, 2012).

A participação do Enfermeiro neste sistema informatizado de registos é de parceria com o Médico, colaborando na recolha de informação pertinente e no registo de parâmetros vitais. Contudo este registo não substitui a passagem de informação verbalmente que deve ser feita a partir de informação atualizada e mantida em registos clínicos, pelo risco de perda de informações relevantes para a continuação do tratamento do doente crítico.

2- A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR

O atendimento no Pré-Hospitalar assume-se como especial pelas suas particularidades, na medida em que se carateriza por ser realizado fora do ambiente tradicional, havendo a necessidade de deslocar até ao doente crítico os meios humanos e físicos necessários. Se por um lado, o doente em estado crítico quer ser rapidamente atendido e ver aliviado o seu sofrimento, o Enfermeiro, em contra-partida, espera conseguir realizar o seu trabalho e que este seja reconhecido.

O número crescente de doenças com início súbito e as crónicas que agudizam, o aumento e a complexidade dos acidentes, o acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais em que a falência ou risco de falência de funções vitais podem conduzir a pessoa à morte se não forem implementadas, em curto espaço de tempo, medidas de suporte de vida, requerem um corpo de profissionais de Enfermagem qualificados para integrar equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalares ao doente crítico. Por outro lado, face ao aumento da longevidade, as doenças crónicas incapacitantes têm tendência a crescer exponencialmente (Regulamento n.º361/2015).

Atendendo à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o Enfermeiro assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), a intervenção e a presença de um Enfermeiro em contexto Pré-Hospitalar é imprescindível, já que o objetivo é garantir à população a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada.

“ Os Enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da

população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de Enfermagem" (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.3).

Visando ganhos de eficiência nos serviços de Urgência e no Pré-Hospitalar e, acreditando que os profissionais de saúde constituem um importante contributo na constituição e consolidação das equipas dos Serviços de Urgência, garatindo capacidade de resposta acrescida e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes, as equipas de profissionais de saúde, são integradas nos Serviços de Urgência das Unidades de saúde em que estão instaladas (Parecer nº22/2015).

Tal vai ao encontro da visão proposta pela Ordem dos Enfermeiros de que deve ser implementado em Portugal um Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar que assegure a Centralidade no Cidadão; Segurança, qualidade e continuidade de cuidados; Eficiência, equidade e sustentabilidade e Profissionalização dos recursos (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A integração dos profissionais dos meios do INEM, no Serviço de Urgência das unidades de saúde em que estes meios estão integrados, tem potencial para melhorar a resposta aos cidadãos que necessitam destes meios no Pré-Hospitalar, tanto pela melhoria na relação e interligação entre profissionais, como pela manutenção e mesmo desenvolvimento das competências dos profissionais que não ficam assim sujeitas apenas à casuística do Pré-Hospitalar. E tem ainda potencial para melhorar as respostas aos cidadãos dentro do Serviço de Urgência, rentabilizando recursos e "tirando partido" dos conhecimentos e competências de profissionais com formação diferenciada (Parecer nº22/2015).

O processo que conduz à activação e à triagem no Pré-Hospitalar assume uma importância fundamental no processo de prestação de socorro ao doente em estado crítico. Uma situação de emergência, e a sua resolução, exige o funcionamento coordenado e eficaz de uma "cadeia de socorro", que consiste na prestação de cuidados ao doente crítico. Desta cadeia fazem parte inúmeras etapas que começam, desde logo, com o momento da detecção e alerta através da chamada de socorro, a triagem, as técnicas de pré-socorro, o envio de meios para o local, o socorro e o transporte, que devem ser efetuados pelos profissionais com formação adequada (Mateus, 2007).

A consequente exigência da qualidade do trabalho a desenvolver neste ambiente, determinou a necessidade de incluir na equipa do Pré-Hospitalar profissionais de saúde

diferenciados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), esse profissional é o Enfermeiro, pelo seu conhecimento científico e pela sua capacidade técnica de execução.

Como já referido anteriormente, a Enfermagem ao longo da história teve uma participação marcante na prestação do socorro, no atendimento inicial e no resgate de doentes e feridos de guerras. Desde cedo, percebeu-se que a presença do Enfermeiro durante o atendimento do doente em estado crítico até ao hospital de referência se assume como indispensável (Romanzini & Bock, 2010).

A formação de base altamente diferenciada dos Enfermeiros permite-lhes um conhecimento global da pessoa, o que lhes possibilita uma valorização assertiva de dados que nenhum protocolo pode ter em conta. A interpretação de dados baseada em evidência e conhecimentos científicos potenciam a eficácia das respostas, qualificam o serviço e conferem confiança aos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Por este motivo, a Ordem dos Enfermeiros (2010b) mantém a sua frontal oposição à criação de um grupo técnico para atuar na área da emergência. Na medida em que se trata de uma das áreas onde a solidez da formação técnico-científica assume particular relevo na eficiência das respostas a que o cidadão tem direito. Uma má decisão pode ter consequências catastróficas. Defende por isso que o exercício de funções no contexto Pré-Hospitalar, pela natureza do mesmo, deve ser responsabilidade do Enfermeiro, obrigando-o a uma formação acrescida e experiência profissional em cuidados de emergência. O Enfermeiro do Pré-Hospitalar deverá por isso ter formação em Suporte Avançado de Vida, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico, considerando-se ainda que o tempo de exercício profissional deverá ser o adequado à aquisição destas competências.

O Enfermeiro quando inserido neste cenário, encontra diversos desafios relacionados à operacionalização do serviço e sua formação pessoal/profissional, assim é importante que este tenha: " (…) disposição pessoal, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a actividade, disposição para cumprir acções orientadas, capacidade de trabalhar em equipa, iniciativa, facilidade de comunicação e disponibilidade para a capacitação periódica" (Bueno & Bernardes, 2010, p.47).

Segundo expressa o INEM no Plano Estratégico de Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2010b),

ao Enfermeiro compete o exercício de funções no âmbito dos meios de emergência com Suporte Avançado de Vida (Helicópteros e VMER) e com Suporte Imediato de Vida. Devendo por isso ser capaz de:

a) Atuar ao nível do sistema do socorro Pré-Hospitalar, participando na vertente medicalizada;

b) Realizar referenciação e transporte do doente urgente/emergente;

c) Colaborar na formação;

d) Participar em planos de emergência;

e) Realizar ou colaborar na realização de estudos sobre problemas de Enfermagem, visando a melhoria dos cuidados;

f) Atuar em situações de exceção/catástrofe, bem como em missões humanitárias, quer nacionais quer internacionais, prestar apoio a eventos de risco e proceder ao acompanhamento de altas individualidades.

Em suma, a assistência Pré-Hospitalar a doentes em situação de urgência requer a mobilização de competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do fazer (técnicas), que é completada com o *"saber ser Enfermeiro*" na sua plenitude, porque se trata de um profissional de relação que privilegia o respeito e a dignidade da pessoa que cuida (Oliveira & Martins, 2013).

2.1- COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR

A Emergência Pré-Hospitalar se assume como um importante componente da assistência ao doente crítico, é essencial que os profissionais que trabalham neste contexto tenham as competências necessárias para desempenhar corretamente a sua função.

" Competência é a capacidade para realizar algo, implicando a mobilização, integração e a aplicação de conhecimentos a uma situação concreta; atuando sempre com responsabilidade" (Martins, 2009, p.181).

Sá-Chaves (2000 *apud* Oliveira & Martins, 2013) reforça ainda que o conceito de competência vai muito para além do desempenho técnico, englobando a forma como cada indivíduo processa e tem em conta, para as suas tomadas de decisão, as variáveis provindas quer dos referenciais teóricos que detém, quer das variáveis situacionais dos problemas da prática para os quais procura soluções.

Num momento em que a posição do Enfermeiro nas equipas de Emergência Pré--Hospitalar é amplamente discutida, justifica-se a necessidade de refletir acerca das suas competências para o exercício nesta área, assim como o seu papel na garantia da segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados neste contexto (Correia, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2003, p.16), define como competência do Enfermeiro de cuidados gerais "um nível de desempenho profissional demostrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das suas capacidades, incluindo ajuizar".

No caso de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), além das competências comuns, esperam-se um conjunto de competências clinicas especializadas que visam promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Pereira (2014) reforça a ideia que a aquisição de competências técnico-científicas, relacionais e de responsabilidade, na perspetiva do Enfermeiro Especialista, consolida-se na obtenção de um conjunto de conhecimentos baseados na evidência científica e na concretização de cuidados especializados adequados às necessidades do doente crítico e também da sua família.

Bueno e Bernardes (2010), afirmam que também a qualificação das equipas e a experiência prévia na área de urgência/emergência são fatores primordiais que estão diretamente relacionados com o sucesso da atuação no Pré-Hospitalar.

No Despacho 10319/2014 defende-se a adequada qualificação das equipas do Serviço de Urgência e, no que à Enfermagem diz respeito, obriga a que pelo menos 50% dos profissionais possuam as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A realidade atual é que todos os Enfermeiros que prestam cuidados no Pré-Hospitalar têm formação que os habilita à sua atividade, detendo as competências teórico-práticas

consideradas essenciais pelas entidades competentes, ao que se acrescem as pós-graduações e mestrados que tem surgindo nas áreas de urgência/emergência, encaradas como uma mais-valia na qualificação e intervenção profissionais (Correia, 2012).

Assim, existe consenso relativamente ao facto dos Enfermeiros com experiência em Anestesia, Unidade de Cuidados Intensivos e Serviços de Urgência serem os mais habilitados para a prestação de cuidados de Emergência Pré-Hospitalar, decorrente da formação que possuem e da constante interação com situações clinicas críticas, que lhes permite uma manutenção das competências, que de outro modo poderiam decrescer, face a períodos de menor operacionalidade descorrente da inexistência de situações críticas na área de influência dos meios de socorro (*Idem*).

Como é possível verificar, ainda que historicamente os profissionais de Enfermagem tenham um longo trajeto em termos de atividade Pré-Hospitalar, o domínio de intervenção prática reconhecido no nosso país tem ainda um percurso curto e marcado por alguma controvérsia, nomeadamente no que diz respeito ao próprio reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros das suas competências profissionais em âmbito Pré-Hospitalar (Pinto, 2013).

Importa realçar que em Emergência Pré-Hospitalar os Enfermeiros desenvolvem e aperfeiçoam as competências técnicas e científicas. Para além da destreza nos procedimentos e técnicas realizadas, também possuem 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 & Martins, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2007) defende que:

> Só o Enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro Pré-Hospitalar. (p.1)

Lopes, Azeredo e Rodrigues (2013) defendem a mesma posição que a Ordem dos Enfermeiros, referindo que a base da competência profissional de Enfermagem reside,

em primeiro lugar, nas qualidades pessoais, ou seja, na personalidade do Enfermeiro, que é determinante para a aquisição de formação e experiência.

A Ordem dos Enfermeiros (2007, pp.1-2), num Enunciado de posição sobre as orientações relativas à atribuição do Enfermeiro no Pré-Hospitalar define como suas intervenções:

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

Desta forma, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros do doente crítico.

Contudo, o carácter de intervenção em situações críticas contempla que, não raras vezes, se torne necessário aplicar determinadas intervenções e procedimentos considerados *life saving*, como a entubação endo-traqueal, desfibrilhação, prescrição e administração de fármacos ou liderança em situações de emergência, comummente reconhecidas como do âmbito de intervenção médica. Colocam-se assim questões como "qual a fronteira em termos de intervenções médicas e de Enfermagem?" ou "pode o

Enfermeiro prescrever e decidir sobre a intervenção e procedimentos *life saving*?" (Correia, 2012).

Essas e outras respostas podem ser esclarecidas e devidamente documentadas consultando o Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, enquanto Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), bem como os demais documentos descritores e reguladores da profissão.

Assim, e de acordo com o REPE, importa não esquecer que as intervenções do Enfermeiro podem ser autónomas ou interdependentes. No contexto Pré-Hospitalar, evidencia-se o carácter autónomo das intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do Enfermeiro "pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega" (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, Artigo 79º, alínea b). Já as intervenções interdependentes requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitam ao Enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções.

A Enfermagem é entendida como uma profissão centrada no cuidar e na relação, em que a pessoa é vista como um todo inserida na família, grupos e sociedade. Espera-se por isso que os Enfermeiros desenvolvam competências de ordem técnica, científica e prática, bem como de ordem relacional, humana e ética (Simões, 2008).

Assim, a formação é uma ferramenta fundamental que tem a finalidade de melhorar o desempenho profissional que, se conduzida como um processo permanente, possibilita o desenvolvimento de competências profissionais, visando a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir perante o doente crítico (Costa e Lúcia, 2014).

2.2- A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PERANTE O DOENTE CRITICO

Quando cuidamos de um doente crítico, tratamos de uma pessoa em que pelo menos uma das suas funções vitais está debilitada, instável e com risco de morte; por esse motivo essa pessoa necessita de cuidado intensivo e observação ininterrupta, com presença de assistência médica e de Enfermagem contínua (Roehrs & Malagutti, 2011).

"A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento nº124/2011).

Neste contexto é exigido que cada profissional em geral, e em particular o Enfermeiro, conduza as suas ações e tome as suas decisões fundamentando-se em evidências científicas, segundo protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre em conta a eficácia previsível da intervenção (Oliveira & Martins, 2013).

Muitos autores de referência defendem que a capacitação dos profissionais de saúde é um fator relevante para a prestação de um atendimento de qualidade ao doente crítico.

Os cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de Enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma das competências especializadas esperadas (Regulamento nº361/2015, Regulamento nº124/2011).

Importa realçar que a cuidada e qualificada assistência Pré-Hospitalar, por profissionais de saúde nos locais da ocorrência, tem permitido responder de forma mais eficaz a uma grande diversidade de situações, possibilitando reduzir a morbilidade, a mortalidade e aliviar o sofrimento que se associa a esses eventos na vida das pessoas e da comunidade (Pinto, 2013).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença ou falência orgânica (Regulamento nº361/2015).

É exigido por isso ao Enfermeiro uma série de procedimentos invasivos e não invasivos complexos, pois a própria condição clínica do doente crítico demanda uma atitude e tomada de decisão imediata, que é um processo cognitivo complexo, geralmente definido como escolha de uma determinada linha de ação, que deverá ser sempre pautada em princípios éticos e legais (Roehrs & Malagutti, 2011).

Segundo Romanzini e Bock (2010), a presença do Enfermeiro no Pré-Hospitalar proporciona maior segurança na tomada de decisões e dá tranquilidade à equipe, na medida em que tem iniciativa e agrado em ajudar, sem medir esforços, agindo sempre em benefício do doente crítico.

Como referido anteriormente, os profissionais de saúde que constituem os meios do INEM são da sua maioria parte integrante das equipas dos Serviços de Urgência, uma vez que se garante a capacidade de resposta necessária e adequada às necessidades do doente crítico. Desta forma é possível manter competências técnicas, de elevado grau de complexidade e especificidade, bem como a formação específica desses profissionais e a sua experiência perante o doente crítico.

O doente crítico deve ser abordado com prudência sendo que, num primeiro momento, é possível recolher vários dados importantes mesmo antes de lhe tocar. A abordagem inicial deve ser sistemática – avaliando e intervindo sempre que necessário – e pela ordem subsequente: Via aérea com proteção cervical (A – *Airway*); Respiração (B – *Breathing*); Circulação (C – *Circulation*); Disfunção Neurológica (D – *Disability*); e Exposição (E – *Exposure*) (Antunes, 2009; Costa, 2011).

A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do doente crítico, relativamente aos quais o Enfermeiros tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis (Regulamento nº361/2015).

Importa realçar que durante a avaliação inicial estão inerentes duas fases: a fase da abordagem do doente e a avaliação inicial, embora ambas sejam realizadas ao mesmo tempo. O sucesso está dependente de uma avaliação sistematizada e bem estruturada, assim como do nível de perícia técnica e científica exercida pelos profissionais (Romanzini & Bock, 2010; Costa, 2011). Os sinais clínicos reveladores de doença crítica são em geral idênticos, independentemente do processo subjacente, na medida

em que se traduzem em falência respiratória, cardiovascular e neurológica, ou seja os problemas implícitos ao ABCDE (Antunes, 2009).

De uma forma resumida, e segundo os autores Antunes (2009) e Costa (2011), expomos em seguida o que se espera que o Enfermeiro observe e como deve proceder em cada uma das etapas da avaliação inicial, perante o doente crítico.

A – Via Aérea

A avaliação da Via Aérea (VA) consiste numa observação rápida e na correção de sinais de compromisso. Deve-se avaliar a sua permeabilidade em todas as situações de risco, sendo uma prioridade perante o doente crítico.

A correção das alterações deve incidir em atitudes de Via Aérea básicas, atendendo que se pode tratar de uma obstrução parcial ou total, sem esquecer que uma obstrução parcial precede muitas vezes uma obstrução total. Deste modo, deverão ser removidos corpos estranhos, aspirar secreções, sangue ou conteúdo alimentar que possa existir e fornecer oxigénio suplementar a alto débito.

Em caso de suspeita de trauma ou lesões da coluna cervical, o manuseamento da Via Aérea deve ser efetuado sob uma rigorosa imobilização (colar cervical).

B – Respiração

A avaliação da Respiração ocorre após a avaliação e o controle da Via Aérea. A permeabilidade da Via Aérea não assegura uma ventilação eficaz, por isso deve-se avaliar e examinar as estruturas respiratórias (tórax, pulmões e diafragma).

Durante a avaliação inicial é vital identificar e corrigir as situações que podem constituir risco de vida (asma grave, edema pulmonar, pneumotórax hipertensivo e hemotórax maciço).

Para proceder a uma correta avaliação, os profissionais devem estar atentos a todos os sinais e sintomas de alteração dos padrões normais de ventilação, das estruturas respiratórias e dominar a técnica de auscultação.

C – Circulação

A avaliação da circulação consiste na palpação dos pulsos central e periférico (frequência, a amplitude e ritmo), na avaliação da pele (cor, temperatura e grau de sudorese), na inspeção de sinais externos de hemorragia, na avaliação da cavidade abdominal (despiste de hemorragia interna), na avaliação do tempo de preenchimento capilar e na avaliação da tensão arterial.

O objetivo nesta fase não é obter valores normais de tensão arterial, mas sim assegurar uma oxigenação adequada a nível celular. Importa realçar também que o doente crítico pode entrar em choque, logo é necessário manter monitorização contínua e apertada. E apesar do tratamento depender da causa, deve ter-se presente a necessidade de repor volume, providenciando acesso venoso periférico e administrar fluídos.

D – Disfunção Neurológica

Outra das etapas da avaliação inicial consiste numa avaliação neurológica do doente crítico. Entre as causas de deterioração do nível de consciência destacam-se a hipoxia, a hipercapnia e a hipoperfusão cerebral, que podem causar lesões neurológicas graves.

A avaliação do estado neurológico do doente crítico deve ser realizada através da Escala de Coma de Glasgow, na avaliação de sinais de lateralização motora e de lesão medular, bem como na avaliação pupilar.

A Escala de Coma de Glasgow é facilmente reproduzível entre profissionais e entre avaliações frequentes, tornando-se assim um precioso meio de monitorização do estado de consciência em Pré-Hospitalar.

Caso se verifique uma diminuição do nível de consciência deve-se vigiar qualquer compromisso da Via Aérea, da Respiração e da Circulação; caso existam sinais de deterioração neurológica verifica-se a existência de hiperventilação.

E - Exposição

Por último, mas não menos importante, deve-se observar o doente crítico de forma sistematizada, expondo toda a superfície corporal, com a preocupação de não provocar

ou aumentar a perda de calor, ou seja, com o controlo da temperatura e com respeito pela dignidade da pessoa.

Importa não esquecer que todo o processo de atuação exige ações bem coordenadas, trabalhando em equipa, em que cada elemento tem objetivos e responsabilidades bem estabelecidas nesta sequência de intervenção. Só assim é possível identificar com rapidez e corrigir as anomalias encontradas, tendo sempre como premissa essencial o tempo.

Ferreira, Pontes e Ferreira (2009) referem que os Enfermeiros durante a sua atuação intervêm de duas formas, uma mais técnica, relacionada com o tratamento – tratar, e outra mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – cuidar.

Além das competências de avaliação referenciadas anteriormente é também importante realçar o desenvolvimento de competências humanas, que privilegiam a relação de proximidade e de ajuda que se estabelece entre os profissionais e as pessoas assistidas, através de uma abordagem não unicamente centrada em sintomatologia, mas abrangendo outras dimensões (Oliveira e Martins, 2013).

Atualmente defende-se a Enfermagem como "ciência do cuidar", em que a sua essência são os cuidados às pessoas, integrados num modelo holístico, em que a pessoa é um todo não podendo ser dissociada em pares (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009).

" As ações do cuidar encontram-se carregadas de silêncio na imensa confusão e tensão em que o cuidado acontece" (Coelho, Figueiredo e Carvalho, 2006, p.167).

Essas ações são desenvolvidas diariamente, porém poucas pessoas conseguem compreender a complexidade e a especificidade das mesmas, durante a atuação do Enfermeiro, por isso importa esclarecer onde as podemos "encontrar"…

2.2.1- Enfermagem no Pré-Hospitalar e a Humanização dos Cuidados

A melhoria de cuidados de Enfermagem assenta no investimento e empenho demostrados pelos Enfermeiros, centrando a sua atuação numa perspetiva técnica e científica, mas também numa perspetiva humanista da essência dos cuidados de Enfermagem (Oliveira & Martins, 2013).

Nogueira e Sousa (2011), chamam à atenção de outro aspeto importante que envolve a avaliação do doente crítico - o suporte humanizado, muitas vezes esquecido perante a tensão do ambiente decorrente da rapidez e precisão necessárias ao atendimento no Pré--Hospitalar.

É importante realçar que a excelência dos cuidados não engloba apenas as ações protocolizadas na estabilização/atendimento ao doente crítico; devemos também ter em consideração que estamos perante uma pessoa com características próprias e únicas, e que devem ser sempre respeitadas.

Segundo Lopes *et al.* (2013) em Enfermagem sublinha-se que o fundamento de cuidados está centrado na relação interpessoal estabelecida entre o profissional e a pessoa que necessita de cuidados, aspeto este que está bem definido em inúmeras teorias de Enfermagem e bem evidente na definição de cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Atualmente, a necessidade da humanização dos cuidados existe num contexto social no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano como alguém compreendido com necessidades puramente biológicas: a tecnologia, a visão de que é a equipe de saúde que detém todo o saber e, não ter a perceção da integralidade do Ser Humano são exemplos destes fatores. O avanço da tecnologia médica, principalmente a partir da segunda metade do século XX, fez com que por vezes o cuidado se torne a aplicação de um procedimento técnico, a fim de cumprir com um objetivo mecanicista, como puncionar um acesso venoso, aplicar uma medicação ou realizar determinado exame (Barbosa & Silva, 2007).

O cuidado em Enfermagem assume-se como um ato que requer aprendizagem prática e que progride à medida que o Enfermeiro iniciado passa a perito e se enriquece como pessoa, atendendo a que a importância da prática na construção de saberes é algo que não deve ser descurado (Pereira, 2014).

No Pré-Hospitalar evidencia-se a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afetiva e relacional. Os Enfermeiros devem ser capazes de desenvolver o seu *saber ser* de forma a aumentar as suas competências relacionais de ajuda, considerando-se que estas assentam nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afetivas que exprimam afetos, permitindo ao sujeito relacionar-se bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros (Simões, 2008).

Perceber o outro requer uma atitude profundamente humana. Reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, demanda um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado do doente crítico (Backes, Filho & Lunardi, 2006).

É importante não esquecer que o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um Enfermeiro e uma pessoa, ou entre um Enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa Enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de Enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o Enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Segundo Backes *et al.* (2006), a humanização requer por isso um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais de saúde ao doente crítico, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

Logo, o atendimento no Pré-Hospitalar deve ser realizado por profissionais especialmente treinados e com competências humanas e relacionais para o fazer. E como destacam Romanzini e Bock (2010), mesmo em situações de emergência, os Enfermeiros demonstram a constante preocupação em prestar assistência visando o doente crítico como um todo, valorizando inclusive o contexto social em que ele está inserido, procurando dar resposta a estas situações de forma integral.

Por tudo isto, humanizar é a medida que visa tornar efetiva a assistência ao doente crítico, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual. Além de envolver o cuidado ao doente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo, como a família, a equipa multiprofissional e o ambiente (Vila & Rossi, 2002).

"A humanização é um antigo conceito que renasce para valorizar as características do género humano. Para que seja verdadeiramente recuperado, é necessária uma equipa

consciente dos desafios a serem enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos." (Matsuda, Silva & Tisolin, 2003 citando Knobel, 1998, p.164)

Segundo Ferreira, Tavares e Duarte (2006, p.53) "da mesma forma que procuramos conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento de técnicas de Enfermagem para os cuidados físicos, também se deve ter a mesma preocupação às habilidades designadas por comportamentos e competências ligadas às funções de contato", referindo-se assim ao toque, ao olhar, às distâncias, às posições físicas, ao tempo, à escuta e aos meios de comunicação.

Frequentemente, familiares assistem em desespero a decisões e manobras assustadoras, mas essenciais à manutenção das funções vitais. Torna-se importante que o Enfermeiro assuma a responsabilidade do saber fazer considerando sempre primeiro o bem-estar do doente crítico, conseguindo avaliar a real situação deste que se encontra em risco de vida. Mas após o momento crítico devemos sempre disponibilizar parte do nosso tempo aos familiares, prestar as informações necessárias, esclarecer as suas dúvidas e proporcionar a tranquilidade que eles necessitam.

Campos *et al.* (2013) referem que neste contexto espera-se que o Enfermeiro ofereça segurança, um atendimento rápido e eficaz, além de um efetivo apoio emocional ao doente crítico e sua família.

Em suma, assume-se como essencial perceber o doente crítico como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida a sua dignidade ética, pois é fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados de saúde. Assim, para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o Enfermeiro, que presta cuidados mais próximos ao doente crítico, deve ser capaz de entender a si mesmo e ao outro, ampliando esse conhecimento na forma de ação e tomando consciência dos valores e princípios que baseiam essa ação (Barbosa & Silva, 2007).

Desta forma, podemos afirmar que a Enfermagem engloba um conjunto diversificado de saberes situados na sua prática profissional, podendo e devendo ser aplicados para construir, melhorar ou desenvolver conhecimentos já existentes.

Contudo, os cuidados de Enfermagem fazem parte de um mundo silencioso, restrito geralmente à unidade, sector ou local conhecidos como cenários de cuidar. Para o público em geral, em seu imaginário popular, a função de Enfermagem restringe-se a fazer pensos e administrar medicação. Torna-se por este motivo importante esclarecer que a Enfermagem "trabalha num mundo próprio", e que na Emergência é mais diferenciado, pois está presente a probabilidade de vida ou morte. Segundo Coelho *et al.* (2006), é nessa fronteira que a Enfermagem se faz presente e ganha relevância.

Assim, e perante a dificuldade de afirmar a diferenciação do exercício profissional dos Enfermeiros, pela ausência de resultados que demonstrem as áreas onde a Enfermagem se diferencia, pretendemos dar um contributo na contínua produção de informação válida e objetiva acerca das vantagens dos cuidados de Enfermagem para a saúde das populações.

PARTE II – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR PRIORITÁRIAS E SUA IMPORTÂNCIA

3- METODOLOGIA

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objeto de indagação que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras (Coutinho, 2014).

Ao mesmo tempo, e segundo nos chama a atenção Martins (2008, p.63), reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos doentes, para "alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência" e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

Desta forma, com esta investigação pretende-se fomentar uma atitude reflexiva e a capacidade de crítica do profissional de Enfermagem, pois só assim é que a Enfermagem se pode desenvolver. Só com esta atitude, de questionar continuamente as nossas práticas, é que a Enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução de problemas com que atualmente se debate.

O primeiro estudo realizado teve por objetivo analisar a prioridade na prática e importância atribuída às intervenções no Atendimento Pré-Hospitalar ao doente crítico, segundo os Enfermeiros a desempenhar a sua atividade na VMER. Para alcançar o objetivo proposto formulámos a seguinte questão de investigação:

> "Quais as intervenções prioritárias na prática e sua importância no atendimento Pré-Hospitalar ao doente crítico, segundo o Enfermeiro da VMER?".

Para responder à questão de investigação, alcançar o objetivo e aumentar a compreensão do fenómeno em questão realizou-se um estudo quantitativo, na medida em que se centra na análise de factos e fenómenos observáveis, e na medição e avaliação em variáveis comportamentais e/ou socioafectivas passíveis de serem medidas (Coutinho, 2014).

A população alvo deste estudo, como já referido anteriormente, são os Enfermeiros a desenvolver funções nas diferentes VMER. Segundo dados do Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar para as 42 VMER, o número de profissionais necessários, tendo por base um horário em templo completo é de 231 (p.14).Tentando-se constituir uma amostra significativa dos mesmos, optou-se por enviar o questionário via email para Enfermeiros, com a possibilidade de ser reencaminado para outros, pretendendo-se assim chegar ao maior número possível de profissionais.

Para recolher a informação pretendida e transformar conceitos em fenómenos mensuráveis e passíveis de registo, foi necessário efetivar a construção de um instrumento de colheita de dados, que tornou exequível esta pretensão. Tal tarefa encontra-se entre os maiores desafios do processo de pesquisa. Trata-se de escolher entre uma variedade de alternativas, aquela que melhor se adequa aos objetivos pretendidos, às caraterísticas do estudo e, principalmente, às características da amostra.

Infelizmente, e após a pesquisa bibliográfica realizada, não encontrámos nemhum questionário que respondesse às nossas necessidades, pelo que optámos por criar um questionário (Apêndice I) que nos permitisse avaliar de forma objetiva a perceção do Enfermeiro da VMER sobre as suas intervenções no atendimento Pré-Hospitalar. Ou seja, pretendíamos compreender, no seu entender, em que medida o que é prioritário na sua prática é assim tão importante.

Fortin (2003), define o questionário como um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Com base neste pressuposto, foi construído um instrumento de colheita de dados pelos investigadores em forma de questionário, capaz de produzir todas as informações adequadas e necessárias para o estudo.

Os itens do instrumento de colheita de dados tiveram como princípio a revisão de literatura, apoiada na sistematização ABCDE, amplamente utilizada em emergência, adaptando-a ao presente estudo. O instrumento é constituído por um conjunto de itens que têm associados duas escalas de Likert, em cada uma das quais o participante regista, para cada item, a prioridade e a importância que lhe atribui.

Optou-se, pela Escala de *Likert* por ser a escala de verificação de maior aplicação nas ciências sociais e comportamentais, que associa números aos níveis de concordância (Barboza, Carvalho, Neto & Costa, 2013).

Terminada a construção do questionário, procedeu-se inicialmente à aplicação do pré--teste, por forma a verificar a funcionalidade do mesmo, durante o mês de Julho de 2013. A aplicação aconteceu a uma amostra de 3 Enfermeiros a desenvolver funções na VMER, conhecidos da investigadora, com o intuito de compreender se as questões estavam redigidas de forma perceptível e se conseguíamos mensurar os dados previstos. Após a aplicação do pré-teste foi verificada a funcionalidade do questionário e elaborada a versão final, corrigindo alguns erros e elaborando alguns itens de uma forma mais simples, tendo sido aplicado durante o mês de Setembro de 2013.

O questionário é composto inicialmente pela caracterização sociodemográfica, académica e profissional da amostra, constituída por 11 questões. Num segunda parte, uma grelha da opinião real dos Enfermeiros a desenvolver funções na VMER, acerca das prioridades na prática e a importância atribuía às intervenções por eles desenvolvidas no Pré-Hospitalar; encontra-se dividida em sete grupos distintos, de acordo com abordagem primária (ABCDE), assumindo também como essencial avaliar aspetos relacionados com as Competências Relacionais e os Registos. Todas as afirmações (itens) encontram-se associadas a uma resposta do tipo *Likert*, com nove respostas alternativas, cujos posicionamentos de resposta oscilam entre os polos: mínimo (1) e máximo (9).

3.1 – ASPETOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação efetuada com Seres Humanos implica questões morais e éticas.

A investigação em Enfermagem baseia-se sobretudo no alvo dos nossos cuidados, o doente, centrada atualmente mais na prática do que na teoria das nossas ações. Normalmente este tipo de investigação não se traduz em prejuízo para os investigados contudo, esse facto não justifica que não exista reflexão ética por parte do investigador.

Foi pedida a apreciação do Projeto à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, cujo parecer foi favorável (Anexo I).

É importante também salvaguardar que foram aplicados os princípios universais da ética, pois independentemente da natureza desta investigação os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça foram respeitados e orientaram a investigação.

Além disso, e sendo a autora da presente investigação, profissional de Enfermagem: "o Enfermeiro tem (…) obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, comunidade científica e participantes dos projetos de investigação, pois enquanto investigador, está sob responsabilidade penal e civil" (Fortin, 2003, p.116).

Não existiu qualquer contrapartida pela participação (ou não participação) no estudo, nem custos para os participantes para além do tempo despendido a responder ao questionário. Todos foram devidamente informados sobre o tema e objetivos do estudo assumiu-se que o aceder ao *link* e responder ao questionário integralmente, terminando o processo clicando no botão "enviar" foi condição suficiente para garantir o consentimento dos Enfermeiros.

Durante todo o processo de investigação a privacidade dos indivíduos participantes foi salvaguardada, uma vez que a recolha e o tratamento dos dados foram realizados de forma a garantir o seu anonimato.

4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Numa primeira fase pretendíamos perceber quais as intervenções prioritárias do Enfermeiro da VMER na atuação diária no Pré-Hospitalar, assim como compreender dessas mesmas intervenções qual a importância que lhes atribuía.

Apesar de um esforço contínuo durante o mês de Setembro de 2013 em enviar o email com o link do questionário a vários Enfermeiros a desenvolver funções nas diferentes VMER, o número de respostas ao questionário foi de apenas 22.

Inicialmente os dados ficaram guardados no programa Microsoft Office Excel 2010 onde foi criada a base de dados do questionário. Essa mesma base foi depois exportada para o programa Software Package for Social Sciences (SPSS), versão 20, que permitiu realizar toda a análise estatística necessária para este estudo.

A caracterização da amostra foi realizada com recurso à metodologia de análise estatística descritiva, que procurou resumir as diferentes variáveis em estudo.

Para as variáveis numéricas foram determinadas medidas de tendência central, tal como a média e a mediana, e medidas de dispersão, tal como o desvio padrão e a amplitude de variação com o mínimo e máximo. Para as variáveis nominais e ordinais, determinou-se as frequências absolutas e relativas.

Importa referir que os figuras e tabelas apresentados neste capítulo são da elaboração da própria autora.

4.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A idade média dos Enfermeiros é de 38,4±5,4 anos de idade, com uma mediana de 37 anos de idade e uma moda de 34 anos de idade. O Enfermeiro mais novo a responder ao questionário tinha 31 anos de idade e o mais velho 47 anos de idade, como podemos observar na Tabela 1, apresentada a seguir.

Tabela 1- Caracterização da amostra por Idade

Idade	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	38,4	37	34	5,4	31	47

Conforme podemos observar na Tabela 2 na distribuição por grupo etário, verificou-se uma predominância de Enfermeiros com menos/ou 35 anos de idade, com quase 41% da percentagem total. Já Enfermeiros entre os 40 e 45 anos de idade, e mais de 45 anos de idade representam, cada um, apenas 18,2%.

Tabela 2- Caracterização da amostra por Grupos Etários

	Frequência	Percentagem
≤ 35 anos	9	40,9
35-40 anos	5	22,7
40-45 anos	4	18,2
> 45 anos	4	18,2
Total	22	100,0

A análise da figura seguinte permite-nos afirmar que a amostra do estudo em questão é maioritariamente masculina 73%, com apenas 23% indivíduos do sexo feminino.

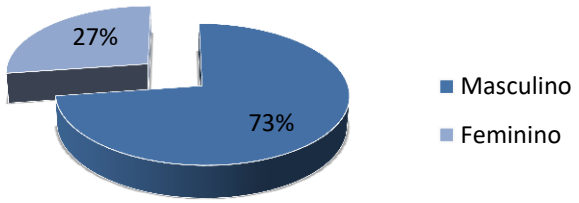

Figura 1- Caracterização da amostra por Sexo

Quando cruzamos os dados anteriores com os grupos etários definidos previamente (Figura 2) é fácil perceber que as Enfermeiras que participaram no estudo têm até 40 anos de idade. Já os Enfermeiros estão distribuídos pelos diferentes grupos etários.

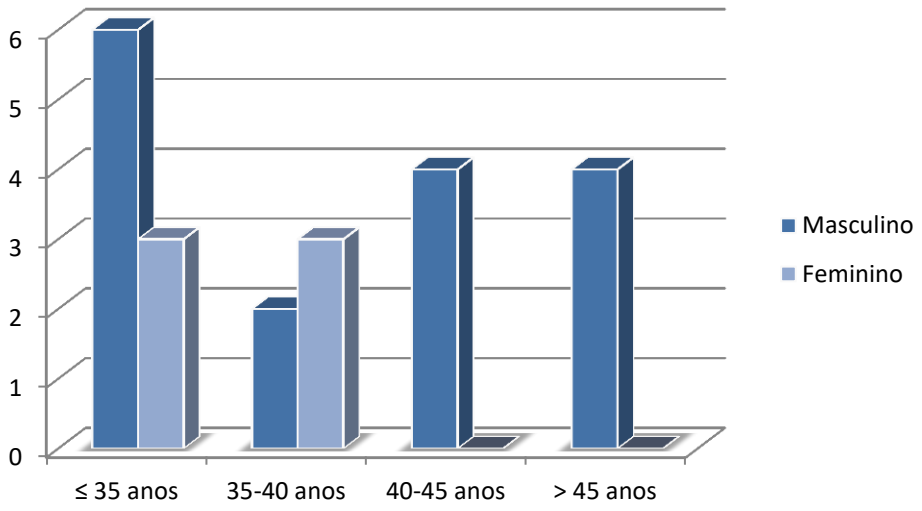

Figura 2- Caracterização da amostra por Sexo e Grupo Etário

Como se observa na Imagem 3, a maioria dos Enfermeiros questionados são casados (54%). Já os Enfermeiros solteiros e divorciados representam a mesma percentagem, 23%.

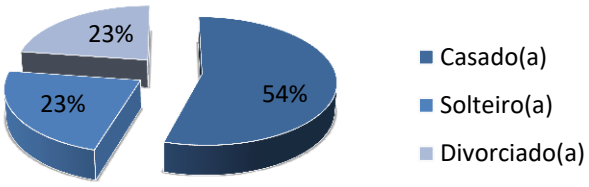

Figura 3- Caracterização da amostra segundo o Estado Civil

No que ser refere às habilitações académicas, a maioria dos Enfermeiros são apenas Licenciados (41%); contudo uma percentagem significativa da restante amostra possuí

uma Especialidade (36%), como nos mostra a Figura 4. Parece-nos importante constatar que de entre os 22 Enfermeiros existe um com o grau académico de Doutoramento.

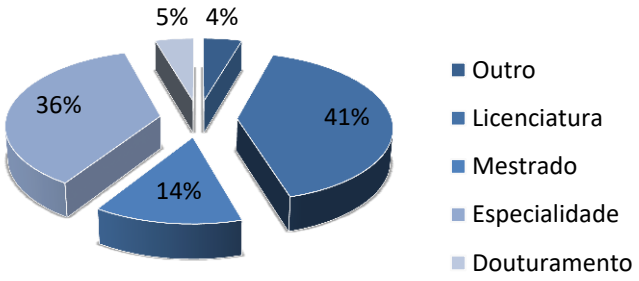

Figura 4- Caracterização da amostra segundo as suas Habilitações Académicas

Relativamente às habilitações profissionais, representadas na Figura 5, a maioria dos Enfermeiros que responderam ao questionário são reconhecidos como Enfermeiros generalistas (64%). Já 27% do grupo são reconhecidos como Enfermeiros Especialistas, 23% destes como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC).

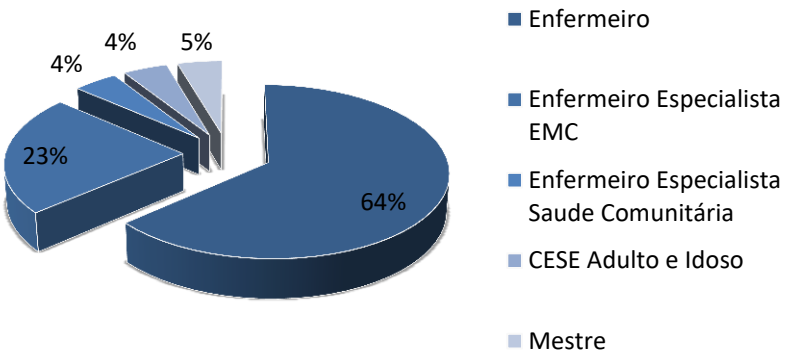

Figura 5- Caracterização da amostra segundo as suas Habilitações Profissionais

Os Enfermeiros que constituem a amostra trabalham há 15,6±5,4 anos, em média; existindo um Enfermeiro que trabalha há apenas 6 anos, enquanto outro trabalha há 26

anos. O tempo de serviço mais comum são os 12 anos, apesar da dispersão de respostas obtidas (desvio padrão de 5,4).

No que respeita ao tempo de serviço na VMER os Enfermeiros trabalham em média há 6,8 anos; trabalhando no mínimo há 1 ano e no máximo há 13 anos, como podemos observar na Tabela 3. Neste caso existe uma menor dispersão de respostas, com um desvio padrão de 3,2, em que 8 anos é o tempo de serviço na VMER mais referido.

Tabela 3- Medidas descritivas relativas ao Tempo de Serviço e Tempo de Serviço na VMER, da amostra

	Média	**Mediana**	**Moda**	**Desvio Padrão**	**Mínimo**	**Máximo**
Tempo de Serviço	15,6	15	12	5,4	6	26
Tempo de serviço na VMER	6,8	7	8	3,2	1	13

Quando observamos a Figura a seguir apresentada, podemos perceber que 68% dos Enfermeiros que responderam ao questionário trabalham em regime efetivo na VMER, apenas 9% a termo incerto e os restantes detém outro tipo de vinculação com a instituição que os contrata.

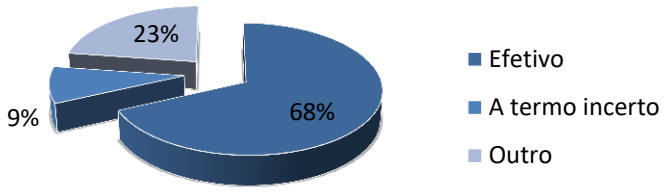

Figura 6- Caracterização da amostra segundo o Regime de Trabalho na VMER

Outras das questões iniciais do questionário referia-se a conhecer o Hospital e o Serviço onde os Enfermeiros desempenhavam as suas funções, além da VMER. Contudo, e por se tratar de pergunta de resposta aberta, a maioria apenas referiu o Hospital e não referiu o Serviço.

Assim, e pelos dados recolhidos, conseguimos perceber que todos os Enfermeiros trabalham no Hospital em que está sediada a VMER onde desempenham as suas funções no Pré-Hospitalar. Já o serviço mais referido, em apenas 17 respostas, foi o Serviço de Urgência (8), logo seguido da Unidade de Cuidados Intensivos (7).

Por último pretendíamos saber se esses mesmos Enfermeiros tiveram formação específica na área do Pré-Hospitalar, nos últimos dois anos. Dos 22 Enfermeiros apenas um referiu que não tinha realizado nenhuma formação neste espaço de tempo, já os restantes 21 referiram ter realizado mais do que uma formação. A destacar os Cursos de SAV e de Formação para formadores, que são os mais referidos, bem como algumas referências à realização de pós-graduações na área do doente crítico.

4.2 – PERSPETIVA DAS INTERVENÇÕES NO PRÉ-HOSPITALAR SEGUNDO OS ENFERMEIROS DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Após asseguradas as condições de segurança, numa primeira abordagem ao doente crítico procura-se identificar as condições e/ou lesões potencialmente fatais, a chamada avaliação inicial, que segue o método ABCDE.

Uma das primeiras preocupações do Enfermeiro quando aborda o doente crítico é avaliar se este responde ao toque e à voz.

Quando questionados, os Enfermeiros assumem como prioritária na sua prática diária esta intervenção (8,3±0,9 de média), atribuindo ainda uma maior importância (média de 8,4±0,9), como podemos verificar na tabela apresentada a seguir. Neste caso, o valor mínimo atribuído pelos Enfermeiros em ambas as situações foi 5, e o valor máximo foi 9 (tabela 4).

Tabela 4- Avaliar a resposta ao toque e à voz

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliar a resposta ao toque e à voz	Prioridade	8,3	8	0,9	5	9
	Importância	8,4	9	0,9	5	9

Via Aérea

Após o primeiro contacto com o doente crítico, torna-se vital avaliar a Via Aérea, uma vez que em caso de comprometimento pode causar prejuízos para o doente, exigindo do Enfermeiro uma rápida e segura obtenção desta.

Desta forma, não é de estranhar que a "avaliação da permeabilidade da Via Aérea" assuma-se como uma prioridade no dia-a-dia da maioria dos Enfermeiros da VMER que responderam ao questionário, como uma média de 8,8±0,5; já quando se referem à importância que atribuem a esta intervenção, a média é ligeiramente inferior (8,7), devido a uma maior dispersão dos valores obtidos, com um desvio padrão de 0,7 (Tabela 5).

Intervenções como "procurar sinais de obstrução" e "proceder à desobstrução" assumem também uma prioridade máxima, média de 8,5±0,8 e 8,7±0,6 respetivamente, contudo os 22 Enfermeiros destacam a desobstrução da Via Aérea como intervenção mais importante na sua atuação, com uma média de 8,8±0,4.

Já no caso de se tratar de um doente de trauma, a maioria dos Enfermeiros assume como intervenção prioritária (média de 8,4±0,7) e igualmente importante (média de 8,3±0,9) assegurar a "proteção cervical", de modo a manter a permeabilidade da Via Aérea sem causar danos a nível da coluna.

De uma forma geral, podemos afirmar que as intervenções relacionadas com a avaliação da Via Aérea são de elevada prioridade no atendimento ao doente crítico, na medida em as médias das respostas dos Enfermeiros se centram entre valores de 8 e 9.

Existe ainda a referência de dois Enfermeiros como prioritário nesta etapa assegurar a permeabilidade da Via Aérea, assim como atender às especificidades em situações de trauma.

Tabela 5- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Via Aérea

A - Via Aérea		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliar a permeabilidade da VA	Prioridade	8,8	9	0,5	7	9
	Importância	8,7	9	0,7	7	9
Procurar sinais de obstrução	Prioridade	8,5	9	0,8	7	9
	Importância	8,3	9	1,1	6	9
Proceder à desobstrução	Prioridade	8,7	9	0,6	7	9
	Importância	8,8	9	0,4	8	9
Aspirar secreções	Prioridade	7,6	8	1,3	5	9
	Importância	7,5	8	1,9	3	9
Proteção cervical	Prioridade	8,4	9	0,7	7	9
	Importância	8,3	9	0,9	7	9

Respiração

Após assegurada a Via Aérea importa avaliar a Respiração, percebendo se está ou não a ser eficaz. "Avaliar o VOS", Ver, Ouvir e Sentir, assume-se como a intervenção mais prioritária no entender dos 22 Enfermeiros questionados, com um média de 7,6±2, contudo apesar de atribuírem uma maior importância (média de 8,3±0,4), existe uma grande dispersão na opinião da amostra em estudo. Como podemos observar na Tabela 6, apesar de atribuírem uma prioridade mínima, valor de 1, existe a consciência por parte dos mesmos da importância desta intervenção no atendimento do doente crítico, pois o valor mínimo atribuído passa para 7.

"Inspecionar o tórax" é a intervenção que a seguir se destaca. Os Enfermeiros questionados referem esta intervenção também como prioritária na sua prática, com uma média de 6,9±1,8; quanto à importância que lhe atribuem a média aumenta para 7,2±1,4. Valores justificados com a existência um valor mínimo igual a 1 quanto à prioridade na prática, já na importância atribuída à mesma intervenção o valor mínimo respondido foi de 5.

Já a "avaliação da oximetria" e a "administração de oxigénio" assumem prioridades e importâncias diversas, dependendo da avaliação de cada Enfermeiro, obtendo-se valores de desvio padrão superiores a 1,5.

Os Enfermeiros questionados referem ainda como prioritário durante a avaliação da respiração, intervenções como: a auscultação pulmonar, posicionar o doente crítico de forma adequada e observar sinais de esforço respiratório.

Tabela 6- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Respiração

B - Respiração		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliar VOS	Prioridade	7,6	8	2	1	9
	Importância	8,3	9	0,9	7	9
Inspecionar tórax	Prioridade	6,9	7	1,8	1	9
	Importância	7,2	7	1,4	5	9
Avaliar a oximetria	Prioridade	6,9	7	2	1	9
	Importância	7	7	1,8	1	9
Administrar Oxigénio	Prioridade	6,6	7,5	1,7	3	9
	Importância	6,9	8	1,7	3	9

Circulação

Quando o Enfermeiro procede à avaliação da Circulação, durante a avaliação inicial, deve ser capaz de avaliar quase em simultâneo o pulso, a pele e se existem hemorragias ativas, conseguindo perceber assim se a circulação está a ser efectiva ou comprometida.

De facto a tabela seguinte (Tabela 7) comprova que duas destas intervenções, "verificar hemorragias" e "coloração da pele", são as prioritárias na prática diária dos Enfermeiros que constituem a amostra, com valores médios de resposta de 7,9±1,5 e 7,5±1,5 e uma mediana de 9 e 8, respetivamente.

Em conjunto com a intervenção "avaliar se tem pulsos distais", representam na opinião dos 22 Enfermeiros intervenções importantes durante a sua atuação perante o doente crítico, com valores medianos superiores a 7,5 e valores de desvio padrão iguais ou inferiores a 1,5.

Já no que respeita à "avaliação da tensão arterial" os Enfermeiros assumem como uma intervenção prioritária na sua atuação, com um valor médio de 7,1±1,5; contudo não

atribuem uma importância tão relevante a esta intervenção, obtendo-se uma média de 6,5±1,9 e uma mediana de 7.

Por sua vez, "providenciar acesso venoso e administrar soro" representa a intervenção com menores valores médios neste grupo, a maioria dos Enfermeiros questionados atribui-lhe pouca importância (média de 6,5±1,7) e nem sempre é prioritária na prática diária (média de 6,4±1,9).

A avaliação da cavidade abdominal e garantir uma perfusão eficaz são também referenciadas como intervenções prioritárias no entender de alguns Enfermeiros durante o atendimento ao doente crítico em contexto Pré-Hospitalar.

Tabela 7- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Circulação

C - Circulação		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Verificar hemorragia	Prioridade	7,9	9	1,5	5	9
	Importância	8	9	1,4	5	9
Coloração da pele	Prioridade	7,5	8	1,5	5	9
	Importância	7,6	8	1,4	5	9
Tempo de preenchimento capilar	Prioridade	6,5	7	2,1	3	9
	Importância	7	8	2,1	3	9
Avaliar se tem pulsos distais	Prioridade	6,1	6	2	1	9
	Importância	7,6	8	1,5	5	9
Avaliar a tensão arterial	Prioridade	7,1	7	1,5	5	9
	Importância	6,5	7	1,9	1	9
Providenciar acesso venoso e administrar soro	Prioridade	6,4	6	1,9	1	9
	Importância	6,5	6	1,7	3	9
Monitorização Electrocardiográfica	Prioridade	6,9	7	1,9	1	9
	Importância	7,2	7	1,4	5	9

Disfunção Neurológica

Outra etapa fundamental da avaliação do doente crítico prende-se com a Avaliação Neurológica.

A “avaliação do estado de consciência” representa a intervenção neste grupo com maiores médias de resposta, como podemos observar na Tabela 8. Na prática diária dos Enfermeiros questionados, esta intervenção assume-se prioritária na maioria das situações, atribuindo lhe um valor médio de 7,7±1,7; já a importância que lhe atribuem é de 7,9±1,3. Em ambos os casos, o valor máximo das respostas é de 9, contudo quanto à prioridade atribuem um mínimo de 3, já quanto à importância assumem um valor mínimo de 5.

Apesar de valores médios de resposta iguais ou superiores a 7, intervenções como “avaliar pupilas” e “avaliar a melhor resposta motora” assumem valores de desvio padrão superiores a 1,5 devido à dispersão de valores de resposta obtidos, demostrando que nem todos os Enfermeiros estão de acordo quanto à prioridade na prática e importância atribuída a essas mesmas intervenções.

Existe ainda a referência por um dos 22 Enfermeiros, à avaliação dos défices neurológicos, também como prioritária no atendimento ao doente crítico.

Tabela 8- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Disfunção Neurológica

D - Disfunção Neurológica		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliar nível de consciência	Prioridade	7,7	8	1,7	3	9
	Importância	7,9	8	1,3	5	9
Avaliar pupilas	Prioridade	7	7	1,8	1	9
	Importância	7,2	7	1,3	5	9
Avaliar a melhor resposta motora	Prioridade	7	8	1,9	3	9
	Importância	7,3	8	1,6	4	9

Exposição

Após assegurar os primeiros quatro passos na avaliação inicial, existem outras intervenções importantes na recuperação do doente crítico.

“Iniciar manobras de SBV” assume-se como a intervenção prioritária na prática dos Enfermeiros que responderam ao questionário, com uma média de 8,8±0,9 e uma

mediana de 9; sendo a esta intervenção atribuída a maior importância nesta fase, como uma média de 8,9 e com um valor de desvio padrão de apenas 0,5.

Como podemos observar na Tabela 9, a "avaliação da dor" é uma intervenção que também assume uma prioridade na prática significativa, com um valor médio de 7,6±1,2. Os Enfermeiros pontuam com um mínimo de 5 e um máximo de 9 quanto à prioridade na sua prática, assim como à importância que atribuem a esta intervenção, assumindo desta forma o mesmo valor médio (7,6±1,3).

"Expor o individuo para realizar o exame secundário" é indicada como a intervenção que têm menor prioridade na prática diária dos Enfermeiros questionados, com um média de 5,9 e um valor de desvio padrão de 2,2; contudo a importância que é atribuída a esta intervenção pelos mesmos assume um valor médio de 6,3 e um valor de desvio padrão de 2.

Ainda, e segundo a opinião de um dos Enfermeiros, é nesta fase que se deve estabelecer novas prioridades de acordo com a avaliação efetuada, adequando a intervenção perante o doente crítico.

Tabela 9- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com a Exposição

E - Exposição		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Expor o indivíduo e realizar Exame Secundário	Prioridade	5,9	6,5	2,2	1	9
	Importância	6,3	7	2	3	9
Avaliar a dor	Prioridade	7,6	8	1,2	5	9
	Importância	7,6	8	1,3	5	9
Avaliar a glicémica capilar	Prioridade	6,7	7	1,5	2	9
	Importância	6,9	6,5	1,3	5	9
Administrar drogas	Prioridade	7,1	7	1,4	3	9
	Importância	7,1	7	1,3	4	9
Iniciar Manobras de SBV	Prioridade	8,8	9	0,9	5	9
	Importância	8,9	9	0,5	7	9

Competências Relacionais

O atendimento no Pré-Hospitalar provoca no doente crítico e nos seus familiares grandes níveis de ansiedade e stresse, desta forma, o Enfermeiro é responsável por perceber a situação experienciada e reconhecer as necessidades específicas durante a sua atuação.

Atendendo aos valores apresentados na Tabela 10, os Enfermeiros do Pré-Hospitalar consideram como mais prioritário "esclarecer o doente" da situação, com uma média de 7,4±1,7, sendo também esta intervenção a que maior importância assume, com uma média de 8,1±1,4.

Ainda durante o atendimento no Pré-Hospitalar, os Enfermeiros definem como prioritário na sua prática intervenções como estabelecer uma "relação de ajuda" e "apresentar-se"; intervenções que assumem uma maior importância na sua opinião, segundo os valores apresentados.

A destacar neste grupo, intervenções com valores mínimos (1) relativos à prioridade na prática dos Enfermeiros, tais como: "apresentar-se", "estabelecer uma relação de ajuda", "apresentar-se ao acompanhante", "apoiar o acompanhante" e "esclarecer o acompanhante"; apesar de a todas elas, os mesmos Enfermeiros atribuírem uma importância superior.

A intervenção com menor relevância é "esclarecer o acompanhante", com uma prioridade média de apenas 5,8 e uma importância atribuída média de 6,4, com valores de desvio padrão superiores a 2.

Um dos Enfermeiros que respondeu ao questionário destaca também como prioritário na prática promover o início do processo de luto, quando a situação assim o exige.

Tabela 10- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com as Competências Relacionais

Competências Relacionais		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Apresentar-se	Prioridade	7,3	8	2,1	1	9
	Importância	7,6	8	1,6	3	9
Esclarecer o doente	Prioridade	7,4	7,5	1,7	3	9
	Importância	8,1	9	1,4	3	9
Dar oportunidade ao doente para queixas subjectivas	Prioridade	6,9	7	1,4	4	9
	Importância	7,3	7,5	1,6	3	9
Relação de ajuda	Prioridade	7,3	8	2,1	1	9
	Importância	7,7	8	1,5	3	9
Apresentar-se ao acompanhante	Prioridade	6,5	7	1,9	1	9
	Importância	6,5	7	1,9	2	9
Apoiar o acompanhante	Prioridade	6,4	6	2	1	9
	Importância	7	7	1,9	2	9
Esclarecer o acompanhante	Prioridade	5,8	6	2,2	1	9
	Importância	6,4	7	2,3	2	9

Registos

Importa não esquecer que durante o atendimento do doente crítico deve-se recolher informações que nos forneçam a história do doente, bem como registar tudo o que é realizado durante o atendimento e as suas respostas.

A intervenção prioritária na prática para os 22 Enfermeiros é o registo das "respostas do doente" (média de 7,5±1,5), seguida do registo dos "antecedentes pessoais do doente" e o registo das "intervenções realizadas", com uma média de 7,2 cada uma delas, e com valores de desvio padrão de 1,4 e 1,7, respetivamente.

Quanto à importância que atribuem ao mesmo grupo de intervenções, as "respostas do doente" contínua a ser a intervenção com uma maior média (7,8±1,3), com um valor mínimo de 5 e um valor máximo de 9. Intervenções como o registo dos "antecedentes pessoais do doente", da "medicação habitual" e os "sinais vitais" é lhes atribuída

também uma importância significativa, com uma média de 7,5 cada uma delas, com um desvio padrão de 1,3.

Todavia, ao observar a Tabela 11, percebemos que as respostas dos Enfermeiros que constituem a amostra não foi consensual, pois os valores do desvio padrão de cada uma delas foram superiores a 1, com uma alternância de valores entre um mínimo de 3 e um máximo de 9.

Durante esta última fase da avaliação, alguns dos Enfermeiros questionados referem igualmente como prioritário perceber se todo o atendimento e informações fornecidas foram compreendidas pelo doente crítico e seu familiar.

Tabela 11- Medidas descritivas das Intervenções relacionadas com os Registos

Registos		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Obter história do evento	Prioridade	7	7	1,5	4	9
	Importância	7,2	7	1,3	5	9
Antecedentes pessoais do doente	Prioridade	7,2	7	1,4	3	9
	Importância	7,5	7	1,1	5	9
Medicação habitual do doente	Prioridade	7	7	1,6	3	9
	Importância	7,5	7	1,3	4	9
Sinais Vitais	Prioridade	7	7	1,6	3	9
	Importância	7,5	7	1,3	4	9
Intervenções Realizadas	Prioridade	7,2	8	1,7	3	9
	Importância	7,3	7,5	1,5	4	9
Medicação administrada	Prioridade	7,1	7	1,5	3	9
	Importância	7,2	7	1,5	4	9
Respostas do doente	Prioridade	7,5	8	1,5	4	9
	Importância	7,8	8	1,3	5	9

PARTE III – INTERVENÇÕES REGISTADAS NOS VERBETES DAS VIATURAS MÉDICAS DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

5 – METODOLOGIA

O segundo estudo desta investigação teve como objetivo perceber se a informação registada pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar é fidedigna com aquilo que fazem na sua prática diária. Assim, foi efetuada a questão de investigação:

"Quais as Intervenções mais registadas pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar?".

Para alcançar este objetivo e responder à questão de investigação foi realizado um estudo retrospetivo do tipo quantitativo através de uma análise descritiva e exploratória dos verbetes de socorro das VMER's dos HUC, CHC e Figueira da Foz no mês de Julho de 2012.

Optou-se por escolher este mês, após reunião com elementos do CODU de Coimbra em Janeiro de 2013, por corresponder ao primeiro mês de 2012 em que existiam registos das VMER's na plataforma Mobile Clinic e como representou o primeiro mês de implementação desta plataforma esperava-se um maior cuidado e rigor nos registos efectuados pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar.

A população deste estudo foi constituída pela totalidade dos verbetes preenchidos no período anteriormente referido e totaliza 234 verbetes de socorro, a amostra escolhida foi constituída recorrendo aos episódios com registos devidamente preenchidos pelos Enfermeiros. Desta forma, foram excluídos deste estudo 95 verbetes por não se encontrarem devidamente preenchidos e mais 39 verbetes por estarem com registo de outros intervenientes no atendimento no Pré-Hospitalar (TAE ou Bombeiros) num total 134, ficando restrita a uma amostra de 100 verbetes do Mobile Clinic.

A recolha de dados foi efetuada seguindo uma Grelha de Observação e Registo criada para o efeito (Apêndice II) e compreende o estudo das seguintes variáveis, devidamente operacionalizadas no capítulo seguinte: Idade, Sexo, Motivo da chamada, Diagnóstico,

Intervenções relacionadas com a Via Aérea (Avaliar a permeabilidade da Via Aérea, Procurar sinais de obstrução, Proceder à desobstrução, Aspirar secreções, Proteção Cervical, em trauma e Outras), Intervenções relacionadas com a Respiração (Avaliar o VOS, Inspecionar o tórax, Avaliar a Oximetria, Administrar Oxigénio e Outras), Intervenções relacionadas com a Circulação (Verificar hemorragias, Coloração da Pele, Tempo de preenchimento capilar, Avaliar se tem pulsos distais, Avaliar tensão arterial, Providenciar acesso venoso e administrar soro, Monitorização eletrocardiográfica e Outras), Intervenções relacionadas com a Disfunção Neurológica (Avaliar nível de consciência, Avaliar pupilas, Avaliar melhor resposta motora e Outras), e Intervenções relacionadas com a Exposição do Doente Crítico (Expor o individuo e realizar Exame secundário, Avaliar dor, Avaliar glicémia capilar, Administrar drogas, Iniciar Manobras de SBV e Outras).

Após a recolha de dados o passo seguinte foi proceder à sua organização e análise. Para tal, começámos por elaborar uma base de dados informatizada, no programa Microsoft Excel 2010. Socorremo-nos também deste programa para cálculo das várias medidas de estatística descritiva.

Para a análise descritiva das variáveis calculámos as frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância, máximos e mínimos).

5.1 – PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

A investigação em Enfermagem deve respeitar os princípios éticos pelo que durante o processo de recolha de informação procurou-se adotar as atitudes e os procedimentos em rigoroso atendimento do que é ético e deontologicamente correto.

"Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite referem-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2003, p.113)".

A recolha dos dados existentes nos verbetes de socorro foi previamente solicitada ao Presidente do INEM, sendo posteriormente confirmada a autorização por *e-mail* (Anexo II). Os dados foram depois colhidos na Delegação de Coimbra, durante o mês de Janeiro de 2013.

Os princípios éticos e direitos fundamentais dos doentes atendidos por ambas as VMER foram respeitados durante todo o processo, nomeadamente: a confidencialidade dos dados e o anonimato dos indivíduos foram preservados desde a fase inicial de recolha de dados, não havendo forma de ser reconhecidos os doentes mesmo pelo investigador; e não se prevê nenhum risco para o doente com a investigação realizada, na medida em que apenas se consultaram dados existentes nos verbetes do Mobile Clinic.

6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

As VMER funcionam como verdadeiras extensões dos Serviços de Urgência Hospitalar ao local das ocorrências. Em 2012 existiam aproximadamente 42 VMER em Portugal, assim a grande maioria dos Hospitais com valência de Urgência Polivalente e Médico-Cirúrgica já possuía uma VMER, complementando desta forma a sua função no Pré-Hospitalar.

No distrito de Coimbra existiam três VMER que estão responsáveis pela prestação de socorro Pré-Hospitalar, sediadas nos 3 principais hospitais, há altura, desta região: o Hospital Universitário de Coimbra, o Centro Hospital de Coimbra e o Hospital Distrital da Figueira da Foz; assim optou-se por analisar os verbetes das saídas destas três VMER durante o mês de Julho de 2012.

Todas as tabelas e figuras apresentadas neste capítulo pretendem expor de forma sintetizada os dados recolhidos, facilitando a análise dos mesmos, sendo da autoria da própria autora.

6.1 – CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Num total de 100 ocorrências, a idade média dos indivíduos socorridos no mês de Julho situava-se nos 64,4±23,3 anos de idade, com uma mediana de 71 anos de idade e uma moda de 80 anos de idade. Na Tabela 12 apresentamos as medidas descritivas relativas à idade dos indivíduos, cujos verbetes foram analisados.

Tabela 12- Estatísticas descritivas relativas à idade dos indivíduos da amostra

IDADE	
Média	64,4
Desvio Padrão	23,3
Mediana	71
Moda	80
Máximo	97
Mínimo	1

Como podemos observar na tabela seguinte, que nos apresenta a distribuição por grupos etários, verificou-se uma predominância de indivíduos com idade superior a 80 anos (30,3%).

Os grupos que incluem indivíduos entre os 60-70 anos de idade e os 70-80 anos de idade representam uma percentagem significativa da amostra em estudo, assumindo uma percentagem de 17,2% e 20,2%, respetivamente.

Já os grupos com menos de 10 anos de idade, entre os 10 e os 20 anos de idade e os 20 e 30 anos registaram, cada um, apenas 3% das ocorrências das três VMER.

Tabela 13- Distribuição dos indivíduos da amostra por grupos etários

GRUPO ETÁRIO	Frequência	Percentagem
<10 anos	3	3,0
10-20 anos	3	3,0
20-30 anos	3	3,0
30-40 anos	7	7,1
40-50 anos	10	10,1
50-60 anos	6	6,1
60-70 anos	17	17,2
70-80 anos	20	20,2
>80 anos	31	30,3
Total	99	100,0

Neste estudo, mais de metade dos indivíduos atendidos por as VMER no mês de Julho eram do sexo feminino (Figura 7); existindo assim um ligeiro predomínio (55%) sobre o sexo masculino (45%).

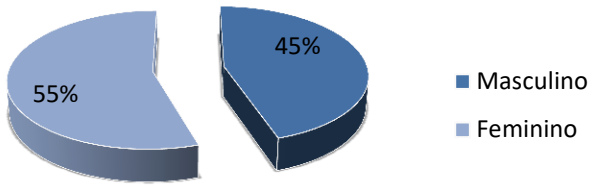

Figura 7 – Distribuição dos indivíduos da amostra por sexo

6.2 – ATIVAÇÃO DA VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

Através das informações transmitidas ao CODU sobre o evento é definido um motivo para a deslocação da VMER ao local do socorro; observando a Figura 8 percebemos que a Alteração do Estado de Consciência foi o motivo de ativação da VMER mais frequente (21%), no entanto, a Dor torácica (18%) e o Pedido de Ajuda diferenciado (17%) apresentam-se com frequências relevantes.

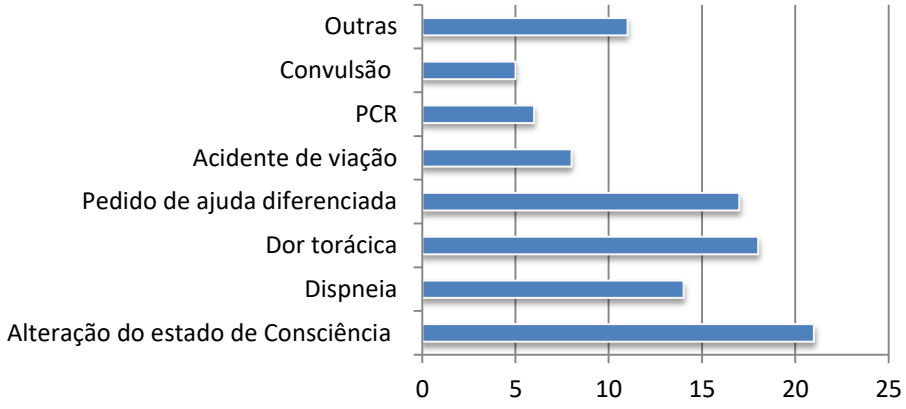

Figura 8- Motivo da deslocação da VMER

Já no local e durante o socorro à vítima é definido um diagnóstico, que serve de referência durante a atuação do Médico e do Enfermeiro; a Dispneia assume-se como o diagnóstico mais frequente (25%), contudo a Dor torácica (10%) e a Alteração do Estado de Consciência (10%) assumem grande relevância nas ocorrências estudadas, como podemos ver na Figura 9, logo seguidos da Paragem Cardio-Respiratória (PCR) (8%).

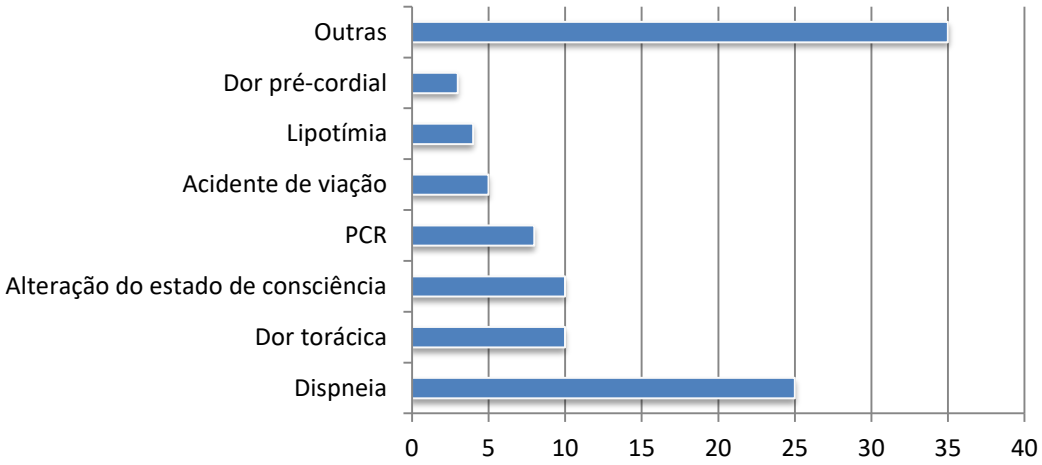

Figura 9- Diagnóstico da equipa da VMER

6.3 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM MAIS REGISTADAS

Todo o doente crítico deverá ser abordado com precaução sendo por isso submetido a uma abordagem inicial sistemática e metódica que consta de uma avaliação primária e uma abordagem secundária por segmentos, seguindo os preceitos definidos no Protocolo de Abordagem da Vítima.

Após avaliar o estado de consciência deve-se realizar a Avaliação Primária (ABCDE), e é segundo essa mesma avaliação que foram estruturados os dados recolhidos nos 100 verbetes, verificando se em cada categoria principal as intervenções esperadas foram registadas.

Via Aérea

A “avaliação da permeabilidade da Via Aérea” é a intervenção mais mencionada, da atuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar, sendo registada em 83 dos 100 verbetes analisados.

No entanto, as restantes intervenções esperadas numa primeira abordagem ao doente crítico, como por exemplo, “aspirar secreções”, aparecem registadas em menos de 20 verbetes, como podemos constatar na Tabela 14.

Tabela 14 – Registo das Intervenções relacionadas com a Via Aérea

VIA AÉREA	Registo de intervenções	Nada registado
Avaliar a permeabilidade	83	17
Procurar sinais de obstrução	17	83
Proceder à desobstrução	10	90
Aspirar secreções	14	86
Proteção cervical, em trauma	11	89
Outras	3	97

Respiração

Numa segunda fase, a “avaliação da oximetria” é a intervenção mais registada pelos Enfermeiros, estando presente em 83 verbetes (Tabela 15); havendo também o cuidado de registarem que “inspeccionaram o tórax” e que foi “administrado oxigénio” quando as saturações eram inferiores a 90%.

No entanto, poucas são as referências escritas que foi “avaliado o VOS” perante o doente crítico, existindo apenas registo em 11 verbetes.

Tabela 15 – Registo das Intervenções relacionadas com a Respiração

RESPIRAÇÃO	Registo de intervenções	Nada registado
Avaliar VOS	11	89
Inspecionar o tórax	69	31
Avaliar a oximetria	83	17
Administrar Oxigénio	44	56
Outras	2	98

Circulação

Após assegurada a Via Aérea e a Respiração, a preocupação do Enfermeiro passa pela Circulação. Em 80 dos 100 verbetes estudados a referência à "coloração da pele" do doente crítico assume-se como uma das intervenções mais frequentemente registadas pelos Enfermeiros (Tabela 16).

Também a "avaliação da tensão arterial" e "providenciar acesso venoso periférico para administração de soro" são intervenções sucessivamente referenciadas nos verbetes, existindo 79 registos e 68 registos em 100 possíveis, respectivamente.

A referenciação ao "tempo de preenchimento capilar" e á "verificação de hemorragias" é muito escassa, assumindo-se pouco destaque ao registo pormenorizado da observação do doente crítico.

Tabela 16 – Registo das Intervenções relacionadas com a Circulação

CIRCULAÇÃO	Registo de intervenções	Nada registado
Verificar hemorragias	14	86
Coloração da pele	80	20
Tempo de preenchimento capilar	2	98
Avaliar se tem pulsos distais	19	81
Avaliar tensão arterial	79	21
Providenciar acesso venoso e administrar soro	68	32
Monitorização eletrocardiográfica	39	61
Outras	9	91

Disfunção Neurológica

O nível de consciência interfere no estado respiratório assim como em todos os outros, tornando-se vital a avaliação do estado neurológico do doente crítico.

A “avaliação do nível de consciência” assume-se como uma das intervenções mais registadas na abordagem da Disfunção Neurológica, existindo 94 registos nos 100 verbetes analisados.

No entanto, a “avaliação das pupilas” também assume uma grande relevância nos registos, com 83 registos em 100 possíveis. Contudo, apenas existe o registo em 23 verbetes da melhor resposta motora do doente, conforme podemos ver na Tabela 17.

Tabela 17- Registo das Intervenções relacionadas com a Disfunção Neurológica

DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA	Registo de intervenções	Nada registado
Avaliar nível de consciência	94	6
Avaliar pupilas	83	17
Avaliar a melhor resposta motora	23	77
Outras	0	100

Exposição

Por último, mas não menos importante, devemos tentar observar o doente crítico na totalidade, Exposição. No Tabela 18 apresentamos os dados recolhidos nos verbetes.

A intervenção mais frequentemente registada é o valor da glicémia capilar, existindo o seu registo em 78 dos 100 verbetes. Existe também um número significativo de registos das drogas administradas durante o atendimento ao doente crítico.

Já intervenções como “iniciar medidas de SBV”, “avaliar dor” e “expor o indivíduo para realizar Exame Secundário” não são na maioria das vezes referenciadas pelos Enfermeiros nos seus registos.

Tabela 18- Registo das Intervenções relacionadas com a Exposição

EXPOSIÇÃO	Registo de intervenções	Nada registado
Expor o indivíduo e realizar Exame Secundário	28	72
Avaliar dor	20	80
Avaliar Glicémica capilar	78	22
Administrar drogas	62	38
Iniciar Manobras de SVB	7	93
Outras	18	82

Protocolos

É comum na emergência Pré-Hospitalar existirem protocolos, que definem um conjunto de procedimentos que deverão ser eventualmente realizados perante qualquer vítima de doença súbita ou acidente.

Num total de 100 ocorrências em mais de metade das situações foram acionados protocolos de atuação (51% dos casos), como demostra a figura seguinte:

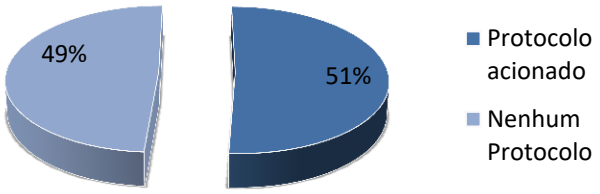

Figura 10- Acionamento de protocolos pela equipa da VMER

PARTE IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

DISCUSSÃO

Sempre com a convicção que só serão valorizados e reconhecidos os cuidados de Enfermagem se estes forem demonstrados publicamente, e numa altura em que a intervenção do Enfermeiro no Pré-Hospitalar necessita de se reafirmar, pretendemos neste capítulo dar mais um forte contributo para facilitar um caminho que se avizinha contínuo mas por vezes difícil de percorrer.

Assim, e após a exposição dos resultados obtidos em ambas as investigações, é chegado o momento de aprofundar cada uma das temáticas abordadas nos capítulos anteriores, fazendo referência à opinião de vários autores e alguns resultados de trabalhos de investigação desenvolvidos na área.

A atividade de emergência médica tem uma vasta abrangência, desde a Pré-Hospitalar aos Cuidados Intensivos, passando pela prestação de cuidados em Serviços de Urgência e nos mais diversos contextos clínicos, e pelo transporte inter-hospitalar de doentes. A articulação, integração e continuidade, aliadas a um significativo conjunto de competências comuns, são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados médicos de emergência (Despacho nº 5561/2014).

Como já referido anteriormente, o INEM dispõe de vários meios para responder a situações de emergência médica, a VMER é um deles, e foi criada com o propósito de transportar rapidamente uma equipa constituída por Médico e Enfermeiro diretamente ao local onde se encontra o doente crítico.

Desta forma, o trabalho em contexto de emergência Pré-Hospitalar exige a aplicação de um conjunto abrangente de competências, uma vez que as intervenções necessárias vão muito para além do tratamento da sintomatologia do doente crítico. Promove a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética implícita no cuidar, que valoriza a dignidade humana de quem mais precisa, não apenas de tratamento mas também de cuidados globais centrados na pessoa.

Segundo a literatura consultada, o Enfermeiro representa o profissional mais adequado para prestar cuidados em ambiente Pré-Hospitalar, uma vez que possui as características inerentes à sua formação e ao seu referencial de valores éticos e deontológicos necessários (Tavares, 2012).

Através do primeiro estudo foi possível perceber que os Enfermeiros a desenvolver funções na VMER se podem caracterizar por serem indivíduos predominantemente do sexo masculino, com uma idade igual ou inferior a 35 anos, casados. Estes dados vão de encontro aos apresentados pelo INEM (2013), no Relatório de Actividades e Contas de 2012, onde afirmam que no final de 2012, a percentagem de efetivos do sexo masculino era de 59,8%, e em que mais de metade (58%) se concentrava numa faixa etária entre os 20 e os 34 anos.

Apesar da Enfermagem ser uma profissão tradicionalmente associada ao sexo feminino, Enfermeiros homens são uma realidade cada vez mais frequente e a "exceção" constituí uma regra quando se fala no Pré-Hospitalar. Este facto pode ser explicado para uma maior apetência dos Enfermeiros para atuar neste contexto específico e tão desafiante que é o Pré-Hospitalar, não receando os riscos e as adversidades que este pode representar. Também não nos podemos esquecer que a Mulher é mais caracterizada pela emoção e neste contexto o sentido prático do Homem pode ser uma mais-valia.

Percebemos ainda, pelos dados recolhidos, que o trabalho na VMER funciona como um segundo emprego, além das habituais horas semanais de trabalho acrescentam-se horas suplementares.

Os Enfermeiros deste estudo desenvolvem funções de Enfermeiro Generalista no seu hospital, em serviços como a Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos, com uma experiência média de 15,6 anos e a trabalhar na VMER em média há 7 anos em regime efetivo. Estes dados vão de encontro à literatura consultada, vários autores, como Correia (2012), e a própria legislação de Enfermagem - Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros (2012) e Relatório de Integração VMER e SIV 2014 do INEM (2015), afirmam como uma mais-valia os Enfermeiros que prestam cuidados na VMER desenvolvam a sua atividade profissional também em contexto intra-hospitalar em serviços como os anteriormente citados, na medida em que, e segundo o Despacho nº14898/2011 do Ministério da Saúde:

> 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 dos Serviços de Urgência como no Pré-Hospitalar, entende-se que os profissionais de saúde dos meios INEM, 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 urgentes. (p.43564)

Também no Despacho nº10319/2014, o Ministério da Saúde reforça a ideia da crescente procura da integração dos sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, num Sistema de Urgência único e integrado, o SIEM, privilegiando o uso das infraestruturas existentes e dos centros de qualidade já constituídos.

Espera-se que exista ainda, desta forma, a preocupação por parte do Enfermeiro no desenvolvimento de competências específicas. Martins (2009), afirma que é exigido ao Enfermeiro "competência científica e técnica, saber e saber fazer, agilidade mental e treino constante". A realçar que os Enfermeiros do primeiro estudo referiram ter frequentado formações específicas na área do Pré-Hospitalar nos últimos 2 anos. Justificando-se este facto com a preocupação do Enfermeiro em desenvolver posteriormente à sua formação base competências específicas relacionadas com a área de saúde em que prestam cuidados, o Pré-Hospitalar.

Os restantes dados do primeiro estudo serão discutidos à frente, de forma a uma melhor confrontação com os do segundo estudo.

No Pré-Hospitalar e na emergência médica existem competências gerais e específicas para intervir de forma efectiva em situações de doença aguda e trauma, isto porque cada segundo conta, e a atenção do Enfermeiro deve abranger dos aspetos técnicos mais simples até aos aspetos mais complexos.

Logo que a chamada é encaminhada para os CODU do INEM, compete-lhes atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de identificar e accionar os recursos necessários e adequados a cada situação.

O INEM atendeu, durante o ano de 2012, 1.150.107 chamadas de emergência, o que

representa uma média diária de 3.142 chamadas. Só no CODU da região Centro foram atendidas 310.737 chamadas, o que perfaz uma média de 851 chamadas diárias. (INEM, 2013).

Atendendo a estes dados, importa compreender que 80% das chamadas a nível nacional foram tríadas pelo CODU com o envio de meios de emergência para o local da ocorrência, registando-se assim em 2012, 924.746 acionamentos dos diversos meios do INEM (Idem).

A VMER representa um dos meios de emergência médica do INEM, que tem por objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização Pré-Hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos e vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência (INEM, 2015).

No ano de 2012 a VMER foi accionada 84.232 vezes, em média as 42 VMER´s tiveram 231 ocorrências por dia, assim cada VMER foi ativada em média 5,5 vezes por dia.

O segundo estudo tinha por objetivo identificar quais as intervenções mais registadas pelos Enfermeiros no Pré-Hospitalar. Após a escolha do mês (julho) optou-se por estudar todos os verbetes das três VMER's da região Centro, desde que bem preenchidos.

Apesar de em média por mês cada VMER ter tido 171 ativações, o que pressupõe que as três VMER's da região centro teriam sido activadas 513 vezes no mês de julho, apenas disponha em suporte informático 234 registos de ocorrências, facto este explicado pela transição do formato em papel para o formato digital do verbete nesse mesmo ano, não havendo por isso registo digital de todas as ocorrências.

Segundo os dados recolhidos, a média de idade dos indivíduos socorridos situava-se nos 64,4 anos; contudo a faixa etária com maior predominância é o grupo de indivíduos com mais de 80 anos. A média de idades dos indivíduos socorridos vai de encontro a outros estudos realizados em âmbito Pré-Hospitalar, como é o caso dos estudos realizados por Simões (2012), em que média de idades do primeiro estudo era de 57,20 anos e 66,92 anos do segundo estudo.

Dados que são justificados pelas estatísticas apresentadas pela Direção-Geral de Saúde (DGS) em 2012, em que os idosos apresentam um índice de maior dependência e consequentes cormobilidades relativamente aos restantes grupos etários (30,0%).

Quanto ao sexo, a amostra do segundo estudo foi constituída por 55% de indivíduos do sexo feminino e 45% de indivíduos do sexo masculino. Este facto pode ser inicialmente explicado, e segundo dados da DGS (2012), pelo maior número de mulheres em Portugal, relativamente aos homens e por estas viverem ligeiramente mais tempo. No grupo com mais de 80 anos em 2012, residiam em Portugal 361408 mulheres e apenas 127768 homens.

Desta forma podemos afirmar que a caracterização da amostra obtida é representativa. Mas não só o aumento da esperança média de vida condicionou o tipo de atendimento do Pré-Hospitalar. As condições sociais atuais, em resultado da concentração populacional e do grande desenvolvimento tecnológico, promoveram também o aumento do número de acidentes e doenças súbitas.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) reconhece a necessidade de melhorar o atendimento no Pré-Hospitalar uma vez que se verificou uma alteração no perfil dos utilizadores dos Serviços de Urgência Hospitalar e Pré-Hospitalar, que acompanha a clara tendência de envelhecimento da população.

A atual preocupação do Ministério da Saúde (Despacho nº10319/2014) em garantir o encaminhamento mais célere de doentes graves ou específicos para o local capaz do seu tratamento definitivo, através do envio de um meio de transporte Pré-Hospitalar mais adequado, valoriza a presença da VMER no local da ocorrência pois ela pode condicionar o sucesso deste objectivo.

Importa realçar que desde 2011, com a integração das VMER's nos Serviços de Urgência, tem-se verificado uma evolução muito significativa na operacionalidade deste meio.

No segundo estudo conseguimos perceber que a VMER se deslocou a maioria das vezes (21%) por alterações do estado consciência. Sara Torres (2014) refere no seu Relatório de Estágio também a alteração do estado de consciência como o motivo que mais vezes levou à ativação dos diferentes meios de emergência médica. Outros motivos de ativação citados no relatório são a dispneia, queda e acidente de viação. No caso do nosso estudo, a dor torácica e o pedido de ajuda diferenciado apresentam frequências mais relevantes.

Na Dissertação de Mestrado de Simões (2012), apesar de mais direccionada para outro meio de emergência médica, a SIV, percebe-se que a maioria das activações estavam relacionadas com doença súbita (78,1% dos indivíduos do seu estudo).

Aquando a chegada ao local da ocorrência, a equipa de emergência médica, definem um diagnóstico que os orienta na sua ação e possibilita adoção ou não de protocolos pré--estabelecidos pelo INEM.

Através da análise dos verbetes do segundo estudo, foi possível perceber que em 25% das ocorrências foi definido como diagnóstico a dispneia, mas a alteração do estado de consciência e a dor torácica representaram 10% das ativações cada uma, respectivamente. Já a PCR foi verificada em 8% das ocorrências.

Perante os dados apresentados podemos afirmar que só a intervenção de uma equipa diferenciada pode fazer a diferença neste contexto tão complexo como a emergência Pré-Hospitalar. Neste sentido, o Conselho Europeu de Ressuscitação identificou cinco circunstâncias de socorro essencial em que os meios de emergência Pré-Hospitalar podem desempenhar um papel crucial: PCR, Dispneia severa, Trauma grave, Dor torácica incluindo o síndrome coronário agudo e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

As características comuns a este conjunto de situações são a necessidade de uma rápida avaliação, início do tratamento e dos cuidados se possível ainda no local da ocorrência, procedendo ao transporte para um local de tratamento definido. Estas cinco prioridades correspondem às Vias Verdes instituídas em Portugal, que segundo refere a Ordem dos Enfermeiros no Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar (2012):

> A criação do conceito "Via Verde" assiste-se hoje uma maior celeridade por parte do cidadão no acesso de cuidados de saúde específicos, traduzido um ganho de eficiência do sistema, mas também, e fundamentalmente, traduzidos por melhoria dos indicadores e ganhos em saúde para a população. (p.7)

Contudo, esta celeridade que se fala está também relacionada com o nível de comunicação. Mais uma vez a Ordem dos Enfermeiros justifica a importância da presença de um profissional de saúde qualificado na prestação de cuidados ao doente crítico, na medida em que este é quem utiliza uma linguagem única e que visa a continuidade dos cuidados, antecipando assim sempre que possível o início do

tratamento desejável para a situação.

A abordagem inicial do doente crítico segue sempre a mesma ordem, obedecendo a uma sequência específica de ações, sendo essa ordem estabelecida pela importância das mesmas na manutenção ou correção das funções vitais (Verão, 2013). Trata-se da sequência conhecida por ABCDE do exame primário (A- Via área, B- Respiração, C- Circulação, D- Disfunção Neurológica e E- Exposição). Importa não esquecer que antes desta sequência, devem ser verificadas as condições segurança, seguindo-se só depois a abordagem ao doente crítico.

Os Enfermeiros questionados no primeiro estudo assumem a avaliação da resposta ao toque e à voz como prioritária e importante na sua atuação no Pré-Hospitalar, após a avaliação das condições de segurança. Dados estes que nos permite perceber que a intervenção do Enfermeiro vai de encontro ao que é defendido na literatura existente.

A intervenção na **Via Aérea** tem como principal objetivo manter a sua permeabilidade prevenindo a queda da língua e a sua obstrução por corpos estranhos (fluídos ou objetos). Importa reforçar, que ao intervir na VA numa fase tão precoce a vítima poderá estar consciente mas a situação poderá agravar se a intervenção não for efetuada.

No primeiro estudo, os Enfermeiros responderam que consideravam como prioritária e importante a "avaliação da permeabilidade da VA", logo seguida de intervenções como "procurar sinais de obstrução" e "proceder à sua desobstrução". Em concordância com a opinião dos Enfermeiros, a análise dos verbetes revela que a avaliação da permeabilidade da VA é a intervenção que se encontra mais vezes registada durante a sua atuação no Pré-Hospitalar. Existe ainda referência a manobras para permeabilizar a Via Aérea sem recurso a adjuvantes, como a aspiração de secreções.

Os dados do nosso segundo estudo vão de encontro aos dados apresentados por Simões (2012), em que a intervenção na Via Aérea foi necessária em 13,73% das vítimas socorridas. O número reduzido de registos nos verbetes do nosso estudo pode ser assim explicado pela não necessidade de intervenção após a avaliação da permeabilidade da VA.

Contudo, os registos dos verbetes nesta área específica não são muito descritivos, de futuro era útil as equipas no Pré-Hospitalar registarem dados mais pormenorizados para perceber qual a real intervenção do Enfermeiro neste contexto.

Apesar deste facto, os dados apontam para "ganhos em saúde" assinaláveis, que justificam a intervenção de uma equipa especializada perante o doente crítico na medida em que a não permeabilização da VA pode resultar em complicações para o doente crítico e, posteriormente, em consequências muitas das vezes irreversíveis. As complicações detetadas podem muitas vezes ser revertidas através de técnicas simples prevenindo o agravamento das mesmas, justificando-se assim uma intervenção mais diferenciada neste contexto.

A **Respiração** é o processo de difusão de moléculas através de membranas permeáveis em que, na presença de oxigénio, as células libertam através de reações metabólicas, o dióxido de carbono.

No segundo passo da sequência ABCDE verifica-se se o doente crítico está a respirar. A melhor forma de o fazer é através do "ver, ouvir e sentir", percebendo se existe movimento do tórax, ouvir a respiração e sentir na face de quem avalia, se existe ar a sair pela boca.

"Avaliar o VOS" representa a intervenção com maior prioridade (média de respostas de 7,6) para os Enfermeiros que responderam ao questionário, apesar de lhe atribuir uma importância significativa na sequência de atendimento (média de respostas de 8,3) é das intervenções menos registadas nos verbetes analisados no segundo estudo, com apenas 11 registos em 100 possíveis.

A intervenção "inspecionar o tórax" implica procurar alterações da expansão, palpar cuidadosamente para identificar zonas dolorosas, auscultar para avaliar a presença e características dos ruídos respiratórios e percutir para identificar eventuais áreas de timpanismo ou macicez. Apresenta-se como uma das intervenções mais valorizadas pelos Enfermeiros que constituem a amostra do nosso primeiro estudo, contudo não existe qualquer referência quando se avaliaram os verbetes no segundo estudo.

Já a "avaliação da oximetria" é a intervenção mais vezes registada, com 83 registos, apesar de assumir prioridades e importâncias diferentes para os 22 Enfermeiros do primeiro estudo. A oximetria de pulso, apesar das suas pequenas limitações, é hoje reconhecida como um meio extremamente valioso e insubstituível para assistir os intervenientes no socorro Pré -Hospitalar, no sentido de prevenir hipóxias não detetadas ao olho humano e suplementos desnecessários ou excessivos de oxigénio em indivíduos com níveis de oxigénio adequado. Já para não falar na excelente relação custo-benefício

pela monitorização contínua do ajuste de oxigénio fornecido.

No trabalho de Simões (2012) 32,70% dos indivíduos apresentavam comprometimento do padrão respiratório, com necessidade de fornecer oxigénio a mais de metade desses indivíduos. Através do nosso segundo estudo apercebemo-nos que em 44 episódios foi administrado oxigénio, apesar de desconhecermos a quantidade fornecida e a evolução da sua administração, conseguimos perceber que existiu a preocupação inicial de avaliar a oximetria e administrar oxigénio nos casos que assim o justificavam.

Ainda segundo o mesmo autor, que cita o estudo de Taylor, Bernard, Masci, MacBean e Kennedy (2008), comprovou-se a implementação da ventilação não-invasiva no Pré--Hospitalar como uma mais valia. Contudo ainda não existem estudos realizados no nosso contexto que o comprovem, quer por falta de dados possíveis de estudar quer por falta de perceber a relação custo-benefício na sua implementação.

Alves (2014) apresenta uma revisão sistemática da literatura onde reforça a ideia que se antes a ventilação não-invasiva era uma técnica adjuvante no tratamento da síndrome obstrutiva da apneia do sono, nos dias de hoje além de ser utilizada na insuficiência respiratória crónica agudizada, é também frequente a sua utilização em situações de patologia aguda. Trata-se de uma ventilação segura e eficaz, mais cómoda para o doente e que pode ser instituída de forma intermitente, apontando ganhos em saúde quando comparada com uma ventilação invasiva, pela minimização de complicações inerentes a esta última.

Segundo Gomez e Vales (2012) citados por Alves (2014), o êxito da ventilação não--invasiva reside no conhecimento da técnica por parte dos profissionais de saúde, bem como motivação e adequada formação para a aplicação da mesma. Desta forma, a ativação da VMER em situações relacionadas com alteração do padrão respiratório faz toda a diferença na medida em que só uma equipa diferenciada, como a que a constitui, possui os conhecimentos para poder proporcionar esta intervenção ao doente crítico. No entanto, a presença de Médico e a situação crítica dos doentes, leva sobretudo à opção pela ventilação invasiva sempre que necessário.

A **Circulação** é o processo de perfusão que permite o fornecimento adequado de oxigénio e substrato às células. A circulação quando não efetuada de forma adequada, inibe a respiração e a alimentação das células, o que afeta os tecidos, órgãos e consequentemente todo organismo.

Uma das intervenções com maior prioridade e importância para os Enfermeiros que desenvolvem a sua atividade no Pré-Hospitalar está relacionada com a "identificação de hemorragias externas", controlando-as através de compressão externa. No entanto, ao analisarmos os verbetes do segundo estudo percebemos que só existem 14 registos em que o Enfermeiro faz referência a esta intervenção.

Os nossos dados vão de encontro aos apresentados por Simões (2012), que refere que "as hemorragias foram alvo de intervenção da equipa SIV em 2,99% dos indivíduos da amostra" (p.127), logo depreendemos que existe um número reduzido de situações no Pré-Hospitalar em que se verificam hemorragias externas.

Outro aspecto importante durante a atuação no Pré-Hospitalar na avaliação da circulação prende-se com a "avaliação da coloração da pele" e do "preenchimento capilar", despistando hemorragias internas ou ocultas. Segundo Verão (2013) na sua tese sobre a Abordagem à vítima de trauma na fase Pré-Hospitalar: "as hemorragias são a segunda causa de morte imediata e precoce nas vítimas trauma (cerca de 30 a 40%), sendo que 33% a 56% destas mortes ocorrem durante o socorro Pré-Hospitalar" (p.24).

Tendo por base estes dados, é compreensível que os Enfermeiros questionados considerem estas intervenções como prioritárias e importantes na sua atuação em contexto Pré-Hospitalar, com médias de resposta superiores a 6,5. Já nos verbetes do segundo estudo, 80% dos casos, existe referência à coloração da pele; no entanto, em apenas 2% existe referência ao tempo de preenchimento capilar.

Uma das explicações para a existência apenas de 2 registos do tempo de preenchimento capilar deverá estar relacionado com a técnica de execução. A avaliação implica que se eleve o membro superior do doente crítico acima do nível do coração, e aplicar uma pressão firme à falange distal do dedo indicador do doente crítico durante 5 segundos, contando-se o tempo até que a reperfusão do dedo seja completa (Matsuno, 2012). Apesar de simples, é uma técnica que implica a mobilização do doente crítico, que nem sempre é possível, além de acarretar mais uns segundos a obter dados que podem ser adquiridos de forma mais rápida.

Matsuno (2012) relembra que as causas do aumento do tempo de preenchimento capilar incluem desidratação, choque e hipotermia, situações estas que também podem ser despistadas avaliando a pele, através da sua cor, textura e temperatura. Logo, o cuidado em existir o registo da coloração da pele na maioria dos verbetes analisados,

percebendo-se o cuidado em despistar possíveis complicações da perfusão periférica ou mesmo da função circulatória.

Importa não esquecer que apesar do controlo de uma hemorragia ser intuitivo, pode apresentar desvantagens. O profissional ao preocupar-se em corrigir essa situação inicialmente descura as duas ações que antecedem a verificação da Circulação, podendo originar complicações na Via Aérea e Respiração, deteriorando o estado do doente crítico (Verão, 2013).

Para perceber se o seu débito cardíaco se encontra comprometido é importante avaliar também a tensão arterial e se tem pulsos distais. A "avaliação da tensão arterial" encontra--se em 79% dos verbetes analisados, demonstrando assim a preocupação em avaliar a estabilidade hemodinâmica do doente crítico; contudo os 22 enfermeiros questionados referem que se trata de uma intervenção com uma menor importância na sua atuação (média de respostas de 6,5), apesar de considerarem como prioritária (média de respostas de 7,1). Facto que pode ser explicado pela maioria das vezes já estarem presente no local outros elementos do Pré-Hospitalar, como Bombeiros ou TAE, que já avaliaram parâmetros.

Já o registo da "avaliação da presença de pulsos distais" apenas aparece em 19% dos registos possíveis. Mais uma vez e seguindo o mesmo raciocínio anterior, supõe-se que só houve registo desta intervenção quando o pulso se encontrava arrítmico; já que os Enfermeiros questionados referem esta intervenção como importante na sua atuação (média de respostas de 7,6). Baseando-nos no estudo de Simões (2012), o pulso encontrava-se arrítmico em 13,43% e rítmico em 77,31% dos indivíduos socorridos em ambiente Pré-Hospitalar.

Sabemos que perante um doente crítico, com sinais de compromisso da função respiratória ou qualquer alteração na avaliação da circulação, impõe-se como condição a monitorização eletrocardiografica. Apesar dos Enfermeiros a desenvolver funções na VMER que responderam ao questionário considerarem como uma intervenção importante perante o doente crítico, com uma média de resposta 7,2, não se assume como intervenção prioritária; explicando assim o facto de existirem apenas 39 registos desta intervenção nos verbetes analisados. Contudo, não nos podemos esquecer que a monitorização eletrocardiografica está subentendida durante o atendimento ao doente crítico em contexto Pré-Hospitalar.

A terceira intervenção mais registada no segundo estudo é "providenciar acesso venoso e administrar soro", presente em 68% dos verbetes analisados; apesar de ser uma das intervenções com menor prioridade e importância para os Enfermeiros do primeiro estudo. Esta disparidade de resultados pode ser explicada pela existência de protocolos que indicam que deve ser colocado acesso venoso periférico sempre que existe compromisso do ABCD, assumindo que a referência à ativação de um protocolo subentende a execução das intervenções nele mencionadas, negligenciando assim o registo das mesmas, tal como descrito no estudo de Simões (2012).

Importa realçar que os dados anteriormente descritos vão de encontro a valorização de sinais e sintomas do doente crítico, não em detrimento da monitorização hemodinâmica mas sim como complemento da mesma, justificando-se assim a relevância da presença do Enfermeiro Pré-Hospitalar.

A **Disfunção Neurológica** é avaliada após estar assegurado o ABC, através de uma rápida avaliação: do nível da consciência, das pupilas e da resposta motora e sensitiva. As alterações no estado de consciência do doente crítico podem ser reveladoras do decréscimo de perfusão ou oxigenação cerebral pelo que se deve imediatamente reavaliar o ABC e só depois de excluir qualquer compromisso relacionado com a VA, Respiração e Circulação é que se deve procurar outras causas. Os défices sensoriais, psicomotores e de comunicação quando apresentados pelo doente crítico são reveladores de um compromisso neurológico.

Quanto aos registos efectuados nos verbetes do INEM, em 94% deles existia registo do nível de consciência do doente crítico, de acordo com a Escala de Coma de Glasgow (ECG), apresentando-se esta intervenção como a mais importante durante a atuação no Pré-Hospitalar dos Enfermeiros do primeiro estudo.

Segundo o estudo apresentado por Simões (2012), 17% dos indivíduos socorridos apresentavam pelo menos um dos parâmetros da ECG alterado, tendo melhorado com as intervenções efectuadas em 3% dos casos. Estes dados vão de encontro ao que é esperado na literatura, na medida em que se preconiza a avaliação do estado de consciência mas também a sua monitorização constante. Espera-se ainda que em doentes com valores da ECG inferiores ou iguais a 8, ou com uma descida de 3 valores, seja protegida a Via Aérea pelo risco de vida que correm.

A "avaliação das pupilas" é importante para saber se existe ou não lesão cerebral,

havendo o cuidado do registo em 83% dos verbetes analisados, já os doentes que se encontrem colaborantes deverá ser pesquisado se existem alterações da resposta motora nos primeiros grupos músculo-esquelético. Neste último caso, apenas se verificaram 23% de registos, pelo que se depreende que nos restantes casos esta pesquisa não era possível.

As intervenções relacionadas com a avaliação da Disfunção Neurológica assumem prioridades e importâncias semelhantes no entender dos 22 Enfermeiros questionados, uma vez que todas as intervenções se assumem como fundamentais para compreender se existe, ou não alguma alteração neurológica.

Perante estes dados, importa ressaltar que só um "olhar" diferenciado pode perceber com maior clareza os motivos que comprometem o status neurológico do doente crítico, justificando assim a presença da VMER nestas situações.

A **Exposição** compreende o último momento na sequência da avaliação primária do doente crítico, que consiste na exposição da vítima para facilitar a observação, garantindo sempre a sua privacidade e o controlo da temperatura.

Neste momento e segundo a opinião dos Enfermeiros que responderam ao questionário, é prioritário "iniciar manobras de SBV" quando a situação assim o exige, havendo registo de 7 ocorrências nos verbetes analisados. É consensual na literatura a importância de iniciar manobras de SBV o mais precocemente possível, segundo INEM (2011), devendo estas ser imediatas e eficientes.

> (…)Uma vez que após o primeiro minuto as hipóteses de sobrevivência caem para 98%, diminuindo drasticamente para 11% após seis minutos. A carência de sangue oxigenado nas células cerebrais por um período de tempo superior a quatro a seis minutos traduzir-se-à em lesões cerebrais potencialmente irreversíveis. (p.5)

No estudo de Pinto (2013), Coimbra apresenta-se como o terceiro distrito com maior prevalência de situações de PCR (19,6%).

A "avaliação da dor" assume prioridade e importância significativas na atuação perante o doente crítico para 22 Enfermeiros. A Ordem dos Enfermeiros (2008) lembra que uma boa prática de Enfermagem requer a avaliação da dor como quinto sinal vital, além do

que a dor é reconhecida como um dos problemas mais frequentes em situações de emergência/urgência representando um dos primeiros sinais de alerta, em muitos processos patológicos.

Ferreira (2013) reforça na sua Tese de Mestrado sobre a Prevalência da Dor em Emergência Pré-Hospitalar, que a literatura existente sobre a abordagem da dor em situações de emergência sugere que existe uma subvalorização da dor por quem presta cuidados de emergência médica (Pré-Hospitalares ou Hospitalares). Apesar de algumas mudanças positivas continua a ser uma das principais causas para a "oligoanalgesia". Mesmo a tentativa de relacionar a intensidade da dor com alterações objectivas de frequência cardíaca, da frequência respiratória ou dos valores da tensão arterial tem fracassado pela impossibilidade de determinar, para cada indivíduo, o peso da contribuição de outros factores, muito frequentes em situações que cursam com dor (por exemplo, a ansiedade ou lesões com compromisso respiratório e circulatório) e que também alteram aquelas variáveis.

Contudo, e apesar dos dados resultantes do primeiro estudo, só existem 20 registos nos verbetes do INEM referentes à avaliação da dor no doente crítico. No estudo apresentado por Simões (2012), a dor foi avaliada em 38,81% dos indivíduos socorridos sendo que 24,18% referiram dor.

A "avaliação da glicémia capilar" e a "administração de drogas" são as intervenções mais registadas nos verbetes analisados no segundo estudo, correspondendo a intervenções com uma prioridade e importância consideráveis para os Enfermeiros do primeiro estudo, com média de respostas entre os 6,1 e 7,1.

É importante relembrar que atendendo às características dos doentes atendidos no Pré--Hospitalar, apesar da administração de drogas a maioria das vezes encontrar-se aliada à recuperação da saúde, essa administração exige um cuidado intensivo e requer conhecimentos específicos e especializados, pois qualquer falha durante esta actividade pode trazer consequências, tais como reacções adversas, reacções alérgicas e erros de medicação, as quais podem ser irreversíveis e devastadoras. Exigindo por isso um profissional com as competências necessárias, capaz de fazer e mais importante, saber fazer.

Relembramos que no Decreto-Lei nº161/96, o REPE, refere que os Enfermeiros:

> Procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais. (número 4. Art.9).

Por último, com a menor prioridade e importância para os Enfermeiros que constituem a amostra, a intervenção "expor o individuo e realizar o exame secundário" havendo apenas registo em 28 verbetes; no entanto, é importante relembrar que é nesta fase, após a exposição do doente crítico, que se devem estabelecer novas prioridades de acordo com a avaliação efectuada, como realçam alguns Enfermeiros no primeiro estudo.

Pelo exposto, podemos concluir que o recurso a meios humanos diferenciados, como é o caso dos Enfermeiros, com mais competências e mais qualificações, designadamente em contexto Pré-Hospitalar, é uma mais-valia e garante uma prestação de cuidados de saúde de maior qualidade.

Estudos realizados no âmbito do Pré-Hospitalar assumem que as diferenças encontradas devem-se em grande medida à capacidade e competências da equipa que atua para a utilização e implementação de recursos limitados num meio menos diferenciado.

Segundo Tavares (2012) o constante empenho dos Enfermeiros no Pré-Hospitalar possibilita a diferenciação de cuidados da rede de socorro Pré-Hospitalar do SIEM, todavia a falta de reconhecimento da sua importância resulta num desaproveitamento das suas competências e aptidões no uso mais racional das capacidades e recursos do sistema de saúde.

O conceito de Urgência e Emergência implica que uma situação crítica pode ser definida, de modo abrangente, como aquela em que o indivíduo entra num desequilíbrio homeostático por enfrentar obstáculos que se antepõem aos seus objectivos de vida. Torna-se pois um desafio para a Enfermagem a construção do seu fazer considerando as dimensões do ser cuidado e do ser cuidador. Essas dimensões devem ser claras para que se possa efectuar um cuidado humanizado, cuidado este, que se desenvolve no encontro com o outro (Campos *et al*., 2013).

Contudo um cuidado humanizado nem sempre é fácil de conseguir em contexto Pré--Hospitalar, na medida em que muitas das vezes a equipa presente na atuação está

direccionada para padrões de conhecimentos técnico-científicos, que frequentemente culminam em uma visão fragmentada do doente durante o atendimento inicial, com a supervalorização das técnicas em detrimento das questões relacionais.

Vários são os autores que referem a importância da ação centrada em competências como forma de contributo para a excelência do exercício profissional.

O Enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, e como responsável pela humanização dos cuidados de Enfermagem, assume o dever de, segundo a Lei nº156/2015:

> **a)** Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.
>
> **b)** Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa." (p.8080)

Através do primeiro estudo conseguimos perceber que a intervenção prioritária e mais importante é "esclarecer o doente". Intervenções como "apresentar-se" e "dar oportunidade ao doente para queixas subjectivas" apresentam logo de seguida as médias de resposta mais significativas.

Estes dados vão de encontro ao que é defendido na literatura, na medida que Martins (2009) afirma que só dedicando tempo ao doente e investindo na relação, permitiremos que se manifestem as suas características pessoais, através das quais será possível planear uma estratégia de intervenção mais adequada e verdadeiramente centrada no doente.

> Uma atitude positiva face ao outro vai influenciar a relação que se estabelece, aumentando a sua duração, diminuindo a velocidade do discurso do profissional e disponibilizando mais tempo ao doente para que este se exprimir e deixando ambos os intervenientes da relação mais satisfeitos. Resultado final: tomadas de decisão mais compartilhadas, maior satisfação do doente pelos cuidados recebidos e maior apetência do doente para transmitir referências positivas daquele profissional e daquela instituição a outros. (p.183)

No estudo de Tavares (2012, p.197) o domínio ético surge para justificar o zelo dos Enfermeiros pelos "princípios éticos ligados à dignidade humana". A autora afirma que existe o cuidado por parte dos Enfermeiros que prestam cuidados em ambiente Pré-Hospitalar em "guiar a pessoa através dos cuidados", cuidando do dever de informar para promover a autonomia, o conforto e o bem-estar da pessoa e da família.

Segundo a legislação em vigor, Lei nº156/2015, Artigo 105º, o Enfermeiro assume o dever de:

> **a)** Informar o indíviduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
>
> **b)** Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
>
> **c)** Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem;
>
> **d)** Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como na maneira de os obter. (p.8103)

Pela variada literatura consultada é perceptível que a intervenção da Enfermagem no Pré-Hospitalar se caracterize desde o primeiro contacto com o doente crítico, por procurar atuar tendo em consideração as respostas humanas de saúde e doença, promovendo a confiança através da explicitação dos processos de transição saúde/doença e incentivando a capacidade de se adaptar à mudança a fim de maximizar a sua independência durante a curta duração do socorro.

Simões (2012) reforça que este tipo de dados permite compreender os benefícios da comunicação e da relação de ajuda, que se estabelece com o doente crítico e com a sua família. Segundo os Enfermeiros que responderam ao questionário, assumem a "relação de ajuda" como prioritária (média de 7,3) e ainda como mais importante (média de 7,7) durante a sua atuação no Pré-Hospitalar.

Não nos podemos esquecer que a maioria das vezes, familiares assistem em desespero a decisões e manobras assustadoras, mas vitalmente essenciais. Assim, a equipa de emergência deve assumir a responsabilidade do saber científico, da necessidade da

acção e do compromisso com a vida em favor do bem-estar do doente crítico. Contudo, e após os momentos mais críticos, deve fornecer aos familiares todas as informações necessárias com veracidade (Rebelo *et al.*, 2013).

No estudo realizado por Sá, Botelho e Henriques (2015) é referenciada a dificuldade que os Enfermeiros experienciam ao cuidar da família da pessoa em situação crítica. Dificuldades associadas à falta de tempo, à ausência de recursos, ao receio de aproximação emocional, à priorização constante dos cuidados ao doente crítico, à reduzida formação, aos conflitos intrapessoais e ao desconhecimento das necessidades da família.

Reconhecem ainda como principais estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para cuidar da família do doente crítico a promoção da sua presença junto do doente, o apoio em situações de luto, a comunicação eficaz de informações sobre o estado do seu ente querido e a promoção do seu envolvimento na participação dos cuidados do doente (*Idem*).

Assim, intervenções como "apresentar-se ao acompanhante", "apoiar e esclarecer o acompanhante", apesar de nem sempre serem uma prioridade na atuação dos 22 Enfermeiros do primeiro estudo (média de respostas entre 5,8-6,5) assumem que são importantes durante o atendimento do doente crítico (média de respostas entre 6,4-7).

Campos *et al.* (2013) na revisão bibliográfica realizada sobre o "Enfermeiro como Articulador do Cuidado Humanizado no Atendimento às Urgências e Emergências", reforçam a ideia que é importante que o Enfermeiro neste contexto perceba que a humanização do cuidado ao doente crítico, implica dar atenção à família quando esta está presente, na medida em que a família transmite confiança ao doente e promove o seu processo de recuperação.

Outro aspecto importante no reconhecimento da Enfermagem é a elaboração de Registos, segundo Figueiroa-Rego (2003):

> A acção ou acto de colocar por escrito factos relativos à pessoa que requer cuidados de Enfermagem (…), que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não só dados observados e interpretados (Diagnósticos de Enfermagem) mas também as intervenções (…) e resultados da acção de Enfermagem. (p.39)

Estes registos devem ser objectivos, exatos, complexos, concisos, actualizados e organizados (Potter & Perry, 2006) só assim podem ser considerados para aumentar a visibilidade dos cuidados de Enfermagem. Desta forma, a elaboração de registos no Pré-Hospitalar assume uma grande importância.

Desde 2013 o INEM tem apostado na implementação de sistemas de apoio à navegação e registo clínico electrónico (Mobile Clinic) num maior número de viaturas, com todas as vantagens destas aplicações em termos de eficácia, rapidez, controlo clínico, integração de informação e qualidade dos cuidados (INEM, 2012).

Quando questionámos os Enfermeiros, percebeu-se que todos os itens apresentados se assumem como relevantes na elaboração de registos neste contexto, apesar de depois se perceber na avaliação dos verbetes presentes no Mobile Clinic, que estes são na maioria das vezes escassos. A recolha por escrito de toda a informação colhida e avaliada do doente crítico, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar, torna-se fundamental no momento da passagem do doente crítico na unidade que o recebe pois, além de garantir a continuidade dos cuidados, garante a proteção de responsabilidade civil e profissional e ainda se apresenta como uma estratégia favorecedora da visibilidade do trabalho desenvolvido pelo Enfermeiro no Pré-Hospitalar.

Atualmente esse registo é realizado nos verbetes do INEM, contudo os vários intervenientes no socorro Pré-Hospitalar consideram o modelo existente como desactualizado. Reconhecem erros técnicos e que só permite uma avaliação dos parâmetros vitais, não existindo espaço para registar a informação adicional.

Tavares (2012) faz também referência à ausência do registo sistemático das intervenções de Enfermagem como um grande obstáculo à afirmação profissional. Os entrevistados do seu estudo referem que os registos dos Enfermeiros neste contexto profissional não refletem de forma objetiva a grande maioria das intervenções de Enfermagem e resumem-se a pouco mais que a avaliação de parâmetros vitais e sinais e sintomas. Desta forma verifica-se uma substancial perda de informação, que além de impossibilitar a realização de investigação sobre a actuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar, pode condicionar questões relativas à continuidade dos cuidados.

Apesar de não existir a evidência real nos registos da Intervenção do Enfermeiro em ambiente Pré-Hospitalar, assim como exposto anteriormente, podemos afirmar que só um cuidado diferenciado e um acompanhamento qualificado permitem uma elevada

qualidade de cuidados ao doente crítico em todas as fases do atendimento em contexto Pré-Hospitalar.

CONCLUSÃO

Chega-se ao fim deste percurso marcado por pessoas, ações e principalmente desejos, que tornaram esta caminhada mais fácil apesar das dificuldades. Assumo que devido a circunstâncias do "destino" e tendo a oportunidade de consolidar o percurso profissional, o percurso académico foi ficando parado… Percorrer os dois caminhos, lado-a-lado, e com "passos seguros" tornou-se difícil para uma recém-licenciada com imensa vontade de crescer!

Não foi fácil assumir que a dificuldade, por vezes a impossibilidade de manter a rota traçada, apesar de todos os incentivos e apoio, que não existia a disponibilidade para uma dedicação à investigação ao mesmo tempo que se iniciaram alguns desafios profissionais. Mesmo assim, e apesar de um longo período de ausência desistir nunca esteve em mente.

A sociedade atual cada vez mais exigente, caracteriza-se pela constante procura de conhecimento que leva à modificação ou à alteração de procedimentos já antes conhecidos, criando-se novos conhecimentos ou atualizando os já existentes. Esta constante renovação só é possível através das evidências provenientes da investigação.

Desta forma, qualquer profissão, que também pretenda ser também disciplina e ciência, para se afirmar e obter o reconhecimento social merecido, precisa de crescer baseada na evidência científica.

Embora os Enfermeiros exerçam a sua atividade no Pré-Hospitalar em Portugal há mais de 20 anos, o primeiro reconhecimento data de 2007 num Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros. No entanto, só em 2009 com o Decreto-lei nº248/2009 se contempla a prestação de cuidados de Enfermagem em ambiente Pré-Hospitalar e só com a publicação do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, em 2010, se vislumbra a intervenção do Enfermeiro nesta área.

Apesar do esforço dos Enfermeiros em exercer cuidados de excelência neste âmbito, na medida em que permite uma intervenção precoce e de acordo com a mais recente evidência científica, continua a existir dificuldade em afirmarem a sua importância no Pré-Hospitalar.

Desta forma, e considerando que esse reconhecimento se encontra interligado com a própria essência de Enfermagem, a capacidade de prestar cuidados mais abrangentes, prestar cuidados dirigidos à globalidade dos problemas da pessoa, e não apenas à pessoa e resolução de sinais e sintomas clínicos que motivam um pedido de ajuda, percebemos que teríamos de encontrar as intervenções que diferenciam os Enfermeiros dos restantes intervenientes em contexto Pré-Hospitalar.

O primeiro estudo permitiu caracterizar o Enfermeiro a desenvolver funções na VMER como um indivíduo do sexo masculino, com uma idade igual ou superior a 35 anos, casado. Desenvolve funções como Enfermeiro Generalista no seu hospital, com uma experiência média de 15 anos e a trabalhar na VMER em média há 7 anos em regime efectivo. A destacar a frequência de formação específica na área do Pré-Hospitalar nos últimos 2 anos.

Já a população alvo dos cuidados desse Enfermeiro, e de acordo com os dados recolhidos no segundo estudo, é constituída por indivíduos com uma idade média de 64,4 anos, mas a faixa etária com maior predominância situa-se em indivíduos com mais de 80 anos, e maioritariamente do sexo feminino.

Foi-nos possível perceber ainda através do segundo estudo, que a VMER foi activada a maioria das vezes para situações em que existia alteração do estado de consciência apesar de também serem frequentes situações de dor torácica e pedido de ajuda diferenciada. No local, a equipa da VMER a maioria das vezes caracterizou as ocorrências como situações de dispneia, dor torácica e alteração do estado de consciência, sendo os diagnósticos mais frequentes em contexto Pré-Hospitalar.

Apesar de quando é ativada, a equipa da VMER se deslocar para um cenário muitas vezes desconhecido, sabem que dentro de pouco tempo estarão perante um doente crítico que precisa de cuidados sistematizados e diferenciados a fim de reverter a situação que motivou o pedido de ajuda.

Essa ação só é iniciada após serem verificadas as condições de segurança e procedendo a uma abordagem inicial em que se verifica a resposta do doente crítico ao toque e à voz.

A avaliação da permeabilidade da VA assume-se como a intervenção com maior prioridade e importância para os Enfermeiros a desenvolver funções na VMER. Desta forma, intervenções como procurar sinais de obstrução, proceder à desobstrução da VA, permeabilizar a VA com recurso a adjuvantes e aspirar secreções, assumem posições de destaque em ambos os estudos realizados.

Quando a Via Aérea se encontra assegurada, a atenção dos Enfermeiros centra-se em intervenções como "Ver, Ouvir e Sentir" e inspecionar o tórax, contudo, não existe evidência nos registos dessas mesmas intervenções. O registo do valor da oximetria assume-se como dominante, apesar de não ser complementada com outras informações relevantes como a administração de oxigénio ou a implementação de ventilação não-invasiva.

A identificação de hemorragias, quer externas ou internas/ocultas assume-se como uma prioridade para os Enfermeiros, atribuindo-lhe a esta intervenção uma importância relevante devido à necessidade de uma atuação rápida e dirigida para evitar que o doente crítico entre em choque hipovolémico. Assim, aspetos como a coloração da pele, do preenchimento capilar, a monitorização eletrocardiográfica e providenciar acesso venoso e administração de fluídos, assumem importâncias desiguais, consoante a situação clínica do doente crítico e as prioridades estabelecidas. Infelizmente, e mais uma vez, os registos existentes nos verbetes não evidenciam as inúmeras intervenções do Enfermeiro da VMER, fazendo apenas referência, a maioria das vezes, à coloração da pele, ao valor de tensão arterial e a presença de acesso venoso.

A Escala de Coma de Glasgow assume-se como o instrumento rápido, fiável e universal para monitorizar o estado de consciência do doente crítico, permitindo ao Enfermeiro perceber se as suas intervenções estão a ser eficazes ou se necessita de reformular a sua atuação. Apesar da preocupação em registar o nível de consciência nos verbetes do INEM, percebe-se que o valor apresentado refere-se a maioria das vezes ao nível de consciência na primeira abordagem ao doente crítico, o que não permite compreender se existiu ou não alteração durante a atuação do Enfermeiro em contexto Pré-Hospitalar.

Iniciar manobras de SBV quando a situação assim o exige assume-se como prioritário para os Enfermeiros a desenvolver funções na VMER. Contudo, é nesta fase que o Enfermeiro também deve avaliar a dor do doente crítico, e apesar de ser considerada como uma intervenção prioritária e importante na sua prática, o seu registo só foi efetuado em 20% das ocorrências.

O segundo estudo é marcado pela ausência de registos sistemáticos das intervenções realizadas pelo Enfermeiro em contexto Pré-Hospitalar, o que impossibilita demonstrar os ganhos em saúde subsequentes à sua atuação para o doente crítico e sua família.

No entanto, percebemos que os registos existentes se devem a um cuidado especial pelo Enfermeiro a desenvolver funções neste contexto, na medida em que se espera transmitir o máximo de informação pertinente na transferência do doente crítico à chegada à unidade hospitalar. Reconhece-se que os dados apresentados não nos permitem garantir que todas as intervenções realizadas e seus resultados se encontram devidamente registadas, contudo a presença do Enfermeiro em todo este processo, por si só, garante que os cuidados prestados foram sustentados num corpo de conhecimento próprios (competências) que proporcionam resultados que não seriam alcançados por outros com a mesma eficácia.

Acredita-se por isso que os cuidados do Enfermeiro a desenvolver funções na VMER seja baseado em competências técnicas, científicas, éticas e comunicacionais, valorizando também a relação de ajuda no seu dia-a-dia.

Infelizmente, e apesar da constante preocupação em prestar cuidados ao doente crítico tendo em consideração a sua globalidade, não existem registos dessas intervenções nos verbetes estudados. Acreditamos que apesar dessa ausência, os Enfermeiros tiveram em atenção todos os pormenores, desde colmatar a necessidade mais básica até esclarecer a família, pois a sua diferenciação e o seu juízo crítico permitiram diferenciar os cuidados prestados.

Segundo dados recolhidos no primeiro estudo, é possível reconhecer a importância que intervenções como esclarecer o doente, apresentar-se e dar oportunidade ao doente para queixas subjetivas" representam para os Enfermeiros a desenvolver funções na VMER. Só através deste tipo de intervenções é que se estabelece a relação de ajuda preconizadas para o doente crítico e família permitindo que os cuidados prestados sejam

mais humanizados e não um mero conjunto de intervenções direcionadas para sinais e sintomas.

Atendendo às respostas obtidas, e compreendendo a importância da sua atuação em ambiente Pré-Hospitalar, reconhecemos que é a presença do Enfermeiro da VMER no local da ocorrência que permite ao doente crítico ter acesso a cuidados de saúde precoces e de acordo com a evidência científica atual, beneficiando assim na redução da mortalidade e morbilidade nas situações mais críticas. A essência da prestação de cuidados de Enfermagem passa por não só atender ao doente crítico, como à sua família e suas pessoas significativas, e ao ambiente; diferenciado assim o seu cuidar, na capacidade de atenção ao pormenor, sem nunca esquecer os outros aspectos técnicos.

Limitações do estudo

Quando iniciámos este estudo pretendíamos obter informações que nos permitissem destacar a importância da atuação do Enfermeiro no Pré-Hospitalar, contribuindo para a sua reafirmação nesta área.

Afinal quando se fala em Enfermeiro Especialista neste contexto pensamos num entendedor profundo das respostas humanas perante os processos de vida e os problemas de saúde, permitindo assim dar resposta ao doente crítico com elevado grau de adequação às suas necessidades.

A dificuldade em avançar ao longo deste caminho prendeu-se com algumas limitações e dificuldades encontradas. Desta forma, torna-se importante expor alguns dos fatores mais limitadores que o condicionaram, na nossa opinião, impossibilitando uma maior eficácia e eficiência ao longo deste processo de investigação.

A primeira e mais relevante, a inexperiência da investigadora, não sendo fácil gerir a metodologia utilizada com a constante procura, análise e comparação de dados com o questionamento se estaria a ir na "direção" mais acertada.

Ainda associada à inexperiência da investigadora, e à sua enorme vontade em estudar este contexto apesar de não ser a sua área de atuação, a elaboração inicial de um Projeto de Investigação demasiado ambicioso, que nos obrigou a esperar um ano pela resposta da Comissão de Ética da Instituição onde pretendíamos fazer a investigação, e que

apesar de um primeiro parecer negativo se tentou novamente na esperança de um trabalho mais abrangente, mas sem sucesso.

O tempo foi um fator bastante relevante, uma vez que a realização deste estudo se cruzou com inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e, principalmente, profissional, não permitindo a disponibilidade necessária e exigida para a investigação. Contudo, reconhece-se que todas as experiências vivenciadas durante este período enriqueceram o trabalho final.

A carência de bibliografia na área em estudo a nível nacional é outro fator relevante. Apesar de existirem já alguns estudos que se dedicam ao contexto Pré-Hospitalar, são muito específicos e referentes a outros meios do INEM, dificultando assim a comparação dos resultados obtidos bem como do referencial teórico e orientação metodológica desta pesquisa com outras, para assim explorar as conceções interpretativas da problemática.

No primeiro estudo destacam-se as limitações de uma investigação quantitativa - o tamanho da amostra e não representatividade da mesma - pelo que não é recomendável a generalização dos resultados obtidos. O envolvimento dos Enfermeiros no estudo, nem sempre é o mesmo, por se associarem a crenças diferentes em relação à investigação em Enfermagem, não considerando relevante responder ao questionário e/ou reencaminhar para os seus pares, o que pode também constituir um motivo para enviesar os resultados.

Apesar de inicialmente tentarmos ter uma amostra generalista no primeiro estudo, tentando que o questionário chegasse a um maior número de Enfermeiros, tivemos de concentrar as respostas nas áreas de influência da investigadora. Contudo, a amostra obtida considerou-se como a apropriada para responder à questão de investigação elaborada, na medida em que se conseguiu obter saturação dos dados, verificada pela repetição dos dados colhidos.

Já o segundo estudo só foi possível devido a colaboração do INEM e à sua disponibilidade em facultar os verbetes para a sua análise, no entanto, no mês em causa os verbetes eletrónicos ainda estavam a ser implementados, o que condicionou a existência do registo de todas as ocorrências em formato eletrónico. Apesar de se escolher o primeiro mês da sua implementação, pensando que haveria um maior rigor no seu preenchimento, verificaram-se fatores como verbetes mal preenchidos e/ou

incompletos, bem como preenchidos por outros, levou a que dos 234 verbetes disponíveis só se pudesse analisar 100. Apesar de tudo isto, e atendendo que os registos existentes de devem ao esforço acrescido dos Enfermeiros a desenvolver funções neste contexto, que apesar das exigências do Pré-Hospitalar ainda procuram preencher de forma adequada e sistematizada esses mesmos verbetes de socorro, deveriam por isso ser valorizados no nosso estudo.

Atendendo a todas estas condicionantes e variáveis sociais, geográficas, de acessibilidade, ambientais e das instituições de saúde de apoio, torna-se difícil extrapolar as conclusões obtidas para a realidade da Emergência Pré-Hospitalar em Portugal.

Desta forma, apesar de todo o processo ter decorrido com o máximo de rigor, não podemos ignorar todas as limitações inerentes a toda a investigação, que, em parte, podem ser vistos como orientações para trabalhos futuros.

Sugestões do Estudo

Baseando-nos nos resultados apresentados e nas conclusões obtidas com a realização desta investigação, parece pertinente apresentar algumas sugestões para a prática diária dos Enfermeiros a desenvolver funções na VMER e para próximos trabalhos de investigação.

- Implementar um verbete mais direcionado para os registos de Enfermagem, de acordo com as várias vertentes de intervenção abordadas ao longo do trabalho, se possível destacando as intervenções autónomas dos Enfermeiros neste contexto de trabalho;

- Apostar em formação contínua dos Enfermeiros envolvidos no atendimento Pré-Hospitalar;

- Implementar auditorias internas com o objetivo principal de compreender os ganhos em saúde da presença do Enfermeiro em contexto Pré-Hospitalar;

- Realizar estudos que permitam comparar os ganhos em saúde para o doente crítico quando atendido pelo Enfermeiro a desempenhar funções na VMER comparativamente a outros meios de socorro Pré-Hospitalar;

- Fomentar o interesse por apresentar dados que nos permitam estudar a evolução do estado de saúde do doente crítico desde a primeira abordagem até à chegada à unidade hospitalar, destacando os casos em que está presente o Enfermeiro da VMER comparativamente a outros intervenientes no socorro Pré-Hospitalar;

- Desenvolver cursos em parceria com o INEM de abordagem ao doente crítico, considerando todos os intervenientes no Pré-Hospitalar, para assim clarificar competências;

- Impulsionar o desenvolvimento de pesquisas centradas nas consequências da intervenção do Enfermeiro neste domínio profissional, com uma amostra mais representativa e com maior abrangência nacional.

Apesar do surgimento de outros pares de intervenção no ambiente Pré-Hospitalar, com domínio de funções um pouco contraditórias no nosso entender, talvez deixe a Enfermagem mais vulnerável, uma vez que não existe uma clara visão do real contributo dos Enfermeiros neste contexto de cuidados. Contudo, se ousarmos, refletir e conhecer melhor o nosso domínio, se o publicarmos sustentados em investigação e evidência, estaremos a dar oportunidade à nossa Enfermagem de se afirmar e de crescer no Pré-Hospitalar, que é um contexto que só tem a ganhar com a intervenção dos Enfermeiros.

Contudo, se a temática inicial resultou de uma inquietação pessoal, o desenvolvimento da mesma veio trazer ainda mais inquietações! Se antes pretendia reafirmar a importância do Enfermeiro em contexto Pré-Hospitalar, ao longo da discussão dos resultados obtidos e confrontando-os com outros dados de estudos similares e com a literatura existente, novas inquietações se revelaram e novos focos de interesse e de estudo surgiram...

Importa não esquecer que os resultados esperados das aprendizagens de um Mestre correspondem a conhecimentos e aptidões especializadas, bem como atitudes de gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos; assumindo desta forma a responsabilidade de contribuir para novos conhecimentos e novas práticas.

No entanto, o maior desafio para o Enfermeiro que trabalha em contexto Pré--Hospitalar, que lida diariamente com o inesperado, é o de ser capaz de buscar

continuamente a excelência do seu cuidar. Assim, é importante manter uma postura humilde para a construção da perícia, pois é através dela que vamos encontrar a motivação para procurar constantemente esse conhecimento. Por muito que qualquer um de nós se esforce, nunca conseguimos saber tudo, logo há que delinear um caminho, definir metas alcançáveis de acordo com os desejos de cada um e suas potencialidades, assim como das necessidades do contexto onde prestamos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Amaro, H. J. F. & Jesus, S. N. (2008). Vulnerabilidade ao stresse em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(1), 62-70. doi: http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v16n1p62-70.

Antunes, C. M. (2009). *Manual de reanimação intra-hospitalar*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Backes, D. S., Filho, W. D. L. & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev. Esc. Enferm* USP, 40(2), 221-227. doi: 10.1590/S0080-62342006000200010

Barbosa, I. A. & Silva, M. J. P. (2007). Cuidado humanizado de enfermagem: O agir com respeito em um hospital universitário. *Rev. Bras. Enferm*, 60(5), 546-551. doi: 10.1590/S0034-71672007000500012

Barbosa, S. I. S., Carvalho, D. L. T., Neto, J. B. S. & Costa, F. J. (2013). Variações de mensuração pela escala de verificação: Uma análise com escalas de 5,7 e 11 pontos. *Teoria e Prática em Administração*, 3 (2), 99-120. Recuperado de http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tpa/article/view/15413

Bueno, A. A. & Bernardes, A. (2010). Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*., 19(1), 45-53. Recuperado de www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05.pdf.

Campos, A. C. D., Paula, B. C., Silva, B. C., Lima, M. D. O., Lara, M. M. C. & Silva, K. R. (2013). O enfermeiro como articulador do cuidado humanizado no atendimento às urgências e emergências- Revisão. *Belo Horinzonte*, 3 (6), 31-40. doi: 10.15601/2238-1945/pcnb.v3n6p31-40

Campos, L. (2014). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde. Recuperado de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%AAncia_e_Urg%C3%AAncia.pdf.

Coelho, M. J., Figueiredo, N. M. A. & Carvalho, V. (2006). Tipos de cuidado em emergência. In N. M. A. Figueiredo (org.), *Enfermagem: Cuidado em Emergência* (2ªed.) (pp.167-179). São Caetano do Sul, Brasil: Yendlis Editora.

Correia, A. F. R. (2012). Enfermagem em emergência pré-hospitalar: Existem ou não competências? *Sinais Vitais*, (105), 21-26. Recuperado de http://sinaisvitais.pt/formasau/documents/RSV105/RSV105W2.pdf.

Costa, A. C. M. & Lúcio, R. R. (2014). Emergency and medical emergencies in primary: Knowledge and performance of nursing staff. *Rev Enferm UFPI*, 3(1), 18-24. Recuperado de http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1135.

Costa, R. M. F. M. S. (2011). Estabilização da pessoa em estado crítico: Do local da situação de exceção ao hospital adequado. In W. Malagutti & J. C. A. Martins (2011). *Catástrofes: Atuação multidisciplinar em emergências* (pp.31-52). São Paulo, Brasil: Martinari.

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2ªed.) Coimbra, Portugal: Edições Almedina.

Decreto-Lei nº 161/1996 de 4 de setembro. *Diário da República nº205 – I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro. *Diário da República nº184 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro. *Diário da República nº32 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 14898/2011 de 3 de novembro. *Diário da República nº211 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República nº153 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 5561/2014 de 23 de abril. *Diário da República nº79 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 1858/2016 de 5 de fevereiro. *Diário da República nº25 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral de Saúde. (2012). *Elementos estatísticos saúde 2011/2012: Divisão de estatísticas da saúde e monitorização e direcção de serviços de informação e análise*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral de Saúde.

Ferreira, L. A. R. (2013). *Prevalência de dor em emergência pré-hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.19/1801

Ferreira, M. A. G., Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – Percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (6), 358-366. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf.

Ferreira, M. M. C., Tavares, J. & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem de enfermagem. *Revista Referência,* 2(2), 51-62. Recuperado de www.index-f.com/referencia/2006pdf/51-2006-jun.pdf

Figueiroa-Rêgo, S. C. R. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistema de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar em Enfermagem*, 17(2), 34-47.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Gonçalves, L. M. C. (2012). *A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem transcultural* (Relatório de Mestrado). Recuperado de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9498/3/relatorio%20aluno%2019204110 0%20luis%20miguel%20goncalves.pdf.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2010). *Manual de VMER* (3ªed.). Lisboa, Portugal: Departamento de Formação em Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ªed.). Lisboa, Portugal: Departamento de Formação em Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Plano de Actividades 2013*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). *Relatório de Actividades e Contas 2012*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015a). *Plano Estratégico 2014/2016: Aplicação da Metodologia Balanced Scorecard*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão e Gabinete de Qualidade.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2015b). *Relatório de Integração VMER & SIV 2014*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). *Plano de Atividades 2017*. Lisboa, Portugal: Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão.

Lei nº156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República nº181 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Lopes, R. C. C., Azevedo, Z. A. S. & Rodrigues, R. M. C. (2013). Competências relacionais dos estudantes de enfermagem: Follow-up de programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 27-36. doi: 10.12707/RIII1253

Malagutti, W. & Martins, J. C. A. (2011). *Catástrofes: Atuação multidisciplinar em emergências*. São Paulo, Brasil: Martinari.

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

Martins, J. C. A. (2009). Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In W. Malagutti, K. C. Caetano (Eds.), *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado* (pp.175-189). Rio de Janeiro, Brasil: Rubio.

Mateus, B. A. (2007). *Emergência médica pré-hospitalar – Que realidade*. Loures, Portugal: Lusociência.

Matsuda, A. K. (2012). Reconhecimento das situações de emergência: Avaliação pediátrica. *Medicina*, 45(2), 158-167. Recuperado de http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp1_Reconhecimento%20das%20Situa%E7%F5es%20de%20Emerg%EAncia_Avalia%E7%E3o%20Pedi%E1trica.pdf

Matsuda, L. M., Silva, N. & Tisolin, A. M. (2003). Humanização da assistência de enfermagem: Estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *Acta scientiarum. Heath Sciences*, 25(2), 167-170. doi: 10.4025/actascihealthsci.v25i2.2227

Ministério da Saúde. (2010). *Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Emergência Pré-Hospitalar*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Nogueira, L. S. & Sousa, R. M. C. (2011). Coque hipovolémico. In In W. Malagutti & J. C. A. Martins (2011). *Catástrofes: Atuação multidisciplinar em emergências* (pp.105-120). São Paulo, Brasil: Martinari.

Oliveira, A. S. S. & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 115-124. doi: 10.12707/RIII1287.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Enfermagem no Pré-Hospitalar: Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem, Grupo de Trabalho "O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor".

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Plano Estratégico de Recursos Humanos de Emergência Pré-Hospitalar*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Modelo Integrado de Emergência Pré-Hspitalar*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Parecer nº2/2010. *Actualização documental da Proposta de Carreira de Técnico de Emergência Médica (TEM): Plano de Estudos do Curso de Especialidade*

Tecnológica – TEM. Lisboa, Portugal: Concelho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

Parecer nº22/2015. *Funções a desempenhar por Enfermeiros em Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)*. Lisboa, Portugal: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Pereira, J. A. T. P. (2014). Papel/competências do enfermeiro de reabilitação em unidades de cuidados intensivos. In B. Gomes, M. C. Rocha, M. M. Martins, M. N. Gonçalves (Org.), *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados* (pp.64-72). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Pinto, N. F. C. (2013). *Emergência pré-hospitalar: O papel do enfermeiro no âmbito da desfibrilhação automática externa* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.19/2058.

Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). *Manual de urgências e emergências*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ªed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Rebelo, B. S. C., Isca, C. I. C. R., Lino, I. M. B. S., Valente, J. P. O., Castelo, M. L. R. R., Marques, P. C. C. & Lucas, S. C. G. M. (2013). Decisão de "não reanimar" em contexto pré-hospitalar: Estudo de opinião – Equipa de VMER – Unidade local de saúde, EPE-Castelo Branco. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 1 (32), 6-14. Recuperado de http://www.ulscb.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/9/2017/02/Revista-32-1.trimestre-2013.pdf

Regulamento nº361/2015 de 26 de Junho. *Diário da República nº123 – II Série*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Roehrs, H. & Malagutti, W. (2011). Remoção de pacientes críticos: Aspectos éticos e legais. In W. Malagutti & J. C. A. Martins (2011). *Catástrofes: Atuação multidisciplinar em emergências* (pp.187-202). São Paulo, Brasil: Martinari.

Romanzini, E. M. & Bock, L. F. (2010). Concepção e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev.*

Latino-Am. Enfermagem, 18(2), 105-112. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_15.pdf.

Sá-chaves, I. (2000). Formação, competência e conhecimento profissional. In Oliveira, A. S. S. & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 115-124. doi: 10.12707/RIII1287.

Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do Enfermeiro. *Pensar em Enfermagem*, 19(1), 31-46. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Santos, N. C. M. (2010). *Urgência e emergência para enfermagem: Do atendimento pré- -hospitalar à sala de emergência* (6ª ed.). São Paulo, Brasil: Iátria.

Simões, F. M.G. (2012). *Ganhos em saúde com a implementação das ambulâncias SIV no socorro pré-hospitalar* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Simões, R. M. P. (2008). *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7214.

Tavares, C. G. (2012). *Exercício de enfermagem pré-hospitalar: Esforço contínuo de afirmação profissional* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://repositorio.esenfc.pt/?url=5N1glz9m

Taylor, D. McD., Bernard, S. A., Masci, K., MacBean, C. E. & Kennedy, M. P. (2008). Prehospital noninvasive ventilation: a viable treatment option in the urban setting. *PreHospital Emergency Care*, 12 (1), 42-45. doi: 10.1080/10903120701710389

Torres, S. M. M. (2014). *Emergência médica pré-hospitalar* (Relatório de Estágio). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. Recuperado de https://sigarra.up.pt/fmdup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=611305

Verão, P. (2013). *Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: Avaliação do papel das equipas de bombeiros* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.6/1503

Vila, V. S.C. & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "Muito falado e pouco vivido". *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 10(2), 137-44. doi:10.1590/S0104-11692002000200003

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para realizar Investigação pela Unidade de Investigação em Ciências da Sáude: Enfermagem

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA-E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 134-02-2013

Título do Projecto: Competências do Enfermeiro no Pré-Hospitalar.

Identificação do Proponente

Nome(s): Sara Carolina Duarte de Jesus

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Professor José Carlos Amado Martins (PhD)

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

A investigadora propõe-se realizar, no âmbito de dissertação de mestrado, estudo tendo como questão de investigação "*Quais as competências do enfermeiro da VMER mais valorizadas pelos enfermeiros e doente crítico, durante o atendimento, no Pré-Hospitalar?*".

Tem como objectivos: "*Identificar quais as intervenções mais registadas pelos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar, através da consulta do verbete da VMER; - Identificar as competências mais valorizadas pelo enfermeiro da VMER no atendimento pré-hospitalar ao doente crítico*".

Propõe-se "um Estudo não-experimental exploratório-descritivo transversal". Metodologicamente o estudo é composto por duas partes: "*Estudo 1 - análise de conteúdo dos registos nos verbetes dos doentes atendidos pela VMER*" dos HUC, CHC e Figueira da Foz, identificando as "*intervenções mais registadas pelos enfermeiros, durante o mês de Julho de 2012*"; "*Estudo 2 - aplicação de questionário a enfermeiros da VMER, procurando compreender quais as intervenções prioritárias na prática e as mais valorizadas no atendimento pré-hospitalar*", sendo este disponibilizado *on-line*.

É identificada a instituição dos participantes e apresentada a autorização.

Considerando que:

- Ao contrário do que supõe o título nada consta no projecto que implique a participação de doentes no estudo;
- Os dados recolhidos dos verbetes não identificam os doentes;
- Do desenho do estudo apresentado, e dos procedimentos a realizar, estarão reunidas as condições para a participação livre e informada;
- A colheita de dados será efectuada com recurso a formulário on-line constituído por questões fechadas;
- Não se identificam prováveis danos para os participantes;

o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E **é favorável** ao estudo.

O relator: _____

Data: 13/03/2013 O Presidente da Comissão de Ética: _____

ANEXO II - Mail a confirmar autorização da investigação pelo Instituto Nacional de Emergência Médica

From: INEM [mailto:inem@inem.pt]
Sent: terça-feira, 25 de Setembro de 2012 11:13
To: Sara Carolina Duarte de Jesus (HPP)
Subject: RE: pedido de informação
Importance: High

Bom dia,

Brevemente será contactada pelos nossos colegas da delegação de Coimbra, uma vez que o deu pedido foi autorizado pelo Presidente do INEM.

Cumprimentos,

Gabinete de Marketing e Comunicação

Instituto Nacional de Emergência Médica, IP

Rua Almirante Barroso, n.º 36 - 4.º piso - 1000-013 Lisboa

t: +351 213 508 108 / f: +351 213 508 183

@: inem@inem.pt / http: www.inem.pt

FW: Pedido de autorização para consulta dos verbetes da VMER

Nuno Filipe da Costa Pinto <nuno.c.pinto@inem.pt>

qui 27-12-2012, 12:14

Você; Isabel Cristina Pires Nunes (isabel.nunes@inem.pt);

Bom dia Sara,
Antes de mais, espero que tenha tido um Natal Feliz!
Para poder ter acesso aos dados pretendidos terá de o fazer junto da Coordenadora do CODU – Cristina Nunes, assim dou conhecimento à própria para se poderem articular e agendarem os dias em que podes vir fazer a recolha de dados.
Tal como já explicado na reunião que tivemos, o INEM utiliza uma "plataforma" informática (Mobile Clinic) onde são registados os dados clínicos das vítimas que posteriormente são enviados para o CODU e Unidade de Saúde de destino. Após perceber a forma como o sistema funciona, poderá haver a necessidade de fazer reajustes ao instrumento de recolha de dados.
Ressalvo que todos estamos sobre o compromisso de confidencialidade dos dados clínicos.
Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional.
MC

Nuno Filipe da Costa Pinto
Enfermeiro Coordenador Regional - Centro

Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM, I.P.
✉ Estrada de Eiras, Edifício B-Side, 3020-199 Coimbra - Portugal
✆ +351 239 797 800 🖷 +351 239 797 825
@: nuno.c.pinto@inem.pt
Http: www.inem.pt

A emergência médica começa em si. Colabore com o INEM. Juntos, podemos salvar vidas!

APÊNDICES

APÊNDICE I - Questionário aplicado aos Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação

QUESTIONÁRIO

Intervenções no atendimento Pré-Hospitalar

Chamo-me Sara Jesus, sou Enfermeira, e estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem de Coimbra. Neste âmbito estou a desenvolver uma investigação com o Titulo "Competências do Enfermeiro no Pré--Hospitalar" que tem como objectivos principais:

Objectivo 1- Identificar quais as intervenções mais registadas pelos enfermeiros no atendimento pré-hospitalar, através da consulta do verbete da VMER;

Objectivo 2- Identificar as competências mais valorizadas pelo enfermeiro da VMER no atendimento pré-hospitalar ao doente crítico;

Objectivo 3- Identificar quais as competências do enfermeiro mais valorizadas pelo doente crítico durante o atendimento pré-hospitalar pela VMER

.

Para atingir o objectivo 2, venho solicitar que responda ao questionário em anexo.

A sua colaboração é voluntária. Todas as respostas são anónimas. A informação fornecida/facultada será tratada em conjunto com outras respostas e sempre de forma confidencial.

Não se prevê benefícios directos para si, mas acredito no potencial dos resultados para o nosso crescimento profissional. Não prevejo outros inconvenientes para além do tempo que lhe peço para dedicar a responder ao questionário (entre 5 a 10 minutos).

É importante salientar, que com este questionário não se pretende comparar VMER's ou os enfermeiros que nestas exercem as suas funções, apenas pretendemos os dados para caracterização da amostra.

Para questão suplementar pode contactar-me:

E-mail: sarajesus_21@hotmail.com ou Telemóvel: 919088960

Dados Sócio-Demográficos

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Habilitações Profissionais: _____ Habilitações Académicas: _____

Tempo de serviço: _____anos Tempo de serviço na VMER: _____anos

Localização da VMER_____ Regime de trabalho na VMER: _____

Outro local de trabalho:_____ Formação específica nos últimos 2 anos_____

Prioridades na Prática Diária									**Competências no Atendimento Pré-Hospitalar**	**Importância Atribuída**								
1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9
									Avaliar a resposta ao toque e à voz									
									A - Via Aérea									
									Avaliar a permeabilizar da VA									
									Procurar sinais de obstrução									
									Proceder à desobstrução									
									Aspirar secreções									
									Protecção cervical, em trauma									
									Outra:									
									B- Respiração									
									Avaliar VOS									
									Inspeccionar tórax									
									Avaliar a oximetria									
									Administrar O2									
									Outra:									
									C- Circulação									
									Verificar hemorragias									
									Coloração da pele									
									Tempo de preenchimento capilar									
									Avaliar se tem pulsos distais									
									Avaliar tensão arterial									
									Providenciar acesso venoso e administrar soro									
									Monitorização electrocardiográfica									
									Outra:									

									D- Disfunção Neurológica										
									Avaliar nível de consciência										
									Avaliar pupilas										
									Avaliar a melhor resposta motora										
									Outra:										
									E- Exposição										
									Expor o individuo e realizar Exame Secundário										
									Avaliar dor										
									Avaliar glicémia capilar										
									Administrar drogas										
									Iniciar Manobras de SBV										
									Outra:										
									Competências Relacionais										
									Apresentar-se										
									Esclarecer o doente										
									Dar oportunidade ao doente para queixas subjectivas										
									Relação de ajuda										
									Apresentar-se ao acompanhante										
									Apoiar o acompanhante										
									Esclarecer o acompanhante										
									Outra:										
									Registos										
									Obter história do evento										
									Antecedentes pessoais do doente										
									Medicação habitual do doente										
									Sinais Vitais										
									Intervenções Realizadas										
									Medicação administrada										
									Respostas do doente										
									Outra:										

APÊNDICE II - Grelha de Observação e Registo

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Competências do Enfermeiro no Pré-hospitalar

GRELHA DE OBSERVAÇÃO E REGISTO

Intervenções Registadas nos Verbetes da VMER no mês de Julho de 2012

VMER _____ Episódio _____

Data: __/07/2012 Hora: __:__

Idade do doente: ___anos Sexo do doente: _____

Motivo da chamada: _____

Diagnóstico:_____

Intervenções Registadas:

1. Via Aérea	
Avaliar a permeabilidade VA	
Procurar sinais de obstrução	
Proceder à desobstrução	
Aspirar secreções	
Protecção cervical, em trauma	
Outra:	
2. Respiração	
Avaliar VOS	
Inspeccionar o tórax	
Avaliar a oximetria	
Administrar O2	
Outra:	

3. Circulação	
Verificar hemorragias	
Coloração da pele	
Tempo de preenchimento capilar	
Avaliar se tem pulsos distais	
Avaliar tensão arterial	
Providenciar acesso venoso e administrar soro	
Monitorização electrocardiográfica	
Outra:	
4. Disfunção Neurológica	
Avaliar nível de consciência	
Avaliar pupilas	
Avaliar a melhor resposta motora	
Outra:	
5. Exposição	
Expor o individuo e realizar Exame Secundário	
Avaliar dor	
Avaliar glicemia capilar	
Administrar drogas	
Iniciar Manobras de SBV	
Outra:	

Protocolos Acionados_____

Observações_____

APÊNDICE III - Operacionalização das Questões do Instrumento de Colheita de Dados

OPERACIONALIZAÇÃO DAS QUESTÕES DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Dados Sócio-demográficos

Questão	Operacionalização
Idade	Pergunta aberta, definida em anos.
Sexo	Pergunta fechada, dicotómica, com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino.
Estado Civil	Relativamente ao estado civil, os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal, mas também, a sua rotina habitual. Em concormidade, foram considerados quatro grupos de indíviduos – casado(a), solteiro(a), divorciado(a) e outro (com possibilidade de resposta escrita).
Habilitações Profissionais	Pergunta aberta, para posteriormente serem definidas categorias, uma vez que existem diversas possibilidades de resposta. Definimos posteriormente como categorias: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, Curso de Estudo Superior Especializado em Adulto e Mestre.
Habilitações Académicas	Pergunta fechada, com seis opções de resposta: Bacharelato, Licenciatura, Mestardo, Especialidade, Pós-Graduação e Doutoramento.
Tempo de serviço	Pergunta aberta, definida em anos.
Tempo de serviço na VMER	Pergunta aberta, definida em anos.
Localização da VMER	Pergunta Aberta, os inquiridos apenas indicaram a cidade onde ser situa a base da VMER onde desempenham funções.
Regime de trabalho na VMER	Pergunta fechada, com cinco opções de resposta: Efetivo (sem termo), A termo certo, A termo incerto, Recibos-verdes e Outro (com possibilidade de resposta escrita).
Outro local de trabalho	Pergunta Aberta. Inquiridos referem o Hospital e o Serviço onde trabalham.

Formação específica nos últimos 2 anos	Pergunta Aberta. Inquiridos referem cursos, pós-graduações, formações e outros tipos de formações que frequentaram nos últimos dois anos.

Fonte: Elaboração própria