



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

***Vivências em Situação de Emergência à Vítima
Crítica: um estudo com Enfermeiros da
Ambulância de Suporte Imediato de Vida***

Ana Cristina Inverno Ferreira

Leiria, setembro de 2014



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde

Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

***Vivências em Situação de Emergência à Vítima Crítica:
um estudo com Enfermeiros da Ambulância de Suporte
Imediato de Vida***

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Ana Cristina Inverno Ferreira

N.º 5120012

Unidade Curricular: Dissertação

Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

Leiria, setembro de 2014

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são
sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia,
mutantes, porém, leais com o que pensamos e sonhamos;
lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.”

(Baleki, s.d.)

Agradecimentos

Ao professor José Carlos Quaresma pela orientação;

Aos colegas, enfermeiros participantes do estudo, pela disponibilidade e interesse;

À minha família pela compreensão, ajuda e por percorrerem ao meu lado um caminho
tão moroso;

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

A todas as pessoas importantes na minha vida que me deram força para não desistir.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise

CHMT – Centro Hospitalar Médio Tejo

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNEU – Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

ICN – International Council of Nurses

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NEE – Número Europeu de Emergência

OE – Ordem dos Enfermeiros

PG – Pós-Graduação

PH – Pré-Hospitalar

SBV – Suporte Básico de Vida

SHEM – Serviço de Helicópteros de Emergência Médica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SUB – Serviços de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TAE – Técnicos de Ambulância de Emergência

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

Este estudo tem como objetivo descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica, do Centro Hospitalar Médio Tejo, tendo sido formulada a seguinte questão orientadora: **Quais as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?.**

O estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, com base numa abordagem qualitativa. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada e realizada a seis enfermeiros. A entrevista compreendeu questões relacionadas com o perfil sociodemográfico e profissional e de seguida questões norteadoras sobre o tema estudado. Estas foram posteriormente transcritas e analisadas através da interpretação metodológica de Colaizzi.

Com este estudo foi possível identificar 4 temas principais: as **alterações sentidas pelos enfermeiros**, nomeadamente as alterações físicas e psicológicas; as **dificuldades sentidas pelos enfermeiros**, que incluem dificuldades antes de chegar ao local, no próprio local e após a ocorrência na gestão das emoções e das suas repercussões; os **ganhos/recompensas dos enfermeiros**, que vai desde a satisfação profissional, experiência motivadora, desenvolvimento pessoal e profissional; **estratégias de coping adotadas**, em que têm como objetivo a procura de um equilíbrio pessoal.

Assim, para que as situações de emergência tenham uma resposta adequada é importante que a equipa do pré-hospitalar tenha um manancial de conhecimentos teóricos e científicos, mas também equilíbrio emocional, pois está exposta a um maior sofrimento psíquico, devido a estar obrigada a tomar decisões urgentes em situações em que as pessoas correm risco de vida.

Palavras-chave: emergência pré-hospitalar; doente crítico; vivências; enfermeiro.

ABSTRACT

This study aims to describe the experiences of nurses serving on Immediate Life Support ambulances, in emergency situations with critical victims of the Centro Hospitalar Médio Tejo. To do so, we have formulated the following guiding question: **What are the experiences of nurses working on Immediate Life Support ambulances, in case of an emergency situation with a critical victim?**

This study is a descriptive one, based on a qualitative approach. To collect the data we used a semi-structured interview, done to six nurses. This interview included not only questions related to the socio-demographic and professional profile but also some guiding questions about the subject in study. In order to analyze all the data, after the transcription we used the Colaizzi's methodological interpretation.

With this study it was possible to identify four main themes: the **changes experienced by nurses**, including the physical and psychological changes; the **difficulties experienced by nurses**, which include difficulties before reaching the spot, on the spot and after the occurrence, concerning the management of emotions and their effects; **gains / rewards of nurses**, ranging from job satisfaction to motivating experience and personal and professional development; **coping strategies adopted**, aiming a personal balance.

Thus, in order for a proper response regarding emergency situations it is important that the pre-hospital team has not only a large source of theoretical and scientific knowledge but also emotional balance, once is exposed to an increased psychological distress due to all the urgent decisions that are necessary in situations in which people are at risk of life.

Key Words: Prehospital Emergency Care; Critically Ill; Life Experiences; nurse.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRÉ-HOSPITALARES 15

1.2. O ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATUAÇÃO NA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA 24

2. MATERIAL E MÉTODOS 32

2.1. TIPO DE ESTUDO 32

2.2. OBJETIVO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 34

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA 35

2.4. TÉCNICA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO 37

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 38

2.6. ANÁLISE DE DADOS 40

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS 42

3.1. ALTERAÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS 42

3.2. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS 60

3.3. GANHOS/RECOMPENSAS DOS ENFERMEIROS 67

3.4. ESTRATÉGIAS DE *COPING* ADOTADAS 72

4. CONCLUSÕES DO ESTUDO 85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 90

ANEXOS

ANEXO I – Guião da entrevista

ANEXO II – Esclarecimento ao sujeito de pesquisa

ANEXO III – Pedidos de autorização para a realização de entrevistas

ANEXO IV – Autorização da realização de entrevistas

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Estrela da Vida

INTRODUÇÃO

No quotidiano prático da enfermagem tem-se verificado ao longo dos tempos uma procura de maior eficiência e, consequentemente, maior qualidade na prestação dos cuidados. Uma vez que Portugal é um país com grande sinistralidade e consequente elevada taxa de morbilidade e mortalidade, e pelo facto de nos últimos anos ter-se assistido a um encerramento de alguns Serviços de Urgência, houve um aumento da atividade no pré-hospitalar (PH) junto da comunidade, principalmente com o aparecimento das Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) que passaram a existir nos Serviços de Urgência Básica (SUB).

Cuidar de doentes de médio e alto risco constitui um desafio constante para os profissionais de saúde, nomeadamente para os que trabalham na emergência PH.

Como enfermeira vivencio frequentemente situações inesperadas e desconhecidas, que ao longo do tempo se traduzem como fonte de crescimento profissional, mas também como fonte de sentimentos muitas vezes antagónicos entre o prazer e o sofrimento. Tal como refere Stumm, Oliveski, Costa, Kirchner e Silva (2008, p. 34) no “ambiente pré-hospitalar não se consegue prever os acontecimentos, o que aumenta a necessidade da tomada de decisão rápida e eficaz.”

Cristina, Dalri, Cyrillo, Saeki e Veiga (2008) referem que as equipas do PH relatam a sua vivência como sendo um serviço desafiante e difícil, diante das situações inesperadas, desconhecidas e angustiantes, no entanto, estas situações trazem satisfação a nível pessoal e profissional.

Callil e Paranhos (2007) citado por Cristina et al. (2008) acrescentam que a constante expectativa das situações emergentes, as mudanças inesperadas no estado geral da vítima e o ambiente em que se trabalha, provoca um ambiente *stressante* que acarreta alterações emocionais tanto para os profissionais como para as vítimas e familiares.

Neste momento para além das funções que desempenho no Serviço de Urgência da Unidade de Abrantes no Centro Hospitalar Médio Tejo (CHMT), E.P.E. (Entidade Público Empresarial), adiante designado por CHMT, desempenho também funções desde Fevereiro de 2012 na ambulância de SIV do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

Pelo facto de eu exercer funções na ambulância de SIV, pela minha experiência pessoal, pelo gosto e admiração que tenho por esta vertente, e por outro lado, por conversas informais com os colegas de trabalho, tem sido possível conhecer algumas das suas experiências, nomeadamente as dificuldades vividas e outros sentimentos que envolvem o cuidado à vítima crítica nesta ambulância, pelo que considereei pertinente a realização deste estudo.

A emergência é um desafio constante provocando por vezes sentimentos de impotência e frustração por não conseguirmos atingir os resultados esperados (recuperação do estado de saúde da pessoa) apesar dos nossos esforços e dedicação na aquisição de conhecimentos científicos e habilidades práticas. Por vezes em situações de emergência surgem ainda estados de ansiedade e sentimentos de medo por parte dos enfermeiros. Como tal, estas situações fizeram-me refletir e avaliar o quão importante é o desempenho pessoal do enfermeiro naquele momento, ou seja depende das vivência e do empenho de cada um para que sejam prestados os melhores cuidados de enfermagem.

Cristina et al. (2008, p. 99) referem que os profissionais que exercem funções no PH “vivem em constante desgaste físico e mental, pois se defrontam com os limites e possibilidades para lidar com a dor, sofrimento, morte e ao mesmo tempo a prontidão, raciocínio rápido, a tomada de decisão assertiva e bom condicionamento físico”

Neste sentido, é de toda a pertinência saber como os enfermeiros vivenciaram as situações ou acontecimentos considerados marcantes, como reagiram ao vivido e que estratégias de *coping* utilizaram na prática dos cuidados, de forma a contribuir para a qualidade na prestação dos cuidados no PH.

As minhas experiências reforçaram o meu interesse por este estudo esperando deste modo contribuir cientificamente e contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional de cada enfermeiro envolvido em situações de emergência.

Assim, e no âmbito da unidade curricular – Dissertação, do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, foi possível desenvolver este estudo.

Tendo por base o exposto, decidi delinear o seguinte tema para o estudo: “Vivências em situação de emergência à vítima crítica: um estudo com enfermeiros da ambulância de SIV”. De forma a orientar toda a investigação, tracei como objetivo geral:

- Descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV em situação de emergência à vítima crítica.

De acordo com Priberam (2013, s.p.), vivência é o “Processo ou manifestação de estar vivo = vida, experiência ou modo de vida.”, e vivenciar (Priberam, 2013, s.p.) “Sentir ou experimentar algum acontecimento ou situação com intensidade.” No entanto, Martins e Martins (2010, p. 115) referem que:

“As vivências de cada um correspondem ao percurso feito durante a sua vida e resultam de diversos factores de natureza pessoal. Os enfermeiros, ao longo da sua vida profissional vão vivenciando situações que lhes deixam marcas profundas, quer positivas quer negativas.”

Abreu (2009) acrescenta que as vivências são uma sequência de estados de espíritos que estão relacionados com o mundo e os seus objetos. Estes estados de espírito podem ser mais complexos como os sentimentos, ou mais simples, como uma sensação, uma recordação ou uma ideia, no entanto, todos eles estão relacionados com algum objeto.

De forma a orientar a pesquisa a efetuar formulei as seguintes questões de investigação:

- Quais as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?

- Quais as alterações físicas e psicológicas que os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV experienciam, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Que dificuldades apresentam os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face às alterações físicas e psicológicas sentidas nesta situação?
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face às dificuldades que apresentam face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- De que forma a vivência de uma situação de emergência com uma vítima crítica contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro que exerce funções na ambulância de SIV?

De modo a obter resposta a estas questões resolvi efetuar um estudo qualitativo, com uma abordagem fenomenológica.

O estudo foi realizado nas ambulâncias de SIV do CHMT, sediadas na Unidade de Torres Novas e Unidade de Tomar. Foram entrevistados seis enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, dos quais dois iniciaram o percurso no PH há menos de seis meses, dois fazem PH há dois anos e dois enfermeiros que para além de exercerem funções na ambulância de SIV há dois anos, exercem há mais de dois anos funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do CHMT.

A entrevista foi semiestruturada e gravada com o consentimento de cada elemento, tendo sido utilizado um guião elaborado para o efeito.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos, o primeiro corresponde à fundamentação teórica, onde se abordam a conceitualização de Urgência e Emergência, de doente crítico, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) onde está incluído o INEM, a história do INEM e das ambulâncias de SIV. Integra ainda um subcapítulo

onde são abordadas as funções do enfermeiro no PH e na ambulância de SIV, as suas vivências neste âmbito, bem como as estratégias de *coping* utilizadas pelos mesmos. O segundo capítulo aborda a metodologia utilizada onde se inclui o tipo de estudo, o objetivo e questões de investigação, a população e amostra, a técnica de recolha de informação, os procedimentos formais e éticos, assim como a análise de dados. O terceiro capítulo, o capítulo referente à fenomenologia é realizada a apresentação e discussão dos achados.

Finalizo o trabalho com as principais conclusões do estudo onde procuro sublinhar os resultados de maior relevância, bem como as dificuldades encontradas neste percurso e ainda algumas sugestões que considere pertinentes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresentarei as bases teóricas ou conceituais da investigação, que permitem ordenar os conceitos entre si, descrevendo e explicando relações entre eles. Tal como refere Fortin (2009, p. 122),

“O quadro teórico é uma breve explicação das relações entre os conceitos-chave de um estudo. Esta explicação é baseada numa teoria existente ou numa porção da teoria suscetível de se aplicar ao problema de investigação. O quadro teórico define as condições nas quais um conceito pode ser associado a outro ou lhe dá origem.”

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRÉ-HOSPITALARES

Neste capítulo serão abordados alguns conceitos considerados relevantes para o estudo, nomeadamente o de urgência e emergência, o de doente crítico, o do SIEM e INEM e por último o de ambulância de SIV.

Os conceitos de urgência e emergência são para a maioria das pessoas termos idênticos, no entanto, estes termos apesar de estarem constantemente interligados, não são sinónimos. No âmbito da terminologia portuguesa é praticamente intuitiva a perceção de que o conceito de urgência engloba o de emergência, ou seja, todos os casos emergentes são urgentes, sendo que o inverso não é verdade.

Segundo Santos, Júnior e Canetti (2006), a assistência em situações de emergência e urgência caracteriza-se pela necessidade de um doente ser atendido num curto espaço de tempo. A emergência é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver um protelamento no atendimento, pois este deve ser imediato. Para Santos (2008), urgência é uma ocorrência imprevista que causa danos à saúde, mas a pessoa não corre risco de vida e necessita de um atendimento médico mediato, enquanto que uma emergência, é

uma ocorrência que causa danos à saúde mas que implica risco de vida, necessitando de um tratamento médico imediato.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2001, p. 7), “urgências são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” e as “emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais”. Assim, todas as situações urgentes ou emergentes necessitam de encaminhamento para unidades hospitalares adequadas para um atendimento correto e isto tem sido possível com o desenvolvimento do atendimento PH nos últimos anos.

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2006), urgência é definida como uma ocorrência imprevista com agravamento do estado de saúde da pessoa, com ou sem risco potencial de vida e que necessita de assistência médica mediata. Emergência é uma situação que leva a um agravamento do estado de saúde da pessoa que implica um risco iminente de vida ou sofrimento intenso, necessitando de tratamento médico imediato.

Romani, Sperandio, Sperandio, Diniz e Inácio (2009) acrescentam que para se entender melhor as definições de urgência e emergência, deve-se perceber as necessidades de cada tipo de ocorrência. Assim, a emergência está relacionado com a saúde pública, prevenção de acidentes, políticas de educação pública, legislação de trânsito ou normas técnicas em edifícios e parques, no sistema de saúde relaciona-se com o atendimento em pouco tempo, à triagem de risco, ao diagnóstico diferencial ou primeiro atendimento, devendo-se esperar neste primeiro atendimento: agilidade na avaliação inicial; identificação segura dos diagnósticos prováveis; prestação de um tratamento adequado às emergências facilmente reconhecíveis ou clinicamente detetáveis; encaminhamento para as unidades hospitalares mais adequadas ao tratamento da condição clínica; orientação das suspeitas diagnósticas de doença crônica, sem manifestações de emergência, para o ambulatório ou respetivas especialidades.

Os mesmos autores referem que a urgência, por sua vez, está relacionada com doenças graves e no atendimento da urgência deve-se esperar: identificação da gravidade da

situação; manutenção e/ou recuperação das funções vitais em risco; diagnóstico e tratamento definitivo com os recursos necessários e mais adequados à situação clínica.

Contudo, apesar das definições referidas por Romani et al. (2009), a maioria das definições encontradas são muito semelhantes, tal como afirma a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) (2012), em que refere que relativamente à atividade assistencial, urgência é um processo que obriga a uma avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo e emergência é um processo em que existe risco de vida ou de função orgânica, exigindo a uma intervenção rápida.

Dado que em situação de emergência são prestados cuidados de saúde a doentes críticos, torna-se importante definir este conceito.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e a Ordem dos Médicos (2008, p. 9) definem “como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

Referem ainda que estes doentes têm ou encontram-se em risco de falência múltipla orgânica, onde a capacidade de adaptação ou reserva fisiológica para alterações súbitas é quase nula, podendo pequenas alterações provocarem grandes instabilidades e consequente deterioração clínica. Estas alterações se acontecerem têm um efeito multiplicativo no agravamento da situação clínica do doente.

Para a CRRNEU (2012), o doente crítico é aquele cuja vida está em situação de risco e que necessita de cuidados médicos para reverter a situação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010, p. 1), o doente em situação crítica necessita de

“cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

Assim, os doentes com esta situação clínica exigem uma intervenção no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas. Para atender a este dado, estes doentes necessitam de unidades hospitalares adequadas com recursos técnicos indispensáveis à continuidade dos cuidados, para uma definição diagnóstica e terapêutica (Grupo de Trabalho de Urgências, 2006).

Segundo o INEM (2013), em Portugal, o socorro PH de doentes iniciou-se em 1965, tendo sido o primeiro passo a implementação do número nacional de socorro “115”. Na primeira fase apenas servia para dar apoio a vítimas de acidentes na via pública em Lisboa, só posteriormente, nos anos seguintes estendeu-se ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro. Este socorro era realizado por uma ambulância tripulada por Polícias de Segurança Pública.

A mesma fonte refere que, cientes da necessidade urgente de melhorar a assistência PH, uma vez que esta se resumia basicamente à recolha e transporte das vítimas até à unidade hospitalar mais próxima e face ao facto da rede de cobertura de socorro ser ainda muito reduzida, em 1971 foi criado o Serviço Nacional de Ambulâncias que tinha como objetivo orientar e coordenar com eficiência as atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a vítimas de acidente ou doença súbita, e ao seu respetivo transporte para a unidade hospitalar.

A rede de emergência tinha assim conhecido avanços significativos, 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. No entanto, não era suficiente para a quantidade elevada de sinistralidade existente, pelo que consciencializaram-se para a necessidade emergente de desenvolver e capacitar a rede de emergência médica com meios mais sofisticados que permitissem dar uma resposta mais célere às ocorrências e sobretudo, facilitar a articulação entre as diferentes entidades envolvidas na rede.

Surge assim o SIEM em 1981, tendo sido no mesmo ano criado o INEM (INEM e Ministério da Saúde, 2011). Em Portugal, o organismo do Ministério da Saúde responsável pela coordenação e funcionamento do SIEM é o INEM. Segundo o Despacho nº 14898/2011 de 25 de Outubro, o SIEM consiste numa intervenção ativa e dinâmica de diferentes elementos do Sistema Nacional de Saúde e tem como principal objetivo uma

atuação rápida, eficaz e eficiente em situações de emergência médica através de um conjunto de ações coordenadas, tanto a nível do PH, hospitalar como intra-hospitalar. Segundo o INEM (2013) a sua atividade de urgência/emergência engloba assim, o sistema de socorro PH, o transporte, a receção hospitalar e a referenciação adequada do doente urgente/emergente.

No ano de 1987 o INEM cria e põe a funcionar em Lisboa, o primeiro Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). No mesmo ano surge o subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco. A primeira VMER é implementada pelo INEM em 1989 em Lisboa. Na atualidade, estende-se a todo o território continental. Ainda neste ano, o INEM cria o CODU – Mar (INEM e Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com os mesmos autores, em 1997 o INEM implementa o Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) com dois helicópteros, um sediado em Tires e outro no Porto. Atualmente, o SHEM cobre todo o território continental, com cinco aeronaves. As primeiras ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) surgem em 2004 e as ambulâncias de SIV em 2007. Ainda em 2004, é criado o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) e a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE).

É de especial importância referir que, para a eficiência do SIEM, é fundamental a articulação de vários intervenientes, com diferentes níveis de atuação. Assim, de acordo com o INEM (2013), os intervenientes deste sistema são: o público em geral, operadores das Centrais de Emergência 112, técnicos do CODU, agentes da autoridade, bombeiros, tripulantes de ambulância, Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), médicos e enfermeiros, pessoal técnico hospitalar e pessoal técnico de telecomunicações e de informática.

O SIEM é internacionalmente representado pela “Estrela da Vida”, (figura 1).

Figura 1 – Estrela da Vida



Fonte: INEM (2013)

No sentido de se atingirem os objetivos pretendidos com a emergência médica, existe uma sequência de várias fases do SIEM a cumprir, segundo o INEM (2013), em que cada uma das pontas da estrela da vida corresponde a uma fase: 1 – Detecção; 2 – Alerta; 3 – Pré-socorro; 4 – Socorro; 5 – Transporte; 6 – Tratamento na Unidade de Saúde.

A fase de Detecção corresponde ao momento em que alguém se apercebe da existência de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente.

O Alerta corresponde à fase em que se pede ajuda através do contacto do Número Europeu de Emergência (NEE) – 112.

A fase do Pré-socorro corresponde ao aconselhamento feito pelo CODU na aplicação de procedimentos simples que podem e devem ser efetuados até à chegada do meio PH.

Na quarta fase, que corresponde ao Socorro propriamente dito são acionados os meios ao dispor na área da saúde pelo CODU e são prestados os primeiros cuidados de emergência, ainda no local de ocorrência, por pessoal formado, às vítimas de doença súbita ou acidente, com a finalidade de estabilizar a(s) vítima(s).

A fase de Transporte resume-se ao transporte assistido da vítima numa ambulância, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde mais adequada, possibilitando a continuidade de cuidados durante o transporte.

A última fase Tratamento na Unidade de Saúde consiste no tratamento da(s) vítima(s) no serviço de saúde mais adequado ao seu estado clínico.

O INEM, a entidade responsável pela coordenação e funcionamento do SIEM

“tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) 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 de 14 de fevereiro no Artigo 3, p. 749)

Segundo o INEM (2013), as suas principais tarefas são a prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital mais adequado e a articulação entre os vários intervenientes do SIEM.

De acordo com o Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro no Artigo 3 (p. 749) são atribuições do INEM, I. P.:

- “a) Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré -hospitalar, nas suas vertentes medicalizados e não medicalizados, e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência;
- b) Referenciação e transporte de urgência/emergência;
- c) Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- d) Formação em emergência médica;
- e) Planeamento civil e prevenção;
- f) Rede de telecomunicações de emergência.”

Para assegurar o cumprimento destas tarefas o INEM apresenta um conjunto de serviços, nomeadamente:

CODU – Atende e avalia no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos através do NEE, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Tem ainda como finalidade promover o Transporte do doente urgente/emergente até à Unidade de Saúde mais adequada; O CODU seleciona e prepara a receção hospitalar das vítimas, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da unidade de saúde de destino (Despacho nº 14041/2012 de 23 de Outubro).

CODU MAR – Garante a prestação de aconselhamento médico a situações de emergência que se verifiquem a bordo de embarcações, podendo também acionar a evacuação da

vítima, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o hospital adequado (INEM, 2013).

Centro de Informação Antivenenos (CIAV) – Prestação de informação a situações de intoxicação referentes ao diagnóstico, quadro clínico, toxicidade, terapêutica e prognóstico da exposição a tóxicos em intoxicações agudas ou crônicas (INEM e Ministério da Saúde, 2011).

CAPIC – Prestação de apoio psicológico em emergência, 24 horas por dia e intervém com os contactantes em situações de crises psicológicas, comportamentos suicidas, vítimas de abusos/violência física ou sexual, entre outras situações (INEM, 2013).

UMIPE – Veículo de intervenção que transporta um psicólogo do INEM para prestar apoio psicológico em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros (INEM e Ministério da Saúde, 2011).

Ambulância de Emergência Médica – anteriormente designada por ambulância de SBV, tem como objetivo principal a deslocação rápida de uma equipa de emergência médica até ao local da ocorrência, a estabilização de vítimas e assistência durante o transporte para o serviço de urgência mais adequado à situação clínica da vítima. Estas ambulâncias são tripuladas por dois TAE (Despacho nº 13794/2012 de 8 de Outubro).

VMER – veículo de intervenção PH destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra a vítima, tripulada por um enfermeiro e médico e tem como objetivo a estabilização PH e acompanhamento médico durante o transporte de vítimas críticas (Despacho nº 14898/2011 de 25 de Outubro).

Helicóptero de Emergência Médica – tem como objetivo transportar doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou entre o local da ocorrência e a unidade de saúde (transporte primário). Pode ainda ser utilizado para o transporte de órgãos e transporte de Equipas Médicas especializadas. A sua tripulação é constituída por um médico, um enfermeiro e dois pilotos (CRRNEU, 2012).

Motociclo de Emergência Médica – meio ágil, vocacionado para o trânsito citadino, que permite chegar rapidamente ao local onde se encontra a vítima. Tripulada por um TAE.

Este veículo transporta um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa, oxigênio, adjuvantes da via aérea e ventilação, equipamento para avaliação de sinais vitais e glicemia capilar e outros materiais de SBV (Despacho nº 13794/2012 de 8 de Outubro).

Ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico – dedica-se ao transporte de recém-nascidos e doentes pediátricos em estado crítico entre Unidades de Saúde. São ambulâncias especializadas, com uma tripulação constituída por um médico, um enfermeiro e um TAE. Estão equipadas com todo o material necessário à estabilização e transporte de vítimas dos 0 aos 18 anos de idade (Despacho nº 1393/2013 de 16 de Janeiro).

Ambulância de SIV – implementada pelo INEM em 2007, com o intuito de melhorar o nível dos cuidados de Emergência Médica PH. Estas constituem-se como um meio operacional do INEM que visa melhorar os cuidados prestados em ambiente PH à população. Estas ambulâncias significam um *upgrade* relativamente aos cuidados prestados pelas ambulâncias de socorro e tem como finalidade uma intervenção em situações em que o tempo é um fator crucial e a distância a que se encontra o meio mais diferenciado de emergência médica (VMER) dificulta o seu envio em tempo útil (INEM e Ministério da Saúde, 2007).

Segundo o INEM e Ministério da Saúde (2007, p. 1), “a expressão SIV traduz um conceito, aceite pela comunidade científica médica, baseado na necessidade de garantir os cuidados de saúde capazes de resultar numa reanimação com sucesso até estar disponível uma equipa médica, dita de suporte avançado de vida”.

Os profissionais que exercem funções na ambulância de SIV atuam na dependência direta do CODU. Estas são tripuladas por um enfermeiro e um TAE. O enfermeiro com formação em SIV e o TAE com formação em técnicas básicas de emergência, desfibrilhação automática externa e condução de emergência, cursos ministrados pelo INEM. A ambulância dispõe de equipamento de SIV. (Despacho nº 14898/2011 de 25 de Outubro).

Os enfermeiros nas ambulâncias de SIV têm a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos terapêuticos invasivos, de acordo com protocolos aplicados e sob a supervisão médica do médico regular do CODU (INEM, 2013). Aos enfermeiros compete

a chefia da equipa, coordenada operacionalmente pelo CODU respetivo (INEM e Ministério da Saúde, 2007)

Segundo o INEM (2013, p. 8) estas ambulâncias têm como principais objetivos, “a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência” e o “transporte de doente crítico (inter-hospitalar)”.

De acordo com o Despacho nº 14898/2011 de 25 de Outubro, todos os SUB devem integrar uma ambulância de SIV.

A prestação dos cuidados de Emergência PH na ambulância de SIV é feita no âmbito de um controlo médico rigoroso, denominada de Direção Médica e ocorre em dois níveis diferentes, tal como referem o INEM e Ministério da Saúde (2007):

- Direção Médica Indireta (*offline*), que é realizada através dos Protocolos de Atuação de SIV. Estes protocolos englobam um conjunto de ações que podem ser realizadas imediatamente pela equipa e as situações que se deve contactar o médico regular do CODU, para validação prévia.
- Direção Médica Direta (*online*), que consiste em contactar obrigatoriamente o médico regular do CODU para validar previamente alguns procedimentos específicos, definidos nos Protocolos de Atuação de SIV, utilizando a comunicação de voz por telemóvel ou rádio e comunicação de dados através de uma aplicação própria no computador portátil.

1.2. O ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA ATUAÇÃO NA AMBULÂNCIA DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

Uma vez que os enfermeiros desempenham funções em vários meios que constituem o INEM, nomeadamente: SIV, VMER, Helicóptero e Ambulância de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, importa descrever as funções destes profissionais no âmbito do PH.

De acordo com a OE (2007, p.1),

“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”

Segundo Vargas (2006) citado por Merlo (2009), o enfermeiro no PH prevê as necessidades da vítima, definindo prioridades, inicia o tratamento e faz reavaliações periódicas do estado clínico da mesma, transportando-a de seguida para o hospital adequado para tratamento definitivo. Para garantir a eficácia na prestação de cuidados no PH e para que se reduza os erros, existem protocolos de atuação a serem adotados e seguidos pelos enfermeiros.

Em 2007 a OE (2007, p. 1-2) emitiu as seguintes orientações para as intervenções no enfermeiro no PH:

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

Por outro lado, o CHMT (2005, p.1) acrescenta que a função do enfermeiro “(...) engloba várias atividades, umas de suporte, umas de preparação e gestão de recursos e outras de

ação direta, ou seja, prestação de cuidados de emergência pré-hospitalar.” Sob a responsabilidade e supervisão do enfermeiro da ambulância de SIV, destaca-se a importância do trabalho conjunto com o TAE, que coopera na prestação dos cuidados.

As atividades do enfermeiro passam por garantir a operacionalidade do meio, revendo e repondo o material da carga da ambulância durante o turno e sempre que este tem uma ativação, supervisionar e garantir a higienização, limpeza e desinfecção da ambulância. Na chegada ao local de ocorrência o enfermeiro deve garantir as condições de segurança, avaliando os potenciais riscos e se os meios de socorro presentes são os adequados à situação, se necessário requerer junto do CODU, entidades que garantam as condições de segurança para a prestação de socorro ou meios de socorro adequados à ocorrência (CHMT, 2005).

Durante a ocorrência o enfermeiro deve prestar cuidados de emergência pré-hospitalares adequados à situação, executando os protocolos de SIV e mediante a informação recolhida, atuar de acordo com o definido nos protocolos, decidindo o protocolo ou protocolos de atuação autonomamente ou propor e validar os protocolos junto do médico regulador do CODU e atuar em conformidade. Durante a prestação de socorro, a equipa deve cooperar com os outros intervenientes do SIEM presentes no local (CHMT, 2005).

A mesma fonte refere que durante o transporte, o enfermeiro deve vigiar, reavaliar e prestar cuidados de emergência PH e em caso de alteração do estado clínico da vítima, atuar em conformidade com o definido nos protocolos. Após a chegada à unidade hospitalar, o enfermeiro deve transmitir ao técnico de saúde responsável, a informação recolhida e os cuidados prestados durante a ocorrência. Este tem ainda como função, assegurar que em todos os momentos, o CODU possui informação atualizada sobre a situação clínica da vítima e todos os cuidados prestados pela equipa, bem como a situação de operacionalidade da ambulância de SIV.

As funções do enfermeiro no âmbito da ambulância de SIV são consideradas desgastantes, tanto pela carga de trabalho como pelas especificidades das tarefas que têm que desempenhar.

De acordo com Cristina (2006), em urgência e emergência, os enfermeiros lidam com situações inesperadas, desesperadas e traumatizantes, emoções no limite, inseguranças,

agilidade e competência técnica nos procedimentos realizados, frustração e situações de morte iminente ou real. No PH, para além do referido anteriormente, a equipa vivencia sentimentos em várias fases, que vão desde a expectativa em aguardar pela ativação para uma situação de emergência, no deslocamento da ambulância até ao local da ocorrência (velocidade, trânsito), na chegada ao local (situação da vítima, número de vítimas, familiares, mirões, por vezes imprensa, temperatura ambiente, conflitos entre a população expectante), durante o atendimento à vítima (habilidade e agilidade técnica com competência, poder de decisão, trabalho em equipa) e até aguardar a decisão do médico regular do CODU de transporte da vítima para o hospital de referência mais adequado à sua situação clínica, para o tratamento definitivo.

Também para Femenía, Jiménez, Aleixandre e Armero (1999), o ambiente hospitalar e as unidades de emergência, pelas suas características, expõem os enfermeiros e a equipa multiprofissional a situações de *stress*. O *stress* é a resposta manifestada no indivíduo de forma a poder enfrentar as exigências físicas e psicológicas. Esta resposta depende de uma combinação de elementos diferentes como as exigências próprias do indivíduo e do próprio ambiente.

Martino e Misko (2004) referem que os profissionais que exercem funções em unidades de emergência convivem, diariamente, com doentes em situação instável que pode conduzir a situações de *stress*. Estes profissionais podem desenvolver também estados de ansiedade, devido a conviver com a dor e sofrimento, por serem os primeiros a lidarem e sentirem a morte e por terem de executar desde os procedimentos mais simples aos mais complexos.

No desempenho das suas funções no PH, em situações de emergência, o enfermeiro tem inerente o contacto com o sofrimento, a doença e a morte, que desencadeiam uma série de sentimentos e emoções perante o que se vivencia.

Para Diogo (2006) os conceitos de sentimento, emoção e afeto têm significados semelhantes. O sentimento denota um estado interior, a experiência íntima de alguém. Não podemos observar um sentimento mas podemos observar o efeito de um sentimento ou os sinais que indicam os sentimentos de alguém. A emoção é o termo que equivale na linguagem quotidiana ao termo de afeto, veiculando uma carga mais objetiva que os sentimentos.

Damásio (2003, p. 44) refere que “as emoções e os sentimentos estão intimamente relacionados ao longo de um processo contínuo que tendemos a vê-los, compreensivelmente, como uma entidade simples”. Acrescenta ainda que (2003, p. 103) “de um modo geral, os sentimentos traduzem o estado da vida na linguagem do espírito” e as emoções precedem os sentimentos, “temos emoções primeiro e sentimentos depois, porque na evolução biológica, as emoções vieram primeiro e os sentimentos depois” (Damásio, 2003, p. 46), não podendo ser dissociados quando entendidos, pois fazem parte integrante da pessoa.

Diogo (2006) diz que o que sentimos influencia aquilo em que pensamos e vice-versa, o que é uma consequência natural das extensas ligações no córtex. Não somos meras máquinas lógicas, nem simples feixes de emoções à solta mas sim, a combinação de ambos, embora em algumas ocasiões o equilíbrio possa desviar-se para um dos lados.

De acordo com Damásio (2010, p. 143), as emoções são ações do nosso corpo, desde as expressões faciais e posições do corpo até às mudanças no meio interno, ou seja, as “emoções são acções acompanhadas por ideias e modos de pensar” enquanto que os sentimentos são “(...) percepções daquilo que o nosso corpo faz durante a emoção (...)”.

Para este autor, existem dois grupos de emoções para além das emoções universais. As chamadas emoções universais são ações inatas e automatizadas, pois estas estão presentes em muitas culturas e são facilmente identificáveis, são um programa de ações que inclui mais do que uma ou duas reações reflexas desencadeadas por um objeto ou acontecimento identificável, tais como: o receio, a fúria, a tristeza, a felicidade, o nojo e a surpresa. Os outros dois grupos de emoções são as emoções de fundo e as emoções sociais.

As emoções de fundo “(...) podem ser desencadeadas quando reflectimos sobre uma situação que já aconteceu ou quando pensamos numa situação que é ainda uma mera possibilidade.” (Damásio, 2010, p. 161). Como exemplos o autor refere o entusiasmo e o desencorajamento.

De acordo com Damásio (2010, p. 161)), todas as emoções podem ser consideradas sociais, no entanto, denomina este grupo porque “(...) estas emoções são desencadeadas em situações sociais e desempenham garantidamente papéis de destaque na vida dos

grupos sociais”, sendo elas: a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o desprezo, o ciúme, a inveja, o orgulho e a admiração.

Os profissionais de saúde que exercem funções na ambulância de SIV, e os enfermeiros em particular, têm que lidar com situações, sentimentos e emoções, pelo que têm que desenvolver algumas estratégias para lidar com as mesmas.

Na opinião de Manzanque, García, Blanco, Ferrer, Fraile e Arriortua (2001), é necessário procurar estratégias que facilitem uma boa estrutura emocional dos membros da equipa, diminuindo as tensões e os problemas, favorecendo assim uma relação pessoal aceitável entre estes e as vítimas.

Estas estratégias são também designadas de estratégias de *coping* e para Pereira (2008, p. 120) são:

“(…) um conjunto de tarefas/estratégias de adaptação, que se referem ao conjunto de pensamentos e acções que um indivíduo utiliza para lidar com situações que originam stress a fim de controlar e diminuir o impacto sobre o seu bem-estar físico e psicológico.”

De acordo com Ramos (2004) existem diversas estratégias de *coping*: *coping* centrado no problema, que visa controlar o problema na origem do sofrimento; *coping* centrado na emoção, que visa regular as tensões passivas e o sofrimento emocional originados pela situação; *coping* evitante, que tem como objetivo reduzir, através de estratégias passivas como a fuga, o evitamento, a negação, entre outras; *coping* vigilante, que visa enfrentar a situação de modo a resolvê-la, através de estratégias de vigilância e ação, tais como suporte social, procura de informação e de meios.

A escolha das estratégias de *coping* depende das características da situação e recursos sociais, que o indivíduo percebe como disponíveis para lidar com a situação (Pereira, 2008).

Três pontos-chave estão contidos na definição de *coping*, em primeiro lugar, que o *coping* é um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação *stressante*, é um processo que pode alterar-se com o tempo. Em segundo lugar, o *coping* está relacionado com o contexto, visto que é influenciado pela avaliação que o

sujeito faz quanto à exigência da situação, ou seja, o indivíduo poderia utilizar habitualmente uma determinada estratégia de *coping* mas a situação pode colocar outras exigências que conseqüentemente impõem outras escolhas quanto às estratégias utilizadas. Por último, as estratégias ou respostas utilizadas não são analisadas como boas ou más, mas apenas como esforços que o indivíduo faz para responder às exigências ao qual é exposto e que podem ter um bom ou mau resultado (Graziani e Swendsen, 2007).

Menzani e Bianchi (2005, p.8) acrescentam que, o exercício da enfermagem está exposto constantemente a situações de *stress*, ao lidar com um doente, o enfermeiro enfrenta no seu quotidiano a dor, a morte, o medo, a angústia, necessitando, assim, de desenvolver habilidades para enfrentar tais situações, ou seja, desenvolver mecanismos de *coping*. “O conceito de “*coping*” é o modo usual do indivíduo lidar com problemas ou situações incomuns. É o conjunto de processos ou mecanismos através dos quais é restabelecido o equilíbrio psicológico e fisiológico.” Frente a estas situações consideradas *stressantes*, o enfermeiro utiliza mecanismos psicológicos para reduzir o impacto dos fatores *stressantes* e assim retomar o equilíbrio. Estes mecanismos ou estratégias são opções cognitivas elaboradas através da avaliação da situação, do ambiente, de experiências anteriores bem-sucedidas e da maturidade do seu aparelho psíquico (Grazziano e Bianchi, 2010).

Serra (2007) afirma, igualmente, que as estratégias de resolução de problemas nem sempre são eficazes e estas devem-se focar em três aspetos: no problema, na obtenção de apoio social e no controlo das emoções. Refere ainda que os recursos de um indivíduo pode dispor incluem: a experiência da pessoa, as características da personalidade, a capacidade económica e o apoio da rede social.

Para Diogo (2006) o enfermeiro vai desenvolvendo estratégias para lidar com o sofrimento e dificuldades sentidas na prática dos cuidados, que permitem alterar o relacionamento emotivo com o cliente e redefinir situações emotivas de cuidados. Estas podem ser estratégias de gestão ao nível da compreensão e integração da sua experiência humana de sentir ou da construção de defesas das emoções e sentimentos vividos na interação dos cuidados.

Estas duas estratégias espelham-se no dia-a-dia do enfermeiro. Estes mecanismos são utilizados para lidar com a angústia e sofrimento na prática dos cuidados e para distanciar

afetividade, que o protegem de vivências de perda e de tristeza. As emoções unem o que é importante para nós, com o mundo das pessoas, das coisas e dos acontecimentos.

Desta forma as estratégias de *coping* estão associadas a um estímulo, ao qual o indivíduo se tenta adaptar, com o objetivo de manter a sua integridade, tanto física como psíquica, ou seja tendo o indivíduo consciência da sua realidade, procura estratégias na sua vivência que se pareçam adequar aos agentes *stressores*, com o fim de resolver ou adaptar-se à situação *stressante*.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração de um estudo de investigação, é necessário fazer um plano de como irá decorrer, de modo a que se definam logo à partida, quais as atividades que são imprescindíveis de se desenvolver.

Segundo Fortin (2009, p. 53), “a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação”.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A abordagem a eleger numa investigação depende, quer do problema em estudo, quer dos objetivos delineados. Deste modo, tendo em conta as várias tipologias de investigação e uma vez que se pretende, com este estudo, obter informações sobre as vivências dos enfermeiros em situações de emergência à vítima crítica, optou-se por um estudo descritivo de natureza qualitativa, um estudo fenomenológico.

Para Martins (1992), o que se objetiva na pesquisa fenomenológica são os significados que os sujeitos atribuem à sua experiência vivida, significados esses que se revelam a partir das descrições realizadas por esses mesmos sujeitos. A descrição da experiência por quem vivencia um fenómeno é o caminho para a compreensão dele, e a linguagem é uma das formas que se abre para essa compreensão.

Da pesquisa efetuada relativamente à investigação qualitativa e tipos de estudo desenvolvidos de acordo com a sua utilização, identificou-se que o tipo de abordagem que melhor se encaixa neste tipo de estudo é o fenomenológico. A fenomenologia é um tipo de abordagem rigorosa, crítica, sistemática e reconhecida que se aplica no estudo de fenómenos importantes. Ao nível da disciplina de enfermagem, preocupa-se com a essência do fenómeno a partir da experiência vivida e a sua investigação prende-se por interrogar o facto em si, ou seja, a realidade e essência da circunstância em causa (Streubert e Carpenter, 2011).

Neste tipo de abordagem, o processo de investigação é conduzido de acordo com as crenças e pela abordagem do ser humano como ser único.

Ao optar pela utilização do estudo do tipo qualitativo e segundo Polit e Hungler (1995, p. 270) “esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. Os dados são qualitativos e analisam-se em toda a sua riqueza, respeitando a forma como estes foram registados, não os reduzindo a símbolos numéricos, como nos estudos quantitativos. (Bogdan e Biklen, 1994).

O pensar sobre algumas questões que me inquietam e que sinto no meu desempenho profissional, o estar a frequentar o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, bem como a motivação, empenho e gosto que tenho pela emergência PH e por eu desenvolver funções na ambulância de SIV e deparar-me com situações emergentes com vítimas críticas, levou-me a tentar perceber e analisar os sentimentos, os medos, as situações marcantes e outras que os enfermeiros sentem nestas situações. Partilho assim, como o que Bogdan e Biklen (1994) referem, que na escolha de um estudo dentro da abordagem qualitativa, o investigador deve levar em consideração a paixão pelo tema, a fundamentação teórica, ser prático e escolher um assunto que esteja pessoalmente envolvido.

Optou-se por este tipo de metodologia, reconhecendo que ela é marcada pela intersubjetividade em que, como refere Fortin (2003) as pessoas que participam num estudo, tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem um saber pertinente e uma experiência ou partilham a mesma cultura, o que leva à riqueza das experiências, com base nas informações colhidas.

Após a identificação do tema do estudo, surgiu, então, a necessidade de construir a questão de investigação, permitindo chegar a uma resposta adequada acerca daquilo que se pretende investigar. Fortin (2009, p.72) profere relativamente a este assunto que “a investigação parte sempre de uma questão. (...) é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe.”

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), na questão inicial o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível o que pretende saber, elucidar e compreender melhor. Após alguma reflexão e de acordo com o que é sugerido pelos autores supracitados como sendo os elementos base constituintes de uma questão de investigação, verificou-se que a pertinência deste estudo prende-se com o conhecer e descrever como vivenciam os enfermeiros que trabalham na ambulância de SIV em situações de risco de vida para a pessoa. Neste sentido, ao querer-se descrever um fenómeno associado a experiências humanas, elaborou-se a seguinte questão:

- **Quais as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?**

2.2. OBJETIVO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Uma vez identificada a problemática, surge a necessidade de ser definido o objetivo para a condução do estudo de investigação, de modo a ser proporcionada uma resposta adequada à mesma, para que no final se alcance aquilo a que se propôs para a sua consecução. Assim e para conhecer e descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a situações de risco de vida, definiu-se o seguinte objetivo:

- Descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV em situação de emergência à vítima crítica.

Decorrente da questão preliminar de investigação, foram formuladas várias questões para orientar a pesquisa a efetuar. De acordo com Fortin (2009, p.81) “as questões que apelam a respostas que permitem descrever, explicar ou predizer fenómenos num domínio particular são questões suscetíveis de constituir objecto de uma investigação.” Foram assim formuladas as seguintes questões:

- Quais as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?

- Quais as alterações físicas e psicológicas que os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV experienciam, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Que dificuldades apresentam os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face às alterações físicas e psicológicas sentidas nesta situação?
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, face às dificuldades que apresentam face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- De que forma a vivência de uma situação de emergência com uma vítima crítica contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro que exerce funções na ambulância de SIV?

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para qualquer estudo de investigação há que efetuar a escolha dos participantes em função de vários critérios de seleção, devendo a mesma recair sobre pessoas que, pelo seu papel, postura, experiência e capacidade de expressão, garantam a qualidade da informação a colher (Streubert e Carpenter, 2011). Neste sentido Streubert e Carpenter, (2011, p. 29) referem que “os indivíduos são seleccionados para participarem na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse.”

Definiu-se como universo do estudo, os enfermeiros que desenvolviam a sua atividade profissional na ambulância de SIV do CHMT. A amostra do estudo é não probabilística e intencional. Segundo Gil (1995, p. 93) as amostras não probabilísticas “não apresentam fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador”. Por outro lado, Reis (2001, p.40) refere que “aqui a selecção de cada elemento que fará parte da amostra é baseada em maior ou menor grau em juízos de valor sobre a população alvo”. Pretende-se que a amostra tenha algumas características que se

conhecem sobre a população, no entanto não é possível a probabilidade de certo elemento do universo ser escolhido para fazer parte da amostra.

Em relação à amostra intencional, Reis (2001, p, 40) refere que “neste procedimento, a escolha dos elementos a constituírem a amostra baseiam-se na opinião de uma ou mais pessoas que são fortemente conhecedoras das características específicas da população em estudo que se pretende analisar”. Deste modo, pretende-se que da amostra façam parte um grupo de indivíduos que tenham vivido o fenómeno em estudo com a finalidade de partilharem o seu conhecimento.

Bogdan e Biklen (1994) salientam que, nas abordagens qualitativas, os estudos são guiados por pequenas amostras, pois não se pretende extrapolar para o universo mas sim, compreender as experiências vividas e as percepções das pessoas. A importância da amostra centra-se essencialmente na riqueza dos dados que revelam as experiências individuais e específicas de cada participante (Polit e Hungler, 1995).

Assim, para o estudo realizei uma entrevista a seis enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV. A seleção da amostra teve em conta a opinião do enfermeiro coordenador da mesma, após ter conhecimento dos critérios estabelecidos que foram:

- Dois enfermeiros que iniciaram o percurso no PH há menos de seis meses;
- Dois enfermeiros que fazem PH há dois anos;
- Dois enfermeiros que para além de exercerem funções na ambulância de SIV há dois anos, exercem há mais de dois anos funções na VMER do CHMT;
- Mostrarem disponibilidade para realizarem a entrevista;
- Aceitarem a gravação áudio da entrevista.

A escolha de enfermeiros com diferentes anos de percurso no PH prendeu-se com o facto de obter respostas diversificadas de acordo com diferentes níveis de experiência profissional, no sentido de enriquecer o mais possível o estudo. Houve, igualmente, a preocupação na variedade e multiplicidade na seleção dos participantes, tendo em conta a diferença de idade e sexo, de forma a promover uma maior riqueza e diversidade.

Quanto às características sociodemográficas dos entrevistados, as idades estão compreendidas entre os vinte e sete e os quarenta e oito anos. Perante a preocupação de

incluir a visão de ambos os sexos, foram entrevistados quatro participantes do sexo masculino e dois do sexo feminino. Maioritariamente possuem o estado civil casado. Em relação ao exercício profissional, varia entre os quatro e os quinze anos de experiência profissional.

Relativamente ao tempo de experiência profissional dos enfermeiros na ambulância de SIV, dois exercem há cinco meses e quatro há dois anos. Destes quatro enfermeiros, dois também exercem funções na VMER há mais de dois anos: dois anos e três meses e 9 anos. Obteve-se então um leque diversificado de vivências de modo a proporcionar saberes, competências e fortalecimento da equipa no cuidar da vítima crítica em contexto PH.

Dos enfermeiros entrevistados, três exercem funções no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e um na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP), ambos os serviços pertencentes à Unidade Hospitalar de Abrantes, e dois enfermeiros no SUB da Unidade Hospitalar de Tomar.

Verifica-se ainda que a maioria dos enfermeiros tem formação pós-licenciatura: um Especialização e três Pós-Graduação (PG).

2.4. TÉCNICA DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

De forma a recolher os testemunhos das vivências dos inquiridos optei por efetuar uma entrevista semiestruturada. De facto, tendo em conta Fortin (2009), recorre-se a esta entrevista quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de fenómenos vividos pelos participantes. Além disso, a entrevista semiestruturada valoriza a presença do entrevistador e permite também aos entrevistados a liberdade e espontaneidade necessária, o que contribui para enriquecer a investigação.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 134), a entrevista “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo”, assim, o investigador percebe a forma como os sujeitos interpretam as suas vivências.

As entrevistas semiestruturadas têm suscitado, segundo Flick (2004), bastante interesse e têm sido de utilização frequente, pois está associado com a expectativa de que é mais provável que os entrevistados expressem os seus pontos de vista numa situação de entrevista relativamente aberta do que numa entrevista estandardizada ou num questionário. Segundo Aires (2011) “baseia-se numa concepção construtivista do comportamento humano: o ser humano enquanto pessoa que constrói sentidos e significados a partir dos quais entende, interpreta e maneja a realidade”.

A entrevista foi previamente elaborada e dividida em duas partes, a primeira parte consiste na recolha de dados sociodemográficos e perfil profissional dos enfermeiros. Na segunda parte, consta o guião da entrevista (anexo I), composto por oito perguntas, previamente elaboradas de acordo com o objetivo da investigação. Optou-se por questões abertas, “(...) já que permitem que os sujeitos respondam sem as limitações impostas pelo investigador” (Hulley, Cummings, Browner, Grady e Newman, 2008, p. 271).

As entrevistas tiveram uma duração entre 20 e 30 minutos e a sua gravação áudio foi feita através de um gravador. Foram colocadas as questões de uma forma natural, permitindo espaço necessário para o entrevistado responder de forma fluida e espontânea. Ao longo da entrevista adotou-se um papel de escuta ativa. Atendeu-se aos princípios de privacidade/anonimato de cada um dos entrevistados.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Numa fase inicial foi formalizado o pedido para a realização do estudo ao Diretor do Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos e ao Enfermeiro Diretor do CHMT (Anexo III).

No caso concreto da investigação em enfermagem, uma vez que os sujeitos da investigação são pessoas há que ter em consideração os direitos inerentes à dignidade da pessoa humana e o cumprimento dos aspetos ético-legais. Tal com refere Fortin (2003, p. 116), “(...) é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.” Neste sentido, as autoras Streubert e Carpenter (2011) referem que, na realização de um estudo, independentemente do paradigma utilizado, pressupõe uma implicação de

responsabilidade pessoal e profissional para que o mesmo se mantenha com solidez tanto do ponto de vista ético, como moral, sempre com o objetivo da proteção dos direitos humanos.

De acordo com Fortin (2003, p. 114) ética “no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta.” Para que os inquiridos de qualquer investigação levada a cabo não sofram qualquer tipo de dano físico, moral, psicológico ou social é fundamental em qualquer tipo de investigação que envolva o ser humano ter em conta os direitos e liberdades que lhe são inatos. Alguns dos direitos mais importantes numa investigação são o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e contra o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2003).

Para Streubert e Carpenter (2011), o investigador deve ter em conta certos princípios básicos durante a realização de uma investigação, tais como o princípio da beneficência, em que o investigador deve proteger o bem-estar do entrevistado e não prejudicá-lo, em qualquer fase do estudo.

Deve-se informar devidamente os sujeitos para que estes possam decidir participar ou não no estudo. Esta decisão deve ser efetuada de forma consciente, livre e esclarecida, pois como afirma Fortin (2003, p. 120) “o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das faculdades mentais” Para que o consentimento seja esclarecido, deve-se informar os participantes sobre o que é necessário e para que fins a informação colhida será utilizada, pois só assim, os participantes poderão avaliar as consequências da sua participação no estudo e decidir ou não a sua colaboração, mantendo assim, o princípio da autonomia (Streubert e Carpenter, 2011).

Foi intenção atuar segundo os princípios éticos na realização do estudo. Deste modo, no início de cada entrevista informou-se os entrevistados acerca do estudo e do objetivo do mesmo; da liberdade de participar ou não na entrevista, sem que daí resultassem quaisquer implicações; garantiu-se a confidencialidade e o anonimato dos dados e solicitou-se a autorização para a gravação da entrevista. No início de cada entrevista obteve-se o consentimento livre e esclarecido através da autorização assinada por parte dos entrevistados (anexo II), de forma a cumprir as indicações éticas relativas a um estudo de

investigação e para a manutenção dos princípios da beneficência e da justiça segundo as autoras supracitadas.

2.6. ANÁLISE DE DADOS

A fase de análise e interpretação dos resultados é a etapa mais morosa de um trabalho de investigação, segundo Fortin (2009), exige uma reflexão minuciosa e uma análise profunda de todo o processo de investigação. Para Aires (2011) a análise da informação constitui um aspeto-chave e problemático do processo de investigação.

A entrevista foi gravada em registo áudio, com a finalidade de se obter a máxima de informação possível e de seguida foi feita a transcrição integral das perguntas abertas da segunda parte da entrevista para o programa informático Microsoft Word, assegurando o rigor da transcrição.

Segundo Polit e Hungler (1995, p. 273) “o propósito da análise dos dados (...) é o de impor alguma ordem sobre o grande corpo de informações, de modo a que possam ser tiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de um relatório”. O foco da indagação fenomenológica é aquilo que as pessoas vivenciaram, relativamente ao fenómeno e à forma como interpretam essas vivências. Os dados num estudo qualitativo podem assumir várias formas, tais como: anotações de campo e transcrições das entrevistas não estruturadas, além de outros documentos escritos.

De acordo com os mesmos autores, a análise qualitativa envolve um método indutivo, que se trata de um processo de elaboração de generalizações a partir dos dados recolhidos. Neste contexto, a análise qualitativa, em geral, tem início com a busca de temas ou regularidades recorrentes nos dados. Os temas concetualmente significativos podem desenvolver-se em categorias de dados. Assim, a busca dos temas envolve não apenas a descoberta de temas partilhados pelos sujeitos mas também a busca de variação natural dos dados. Assim, o analista qualitativo necessita de ter sensibilidade para perceber as relações nos dados.

Todo este processo foi efetuado utilizando a interpretação metodológica de um autor fenomenológico previamente escolhido tendo em conta a explicitação do fenómeno.

Neste sentido, Streubert e Carpenter (2011, p. 79) referem que

“Porque existe mais do que um modo legítimo de prosseguir com uma investigação fenomenológica, o investigador deve estar familiarizado com os fundamentos e assentar o estudo numa abordagem que ofereça as interpretações mais rigorosas do fenómeno em estudo. A adequação do método ao fenómeno de interesse deve guiar a escolha do método.”

Considerando o atrás descrito e de acordo com o objetivo do estudo e o método de colheita de dados selecionado, fundamentou-se a análise dos dados na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a interpretação metodológica construída pelo autor Colaizzi em 1978, pois permite uma análise do fenómeno mais concreta e objetiva. O facto de este autor solicitar o retorno junto dos participantes no final da análise dos achados para validar as descrições foi também um dos motivos que fundamentou a opção pelo seu método, por conferir maior rigor e sustentabilidade ao estudo.

Na compreensão mais efetiva das etapas processuais definidas e utilizadas por Colaizzi, faço a sua descrição tal como referido na obra de Streubert e Carpenter (2011, p. 80), assim estas são:

- “1. Descreva o fenómeno de interesse.
2. Recolha descrições dos participantes acerca do fenómeno.
3. Leia as descrições do fenómeno feitas por todos os participantes.
4. Regresse às transcrições originais e extraia as declarações significativas.
5. Tente atribuir um significado a cada declaração significativa.
6. Organize a agregação dos significados formalizados em grupos de temas.
7. Escreva uma descrição exaustiva.
8. Volte aos participantes para validarem a descrição.
9. Se forem revelados novos dados durante a validação, incorpore-os na descrição exaustiva.”

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Neste capítulo serão apresentados os achados obtidos através das entrevistas realizadas aos participantes do estudo, bem como a interpretação dos significados das vivências tal como foram relatadas pelos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV. Irá ainda proceder-se à discussão dos mesmos, procurando a sua compreensão através de uma triangulação da literatura, com as frases significativas extraídas das entrevistas transcritas e a experiência do investigador.

Na abordagem qualitativa, o investigador tem como objetivo aprofundar a sua compreensão no fenómeno que estuda, interpretando segundo a perspectiva dos participantes, ou seja, não existe tentativa de representação numérica ou estatística, nem relações de causa e efeito. Assim sendo, esta abordagem requer sensibilidade, criatividade e dedicação árdua, necessitando de uma atividade intensiva por parte do investigador. Perante isto, foi através da análise das seis entrevistas que se obteve os achados do estudo. Desta análise e através da interpretação metodológica, terminologia e linguagem explicados por Colaizzi, foi possível identificar quatro temas: alterações sentidas pelos enfermeiros, dificuldades sentidas pelos enfermeiros, ganhos/recompensas dos enfermeiros e estratégias de *coping* adotadas.

Cada pessoa vivencia e experiencia de maneira diferente os acontecimentos e situações que surgem ao longo da vida. Contudo, após a análise das entrevistas verifica-se que existem certos aspetos na vida profissional dos entrevistados que faz com que algumas vivências sejam partilhadas.

3.1. ALTERAÇÕES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS

A prática diária do enfermeiro tem inerente o contacto com o sofrimento, a doença, a morte, situações de urgência e emergência, que desencadeiam uma série de sentimentos e emoções perante o que se vivencia. No entanto, esse tipo de alterações são impossíveis

de serem observadas por outrem, apenas se consegue observar o tipo de comportamento gerado por esses sentimentos e emoções. Muitas vezes, até a própria pessoa tem dificuldade em explicar, sendo esta dificuldade exacerbada para quem tenta compreender, quantificar e analisar esses sentimentos e emoções e perceber como é que se manifestam. Por outro lado, existem alterações observáveis, alterações que a própria pessoa consegue expressar, denominados por sinais e sintomas, mais fáceis de analisar e compreender.

Assim, este tema aborda as alterações sentidas pelos enfermeiros, nomeadamente as psicológicas e as físicas. Apesar de serem distintas muitas vezes se misturam, pois algumas alterações psicológicas desencadeiam alterações físicas e vice-versa. Todos os sentimentos, emoções ou manifestações psicológicas misturam-se assim de uma forma complexa.

A ansiedade foi uma das alterações referidas pelos entrevistados, e é definida pelo International Council of Nurses (ICN) (2011, p. 39) como uma “Emoção negativa: Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.” Da análise das entrevistas verifica-se que apesar dos entrevistados diferirem nas idades e no tempo de experiência profissional, a ansiedade foi mencionada por todos em diversas situações, nomeadamente o desconhecido pelo que vão encontrar. Já Almeida e Pires (2007) referem que a ansiedade foi uma das manifestações mencionadas pelos entrevistados no seu estudo, associada à imprevisibilidade e ao desconhecimento que caracteriza o trabalho em emergência.

Quando estão com uma vítima crítica, os enfermeiros sentem-se mais ansiosos, quer pela gestão da própria vítima, por reconhecerem que se nada fizerem, o desfecho será negativo, quer por desencadear vivências que interferem com as suas emoções, podendo causar sinais ou sintomas como por exemplo a taquicardia. Em situações críticas deparam-se com uma série de acontecimentos, emoções e sentimentos, quer pessoais, quer de quem os rodeia, tendo que intervir tanto na vítima como nos seus familiares e/ou pessoa significativa e/ou pessoa cuidadora. Esta ansiedade aumenta ainda em situações multi-vítimas. Estes testemunhos estão de acordo com Oliveira e Martins (2013), que referem que a assistência a vítimas críticas provoca um desgaste físico e psicológico pela imprevisibilidade destas situações. Rodrigues e Martins (2012, p. 34) acrescentam ainda que ao cuidar do doente crítico surgem várias emoções que podem ser agradáveis ou positivas, tais como a “confiança, a segurança, o alívio, a satisfação e a motivação”, mas

também surgem emoções desagradáveis ou negativas, como “a aflição, a ansiedade, o stress, o nervosismo, o medo, a angústia, a impotência, a insegurança, a apreensão e a preocupação.”

Para os mesmos autores supracitados, estes verificaram que os enfermeiros apresentam ansiedade quando se deparam com situações críticas, ou seja, pela gravidade da situação atual mas também pela eventualidade de poder haver um agravamento da situação clínica ou até mesmo a morte. Sanches e Carvalho (2009) referem ainda que as ocorrências inesperadas na condição de uma vítima são eventos que contribuem para o aumento da ansiedade do profissional.

A inexperiência foi também identificada como geradora de ansiedade no enfermeiro, facto este corroborado por Oliveira e Martins (2013, p.120) que referem que a ansiedade está relacionada “com a elevada carga emocional associada à prestação de cuidados em emergência pré-hospitalar e são sentimentos que têm vindo a ser atenuados pela experiência.”

Das entrevistas apurou-se que todos os enfermeiros sentem-se mais ansiosos quando as vítimas são mais jovens ou crianças. Para os mesmos, lidar com a morte inesperada em crianças, jovens ou até mesmo pessoas de meia-idade, mas com vidas autónomas e ativas antes da situação de doença ou morte, desperta emoções e sentimentos mais intensos do que se a vítima for um idoso, pois aceitam a morte de um idoso como algo esperado, valorizando mais a vida de uma criança ou jovem do que a de um idoso. Tal como afirma Souza, Amthauer, Begnini, Nora e Souza (2012), a prestação de cuidados à criança sensibiliza os enfermeiros aumentando o nível da carga emocional. Cristina (2006) acrescenta que os profissionais têm maior dificuldade em lidar com a morte, principalmente em vítimas jovens e situações inesperadas, levando ao desenvolvimento de sentimentos de impotência, frustração e tristeza.

Esta ansiedade está relacionada com a associação de sentimentos negativos mais intensos e com maior dificuldade de aceitação, sentindo que têm mais responsabilidade, por ser uma vida interrompida numa fase muito precoce, levando a sentimentos de injustiça e revolta, muitas vezes culpando-se por não conseguirem salvar a pessoa. Corroborando o mencionado, Shimizu (2007) afirma que os enfermeiros aceitam e lidam melhor com a morte de doentes mais idosos ou com uma doença terminal do que com a morte de uma

criança por entenderem que não faz parte do percurso natural da vida, sentindo que têm um maior desafio e responsabilidade para salvar a mesma. Isto está de acordo também com Júnior e Ésther (2001) que afirmam que a perda dos doentes jovens e crianças são as mais difíceis de gerir e é considerada como uma das situações mais dolorosas para os enfermeiros. Também para Romanzini e Bock (2010) as situações que envolvem crianças são desestabilizadoras da equipa.

Assim, a ansiedade pode ser vivenciada de forma diferente e é uma característica biológica do ser humano, que surge nas mais diversas situações, devido a sensações de perigo real ou imaginário como se pode verificar pelas transcrições das entrevistas.

“(...) a minha perspetiva perante um idoso é completamente diferente perante um jovem adulto ou adulto, a minha ansiedade é completamente diferente”; “Foi a pior saída que eu tive (...) se calhar por serem jovens.”; “(...) quando tu te deparas logo com um cadáver de 18 anos, é muito difícil.”; “Foi a pior saída que eu tive (...) pela gravidade da situação, eu nunca tinha ido para um cenário com multi-vítimas” E1

“(...) é completamente diferente nós sabemos que vamos tratar ou vamos cuidar ou vamos tentar fazer alguma coisa por uma pessoa de 90 anos que está dependente do que se for para uma pessoa de 50 ou se é para uma criança.” E2

“Sinto ansiedade....por desconhecer o que vou encontrar pela frente”; “(...) mas sabemos que uma pessoa de 90 anos, à partida já viveu praticamente tudo o que tinha a viver, uma pessoa de meia idade (...) a preocupação e a responsabilidade acho que aumenta (...)” E4

“O fator ansiedade é maior (...) quando são mais novos ou pessoas conhecidas” E6

O *stress* foi uma alteração que surgiu algumas vezes em conjunto com a ansiedade. Tal como nos relatos dos entrevistados, para Graziani (2005, p.13) a ansiedade é sinónimo da palavra *stress*. O termo *stressado* “(...) refere-se muitas das vezes a um estado em que a pessoa se encontra preocupada, tensa ou ansiosa.” Também segundo o ICN (2011, p. 77) o *stress* é um “Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de

funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor (...)”.

Considerando-se a complexidade dos cuidados no PH pode-se destacar assim a existência de fatores geradores de *stress* nos profissionais que ali atuam. Tal como afirmam Gasperi e Radünz (2006), cuidar de doentes críticos causa *stress* nos profissionais de saúde/cuidadores, uma vez que estes doentes estão sob a sua responsabilidade e correm risco de vida.

Bledsoe et al. (1997) citado por Amaro e Jesus (2008) mencionam que os fatores de *stress* mais frequentes nos profissionais de saúde que exercem funções no PH são: a variedade de responsabilidades, como a prestação de socorro às vítimas, lidar com os bombeiros, agentes da autoridade, circunstantes, família, as tarefas inacabadas, as ocorrências consideradas pouco estimulantes a nível profissional, a pressão do trabalho, o elevado esforço físico e emocional, a falta de reconhecimento profissional e o terem que lidar constantemente com o sofrimento e a morte das vítimas.

Neste estudo, o *stress* deriva da constante expectativa de situações de emergência, da frequência de vítimas críticas, das alterações súbitas no estado geral das vítimas, do próprio ambiente em redor e o sentirem que poderá haver alguma coisa que não saibam, que não dominem, podendo não detetarem situações que possam colocar a pessoa em risco devido a essa in experiência.

A este propósito, Méier e Imbert (2000) citado por Mendes, Ferreira e Martino (2011, p. 201) escreveram que,

“Todas as profissões e atividades podem gerar certo grau de stress, embora atividades relacionadas aos cuidados de saúde sejam caracterizadas por alguns estressores que são o resultado de um intenso compromisso com o cuidado. Assim, o compromisso com a vida, o relacionamento e empatia emocional com o paciente, assim como as características da instituição, podem pôr em risco constante os trabalhadores da área de saúde.”

Também para a Health Education Authority, a enfermagem foi classificada como a quarta profissão mais geradora de *stress*, “devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo

dedicação no desempenho de suas funções, aumentando a probabilidade de ocorrência de desgastes físicos e psicológicos” (Britto e Carvalho, 2004, p. 2).

Este *stress* pode ser vivido de diferentes formas, tais como adrenalina, tensão e nervos mencionados pelos entrevistados e em variadas situações, no entanto, a maioria referiu ter estas alterações quando está com uma vítima crítica, o que vai de encontro com Rodrigues e Martins (2012), que escreveram que das vivências dos enfermeiros ao cuidar da vítima crítica, surgiram algumas emoções desagradáveis tais como a aflição, a ansiedade, o *stress* e o nervosismo. Cristina (2006) afirma também que o ambiente de trabalho no PH caracteriza-se por ser gerador de *stress*, ansiedade e outras emoções que criam tensão nos profissionais e que pode influenciar negativamente na qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o ICN (2011, p. 63), o nervosismo é uma “Emoção Negativa: Sentimentos de sobre-excitação com instabilidade, tremores, tremuras das mãos, ruborização da face.” Os enfermeiros do estudo mencionaram algumas manifestações físicas tais como a sudorese, taquicardia, rubor, tremores, sensação de ouvir o coração na cabeça e a necessidade urgente de urinar antes de cada saída. Quase todos os sintomas/sinais surgem antes da chegada à vítima para a maioria dos entrevistados. Também no estudo de Cristina et al. (2008), a maioria dos enfermeiros demonstraram alterações físicas nas situações de emergência, tais como taquicardia, sudorese, tremores, náuseas e diarreia.

A este propósito, Masci (1997) citado por Dutra, Ávila, Souza e Gabriel (2010), afirma que o *stress* manifesta-se em três fases, sendo que a primeira consiste na reação aguda do organismo quando se depara com uma situação ameaçadora ou não, e desencadeia manifestações fisiológicas como vertigem, crises de tontura, taquicardia, ondas de calor e frio e pressão no peito. Teles (1978) citado pelos mesmos autores acrescenta ainda que o *stress* é uma reação fisiológica do organismo (sudorese, tremores e taquicardia, entre outros) a estímulos considerados agradáveis ou desagradáveis, mobilizando forças para enfrentar as situações.

“(...) é diferente, quando eu leio ali a ocorrência (...) se eu ler uma dispneia vou completamente diferente se ler uma obstrução da via aérea ou se ler um acidente (...) tabelam muito os teus níveis de stress.”; “(...) eu estava a pingar (...) nós ainda nem sequer saímos daqui mas eu já estou a pingar.”; “(...) fico com taquicardia, com a sensação de ouvir o coração na cabeça e fico manchada”; “Acho que perante uma vítima crítica (...) apesar de eu poder tar a ferver por dentro” E1

“Ficamos mais nervosos”; “(...) sentes uma descarga de adrenalina muito grande” E2

“Há sempre coisas que nos escapam, que estamos todos os dias a aprender, há sempre algo que não dominamos e então na rua (...) também seja capaz de causar alguma ansiedade e algum stress”; “(...) para já vai pelos mecanismos fisiológicos que nós temos, alguma taquicardia, sudorese, no início dos inícios ires à casa de banho antes de cada saída e hoje em dia ainda de vez em quando.”; “Quando eu vou para uma vítima crítica (...) sinto muita adrenalina” E3

“(...) sinto com sudorese, taquicardia.” E4

“Sinto stress...ansiedade...com a idade nós habituamo-nos de tal forma a esse tipo de stress que parece que não sentimos nada” E5

“Quando é uma situação mesmo muito grave (...) tenho taquicardia, que acho que é normal e tremores nas mãos, obviamente.”; “Agora claro que muitas vezes vou nervosa (...) é uma descarga de adrenalina” E6

Pela análise das entrevistas verificou-se que todos os entrevistados sentem um maior *stress* antes da chegada ao local onde está a vítima, devido ao medo do desconhecido, porque muitas vezes a informação que têm sobre a situação de emergência nada tem a ver com o cenário real, fazendo com que tenham que pensar noutras situações possíveis, havendo assim um maior *stress* e maior ansiedade pela situação imaginária. Tal como afirmam Dutra et al. (2010, p. 10) o trabalho no PH exige muito da equipa “que se depara quase todo o tempo com situações desconhecidas em um ambiente muitas vezes desfavorável sendo que o trabalho exige rapidez e agilidade.”

Oliveira, Lisboa, Lúcido e Sisnando (2004) acrescentam ainda que o trabalho em emergência caracteriza-se por ser inesperado e imprevisível. Também no estudo realizado por Aguiar, Silva, Faria, Lima, Souza e Stacciarini (2000) numa equipa de resgate PH, um dos fatores geradores de *stress*, ansiedade e tensão foi o medo do desconhecido. Referiram, igualmente, que o toque da sirene, a deslocação para as ocorrências e o estado de alerta permanente, são fontes provocadoras de tensão e ansiedade.

Alves (s.d.) corrobora afirmando que quando questionou os participantes do seu estudo a respeito das situações consideradas *stressantes*, o deslocamento para a ocorrência foi um dos fatores geradores de *stress*.

“(...) a gente sente muito mais, pelo menos eu sinto muito mais stress enquanto não vejo a vítima” E1

“(...) neste momento o stress maior é chegar lá”; “(...) esse stress é grande porque nós não estamos a ver a pessoa e estamos a imaginar e nos imaginamos sempre mais do que aquilo que realmente é.” E2

“(...) tu nunca conheceres o que vai acontecer”; “Eu acho que o stress gera-se antes” E3

Outro fator que alguns dos entrevistados referiram como potenciador de *stress* foi os riscos que eles próprios correm ao exercer funções no PH. Esta é uma realidade e os enfermeiros têm a perceção e consciência desses riscos, sejam eles riscos físicos ou psicológicos. Tal como os autores Allison, Whitley, Revicki e Landis (1987) e Maia, Fernandes e Moreira (2003) citados por Marcelino e Figueiras (2007, p. 99) referem que

“os tripulantes de ambulância, independentemente da sua categoria profissional, trabalham em condições de extremo risco e altamente stressantes (...). Estas condições são potenciais causadoras de morbilidade, estando estes profissionais sujeitos a uma maior exposição a situações traumáticas, face aos profissionais que trabalham em meio hospitalar”.

Os riscos físicos mencionados estão relacionados com o próprio desgaste físico, o ter que ir a casa das pessoas, muitas vezes em andares sem elevador, o facto de a equipa ser constituída por duas pessoas e terem que transportar até à ambulância vítimas muito pesadas, faz com que exija um maior esforço físico levando a um maior cansaço do que em meio intra-hospitalar. O facto de ter que trabalhar na rua, sujeitos a apanhar chuva, sol, frio e calor também foi mencionado como sendo um risco. O próprio meio disponível que é utilizado para permitir o tratamento das vítimas, envolve riscos acrescidos, devido à deslocação na ambulância em velocidade e sujeita ao tráfego existente, que aumentam o risco de acidentes de viação. Depois os próprios riscos que se corre no local onde se encontra a vítima, seja no domicílio, seja em locais públicos, nomeadamente o risco de agressão física quer pela vítima, quer pelas pessoas circunstantes e riscos de intoxicação tóxica quando a vítima teve exposta a um tóxico. Neste sentido, o estudo realizado por Zapparoli e Marziale (2006), refere que os fatores de risco identificados pelos profissionais do PH foram: os acidentes rodoviários, as agressões físicas provocados pelas vítimas e pelos circunstantes, o risco de adquirir infeções pelo contacto com sangue e outros fluidos corporais, as temperaturas elevadas, a elevada carga mental e carga física. Também no estudo de Oliveira e Martins (2013), os enfermeiros descreveram como experiências negativas o desgaste físico, pois torna-se mais acentuado na ambulância de SIV por a equipa apenas ser constituída por dois elementos, exigindo na maioria das vezes, um grande esforço físico.

Relativamente aos riscos psicológicos mencionados, estes referem-se aos riscos de agressões verbais pelas pessoas que se encontram no local, os riscos de *burnout*, o constante ambiente de *stress* e de ansiedade que causa assim um desgaste psicológico. As equipas do PH lidam constantemente com uma forte carga emocional como lidar com o sofrimento, a doença e a morte das pessoas, podendo causar assim uma exaustão emocional. Segundo o ICN (2011, p. 41) o *burnout* é um “Processo de *Coping* Comprometido: Depleção de energia devido a stress não aliviado, falta de apoio e de relações, conflitos entre as expetativas e a realidade.”

“(...) fisicamente é um trabalho muito mais cansativo” E2

“(...) primeiro, a velocidade (...) os riscos ambientais, os físicos, os comportamentais pelas pessoas que nos rodeiam (...) e depois também a avaliação da vítima, por exemplo se vais para um intoxicado, o facto de poderes estar exposto ao tóxico, o facto de vais para uma vítima agressiva, o facto de a pessoa te poder agredir, há inúmeros riscos.” E3

“A nível do cansaço, são turnos maiores (...); “(...) riscos de burnout, (...) podemos ser nós alvo de agressões. (...) estamos sujeitos a mais esforços físicos (...) e a nível de questões psicológicas (...) o stress, este constante ambiente de stress e de ansiedade, pá julgo eu que não seja benéfico para ninguém.” E4

“Temos riscos físicos, a questão de acidentes, ponto número 1, a questão de violência direta, (...) já estou a ser alvo de violência, quanto mais não seja verbal”; “(...) apanhamos sol, apanhamos chuva, apanhamos tudo, em termos de peso” E6

Pelo contrário, dois fatores que os entrevistados referiram como sendo fatores de alívio do *stress* causado pelo desconhecimento da situação e do estado de saúde da vítima antes de chegarem ao local são a chegada ao local e a observação da vítima. O ver a vítima e ficarem concentrados na situação desvanece esse *stress*, muito potenciado pelo imaginado, e alguns entrevistados referiram mesmo que ficavam calmos quando chegam ao local. Outro fator é conhecerem bem o parceiro de equipa. A este propósito, Marcelino e Figueiras (2007, p. 105) verificaram que quanto melhor a relação com os colegas de trabalho e maior a satisfação profissional, menor é a instabilidade emocional dos entrevistados. “(...) as relações de trabalho e nomeadamente o facto de ser necessário trabalhar em equipa pode favorecer a estabilidade emocional, e promover o suporte social entre os membros da equipa.”

“(...) quando a vejo, frequentemente relaxo. (...) o ver acalma-me frequentemente, porque eu reconheço a situação e sei enquadrá-la nalguma situação específica.” E1

“(...) no local é a pessoa, nós sabemos o que é que vamos fazer, o que temos que fazer, (...) por isso é q eu acho que o stress quando lá chegamos, o stress desvanece”;
“(...) acho que é muito mais fácil quando nós lá chegamos do que propriamente na viagem até lá.” E2

“Quando chegas lá, depois de teres contacto com a situação, as coisas espaíçam, depois ficas concentrado com a situação.”; “(...) porque quando trabalhamos há muito tempo com uma pessoa, nem precisamos de falar, basta olhar, e as pessoas entendem quando eu digo isto ou olho daquela maneira, aquilo que temos que fazer, as coisas saem mecanizadas e fluem naturalmente.” E3

“(...) é muito diferente nós trabalharmos com algumas pessoas e trabalharmos com outras” E4

A insegurança foi um sentimento que, apesar de não ter sido referido diretamente, verifica-se que surge quando existe uma situação em que há dúvidas naquilo que foi feito, dúvidas nas próprias competências, dúvidas se o que fizeram foi o mais correto e dúvidas daquilo que sabem como se pode verificar nas transcrições infracitadas. Ou seja, a insegurança é um sentimento que surge pela perceção de si mesmo como um ser vulnerável. Segundo o ICN (2011, p. 60), a insegurança é uma “Emoção Negativa: Sentimentos de incerteza, falta de confiança, inadequação, vergonha, comportamento desastrado, desistência ou mudança de opinião quando confrontada com a opinião de outros.”

Corroborando os achados, Oliveira e Martins (2013) afirmam que a insegurança é manifestada quando os enfermeiros se deparam com situações de emergência exigentes e sentem que podem não corresponder da forma mais adequada à mesma. Valle (1997) citado por Tacsí (2003) acrescenta que os enfermeiros não se sentem preparados emocionalmente diante de situações difíceis, relacionadas com sofrimento, dor ou morte

levando a defrontarem-se com a sua própria insegurança, vulnerabilidade e seus limites.

“Onde é que falhei?; “(...) ali a gente questiona tudo...questionamo-nos a nós, aquilo que sabemos, aquilo que fizemos, tudo” E1

“(...) quando não temos a certeza que aquilo que estamos a fazer é o mais correto”;
“(...) a tentar me lembrar daquilo que tenho que fazer lá” E2

“Há sempre coisas que nos escapam, que estamos todos os dias a aprender, há sempre algo que não dominamos” E3

A frustração surgiu quando o objetivo não é alcançado apesar dos esforços realizados, quando não se consegue desempenhar as funções como o esperado ou como gostariam, quando a prestação dos cuidados não corre como queriam e quando o desfecho da situação não era o esperado. Frustração é uma emoção negativa quando existe um descontentamento ou desapontamento quando não se alcançou aquilo que era desejado (ICN, 2011). Relacionado com este aspeto Cassorla (1998) citado por Tacsí (2003), refere que os enfermeiros manifestam sentimentos de frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte, pois diante da fragilidade da sua própria existência, recordam-se do seu próprio fim de vida e da possibilidade de experienciar situações semelhantes às das vítimas que socorrem. Tal como afirma Tacsí (2003), os entrevistados do seu estudo citaram experiências profissionais em que refletiram as suas vidas, a vida dos seus familiares, principalmente a dos seus filhos e a sua própria maneira de pensar e agir, ou seja, projetaram o acontecimento para a sua vida pessoal ou familiar. O facto de contactarem regularmente com a doença, com o sofrimento e com a morte do outro, faz com que haja perceção da proximidade efémera entre o estar bem e o estar mal, entre o estar doente e o estar saudável, entre a vida e a morte, ganhando assim uma maior consciência que de facto estas situações podem ocorrer inesperadamente e de um modo imprevisível. Assim, como descrito pelos autores Britto e Carvalho (2004, p. 1), “a vida apresenta situações que mobilizam a pessoa do ponto de vista emocional. Neste caso, diz-se que a avaliação daquela situação a qualifica como estressora ou não.”

Corroborando estes achados, Dutra et al. (2010) afirmam que os profissionais após se depararem com situações consideradas traumáticas, podem remeter o seu pensamento à sua vida pessoal, identificando-se algumas vezes com as mesmas, fazendo uma reflexão individual pelo facto do acontecimento ter alguma ligação com a sua vida. Também situações que envolvem crianças tornam-se mais difíceis pois muitos dos profissionais são pais, remetendo o pensamento para os seus filhos. Shimizu (2007,p. 259) acrescenta também que os enfermeiros que têm que lidar com o sofrimento dos doentes que

“estão diante do processo de morrer é difícil porque os expõem ao contato com a fantasia da sua própria morte (...).Muitas vezes, os trabalhadores de enfermagem sentem a perda do paciente como se fosse de alguém de sua família. Como consequência, o sofrimento por eles vivenciado é similar ao da perda de alguém que amam muito.”

Para a mesma autora, a morte de uma criança causa um sentimento de medo aos enfermeiros de que possa acontecer o mesmo aos seus filhos, e quando há uma morte súbita de uma vítima jovem, causa sofrimento aos enfermeiros pois muitas vezes identificam-se com a situação. Haddad (2006) afirma ainda que a morte inesperada e repentina assusta os profissionais de saúde, por refletirem sobre a sua própria finitude e a dos seus familiares.

“(...)a questionar-me a mim própria, as minhas próprias competências naquele momento, o que é que falhou?”; “(...) eu tenho 2 filhos e isto de uma forma ou de outra, a gente extrapola para a vida real, eu tanto podia ser aquele jovem, porque não sou assim tão velha mas também podia ser aquela mãe e aqueles podiam ser os meus filhos.” E1

“Empatia, muitas vezes pensamos e se fossemos nós naquelas situações ou se fosse algum familiar ou conhecido nosso.” E2

“(...) de não ter corrido como queríamos apesar de termos feito tudo o que estava ao nosso alcance.” E3

“(...) a gente só está bem até alguma coisa nos acontecer, é o que eu vejo.” E4

“(...) é aquele pormenor que não correu bem por qualquer motivo, porque podia ser mais rápido, porque podia ser mais assertivo, porque podia ser de outra forma” E5

“No momento, às vezes sinto-me frustrada, por não conseguir reverter ou salvar ou diminuir a morbilidade”; “Naquele e nos dias seguintes agradei de não ser mãe porque acho que quando nós somos pais (...) e se fosse o meu filho, e se fosse isto e eu nesse dia agradei de não ser mãe.”; “(...) já apanhei malta nova de 20, 30 anos, fico ali um bocado...e se fosse eu? A gente fica ali uns dias a pensar, a gente até tenta mudar até a nossa maneira de ser, o carpe diem e pensamos deixa-me é cá aproveitar a vida que amanhã posso ser eu.” E6

Outro sentimento que surgiu da análise das entrevistas foi a impotência, a maioria das vezes ligada também à frustração, surgindo quando querem fazer mais por uma vítima e não podem ou não conseguem, quando sentem que o trabalho ou esforço que tiveram a tentar salvar uma vítima foi muito e não foi possível reverter a situação. Como citado por Oliveira e Martins (2013, p. 120) “A sensação de impotência e frustração surge pela incapacidade de, em algumas situações, reverter o quadro clínico dos doentes.” Cristina (2006) acrescenta que o sentimento de impotência pode provocar sofrimento na equipa, pois questionam-se, muitas vezes, o que poderia ser feito ou o que teria deixado de se fazer para recuperar ou manter a vida da pessoa em determinada situação.

Também de acordo com Constenaro e Lacerda (2001) citado por Vieira, Souza e Sena (2006), os enfermeiros experimentam sensações de impotência quando têm consciência da impossibilidade de salvarem os doentes ou aliviarem o seu sofrimento.

“(...) que fomos para uma PCR, uma criança (...) tivemos apoio da VMER (...) infelizmente as coisas não correram bem (...) Impotência...impotência...impotência...” E3

“(...) certo que tivemos lá 2 quase 3 horas já com apoio de VMER (...) se calhar acaba por ser uma paragem que a gente teve no local muito tempo a tentar investir.”

“(...) meia hora de SAV ou 35 minutos porque quando chegámos ao SUB de Tomar o médico entendeu que devíamos parar.” E5

Os sentimentos de culpa e de revolta surgiram quando numa situação específica gostariam de ter agido de maneira diferente ou quando são situações em que queriam salvar a vítima e não conseguiram, ou seja, quando sentem que o objetivo pré-designado de afastar o perigo, de devolver à situação a saúde anterior ou mesmo dar saúde não é alcançado. Tal como afirma Shimizu (2007), a morte é entendida como um fracasso e pouca perícia, pois representa o insucesso de todos os esforços desenvolvidos, Júnior e Éshter (2001) mencionam ainda que por vezes surgem sentimentos de angústia, dúvida e raiva por os enfermeiros acreditarem que falharam na prestação de cuidados.

Da análise realizada constata-se que estes sentimentos surgem maioritariamente quando as vítimas são mais jovens. Segundo Bellato (2001) citado por Haddad (2006), o facto da pessoa refletir sobre a sua própria finitude e a dos seus familiares leva a desenvolver sentimentos de revolta. Na morte inesperada, a revolta surge por os enfermeiros pensarem que aquela morte não deveria ter acontecido, sobretudo em crianças ou jovens.

Mendes e Andraus (2005) acrescentam que podem existir sentimentos de perda enorme, de culpa, de impotência, de medo e de raiva, que podem invadir o pensamento do profissional em casos de morte da pessoa que cuidam.

Tal como se pode verificar nas transcrições, os enfermeiros referem que fazem uma reflexão sobre as suas capacidades, destreza, conhecimentos, o que fizeram, o que poderiam ter feito. Também Mercadier (2004) menciona que nas horas seguintes a uma situação de morte, principalmente se for inesperada, os enfermeiros fazem um intenso debate sobre o que se fez, o que não se fez, sobre quem fez, sobre quem não fez e sobre o que devia ter sido feito, muitas vezes na procura de um culpado.

“(...)quando tu te deparas logo com um cadáver de 18 anos (...) senti uma revolta muito grande”; “Porque é que tu não pediste ajuda? Porque é que tu não gritaste a dizer que precisavas de ajuda?” E1

“(...) no pós-ocorrência eu acho que não é stress, eu acho que é mais aquela sensação às vezes de ficar danado porque ...devia ter feito isto e não fiz.” E3

“(...)pensares assim caraças podia ter ido por outro lado”; “(...) um homem que tínhamos a fibrilhar e desfibrilhei umas 5 ou 6 vezes até ao hospital, já nem quantas vezes foi e ele morreu (...) não conseguimos nunca” E5

“Depois quando é muito novo ou quando a gente vê que até é situações reversíveis e que até havia a possibilidade (...) eu fico sempre naquela: e se eu tivesse feito isto” E6

Assim, de acordo com Wong (1999) referido por Tacsí (2003), a morte de uma vítima é um dos aspetos que provoca mais tensão da enfermagem em cuidados críticos, apresentando reações como negação, raiva, depressão, culpa, fuga, frieza, insucesso e impotência. Shimizu (2007, p. 260) afirma ainda que “Outro fator que causa ansiedade intensa nos trabalhadores de enfermagem é a perda de um paciente que, nas suas avaliações, daria para ter salvo. Nesta situação, vivenciam sentimentos de culpa, impotência e frustração” tal como os enfermeiros deste estudo vivenciaram.

Os sentimentos de tristeza e angústia também foram sentimentos que surgiram da análise das entrevistas, após as situações de emergência e a maioria devido à morte de crianças ou jovens, tal como é corroborado por Mercadier (2004) quando afirma que a tristeza está ligada à doença e à morte, tanto mais quanto a pessoa em causa for jovem ou de algum modo se identifique com o prestador de cuidados. Segundo o ICN (2011, p. 39) a angústia é um “Sentimento de dor intensa e forte, pena e aflição.”

No estudo de Cristina (2006), a tristeza foi um dos sentimentos mais referidos pelos entrevistados por a maioria não estar preparada para lidar com a morte. Também no estudo desenvolvido por Salomé, Cavali e Espósito (2009), os entrevistados em reflexão

sobre as vivências relacionadas com a morte dos doentes expressaram sofrimento e os sentimentos mais revelados foram a impotência, a perda, a tristeza e a frustração. Relacionado com os achados Salomé et al. (2009, p. 684) afirma que

“A tristeza é um sentimento intrínseco ao ser humano; todas as pessoas a sentem, em algum momento de suas vidas e, pelo fato do profissional que atua em emergência estar muito próximo às situações críticas, está mais vulnerável a elas.”

Gutierrez e Ciampone (2006) referem também que diante de algumas situações, os enfermeiros sentem-se impotentes e por vezes também choram, pois sentem necessidade de compartilhar esse sofrimento para alívio da sua própria dor.

“(…) não vivi aquilo de ânimo leve”; “Eu chorei, eu sou não sou muito de chorar (…) e, frequentemente, as lágrimas corriam-me à mesa da refeição” E1

“Chorei, naquele dia chorei” E6

Outro sentimento referenciado no estudo é o medo, surgindo dois medos: o medo de fracassar e o medo do desconhecido, antes de chegar ao local onde se encontra a vítima. Tal como refere Oliveira e Martins (2013, p. 120), os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV, relatam “alguns medos e receios vivenciados no seu quotidiano de trabalho relacionados com a possibilidade de errar, ou de não conseguir responderem da forma mais rápida e adequada às exigências das situações.”

Para Agostinho (2010) o medo é considerado um dos mecanismos de defesa e este sentimento é encontrado numa fase inicial, devendo as energias emocionais e racionais serem canalizadas de modo a evitar sentimentos negativos que poderão levar os profissionais a comportamentos devastadores e desajustados. Mendes e Andraus (2005) acrescentam ainda que os enfermeiros revelam o medo de não serem bons profissionais e de não saberem aceitar a morte.

Segundo o ICN (2011, p. 61), o medo é uma “Emoção Negativa: Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes

acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.”

“(…) medo...de não conseguir fazer aquilo que é suposto fazer ou medo de lidarmos com certas situações” E2

“(…)algum receio do desconhecido”; “Eu posso ter consequências obviamente mas acho que se eu falhar sei que o mais penalizado vai ser a vítima e é...pronto é um grande receio ainda”; “(…) senti medo de mentalmente poder falhar” E4

Tal como neste estudo, Oliveira e Martins (2013) reportam que os sentimentos relacionados com as experiências negativas foram: medo, receio, ansiedade, sensação de impotência, frustração e insegurança.

A maioria dos sentimentos mencionados são sentimentos negativos, no entanto, houve um sentimento de gozo, prazer e satisfação referido pela maioria dos entrevistados quando se referem ao trabalhar na ambulância de SIV e principalmente quando estão com vítimas críticas e poderem fazer algo por elas, sentirem que de alguma forma, foi devido ao que fizeram, aos cuidados prestados, que a vítima de alguma forma não agravou o seu estado de saúde ou melhorou, ou seja, ao sucesso das intervenções que executaram. Este facto é corroborado com o que afirmam Souza et al. (2012, p. 1642) quando referem que promove “um sentimento de gratificação, prazer e recompensa, por poderem salvar vidas de pessoas em risco iminente de morte, especialmente quando há sucesso no atendimento, imprimindo aos socorristas a sensação de satisfação pelo dever cumprido.”

Todos os entrevistados exercem funções na ambulância de SIV por vontade própria, não por imposição, e todos referiram gostar da área do PH, pela própria adrenalina, por todos os dias serem situações diferentes e por muitas vezes a vida da pessoa depender dos cuidados que a equipa presta. De acordo com Almeida e Pires (2007), o trabalho em emergência apresenta alguns aspetos negativos que causam sofrimento à equipa mas existem também várias fontes de bem-estar e prazer que acabam por compensar as dificuldades sentidas. Por outro lado, os enfermeiros apontaram como uma das principais fontes de prazer e satisfação no trabalho em emergência a possibilidade de ajudar as

vítimas, valorizando o facto de proporcionarem alívio da dor, do sofrimento dos mesmos e salvarem vidas. As situações de sucesso acabam assim por ser gratificantes para os profissionais.

Para Gutierrez e Ciampone (2006), o sentimento de prazer está presente quando o tratamento da vítima é bem-sucedido e Cristina et al. (2008) acrescenta que os enfermeiros manifestaram sentimentos de prazer e realização profissional na prestação de cuidados imediatos no PH. Romanzini e Bock (2010, p. 111) mencionaram que o PH é “o lugar onde os enfermeiros entrevistados encontraram maior satisfação, realização pessoal e profissional, além da valorização e reconhecimento pelos pacientes/vítimas, família, população e pelo próprio Serviço.”

“A vítima crítica é, infelizmente para a pessoa, mas é aquilo que realmente nos dá gozo”; “(...) o nosso gozo é realmente é ter uma vítima crítica e nós no final sentirmos que realmente conseguimos fazer alguma coisa por ela e que ela beneficiou com isso.” E2

“(...)para quem trabalha no pré-hospitalar gosta das vítimas críticas”; “(...) o facto de tu sentires que consegues reverter uma coisa que se está a passar para o outro lado, é isso é que de tá animo e te dá motivação e te dá gozo e te dá prazer.” E3

“(...) quando corre bem toda a gente sente-se bem”; “Até te explicarem que se calhar tu tinhas alguma coisa para dar, que eles não estavam a conseguir e quando tu consegues fazer isso e corre bem dá-te um gozo grande” E5

3.2. DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS

Neste tema são identificadas as dificuldades que os entrevistados sentem ao exercer funções na ambulância de SIV. Todos os enfermeiros sentem dificuldades, apesar da experiência e dos conhecimentos que possam ter, existindo alguns aspetos que são universais aos 6 enfermeiros participantes.

Uma das dificuldades mencionadas foi sentirem dificuldade nas situações com que nunca

se depararam, em situações que nunca vivenciaram, porque não podem comparar com alguma que tenham experienciado, que nunca fazem a abordagem e o tratamento como queriam, porque existem pequenos detalhes que são esquecidos, refletindo uma falta de preparação que tal como Rodrigues (2000) citado por Oliveira et al. (2004) refere, uma situação muito comum nos serviços de emergência é a falta de preparação das equipas para atuar em situações com vítimas críticas.

Da análise dos testemunhos é possível identificar que os enfermeiros sentiam mais dificuldade quando começaram a trabalhar na ambulância de SIV do que neste momento que já possuem alguma experiência. Um dos enfermeiros entrevistados referiu que o facto de trabalhar em urgência há vários anos lhe trouxe mais competências facilitando o trabalho no PH. A este propósito Stumm et al. (2008) afirma que o facto dos enfermeiros não se sentirem preparados para assumir as suas funções, pode interferir negativamente na prestação de cuidados à vítima. Romanzini e Bock (2010) acrescentam que uma das maiores dificuldades identificadas pelos entrevistados foi a preparação para o PH ser insuficiente, tornando-os inexperientes nessa função. Também Rodrigues e Martins (2012) afirmam que os enfermeiros sentem preocupação quando prestam cuidados a uma vítima crítica por terem pouca experiência profissional.

Um dos enfermeiros entrevistados referiu ainda que o facto de fazerem poucos turnos é um fator gerador de *stress* porque perdem o à vontade que ganharam, tendo assim mais dificuldades.

“(…) foi logo das primeiras, uma situação de paragem cardiorrespiratória.”; ““(…) trabalhar praticamente há 10 anos em urgência facilitou-me em certa parte o trabalho no pré-hospitalar no que respeita à abordagem da vítima” E4

“(…) a nossa missão é: estabilizar e encaminhar porque os diagnósticos e os tratamentos definitivos são feitos noutros lados e não têm nada que ver connosco...nós não tratamos diagnósticos. E aí não tenho muita dificuldade...no início? Epá pois no início sim. “ E5

“(...) se calhar no início tinha mais dificuldade em lidar com isso, ficava muito mais ansiosa.” E6

Durante as entrevistas alguns dos enfermeiros referiram ter maior dificuldade quando estão presentes pessoas ou familiares conhecidos no local, mencionando que é mais difícil de gerir os sentimentos e emoções e que acarreta uma maior responsabilidade porque há o medo de as coisas correrem mal e serem mais facilmente culpados. Um dos entrevistados residentes na área de influência das ambulâncias de SIV referiu que é mais fácil lidar com pessoas não conhecidas, uma vez que há um distanciamento afetivo, sendo um fator gerador de *stress* trabalhar na área de residência, pelo medo de poder ter que socorrer vítimas críticas suas familiares ou conhecidas.

Corroborando os achados Aguiar et al. (2000) afirmam que o envolvimento de familiares foi considerado um dos fatores *stressantes* para a equipa de resgate PH entrevistada. Também Albuquerque, Godim e Souza (2009) citado por Flores (2012) acrescentam que o enfermeiro vivencia sentimentos de impotência mais fortes quando existe um vínculo afetivo associado. A morte de um doente/familiar faz com que o enfermeiro tenha a certeza do limite que possui diante da finitude.

Flores (2012) acrescenta que os enfermeiros, no momento da emergência conseguiram prestar os cuidados necessários aos seus familiares, mas depois sentiram-se fragilizados e surgiram sentimentos negativos. Refere ainda que o facto de terem conhecimentos profissionais, faz com que tenham uma perspetiva dos riscos que os familiares podem correr, tornando assim a experiência negativa.

“(...) havia lá pessoas que eu conhecia.”; (...) de uma forma ou de outra é muito difícil de gerir, tu tens uma pessoa que conheces” E1

“O facto de termos alguém conhecido creio que nos aumenta a responsabilidade de realmente sabermos e fazermos as coisas na melhor maneira possível.”; O facto de ter pessoas conhecidas no local penso que não ajuda” E4

“Porque muitas das vezes, como eu trabalho na zona de residência, acho que é uma das coisas que não facilita, é apanharmos pessoas familiares, conhecidas”; (...) agora que se calhar é um fator a acrescentar o stress é, trabalhar na área de residência.” E6

Outra dificuldade encontrada pelos entrevistados foi a dificuldade de controlar ou gerir a situação, de controlar as pessoas circunstantes, os familiares das vítimas e de gerir os elementos das equipas de socorro, ou seja, de gerir o ambiente. O ambiente PH é um ambiente descontrolado, seja pela falta de recursos, humanos e materiais, quer por serem em ambientes hostis, por vezes de difícil acesso, com pessoas que se tornam agressivas, com pessoas que querem estar a observar, ambientes sujos e com más condições de higiene. Tudo isto faz com que por vezes seja difícil gerir e controlar o ambiente e as pessoas envolventes. Neste sentido, Oliveira et al. (2004) escreve que os enfermeiros têm que lidar com situações incontroláveis levando a que algumas vezes se sintam impotentes. A reação dos familiares, cuidadores ou pessoas significativas, as situações imprevistas e complexas, podem ocasionar reações que põem em causa o trabalho e os cuidados prestados pela equipa, tornando os ambientes tensos e destabilizados. Tal como afirma Estrada (1984) citado por Menzani e Bianchi (2009) o *stress* da vítima e da família impõe que o profissional de saúde tenha uma maior habilidade profissional para controlar a situação e as condições de trabalho inadequadas relacionadas com os recursos materiais e tecnológicos, assim como o próprio ambiente, fatores geradores de *stress* para os profissionais.

A gestão das equipas de socorro foi também uma dificuldade mencionada pelos entrevistados. Quando as equipas não correspondem aquilo que é suposto corresponder, quando não sabem o que fazer, quando não fazem aquilo que lhes é pedido ou quando fazem algo que não é da sua competência profissional.

A gestão de todo o ambiente poderá assim constituir uma dificuldade para o enfermeiro

como se pode verificar nos testemunhos.

“(…) a gente tem sempre muitas dificuldades em como controlar a situação, como nos controlarmos a nós e como controlar os outros que estão lá, no pré-hospitalar nós não estamos num ambiente controlado.”; “(…)com tanta gente para gerir, quando eu chego, eu tenho familiares, eu tenho bombeiros, eu tenho toda a gente ao pé das vítimas”; E1

“(…) há sempre muita dificuldade em (…) gerir a situação e gerir o espaço, gerir as pessoas envolvidas ou gerir o meio (…) gestão do outro elemento da equipa quando ele não percebe a gravidade da situação.” E2

“(…)o pré não (…) é um ambiente completamente descontrolado. Muitas vezes também ele hostil”; “era um ambiente macabro porque eram condições precárias, era um ambiente muito pesado (…) e depois vemos condições péssimas, pó, sujidade, muito más condições de higiene”; “(…) quando tu estás a fazer as coisas e não estão a correr como tu queres ou a equipa com que tu estás (bombeiros) não está a corresponder aquilo que tu queres ou aquilo que tu mandas fazer ou aquilo que tu delegas ou quando as coisas não correm como a gente quer.” E3

“(…) nós trabalhamos com outra pessoa e com mais uma série de pessoas, que são intervenientes na nossa ação: bombeiros, etc. e eventualmente circunstantes” E5

“(…) apanhamos a família, o stress da família, a agressividade da família (…) no intra-hospitalar é um ambiente controlado, nós na rua não temos nada controlado.”

As opiniões do público foram também mencionadas como sendo uma dificuldade, pois provocam distração e por vezes desconcentração naquilo que estão a executar, o que pode levar a sentimentos de insegurança e instabilidade. O estudo de Alves (s.d.), revelou que a reação dos acompanhantes e dos curiosos são fatores influenciadores de *stress*.

“(...) toda a gente opina (...) isso é uma dificuldade sentida, sempre.” E1

“Obviamente que há sempre aqueles comentários que surgem, ou faça isto ou faça aquilo, o que quebra um pouco ali o nosso raciocínio.” E4

Um dos enfermeiros entrevistados referiu como dificuldade, a falta de apoio diferenciado em situações que necessitava, ou seja, em situações que a sua atuação não era suficiente para melhorar o estado de saúde da vítima. De acordo com Menzani e Bianchi (2009), os enfermeiros no PH deparam-se com situações muito complexas, onde por vezes os recursos materiais e humanos disponíveis não são suficientes para a dimensão da situação, fazendo com que haja um maior *stress*.

O entrevistado referiu ainda a falta de tempo e espaço para digerir uma situação vivenciada geradora de sentimentos e emoções mais negativos e mais intensos como uma dificuldade, por exemplo, aquando da morte de uma criança, uma vez que são logo ativados para outra situação, não havendo aqui um tempo para gerir o luto.

“(...) sinto dificuldades até porque depois nem sempre tens o apoio que tu queres (...). Apoio mais diferenciado, sobretudo. Tu ligas para o CODU, o CODU ouve-te a situação mas depois não te dá o apoio que tu queres, logo aí é uma dificuldade.”; “(...) e depois estás tu a digerir isto né? E tens uma saída, não acabaste de digerir e já estás com outra em cima (...) se calhar precisavas ali de um tempo para digerir aquilo e para fazer o debriefing que precisavas. E3

A dificuldade na localização do local da ocorrência foi também considerada por um enfermeiro, por desconhecerem os caminhos, ou porque está mal referenciada a morada, o que faz com que se perca tempo e se demore mais a chegar ao local, causando sentimentos de *stress* e frustração. No estudo de Oliveira e Martins (2013), a dificuldade em encontrar o local da ocorrência foi também um dos fatores identificados como

dificultadores no trabalho em contexto PH. Romanzini e Bock (2010) acrescentam ainda que uma das experiências negativas é quando existem ocorrências em que houve falhas na comunicação, podendo atrasar a chegada ao local.

“(...) depois é as dificuldades nos caminhos (...). Há alguma frustração quando não conseguimos encontrar e não conseguimos chegar tão rápido porque nos perdemos, porque as moradas não estão corretas, as indicações da ocorrência não foram corretamente dadas. (...) tenho a preocupação de ir a ligar para os bombeiros para tentar perceber qual é a melhor maneira e a maneira de chegar mais rápido. E5

A dificuldade em gerir as emoções e as repercussões que isso traz foi também referido pelos entrevistados. As emoções e os sentimentos fazem parte da vida de qualquer pessoa, no entanto, na vida do enfermeiro, existem alguns acontecimentos ou situações que marcam, provocando variadas sensações, desde frustração, impotência, insegurança, alterações no dia-a-dia da pessoa como as insónias e o deixar de comer. Todos estes acontecimentos fazem com que ao longo da vida profissional levem a algumas alterações na vida pessoal, tais como a valorização de pequenos detalhes que antes desses acontecimentos não acontecia e também alterações da própria maneira de ser como verificado no discurso dos entrevistados. Neste sentido, Júnior e Ésther (2001, p. 28) afirmam que

“O convívio com o sofrimento e a dor do outro instaura conflitos e contradições inevitáveis, pois, apesar do envolvimento emocional intenso e o desgaste a que se submetem, gostam do que fazem, sentindo-se recompensados por poderem zelar pelo bem-estar físico e espiritual dos pacientes, representando a essência do seu trabalho”.

Gasperi e Radünz (2006) acrescentam também que os enfermeiros passam por acontecimentos e situações, sofrendo pressões na sua vida diária que acabam por interferir negativamente no seu viver e no seu trabalho.

Para Shimizu (2007) existe uma representação social dos enfermeiros como sendo

peessoas frias e que não sofrem com a morte dos doentes, no entanto, esta representação social é falsa, pois os enfermeiros sofrem diante da morte, originando uma série de sentimentos e emoções como foi possível observar pelos discursos das entrevistas realizadas. Muitas vezes a intensidade do sofrimento é tal que os enfermeiros acabam por levar alguns sentimentos, como o de frustração, para o seu lar, podendo prejudicar o convívio familiar. Tal como foi referido por um dos entrevistados, a frieza e a indiferença que possa ter em algumas situações, também o estudo de Spíndola e Macedo (1994) citados por Vieira et al. (2006, p. 155) refere “que a insensibilidade aparente do profissional, ao vivenciar mais uma perda, significa um mecanismo de defesa com o fim de suportar a situação cotidianamente.”

“(…) agora é assim, emocionalmente é muito difícil, foi muito difícil para mim gerir isto tudo emocionalmente.”; “(…) foi quando eu saí daqui e comecei a pensar sobre aquilo, quando eu saí daqui e fui para a cama, e o olho não fechava e quando fechava eu preferia abri-lo porque... vinha à memória”; “(…) eu não tive não sei quantos dias que não conseguia dormir (...) eu não tive sem comer e a beber só iogurtes por nada (...) aquilo mexeu efetivamente comigo”; “O facto de nós vivermos constantemente com o sofrimento das outras pessoas faz-nos dar mais valor a pequenos detalhes da nossa vida” E1

“(…) eu acho que são mecanismos de defesa que nós adotámos e temos que adotar porque nós somos confrontados diariamente com uma carga emocional muito grande no trabalho”; “(…) tornei-me uma pessoa muito mais fria, muito mais indiferente a algumas situações” E2

“(…) é capaz de nos tornar mais humanos, nós vemos muita coisa, aprendemos a dar mais valor a outras coisas que nós não damos”; “(…) tornou-me mais maduro” E3

3.3. GANHOS/RECOMPENSAS DOS ENFERMEIROS

O cuidar da pessoa em situação crítica é um acontecimento emocional desgastante na vida diária dos enfermeiros, como verificado no estudo realizado. No entanto, é também

considerada uma experiência motivadora, encarada como um objetivo alcançado. Também a curiosidade e o interesse em fazer SIV foi abordado por alguns dos entrevistados. Alguns nunca tinham tido contacto com o PH, denotando assim a curiosidade e o interesse em perceber o que acontece antes de a vítima chegar ao hospital e quais os cuidados iniciais prestados à mesma. Outros já com experiência de PH mas numa vertente diferente, em que o facto de poderem exercer um outro papel, um papel de Team-Leader, ou seja, de maior responsabilidade faz com que gostem e sintam um maior interesse e satisfação enquanto enfermeiros.

“Os profissionais valorizam a presença do novo e do diferente no processo de trabalho. Associam o novo e a inexistência de rotinas à imprevisibilidade que caracteriza o trabalho em emergência.” Esta imprevisibilidade é assim valorizada porque quebra a monotonia e a rotina no trabalho (Almeida e Pires, 2007, p. 627). No estudo de Cristina et al. (2008), os entrevistados referiram que o motivo que os levou a fazer PH foi a vontade de conhecer e exercer funções num serviço novo, ou seja, demonstraram interesse e identificaram-se com as atividades desenvolvidas no meio PH.

Através dos testemunhos pode-se afirmar que esta experiência foi considerada por todos como uma experiência enriquecedora, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional. Segundo Almeida e Pires (2007, p. 626) confere “um background teórico e prático muito valorizados e fonte de satisfação profissional.” Acrescentam ainda que o trabalhar em emergência e com doentes críticos confere uma valorização profissional maior e é considerada como uma fonte de realização pessoal.

Fazer SIV constitui assim uma forma de aprendizagem. Há sempre algo que se pode aprender em cada situação, seja em termos de autoconfiança e mais à vontade perante as mesmas, seja em termos de conhecimentos de patologias, seja na abordagem da vítima crítica, por um aumento da capacidade de objetividade, de gestão, de flexibilidade, de adaptação, de rapidez e de antecipação, seja na aprendizagem de conhecimentos que facilitem a atuação do enfermeiro no serviço onde exerce funções para além da ambulância de SIV como se pode verificar nos testemunhos. Relacionado com este aspeto Oliveira e Martins (2013) afirmam que trabalhar nesta ambulância trouxe aos enfermeiros um enriquecimento pessoal e profissional. Rodrigues e Martins (2012, p. 36) afirmam ainda que as vivências dos enfermeiros relativas ao cuidar da vítima crítica “(...) são

relatadas pelos participantes como um meio de aprendizagem, traduzindo-se em enriquecimento pessoal e profissional, possibilitando o treino da capacidade de decisão.”

No mesmo sentido, no estudo de Júnior e Ésther (2001, p. 28), os enfermeiros afirmaram “que situações de urgência/emergência são bastante desafiadoras, proporcionando realização plena, quando logram êxito ao lidar com o risco iminente de vida.” Já no estudo de Martins e Martins (2010), os enfermeiros entrevistados referiram como experiência positiva a possibilidade de ajudar as pessoas que se encontram doentes, contribuindo para uma maior motivação, realização pessoal e profissional dos mesmos.

Corroborando os achados, Oliveira e Martins (2013, p.119) referem que ser enfermeiro na ambulância de SIV é influenciado pelas motivações e aspirações pessoais e é definido como sendo um “desafio e um privilégio pela possibilidade de concretização de um projeto de vida, proporcionando sentimentos de satisfação pessoal e profissional.”

Assim, a satisfação profissional foi mencionada pela maioria dos entrevistados e é um sentimento com grande importância na vida das pessoas, fazendo com que não percam o desejo e a motivação de continuar a trabalhar. A satisfação profissional pode ser determinada pela presença de fatores motivadores, fazendo com que a pessoa desenvolva um maior esforço e empenho nas funções que desempenha, acabando por ser um dos componentes da satisfação com a vida geral e bem-estar da pessoa. Como refere Dutra et al. (2010), a maioria dos profissionais do PH apresentam percepção dos seus sentimentos, relatando como felicidade, gratidão, satisfação e responsabilidade por poderem socorrer e salvar vidas. Este tipo de sentimentos tem uma ação minimizadora do *stress* no desempenho da profissão.

A este propósito, Oliveira et al. (2004) e Batista e Bianchi (2006) relataram que a principal fonte de realização e satisfação no trabalho do profissional de saúde foi o sentimento de utilidade, capacidade de resolver alguns problemas aos que prestam cuidados e o facto de as suas intervenções auxiliarem na manutenção da vida da pessoa. Também Souza et al. (2012) afirmam que os enfermeiros destacaram o sentimento de prazer e de gratificação ao trabalharem no PH, mencionando a importância de ajudar as vítimas.

“Em termos profissionais se calhar sim porque dá-nos, enriquece-nos a capacidade de flexibilidade (...) a tua capacidade de te adaptares às situações tem que ser muito grande e isso é ótimo porque tu transpões isso também para o intra-hospitalar” E1

“(...) é o culminar de um objetivo pessoal”; “(...) fazer SIV é uma coisa que me que me agrada bastante, que me cria um sentimento muito grande de satisfação profissional”; “Em termos de crescimento pessoal, eu acho que cresci muito ao fazer SIV e ao fazer pré-hospitalar, acho que consegui crescer muito mais” E2

“(...)é algo que me dá muito prazer, é uma paixão (...) desafio diário porque todos os dias é uma situação nova”; “(...) é algo que me dá muito prazer e satisfação”; “E o facto de sentir que estou a ajudar as outras pessoas e o facto de dizer: olha mais uma vida salva, acaba por nos encher um bocado o coração e uma pessoa vai para casa satisfeito.”; “acho que nos dá muito (...) em termos de conhecimentos, em termos de patologias (...) acho que acima de tudo é conhecimento e experiência.” E3

“(...) há sempre aquela curiosidade em perceber o que se passa antes do doente chegar” E4

“(...) eu encaro que o percurso é um ensinamento e que todos os dias aprendo coisas” E5

“Eu acho que ajudou, ajudou na autoconfiança, ajudou no conhecimento de determinadas patologias”; “(...) sinto que tenho mais conhecimentos do que tinha antes (...) sinto que estou muito mais à-vontade (...) tenho mais confiança nas minhas competências e nos meus conhecimentos” E6

O encararem a função que desempenham na ambulância de SIV como um aumento da responsabilidade, faz com que seja um trabalho exigente, quer pela necessidade de possuir um grande leque de conhecimentos, o ter que trabalhar contra o relógio, quer pela responsabilidade na decisão e na atuação. Contudo, é percebido como um trabalho estimulante, levando-os a ter um respeito e um reconhecimento maiores nesta vertente. O ter que trabalhar em equipa com um TAE, fazendo com que o enfermeiro seja considerado

o team-leader por ser o elemento mais diferenciado, faz com que recaia sobre si a responsabilidade na avaliação da vítima, na decisão das intervenções a realizar e a responsabilidade na passagem de dados ao médico regular do CODU. Contudo, o facto de terem mais responsabilidade foi encarada de maneira diferente pelos enfermeiros entrevistados. Enquanto que uns referem que a responsabilidade torna o seu papel mais exigente e até provocador de alguma tensão e ansiedade, outros referem que aquilo que lhes dá prazer e satisfação é mesmo o facto de se sentirem responsáveis por aquela vida e por se sentirem autónomos na prestação dos cuidados.

Neste sentido, Oliveira e Martins (2013), afirmam que trabalhar na ambulância de SIV é exigente, pela necessidade de aplicar um grande leque de conhecimentos e pela responsabilidade na decisão e na atuação. O facto de o enfermeiro ser o elemento mais diferenciado, é responsável pela avaliação e decisão sobre as intervenções que presta, havendo assim uma maior exigência e autonomia das funções de Enfermagem neste contexto. Mas tal como é mencionado por Gomes (1994) citado por Almeida e Pires (2007) o sofrimento dos enfermeiros que trabalham em emergência pode ser exacerbado por se verem envolvidos e obrigados a tomar decisões urgentes em situações que as vítimas correm risco de vida.

A maioria dos enfermeiros entrevistados referiram sentir uma maior responsabilidade na função que desempenham como enfermeiros na ambulância de SIV mas, com este aumento de responsabilidade também há um aumento da satisfação profissional quando têm sucesso nas intervenções que executam. Também Aguiar et al. (2000, s.p.) comprovam isso quando referem que

“Os sentimentos de responsabilidade para com o outro, a impossibilidade de melhor atendimento e o desgaste emocional foram descritos como emoções percebidas nas situações de assistência às vítimas em risco eminente de vida, aspectos que denotam grande "peso" da profissão, principalmente nos casos de insucessos. Porém, tais sentimentos não são relatados quando há sucesso no atendimento, imprimindo aos socorristas sensação de satisfação no trabalho executado.”

“(...) mas para decidir tens que tu decidir tudo e isso é uma carga tão pesada” E1

“(...) tudo depende de ti e do teu parceiro de equipa”; “(...) tens uma vida à tua responsabilidade e como tal, mete-me muito respeito!” E3

“(...) comecei a achar que podia ser uma coisa interessante, que ia passar por uma papel, que nós normalmente como enfermeiros não passamos, que é o de Team Leader, ou seja, pelo menos o que ter que desempenhar esse papel ativamente e reconhecido como tal.”; “Neste momento fazer SIV estou a gostar muito, quase que diria se tivesse que optar entre VMER e SIV, se calhar deixava de fazer VMER e fazia só SIV. Acho que é engraçado, é dinâmico, é outra responsabilidade, é encarar a atuação e a prestação de cuidados de enfermagem sobre outra responsabilidade (...). Acho que é super interessante” E5

“(...) nós na rua somos dois, somos uma equipa na mesma, trabalhamos em equipa mas é diferente, o Team-Leader somos nós, ou seja, a responsabilidade é muito maior”; “(...) como nós ali somos sozinhos e autónomos, claro sempre com a supervisão do CODU, mas muitas das vezes nós temos o menino nas mãos e temos que ser nós a decidir” E6

3.4. ESTRATÉGIAS DE *COPING* ADOTADAS

As estratégias de *coping* podem ser elaboradas individualmente ou coletivamente. Segundo o ICN (2011, p. 46) *coping* é “Atitude: Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico”.

As vivências de qualquer pessoa são subjetivas e singulares, experiências únicas, com uma história individual e vivida de uma forma diferente. Assim, para se adaptarem da melhor maneira às condições do meio e às suas vivências, cada pessoa constrói os seus próprios mecanismos de *coping*.

Assim é importante que os enfermeiros reconheçam quais os fatores que lhes causam sentimentos e emoções negativas, quais as repercussões das situações vividas para o seu

dia-a-dia, de forma a encontrar soluções para atenuar essas alterações. Só assim é possível manter a qualidade de cuidados prestados na ambulância de SIV. Estas estratégias de *coping* podem ser mencionadas como a forma de lidar com as vivências que os enfermeiros têm em situações marcantes. Neste sentido, Stumm et al. (2008), afirmam que o enfermeiro do PH deve reconhecer os fatores geradores de *stress* e as suas repercussões no processo saúde-doença, de forma a analisá-los objetivamente e de forma crítica, no sentido de procurar soluções para minimizar esses fatores, prevenindo danos à sua própria saúde, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Estas soluções são assim denominadas de “estratégias de defesa”, “estratégias de *coping*”, ou “formas de lidar com”. São estratégias que a pessoa utiliza, “não necessariamente consciente, para saber o maior número de informações sobre os acontecimentos e condições psíquicas para proceder de forma a diminuir as respostas de estresse e manter o equilíbrio orgânico” (Stumm et al., 2008, p. 35).

Souza e Lisboa (2002, p. 427), acrescentam ainda que

“O sofrimento suscita defesas que conduzem à elaboração de estratégias defensivas, e essas, por sua vez, levam a modificações, transformações e, em geral, à eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as faz sofrer. Elas objetivam mascarar, conter e ocultar um sofrimento. Dessa forma, as defesas configuram uma forma de adaptação às pressões do meio.”

Desta forma, a pessoa constrói os seus mecanismos para se adaptar da melhor forma às condições do meio quando vivencia determinada situação que causa sofrimento ou ansiedade, de forma a não conduzirem a desgastes físicos e emocionais (Souza e Lisboa, 2002).

Assim, de acordo com os relatos dos entrevistados foram possíveis identificar várias estratégias, nomeadamente, a comunicação com a família da vítima ou pessoas que se encontram no local, denotando a importância que dão a esta. Encontrar as palavras ou formas de expressão mais corretas e adequadas para comunicar uma notícia complexa não é fácil, até porque muitas vezes os familiares/cuidadores não estão preparados ou não esperam de algum modo a gravidade da situação. Tal como um entrevistado referiu, é difícil utilizar o termo morte, por vezes a comunicação de más notícias não é fácil e tentam utilizar outras expressões e confortar a família de forma a tornar aquele momento menos

doloroso. Este achado é confirmado pelo que o autor Pitta (1994) citado por Vieira et al. (2006) quando refere que uma das maiores dificuldades em lidar com a família é o momento em que se dá uma má notícia ou a notícia da morte. Esta dificuldade muitas vezes é devido ao receio que o enfermeiro tem em deparar-se com sentimentos e reações menos controladas por parte da família.

Flores (2012) vai ao encontro do referido pelos entrevistados, onde os enfermeiros revelaram que explicar a situação da vítima e esclarecer as dúvidas à família, oferece tranquilidade e conforto às mesmas. Segundo Schneider, Manschein, Ausen, Martins e Albuquerque (2008) o contato com a família gera emoções agradáveis e facilita a prestação de cuidados ao doente. Ao fornecer à família as informações a respeito do estado do doente, esta sente-se mais aliviada e segura nos cuidados prestados, criando-se um elo de confiança entre enfermeiro/família, possibilitando a esta última a expressão das suas dúvidas e preocupações

“À família ou cuidador normalmente digo a verdade (...) é mais fácil com familiares diretos, normalmente faço-lhes entender que as coisas são tão graves e que a pessoa já tem uma idade e já está muito debilitada e que pronto, e que a morte, que um dia as coisas terminam. Às vezes tenho mais dificuldade em falar a palavra morte, empregar o termo morte, olhe vai morrer hoje ou vai morrer em pouco tempo, mas que as coisas um dia têm um fim.”; “(...) mas tento dar a perceber que tudo tem um início e tudo tem um fim” E5

“(...) é sempre uma das coisas que faço questão antes de sair do local é ir explicar à família o que é que se passa, seja bom, seja mau”; “(...) tento sempre comunicar com a família” E6

A autorreflexão foi outra das estratégias referidas, quando fazem uma retrospeção do que aconteceu, uma revisão do que fizeram, como fizeram, o que mudariam, questionando-se a eles próprios, ou seja, uma reavaliação da conduta tomada. Esta reflexão é benéfica porque é através dela que se melhora a prestação, que se pode ser melhor profissional na próxima situação. Perceber onde se falha, onde se errou é uma forma de se aprender a

melhorar. Tal como refere Oliveira e Martins (2013), a avaliação do desempenho permite uma reflexão sobre os cuidados prestados e o trabalho realizado, com o intuito de se melhorar aspetos que possam ter corrido menos bem.

Romanzini e Bock (2010, p.109) afirmam também que as situações consideradas negativas para a equipa “possibilitam momentos de reflexão e conscientização, de que nem tudo pode ser perfeito, que existem falhas, e que devem servir de aprendizado e amadurecimento pessoal e profissional.”

No mesmo sentido, no estudo de Rodrigues e Martins (2013, p. 36), surgiu a necessidade de o enfermeiro repensar sobre a sua prática profissional “(...) no sentido de reflectir sobre a sua actuação, sobre excessos de confiança, sobre incertezas e na forma em que poderiam optimizar os cuidados prestados.”

“E é aí que a gente começa... a racionalizar as coisas, então vamos lá ver afinal o que é que eu mudava? O que é que o protocolo me diz?”; “(...) o que é que eu podia mudar? E se eu tivesse feito assim? E se eu não tivesse ido logo lá a ambulância ver o outro e o outro?” E1

“(...) e a gente fazer a nossa própria reflexão, uma autorreflexão à nossa própria atuação.”; “(...) e essa reflexão eu faço-a sempre e tento realmente fazer isso para numa próxima saída se me falhar alguma coisa estar desperto para que os erros não voltem a ser cometidos.” E4

“(...) penso nisso, no fim da ocorrência, faço uma reflexão” E5

“(...) vou para casa e penso, e se eu tivesse feito isto, e se eu fizesse aquilo e se eu tivesse... será que eu fiz o trabalho como deve ser? A gente questiona-se mais” E6

A autovalorização e a valorização das próprias competências de cada um foram estratégias mencionadas por todos os entrevistados. O facto de pensarem que tudo o que possam fazer não vai agravar o estado da vítima ou que se nada fizessem o resultado poderia ser muito pior faz com que sintam que a sua atuação seja importante,

independentemente do resultado final. No entanto, quando o resultado final é a melhoria do estado de saúde da vítima o sentimento de satisfação é notório. As competências que possuem e o facto de saberem o que fazer em cada situação é um fator que ajuda a lidar com os sentimentos e emoções que possam surgir em determinada situação. Tal como afirma Oliveira e Martins (2013, p.123)

“A diferenciação dos cuidados de Enfermagem prestados neste contexto é reconhecida por quem deles beneficia, pelos colegas que recebem os doentes já estabilizados nas unidades de saúde e ainda por outros profissionais intervenientes no socorro que trabalham em complementaridade com a equipa de Suporte Imediato de Vida.”

Romanzini e Bock (2010) referem também que os enfermeiros consideraram como experiência positiva, as atitudes de reconhecimento e gratificação que têm das vítimas que prestam cuidados. Mencionam ainda que quando os enfermeiros sabem que o atendimento foi realizado de forma adequada e se fez tudo da melhor maneira possível, mesmo não existindo sucesso, é um aspeto considerado positivo para a equipa, ou seja, há um sentimento de valorização por aquilo que fizeram. Martino e Misko (2004) acrescentam que os enfermeiros referiram sentirem-se orgulhosos quando prestam cuidados a um doente em situação crítica, pela importância que é dado a esses mesmos cuidados de enfermagem.

“(…) se eu não for corre muito pior, faça eu o que fizer mesma que seja pouco é para correr melhor, pior há-de ser difícil que corra”; “(…) a gente vai lá, faz sempre alguma coisa para melhor, a gente começa a perceber que vamos só ajudar, pior já estava, tudo o que vem a seguir é melhor” E1

“(..) quando vemos que as nossas intervenções tiveram sucesso, que realmente a vítima beneficiou com a nossa atuação”; “Porque nós sabemos, eu acho que nós sabemos realmente o que temos para fazer (...) por muito mau que seja o cenário, no local é a pessoa, nós sabemos o que é que vamos fazer, o que temos que fazer.” E2

“(...) consegue-se sentir mais na pele que se calhar aquela vida foi salva graças ao nosso trabalho, ao meu e ao do meu colega claro, não é só meu, estamos a falar da equipa”; “Um dos mecanismos de defesa que eu tento pensar para mim própria, é quase a dizer pelo caminho, (...) se não fores tu a fazer mais ninguém consegue, né? tu és a mais diferenciada no momento...por isso o pouco que consigas fazer é para ajudar.” E6

A comparação com situações anteriores foi também uma estratégia encontrada pelos entrevistados. O facto de já terem passado por uma situação idêntica facilita a atuação, porque relembram os cuidados prestados, os procedimentos, o que devem avaliar, o que não devem fazer, o que falhou na primeira situação, de forma a melhorar a atuação em situações futuras. Segundo Oliveira et al. (2004) a familiaridade com algumas situações possibilita a previsão e o desenrolar de ações, que ajudam a lidar com os imprevistos que possam surgir. Diogo (2006) acrescenta que as vivências irão servir de referência a situações posteriores e por isso podem ser consideradas como aprendizagem para gerir situações específicas. Também para Honoré (2004) citado pelo mesmo autor, ter experiência é, para além da preservação das informações e significados relativos às situações e às pessoas, a conservação da lembrança do significado que determinada situação teve para a pessoa. Assim, o enfermeiro no decurso da sua experiência vai desenvolvendo modos de lidar com as suas vivências, ou seja, passando por uma situação idêntica ou semelhante, o enfermeiro tem mais facilidade em lidar com a mesma.

A este propósito Rodrigues e Martins (2012) afirmam que a formação e experiência profissional, onde se engloba as experiências anteriores semelhantes, são muito importantes para que o enfermeiro se sinta confiante e seguro, facilitando a prestação de cuidados.

“(...) porque eu reconheço a situação e sei enquadrá-la nalguma situação específica”

E1

“(...) pelos menos já referenciei algumas delas, embora em contexto de intra-hospitalar mas transponho para lá, já nos prepara alguma coisa” E4

O humor foi também uma das formas encontradas pelos entrevistados para ultrapassarem, de uma maneira mais saudável, sentimentos que os marcaram. Esta estratégia permite tornar as situações positivas, afastando-se o foco de atenção para aquilo que causa ansiedade, angústia, tristeza, medo e superar de uma forma mais alegre e irónica. Para Shimizu (2007), uma forma de os enfermeiros enfrentarem o sofrimento é contarem piadas como forma de distanciamento. Também Pai e Lautert (2009) acrescentam que nas situações de grande tensão por vezes algum dos membros da equipa tece comentários humorados, piadas e momentos de riso para que todos se descontraíam, sendo assim, uma forma de enfrentar esses momentos.

“(...) tu dás-me dois pares de estalos porque é a única coisa que preciso”; “(...) olha o melhor são as paragens, já está morto, tudo o que a gente faça vai correr bem porque ou continua morto, não agrava o estado ou então melhora e...e é um bocado esse o pensamento que a gente tem que fazer” E1

“(...) felizmente, ao final de 2, 3 dias uma pessoa passa e arranjam os mecanismos de defesa porque se não ficávamos mal, dávamos em malucos”; “(...) já que tem que haver acidentes que ocorra no meu turno” E6

Os entrevistados revelaram que a consulta de bibliografia, a revisão e estudo dos protocolos, bem como a existência deles, a formação profissional e a própria experiência profissional, são fatores que lhes permitem lidar mais facilmente com as situações, facilitando a atuação dos mesmos como se pode verificar nos testemunhos. Neste sentido,

Almeida e Pires (2007) escrevem que o trabalhar em emergência exige que haja formação específica por parte dos profissionais, pois é um trabalho de grande complexidade e os mesmos compreendem que os resultados positivos deriva dos seus conhecimentos e competências técnicas. Referem ainda que um dos aspetos positivos em exercer funções em emergência é o estímulo para o estudo e para a pesquisa. Também no estudo de Rodrigues e Martins (2012), os enfermeiros referiram a formação na área de urgência e emergência, um meio importante para proporcionar mais autoconfiança, facilitando a prestação de cuidados.

Quanto à existência dos protocolos, Oliveira e Martins (2013, p. 120) mencionam que a “orientação por protocolos e a orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes revelam-se uma ajuda preciosa que permite fundamentar as ações em linhas orientadoras pré-estabelecidas e que limitam o erro.” Os autores referem também que a experiência profissional adquirida a nível hospitalar aumenta a segurança nos cuidados prestados pelos enfermeiros, sendo que no PH, para além da destreza necessária nos procedimentos e técnicas, é necessário um vasto leque de conhecimentos científicos, para que a sua aplicação seja a mais correta e adequada, permitindo desta forma a melhoria dos cuidados pré-hospitalares.

Romanzini e Bock (2010, p. 111) acrescentam que os enfermeiros entrevistados caracterizam o PH como um serviço “que exige capacidade profissional, conhecimentos gerais, específicos, domínio de técnicas, patologias, protocolos, capacidade de liderança, gerenciamento e equilíbrio emocional.” Stumm et al. (2008) afirma ainda que a atuação no PH requer uma elevada exigência em termos de conhecimentos, habilidades e destreza na execução das técnicas.

“(…) outra estratégia que é ter sempre o dossier com os protocolos na ambulância”

E1

“(…) é mais facilitador opa porque primeiro eu acho que nós estudamos mais, acho que nos dedicamos um bocado também mais a estudar e a tentar resolver e a tentar antecipar as necessidades que vamos ter”E2

“(...) o estudo, que nós estudamos também, o ir revendo de vez em quando os protocolos” E3

“(...) tens os protocolos e aí tentas encaixar em gavetinhas(...) os protocolos são uma mais valia”; “(...) de fazer vários cursos SAV, que tenho feito na minha vida e mais o curso SIV e penso que o curso SIV é muito exigente, foi um dos cursos mais exigentes que fiz” E5

Um dos entrevistados referiu que uma das estratégias utilizadas é a organização do material, quer seja o material da ambulância, quer seja o material que traz consigo, como o livro de bolso com os protocolos e o material que tem no colete. Esta organização permite que tenha um sentimento de segurança, levando a uma sensação de ficar mais calmo. De acordo com Rodrigues e Martins (2012), também os enfermeiros referiram ser muito importante a adequada preparação do material, equipamento e terapêutica que possa ser necessário, que preveem utilizar em determinada situação. Um planeamento adequado gera assim confiança.

“(...) nós temos que arranjar estratégias que nos permitam a nós ganhar tempo, por exemplo, umas das que eu arranjei foi logo começar a pôr as coisas todas ao pé de mim, porque o facto de sentir que ganho mais um ou dois segundos (...) o facto de ter as coisas todas à mão é para mim fator gerador de calma, por exemplo, eu organizei as minhas coisas, o material que trago comigo (...) o meu livrinho de bolso, são estratégias que nós temos para nos acalmarmos e para sentir que estamos com o nosso meio organizado”; “(...) o colete que eu arranjei com o material todo, que eu tenho à mão, se precisar oriento-me” E3

O método de trabalho que cada enfermeiro adota foi também uma forma de lidar com as situações, porque sentem que têm controlo sobre as mesmas, dando assim um sentimento de segurança e confiança. A sistematização na avaliação da vítima faz com que haja uma

identificação dos problemas prioritários com risco iminente de vida, possibilitando a realização de ações eficazes e imediatas. Assim, tal como é referido por Oliveira et al. (2004) em emergência o trabalho deve ser organizado, exigindo dos profissionais pensamento rápido, agilidade, competência e capacidade de resolução dos problemas que surgem. Para Nunes (2007) citado por Flores (2012) as decisões e ações numa situação de emergência com um doente crítico, devem serem tomadas de forma sistemática, rápida e numa sequência de prioridades.

“(...) por organizarmos o nosso método de trabalho, eu acho que se nós utilizarmos o nosso método de trabalho e se houver método e se as coisas tiverem sistematizadas, as coisas correm muito mais fluentemente” E3

“(...) creio que se a nossa abordagem for sistematizada dificilmente alguma coisa nos escapará.” E4

“(...) depois a organizar a minha abordagem e penso que o segredo está aí, e se nós fizermos uma abordagem sistematizada como aprendemos ABCD (...) dá-me aquilo que eu quero ter a noção” E5

Alguns entrevistados tentam arranjar formas de distração até ao local da ocorrência, de forma a minimizar a ansiedade e *stress* que têm a caminho do local. O ouvir música, o falar de coisas triviais, preocuparem-se com outras coisas para manter o pensamento ocupado como por exemplo, preocuparem-se em como chegar ao local, a forma de chegar mais rápido, foram algumas atividades encontradas pelos entrevistados para se distraírem e para se despreocuparem até ao local, promovendo um bem-estar interior e momentos de relaxamento. A este propósito Alves (s.d.) e Barros, Humerez, Fakihi e Michel (2003), escrevem que os enfermeiros têm como mecanismos para enfrentar o *stress*, a realização de atividade física, passar momentos com a família, ler e ouvir música.

“Tento distrair-me com outras coisas (...). Durante o caminho é tentar distrair-me um pouco, a gente às vezes liga o rádio e vamos ouvir a música” E4

“(...) é tentar abstrair do que é extrínseco naquele momento”; “E eu dou muitas vezes comigo pelo caminho, vamos a conversar disto e daquilo, da mulher, do almoço, do jantar, etc” E6

Outra estratégia utilizada por todos os entrevistados foi o apoio, quer por parte dos colegas, amigos, VMER, família, quer pelos TAE. Este apoio constitui uma forma de suporte durante situações vividas, consideradas angustiantes e graves, que ajudam a ultrapassar estas vivências de uma forma mais célere. Tal como Souza e Lisboa (2002, p. 432) afirmam “O peso psicológico da ansiedade gerada por uma decisão final e totalmente feita por uma única pessoa é dissipado de inúmeras maneiras, de forma a reduzir seu impacto.” A atribuição e definição de papéis entre os diversos profissionais de saúde facilita nas decisões que têm que ser tomadas, como por exemplo, quando a VMER se encontra também no local, o médico é o elemento mais diferenciado e como consequência a responsabilidade e as decisões recaem sob o médico e não no enfermeiro da ambulância de SIV.

A família constitui também uma fonte de apoio, pois tal como Gutierrez e Ciampone (2006, p. 60) “A premissa de que não se pode levar para casa o sofrimento é falsa, pois não há como dissociar o vivido.” Segundo Serra (2007), a família tem sido considerada como uma base de ajuda, melhorando a adaptação ao *stress* devido ao facto de haver alguém com quem conversar e desabafar os problemas que surgem no dia-a-dia.

Tal como os entrevistados referiram, também no estudo desenvolvido por Oliveira e Martins (2013), o trabalho em equipa foi mencionado como sendo uma das necessidades sentidas pelos enfermeiros, uma vez que o trabalho destes e dos TAE complementa-se e é desenvolvido um bom clima, existindo colaboração nas intervenções efetuadas.

“(...) eu tive as pessoas certas a dizerem-me as coisas certas para eu não desistir, porque se não, provavelmente eu não teria voltado cá a pôr os pés.”; “(...) às vezes é preciso ter alguém que perceba, que saiba aquilo que nós estamos a sentir, que consiga pôr-se no nosso lugar para nos dizer exatamente aquilo que nós precisamos de ouvir, que não é aquilo que nós, pode não ser aquilo que nós queremos ouvir.” E1

“(...) porque tínhamos apoio lá, nós chegámos ao mesmo tempo que a VMER, basicamente e o facto de poderes ter mais uma equipa ali a trabalhar, se não conseguires, já tens ajuda” E3

“(...) em casa, epá a gente sabe que ali a gente desabafa e quem a gente tem em casa pouco conhecimento tem e dá-nos o maior apoio possível.”; “Tento e nesse aspeto apoio-me muito nos tripulantes, que já têm muito mais experiência que eu e muitas vezes parte da iniciativa deles”; “(...) por isso é que é uma equipa, tem que haver apoio mútuo” E4

Por último, os entrevistados referiram como uma importante estratégia de *coping* a partilha de experiências e a comunicação, ou seja, o falar, o desabafar, o chorar, o ouvir. É importante partilhar os sentimentos pessoais com os colegas de trabalho, de forma a minimizar o *stress*, a ansiedade e outros sentimentos que possam surgir de situações específicas. Assim é fundamental criar espaços de reflexão e diálogo, o chamado *debriefing*, para partilharem e questionarem a sua prática, para melhorarem os seus saberes e serem cada vez mais competentes naquilo que fazem.

O termo *debriefing* tem várias definições, neste contexto específico utilizou-se a definição referida por Fanning e Gaba (2007) em que escrevem que o *debriefing* é uma abordagem em que os participantes revêm fatos, pensamentos, impressões e reações após um incidente crítico e tem como principal objetivo reduzir o *stress* e acelerar a recuperação normal após um evento traumático estimulando a coesão do grupo e a empatia. Guimarães, Guimarães, Neves e Cistia (2007, p. 11) acrescentam ainda que o *debriefing* “são algumas de várias intervenções precoces disponíveis para apoiar as pessoas que experimentaram um evento que causou medo, desamparo ou horror” e que promove a

recuperação normal da pessoa, a sua resiliência e o seu crescimento pessoal.

Para Delbrouck (2006, p. 182) “os espaços de discussão constituem um dos meios que permitem cuidar dos que cuidam”.

Neste sentido, Menzani e Bianchi (2005, p. 7), referem que no seu estudo a maioria dos enfermeiros entrevistados “mencionou o choro como válvula de escape.” Barros et al. (2003) acrescentam também que os enfermeiros utilizaram como mecanismo para reduzir o nível de ansiedade o desabafar e o chorar.

Corroborando os achados, Stumm et al. (2008, p. 40) referem que

“O relacionamento interpessoal pode fornecer apoio para o trabalhador enfrentar as situações de desgaste e estresse no seu dia-a-dia profissional. Desta maneira, compartilhar sentimentos e frustrações pode fortalecer o mesmo, na medida em que é possível encontrar no convívio grupal maneiras de identificar reflexões semelhantes às suas.”

“Eu acho que é fundamental nós falarmos com alguém” E1

“(…) o debriefing é fundamental, é sempre importante pensarmos o que é poderíamos ter feito, o que é que não fizemos e neste momento, cada vez mais, aposto em fazer e hoje ainda o fiz.”; “(…) o irmos falando com os vários colegas sobre as várias situações que ainda não vivenciámos e podermos daí beber estratégias que nos possam dar, que nos possam despertar para certas e determinadas coisas que ainda não observámos” E3

“(…) conto uma vez a uma pessoa, a duas, e aliviou o stress e passa”; “(…) uma das formas que eu tenho para aliviar o stress é falar, chego a casa desabafo, deito tudo, ok, pronto, passou, amanhã é um novo dia. Para mim resulta”; “(…) eu acho que o desabafar, o falar, chorar naquele momento, passa.” E6

4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A minha intenção neste estudo foi descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV em situações de emergência à vítima crítica, de modo a que estes reconheçam as suas vivências como um fator importante na prestação dos cuidados, pois a maioria não pensa naquilo que sente e que vive, podendo estas vivências terem repercussões quer na sua vida pessoal, familiar ou profissional. Assim penso que o tema escolhido foi de encontro às minhas expectativas, pois muitas das vivências mencionadas pelos entrevistados eu própria as vivo e sinto, pelo que posso afirmar que com estudo para além de poder contribuir cientificamente com o mesmo, sinto que contribuiu para um enriquecimento pessoal e profissional.

Após a consecução do mesmo, este estudo teve na sua inerência algumas limitações. A primeira limitação prendeu-se com o facto de eu fazer parte da equipa onde o estudo foi realizado e consequentemente conhecer de tão perto a realidade vivenciada. Nem sempre foi fácil ser imparcial e esvaziar os meus conhecimentos prévios acerca da realidade. Outra dificuldade que encontrei foi a quase inexistência de bibliografia e a escassez de estudos referentes ao PH mas direcionada para as ambulâncias de SIV. Por último, considero que a maior dificuldade que tive foi a inexperiência em estudos fenomenológicos e na realização das entrevistas individuais realizadas no decorrer do estudo, bem como a análise dos achados. O tempo preconizado para a realização e término deste trabalho contribuiu também para a grande dificuldade sentida para a realização de um estudo mais rigoroso e com uma maior amostragem e inclusão de outras instituições de saúde.

De modo a perceber o fenómeno como os enfermeiros realmente o vivenciaram, adotou-se como modelo analítico a abordagem fenomenológica e após a realização deste estudo é possível considerar como alcançado o objetivo geral.

Da análise das entrevistas foi possível identificar quatro temas: alterações sentidas pelos enfermeiros, dificuldades sentidas pelos enfermeiros, ganhos/recompensas dos enfermeiros e estratégias de *coping* adotadas. Quanto às alterações sentidas pelos

enfermeiros foram identificadas alterações físicas e psicológicas, muitas vezes inseparáveis, pois muitas alterações psicológicas geram alterações físicas, bem como o contrário.

A ansiedade foi uma das alterações mencionadas por todos os entrevistados. Esta acontece em várias situações mas todos os enfermeiros a referiram, nomeadamente o desconhecido por nunca saberem o que podem encontrar no local da ocorrência e quanto estão com uma vítima crítica, pela gestão da própria vítima e por reconhecerem que se não atuarem rapidamente o desfecho será desfavorável para a vítima. A ansiedade foi também mencionada pela inexperiência, ou seja, alguns dos entrevistados referiram que tinham mais ansiedade e sintomas associados quando iniciaram funções na ambulância.

Da análise das entrevistas apurou-se que todos os enfermeiros mencionaram sentir-se mais ansiosos quando as vítimas são mais jovens ou crianças, despertando emoções e sentimentos mais intensos do que se a vítima for um idoso, pois aceitam a morte de um idoso como algo que é esperado, valorizando mais a vida de uma criança ou jovem.

O *stress* foi uma das alterações que surgiu algumas vezes em conjunto com a ansiedade e é vivenciado de diferentes formas, tais como adrenalina, tensão e nervos e em variadas situações. A maioria dos entrevistados referiu ter estas alterações quando estão com uma vítima crítica e antes de chegar ao local onde está a vítima. Outro dos fatores geradores de *stress* são os riscos que eles próprios correm ao exercer funções no PH, pois têm a perceção e consciência desses riscos, quer sejam eles físicos ou psicológicos.

Pelo contrário, dois fatores que os entrevistados referiram como sendo fatores de alívio do *stress* causado pelo desconhecimento da situação e do estado de saúde da vítima antes de chegarem ao local são quando realmente chegam ao local e observam a vítima e também o facto de trabalharem com alguns elementos da equipa e conhecerem bem o parceiro da equipa.

Identifiquei outros sentimentos, tais como sentimentos de insegurança, frustração e impotência. Associado às vítimas mais jovens ou crianças, os entrevistados demonstraram ainda sentimentos de culpa, revolta, tristeza e angústia. O medo foi outro sentimento referenciado e verificou-se que este está relacionado com o medo de fracassar e o medo do desconhecido, antes de chegar ao local onde se encontra a vítima. Os entrevistados deste estudo citaram ainda experiências profissionais em que refletiram as suas vidas, a

vida dos seus familiares, principalmente a dos seus filhos e a sua própria maneira de pensar e agir, ou seja, projetaram o acontecimento para a sua vida pessoal ou familiar, originando assim alguns dos sentimentos mencionados.

A maioria dos sentimentos mencionados são sentimentos negativos, no entanto, houve um sentimento de gozo, prazer e satisfação referido pela maioria dos entrevistados quando se referem ao trabalhar na ambulância de SIV e principalmente quando sentem que salvaram ou melhoraram o estado de saúde de uma vítima crítica. São profissionais que demonstraram sentimentos de gratidão, satisfação e bem-estar quando falam do seu trabalho mas, maioritariamente, quando este têm resultados positivos, ou seja, quando há sucesso nas intervenções efetuadas.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros, uma delas foi nas situações que nunca tiveram, ou seja, nas primeiras situações, bem como no início quando começaram a exercer funções na ambulância de SIV. Outra dificuldade encontrada e mencionada pelos entrevistados foi o facto de estarem presentes pessoas ou familiares conhecidos no local, mencionado que é mais difícil de gerir os sentimentos e emoções e que acarreta uma maior responsabilidade porque há o medo se as coisas correrem mal, serem mais facilmente culpados. A dificuldade de controlar ou gerir a situação, de controlar as pessoas circunstantes, os familiares das vítimas e de gerir os elementos das equipas de socorro, ou seja, de gerir o ambiente foi também uma das dificuldades referidas pelos entrevistados.

Outras dificuldades mencionadas pelos entrevistados foram: a falta de apoio mais diferenciado em situações que necessitava; a falta de tempo e espaço para digerir uma situação vivenciada como sendo geradora de sentimentos e emoções mais negativos e mais intensos; a localização do local da ocorrência e a dificuldade em gerir as emoções e as repercussões que isso traz para a vida pessoal, familiar e profissional.

Quanto aos ganhos/recompensas, os enfermeiros mencionaram a satisfação profissional fomentado pelo ato de salvar vidas, considerando o trabalho na ambulância de SIV como sendo uma experiência motivadora, possibilitando o desenvolvimento pessoal e profissional e um aumento da responsabilidade.

Quanto às vivências negativas mencionadas pelos mesmos, estas podem ser minimizadas

e controladas, utilizando formas de lidar com as mesmas. Estas formas de lidar foram entendidas como estratégias de *coping* e algumas podem ser mais eficazes que outras, o que pode criar no futuro alguns problemas a nível pessoal, tais como o não dormir e o não comer mencionados por alguns entrevistados.

Assim, as estratégias de *coping* adotadas referidas pelos entrevistados foram: a comunicação com a família/prestadores de cuidados da vítima; a autorreflexão; a autovalorização e valorização das próprias competências; a comparação com uma situação anterior; o estudo dos protocolos e a sua existência; a organização do material; o método de trabalho; o humor e a utilização de técnicas de distração; o apoio da família, colegas, dos amigos, da VMER, e por último a partilha de experiências e a comunicação.

Constato assim, que os enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV em situação de emergência à vítima crítica enfrentam diversos sentimentos e emoções que advêm das situações vivenciadas. Estas emoções e sentimentos surgem, na maioria das vezes, em decorrência das próprias alterações físicas e psicológicas e dentro desta perspetiva foi notório que apesar do tempo de exercício profissional na ambulância de SIV e dos anos na profissão existem alterações, tanto físicas como psicológicas, partilhadas por todos.

Das considerações finais feitas, é importante ressaltar a necessidade da equipa em promover momentos de reflexão e discussão das situações vivenciadas de modo a promover a comunicação entre a equipa e viabilizar o desenvolvimento de mecanismos de *coping* eficazes, para que os enfermeiros se tornem aptos a lidar com todos os sentimentos e emoções existentes, bem como as dificuldades que advêm da prestação de cuidados no PH em contexto da ambulância de SIV.

Assim, considero pertinente expor algumas sugestões que emanaram desta investigação:

- A criação de estruturas de apoio que prestem um serviço de aconselhamento e apoio psicológico nas instituições que prestam serviços de emergência PH;
- A criação de espaços próprios para os enfermeiros partilharem as suas experiências e vivências e a presença de um psicólogo;
- A estimulação de todos os profissionais envolvidos no PH para participar nesses espaços;

- A realização de prática simulada de três em três meses para promover a aprendizagem contínua e o desenvolvimento de competências específicas;

O objetivo proposto para esta pesquisa foi atingido mas é importante salientar que este trabalho foi realizado com um número reduzido de enfermeiros e foi centralizado apenas numa instituição de saúde, com características específicas e uma cultura própria, como tal não se pode generalizar os resultados. No entanto, penso que foi importante porque permitiu conhecer as vivências dos enfermeiros que exercem funções na ambulância de SIV. A este propósito entendo que são necessárias investigações mais aprofundadas nesta área de forma a reforçar a importância do enfermeiro e deste meio PH. Penso que seria importante realizar uma investigação mais aprofundada sobre as estratégias de *coping* utilizadas por estes profissionais na tentativa de minimizar os efeitos negativos que advêm de algumas situações vivenciadas pelos mesmos, de forma a se investir na satisfação dos profissionais para alcançar a excelência nos cuidados prestados.

Relativamente a esta excelência nos cuidados prestados, gostaria de deixar uma questão para todos refletirmos: Será que a missão do enfermeiro na ambulância de SIV é apenas salvar ou tentar recuperar a saúde da pessoa ou em alguns casos seria a sua missão dar alguma dignidade e conforto à pessoa nos seus últimos momentos de vida?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. L. P. (2009). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Aguiar, K. N., Silva, A. L. A. C., Faria, C. R., Lima, F. V., Souza, P. R. & Stacciarini, J. R. M. (2000). *O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar*. Acedido em 1 de Julho de 2014, em: <http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/689/759>.
- Agostinho, L. M. (2010). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um Estudo em Hospitais Públicos*. Coimbra: Formasau.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional* (1ª edição). Lisboa: Universidade Aberta.
- Almeida, P. J. S. & Pires, D. E. P. (2007). O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 617-629.
- Alves, T. F. (s.d.). *Fatores estressores da equipe multiprofissional no atendimento pré-hospitalar*. Acedido em 1 de Julho de 2014, em: <http://www9.unaerp.br/revistas/index.php/rci/article/view/175/162>.
- 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.
- Baleki, P. (s.d.). *Frase de Paulo Baleki*. Acedido em 29 de Julho de 2014, em <http://kdfrases.com/frase/141694>.
- Barros, A. L. B. L., Humerez, D. C., Fakih, F. T. & Michel, J. L. M. M. (2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*, 11 (5), 585-592.
- Batista, K. M. & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 534-539.

- Bogdan, R. & Bicklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Britto, E. S. & Carvalho, A. M. P. (2004). Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. *Enfermería Global*, 4, 1-10
- CHMT (2005). *Descrição de funções*. Torres Novas: CHMT.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2006). *Manual de diretoria clínica* (2ª edição). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- CRRNEU (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência: relatório CRRNEU*. Acedido em 10 de Dezembro de 2013, em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>.
- Cristina, J. A. (2006). *Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória*. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Cristina, J. A.; Dalri, M. C. B.; Cyrillo, R. M. Z.; Saeki, T. & Veiga, E. V. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. *Ciencia y Enfermería*, XIV (2), 97-105.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi editores.

- Decreto-Lei nº34/2012 de 14 de Fevereiro (2012). Define a Lei Orgânica do INEM. Diário da República I Série. Nº 32 (12/02/14), 748-750.
- Despacho nº 1393/2013 de 16 de Janeiro (2013). Define o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. Diário da República II Série. Nº 16 (13/01/16), 3177-3178.
- Despacho nº 13794/2012 de 8 de Outubro (2012). Define as Ambulâncias de Emergência Médica, Motociclos de Emergência Médica e Ambulâncias de Socorro. Diário da República II Série. Nº 206 (12/10/08), 34973-34974.
- Despacho nº 14041/2012 de 23 de Outubro (2012). Define os Centros de Orientação dos Doentes Urgentes. Diário da República II Série. Nº 209 (12/10/23), 35544-35545.
- Despacho nº 14898/2011 de 25 de Outubro (2011). Define os meios de emergência pré-hospitalar de suporte avançado e imediato de vida do INEM. Diário da República II Série. Nº 211 (11/10/25), 43563-43564.
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Diogo, P. M. J. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados* (1ª edição). Coimbra: Formasau.
- Dutra, G. O., Ávila, L. C., Souza, B. M. & Gabriel, G. L. L. (2010). Caracterização e formas de enfrentamento do estresse no profissional de enfermagem em *atendimento pré-hospitalar*. Monografia. Centro Universitário de Barra Mansa, Barra Mansa.
- Fanning, R. M. & Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2 (2), 115-125.
- Femenía, P., Jiménez, H., Aleixandre, O. & Armero, S. G. (1999). La enfermeira y el estrés laboral. Amistades peligrosas. *Enfermería Integral*, 48, 15-18.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

- Flores, R. G. (2012). *Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª edição). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Gasperi, P. & Radünz, V. (2006). Cuidar de si: essencial para enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (1), 82-87.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ª edição). São Paulo: Editora Atlas.
- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress - emoções e estratégias de adaptação* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Grazziano, E. S. & Bianchi, E. R. F. (2010). Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermería Global*, 18, 1-20.
- Grupo de Trabalho de Urgências (2006). *O serviço de urgência. Recomendações para a organização de cuidados urgentes e emergentes*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Guimarães, L. A. M., Guimarães, P. M., Neves, S. N. H. & Cistia, J. M. D. (2007). A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (1), 1-12.
- Gutierrez, B. A. O. & Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (4), 456-461.

- Haddad, D. R. S. (2006). *A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da UFMG: Belo Horizonte.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G. & Newman, T. B. (2008). *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- ICN (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.) Santa Maria da Feira: Lusodidacta. (trabalho original em Inglês, publicado em 2010).
- INEM (2013). *SIEM: Sistema integrado de emergência médica* (1ª edição). Lisboa: INEM.
- INEM & Ministério da Saúde (2007). *Manual Ambulância SIV*. Lisboa: INEM.
- INEM & Ministério da Saúde (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (2ª edição). Lisboa: INEM.
- Júnior, J. H. V. L. & Ésther, A. B. (2001). Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Revista de Administração de Empresas*, 41 (3), 20-30.
- Manzaneque, A. S. R., García, N. L., Blanco, G. O., Ferrer, C. S., Fraile, J. A. J. & Arriortua, A. B. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*, 13 (3), 170-175.
- Marcelino, D. & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 95-108.
- Martino, M. M. F. & Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38 (2), 161-167.
- Martins, J. (1992). *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poésis*. São Paulo: Cortez.

- Martins, R. M. C. S. & Martins, J. C. A. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (2), 111-120.
- Mendes, D. A. & Andraus, L. M. S. (2005). O Significado de Vivenciar a morte de uma Criança enquanto Acadêmico de Enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7 (2), 227-230.
- Mendes, S. S., Ferreira, L. R. C. & Martino, M. M. F. (2011). Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel. *Estudos de Psicologia*, 28 (2), 199-208.
- Menzani, G. & Bianchi, E. R. F. (2005). Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. *Enfermería Global*, 7, 1-9.
- Menzani, G. & Bianchi, E. R. F. (2009). Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (2), 327-333.
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Merlo, V. L. (2009). *A produção científica do papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar*. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- OE (2007). *Enfermagem no pré-hospitalar: orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Acedido em 20 de Janeiro de 2014, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>.
- OE (2010). *Regulamento das competências específicas dos enfermeiros especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Acedido em 13 de Janeiro de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Oliveira, A. S. S. & Martins, J. C. A. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 9, 115-124.

- Oliveira, E. B., Lisboa, M. T. L., Lúcido, V. A. & Sisnando, S. D. (2004). A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho. *Revista Enfermagem UERJ*, 12, 179-185.
- Pai, D. D. & Lautert, L. (2009). Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (1), 60-65.
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Priberam (2013). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Acedido em 10 Janeiro de 2014, em: <http://www.priberam.pt/DLPO/vivência>.
- Quivy, R. & Campenhoutd, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais: trajectos* (5ª edição). Lisboa: Publicações Gradiva.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Reis, E. (2001). *Estatística Aplicada* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rodrigues, L. M. M. & Martins, J. C. A. (2012). Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo. *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 26-41.
- Romani, H. M., Sperandio, J. A., Sperandio, J. L., Diniz, M. N. & Inácio, M. A. M. (2009). Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, 17 (1), 41-53.
- Romanzini, E. M. & Bock, L. F. (2010). Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*, 18 (2), 105-112.
- Salomé, G. M., Cavali, A. & Espósito, V. H. C. (2009). Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 681-686.

- Sanches, P. G. & Carvalho, M. D. B. (2009). Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30 (2), 289-296.
- Santos, N. C. M. (2008). *Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência* (4ª edição). São Paulo: Iátria.
- Santos, R.R., Júnior, C. R. & Canetti, M. D. (2006). *Manual de socorro de emergência*. São Paulo: Atheneu.
- Schneider, D. G., Manschein, A. M. M., Ausen, M. A. B., Martins, J. J. & Albuquerque, G. L. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (1), 81-89.
- Serra, A. V. (2007). *O stresse na vida de todos os dias* (3ª edição). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (3), 257-262.
- Souza, N. V. D. O. & Lisboa, M. T. L. (2002). Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 6 (3), 425-435.
- Souza, T. P., Amthauer, C., Begnini, D., Nora, T. T. D. & Souza, R. (2012). Significados e vivências de trabalhadores de serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Revista Enciclopédia Biosfera*, 8 (14), 1637-1649.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos (2008). *Transporte de doentes críticos. Recomendações*. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2011). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humano* (5ª edição). Loures: Lusodidacta.

- Stumm, E. M. F., Oliveski, C. C., Costa, C. F. L., Kirchner, R. M. & Silva, L. A. A. (2008). Estressores e coping vivenciados por enfermeiros em um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 13 (1), 33-43.
- Tacsi, Y. R. C. (2003). *Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência-parada cardiorrespiratória*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto.
- Vieira, M. A., Souza, S. J. & Sena, R. R. (2006). Significado da morte para os profissionais de enfermagem que atuam no CTI. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (2), 151-159.
- Zapparoli, A. S. & Marziale, M. H. P. (2006). Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 41-46.

ANEXOS

ANEXO I

Guião da entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Caro Colega:

Sou enfermeira, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e venho por este meio solicitar a sua colaboração no sentido de responder à entrevista em anexo.

A finalidade deste instrumento é de colher dados para a realização do estudo denominado "Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica" para elaboração do trabalho de investigação do referido curso.

Saliento que a sua participação é importante para a realização deste estudo e agradeço antecipadamente a sua valiosa contribuição.

Nº entrevista: _____

Data: __/ __/ __

Tempo utilizado: ____

Local da entrevista: _____

A . IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: ____

2 . Sexo: F () M ()

3 . Estado civil: _____

B . FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1 . Bacharelato _____anos

2 . Licenciatura _____anos

3 . Pós graduação _____anos

Qual? _____

4 . Mestrado _____anos

Qual?

5 . Curso de Pós Especialização _____ anos

Qual?

C . EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Tempo na profissão _____ anos

2. Serviço onde exerce funções _____

3. Pré-hospitalar _____ anos

3.1. Meio _____

3.2. Se fizer mais do que um meio pré-hospitalar indique quais e anos que exerce cada um

4. Unidade onde exerce funções : Abrantes () Tomar () Torres Novas ()

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Fale-me das suas vivências, no geral, na ambulância SIV em situações de emergência à vítima crítica ou apenas num episódio que se recorde.
2. Tem ou sente alguma dificuldade/facilidade quando está a prestar cuidados a uma vítima crítica?
 - 2.1. Como consegue ultrapassar essas dificuldades?
3. Sente alterações numa situação de emergência com uma vítima crítica?
 - 3.1. Se sim, quais?
4. Que outras reações surgem em si nestas situações?
5. As alterações que sente são mais intensas quando?
 - 5.1. Antes, durante ou após a emergência?
 - 5.2. Na sua opinião porque será?
6. Que estratégias utiliza face às alterações que mencionou?
7. Estas vivências, que referiu anteriormente, afetam o seu dia-a-dia? Como?
8. De que forma essas vivências contribuem/contribuíram positivamente ou negativamente para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

ANEXO II

Esclarecimento ao sujeito de pesquisa

ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DE PESQUISA

NOME DO ESTUDO:

“Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica.”

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL:

Ana Cristina Inverno Ferreira

ORIENTADOR RESPONSÁVEL:

Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho

O presente estudo pretende descrever as vivências dos enfermeiros que exercem funções em ambulância SIV em situação de emergência à vítima crítica, tendo como objetivos específicos: analisar em que medida um acontecimento de emergência com uma vítima crítica pode ser marcante para o enfermeiro em termos de desenvolvimento pessoal e profissional; descrever as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar nestas situações.

Perante a fundamentação teórica e o objetivo da investigação, foram formulados para este estudo as seguintes questões de investigação:

- Quais as vivências dos enfermeiros face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Que dificuldades apresentam os enfermeiros face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros face às dificuldades que apresentam face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?
- Quais as alterações físicas e psicológicas que os enfermeiros experienciam face a uma situação de emergência com uma vítima crítica?

- Quais as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros face às alterações físicas e psicológicas sentidas nesta situação?
- De que forma a vivência de uma situação de emergência com uma vítima crítica contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro?

Será utilizado como instrumento de pesquisa uma entrevista, a qual terá duas partes: a primeira para caracterização dos sujeitos com perguntas fechadas e a segunda parte uma entrevista semiestruturada, e nesta fase será utilizado um gravador. A entrevista será agendada previamente e realizada em local e hora a definir com um tempo aproximado de 30 minutos.

Dadas as características deste estudo, informo que a sua participação não incorrerá riscos pessoais.

Assumo o compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados colhidos, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas somente serão utilizadas para o projeto ao qual se vinculam, podendo ter acesso a elas e solicitar qualquer esclarecimento às dúvidas que possam surgir. Pode recusar participar neste estudo, sem qualquer dano pessoal.

Garanto que não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento do estudo.

Como investigadora, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer do estudo, garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas.

Se compreendeu no que consiste o estudo e aceita participar livre e voluntariamente, por favor, observe e leia o instrumento que a seguir apresento.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, ciente da informação recebida, declaro que concordo em participar livre e voluntariamente no estudo de investigação, subordinado ao tema “Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica”.

Tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos deste estudo não acarretam qualquer risco.

Colaborarei em dar as respostas às perguntas realizadas pela investigadora, a qual utilizará um gravador, autorizando-a a utilizar as informações para fins académicos, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde que sejam garantidos a privacidade e o anonimato.

Sou livre de responder às questões que me forem formuladas e, posso, a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando a minha participação na investigação.

_____/_____/____ Assinatura do entrevistado _____

_____/_____/____ Assinatura do investigador _____

ANEXO III

Pedidos de autorização para realização de entrevistas

Ao Exmo. Sr.º Enfermeiro
Diretor do CHMT,EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas

Eu, Ana Cristina Inverno Ferreira, enfermeira do Centro Hospitalar Médio Tejo – Unidade de Abrantes, no Serviço de Urgência e na ambulância SIV, da Unidade de Tomar e Torres Novas, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria, venho respeitosamente solicitar a Vª Exª, que se digne a autorizar a execução de uma entrevista a enfermeiros da SIV do CHMT. O período para a realização das mesmas será compreendido entre Janeiro e Junho de 2014.

Esta ação insere-se na realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica”.

Mais informo que, ao ser autorizada a realização das entrevistas, serão respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização das mesmas.

Certa do melhor acolhimento, agradeço toda a atenção dispensada.

Torres Novas, 24 de Dezembro de 2013

Pede deferimento

(Ana Cristina Inverno Ferreira)

Ao Exmo. Sr.º Diretor
do Departamento de Urgência e
Cuidados Intensivos do
CHMT,EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas

Eu, Ana Cristina Inverno Ferreira, enfermeira do Centro Hospitalar Médio Tejo – Unidade de Abrantes, no Serviço de Urgência e na ambulância SIV, da Unidade de Tomar e Torres Novas, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria, venho respeitosamente solicitar a Vª Exª, que se digne a autorizar a execução de uma entrevista a enfermeiros da SIV do CHMT. O período para a realização das mesmas será compreendido entre Janeiro e Junho de 2014.

Esta ação insere-se na realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica”.

Mais informo que, ao ser autorizada a realização das entrevistas, serão respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização das mesmas.

Certa do melhor acolhimento, agradeço toda a atenção dispensada.

Abrantes, 20 de Dezembro de 2013

Pede deferimento

(Ana Cristina Inverno Ferreira)

ANEXO IV

Autorização da realização de entrevistas

António
12/12/2013
Nuno Catorze (Dr.)
Director do Departamento da Urgência

Ao Exmo. Sr.º Diretor
do Departamento de Urgência e Cuidados
Intensivos do CHMT,EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas

Eu, Ana Cristina Inverno Ferreira, enfermeira do Centro Hospitalar Médio Tejo – Unidade de Abrantes, no Serviço de Urgência e na ambulância SIV, da Unidade de Tomar e Torres Novas, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria, venho respeitosamente solicitar a Vª Exª, que se digne a autorizar a execução de uma entrevista a enfermeiros da SIV do CHMT. O período para a realização das mesmas será compreendido entre Janeiro e Junho de 2014.

Esta ação insere-se na realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Vivências dos Enfermeiros que exercem funções na ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) em situação de emergência à vítima crítica”.

Mais informo que, ao ser autorizada a realização das entrevistas, serão respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização das mesmas.

Certa do melhor acolhimento, agradeço toda a atenção dispensada.

*É de autorizar, devesse
ser considerados todos os
pressupostos inerentes à
realização dos estudos
de investigação, nomea-
mente o SIV e o
anónimo*

Abrantes, 20 de Dezembro de 2013

Pede deferimento

Ana Cristina Inverno Ferreira

(Ana Cristina Inverno Ferreira)

12/12/2013

Nelson Paulino Silva (Enfº)
Enfermeiro Director