

Ana Rita Gonçalves do Rio
(15832)

**Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos
alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade
Fernando Pessoa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Ana Rita Gonçalves do Rio
(15832)

**Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos
alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade
Fernando Pessoa**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

**Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos
alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade
Fernando Pessoa**

(Ana Rita Gonçalves do Rio)

Projecto de Graduação apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

“Salvar a vida a alguém é como apaixonarmo-nos, é a melhor coisa deste mundo. Durante dias, talvez semanas depois, caminhamos pelas ruas tornando infinito tudo aquilo que se vê. O tempo torna-se lento e longo e perguntamos a nós próprios se não nos teremos tornado imortais, como se também tivéssemos salvo a nossa própria vida” (Joe Connelly).

SUMÁRIO

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) têm desempenhado um papel relevante na prestação de cuidados de saúde à população. É um serviço importante prestado à comunidade, e muitas vidas têm sido salvas graças à sua intervenção, pronta e atempada, em situações de emergência. O papel do Enfermeiro nesta viatura nem sempre é bem compreendido, surgindo dúvidas quanto à qualificação e intervenção profissionais.

Considera-se desta forma importante confrontar os conhecimentos dos alunos de enfermagem do 4.º ano acerca desta questão, tentando perceber qual é o conhecimento que estes alunos possuem acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

O título do presente estudo é “Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP) ”.

A pergunta de partida é “Quais os conhecimento dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar?”.

Como objectivos do estudo, ambiciona-se identificar os conhecimento dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, verificar quais as fontes de informação através das quais os alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP obtiveram conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, e saber qual a opinião dos alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP acerca do papel que atribuem ao Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

A componente teórica deste trabalho é o resultado de uma pesquisa bibliográfica vasta e que se encontra num texto, em que se pretende dar ao leitor todos os conceitos e ideias que se consideraram fundamentais para a compreensão da problemática do estudo em questão.

Para a realização do estudo, foi escolhida uma amostra de 45 alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objectivos definidos, foi desenvolvido um estudo descritivo simples, sendo utilizado o método quantitativo e transversal na análise dos dados. Foi aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados, no período entre 20 e 24 de Abril.

Os resultados obtidos permitiram concluir que os alunos possuem alguns conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, que as principais fontes de informação onde adquiriram conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar foram os livros (34%) e as aulas da unidade curricular de Enfermagem de Urgência e Emergência (22%), em relação à opinião dos alunos acerca do papel que atribuem ao Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, 40% dos alunos consideram-no como secundário e 36% como principal.

O presente Projecto de Graduação contribuiu para a evolução do conhecimento da autora em Enfermagem, permitindo-lhe também aumentar a sua capacidade de reflexão crítica. O conhecimento dos métodos e das técnicas de investigação adquiridos com o presente trabalho irão permitir a realização futura de outros trabalhos neste âmbito.

Aos meus Avós, Emília e Domingos, que já não se encontram entre nós.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Irene e Manuel, obrigada por todos os sacrifícios que fizeram, e por me terem dado um grau académico. Ao meu irmão João, por toda a disponibilidade, atenção e ajuda.

À Enfermeira Amélia José, pela orientação dada na construção do Projecto de Graduação.

Aos meus Amigos, pelos bons e maus momentos que partilhamos durante estes quatro anos.

Aos alunos do 4.º ano de licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, por terem participado neste estudo.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
1- Emergência pré-hospitalar.....	17
1.1) Evolução histórica da emergência pré-hospitalar	17
1.2) O Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal.....	20
1.3) A Viatura Médica de Emergência e Reanimação.....	22
2- Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar	24
3 – Situações mais frequentes nas chamadas de emergência	27
3.1) Enfarte Agudo do Miocárdio.....	27
3.2) Acidente Vascular Cerebral	28
3.3) Acidentes de viação.....	30
II – METODOLOGIA	32
1 – Tipo de Estudo e Meio	32
2 – Variáveis.....	33
3 – População e amostra	34
4 – Processo de Amostragem	34
5 – Instrumento de Recolha de Dados	34
5.1) Pré-teste.....	35
6 – Princípios Éticos.....	35
6.1) Direito à autodeterminação	36
6.2) Direito à intimidade.....	36
6.3) Direito ao anonimato e à confidencialidade.....	36
6.4) Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo	36
6.5) Direito a um tratamento justo e equitativo.....	36

7- Análise e Tratamento de Dados.....	37
III – RESULTADOS	38
1 - Caracterização da amostra.....	38
2 - Conhecimento dos inquiridos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar	43
IV – DISCUSSÃO.....	52
V – CONCLUSÃO.....	57
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	62
Anexo I - Questionário	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a classificação da informação sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.....	45
Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo o papel atribuído ao Enfermeiro.....	45
Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o interesse ou não em ingressar no pré-hospitalar	48
Quadro 4 – Distribuição da amostra de acordo com a justificação à questão anterior dos alunos que responderam afirmativamente	49
Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com a justificação à questão anterior dos alunos que responderam negativamente	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a idade	39
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o género.....	39
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o local de residência.....	40
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a existência de VMER no local onde residem	40
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a existência de VMER no local onde realizou o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência.....	41
Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o contacto com a VMER nesse local de estágio	41
Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a aquisição de algum curso de primeiros socorros ou suporte básico de vida.....	42
Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a entidade onde tirou esses cursos	42
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o contacto com a VMER a nível pessoal ou familiar	43
Gráfico 10 – Distribuição da amostra em relação à posse de informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.....	44
Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo as fontes de informação sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.....	44
Gráfico 12 – Distribuição da amostra de acordo com o que consideram ser a VMER.....	46
Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a semelhança entre os cursos VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros.....	47
Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a carga horário dos cursos VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros	47
Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo a superioridade/inferioridade da carga horária do curso VMER-Enfermeiros.....	48
Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a condução da VMER.....	50
Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a autonomia dos Enfermeiros para decidir procedimentos	50
Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo a importância da existência de VMER no local onde residem	51

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Cit in – Citado em

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Et al – E outro

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

N – amostra

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

pp. - Páginas

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias

UFP – Universidade Fernando Pessoa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

No contexto do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da UFP, insere-se a realização de um Projecto de Graduação, o qual constitui a última etapa do curso, de modo a obter a Licenciatura em Enfermagem, onde o nível de formação académica, se tem vindo a traduzir no desenvolvimento de uma prática profissional, cada vez mais complexa, diferenciada e exigente. E para que uma disciplina académica seja considerada como tal, torna-se fundamental a construção de uma sólida base de saberes, cuja existência só é complementada através da investigação.

Para Fortin (1999, p.17) “A investigação científica é (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”.

Como objectivos académicos, para além de servir como um momento de avaliação no decurso de toda esta etapa académica, deseja-se também aprofundar os conhecimentos na área da Enfermagem pré-hospitalar e na área da investigação, sendo capaz de aplicar a metodologia científica, no sentido da elaboração de um Projecto de Graduação para finalizar a Licenciatura em Enfermagem.

Assim, inicia-se o processo de investigação, com reflexão sobre uma área referente ao conhecimento dos alunos acerca da Urgência/Emergência, na vertente do socorro pré-hospitalar, para a qual se esperavam encontrar respostas necessárias para a sua compreensão. Essa área foi voltada para a questão do conhecimento dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

Quando se escolheu este tema para realizar o Projecto de Graduação, para além do interesse pessoal da autora por esta área de intervenção da Enfermagem, considerou-se que constituía uma questão pertinente na actualidade, relativamente à área de Enfermagem. Nem sempre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar é bem compreendido, suscitando dúvidas relacionadas com a qualificação e intervenção profissionais. Como tal, escolheu-se a área temática “Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP”.

Como objectivos do estudo, pretende-se identificar os conhecimentos dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, verificar quais as fontes de informação através das quais os alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP obtiveram conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, e saber qual a opinião dos alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP acerca do papel que atribuem ao Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

Após esta fase, deve escolher-se a metodologia mais adequada e correcta para o estudo em causa. Assim, dada a natureza do estudo optou-se por utilizar um estudo descritivo simples; em relação à metodologia de análise de dados, trata-se de um estudo quantitativo e transversal. Seleccionou-se a população a estudar, que é constituída pelos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP, e seguidamente procedeu-se à escolha e construção do instrumento de colheita de dados, o questionário.

O presente trabalho está estruturado fundamentalmente em duas partes distintas, para além desta introdução e da conclusão ao estudo. Na primeira parte desenvolveu-se uma revisão bibliográfica acerca do que se considera pertinente para o estudo, de modo a contextualizá-lo em todo o seu conteúdo. Na segunda parte, apresenta-se a metodologia de investigação e os resultados obtidos, discussão dos mesmos, e as conclusões do estudo. Em anexo encontra-se o instrumento de recolha de dados (Anexo I).

I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“A revisão bibliográfica da literatura (...) consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação (...) fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação” (Fortin, 1999, p.74).

Neste estudo, a revisão bibliográfica encontra-se dividida em três sub-capítulos, sendo o primeiro constituído por uma breve abordagem à Emergência pré-hospitalar – onde se faz uma sucinta referência histórica desta e se abordam o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), e a VMER – no segundo irá ser desenvolvido o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, e no terceiro irão ser abordadas as situações mais frequentes nas chamadas de emergência – o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e os Acidentes de viação.

1- Emergência pré-hospitalar

1.1) Evolução histórica da emergência pré-hospitalar

Pode dizer-se que a emergência médica teve uma evolução histórica lenta, tendo o seu início nas organizações militares. Pierre Percy e Dominique Larrey foram cirurgiões do exército de Napoleão, sendo também os responsáveis pela implementação dos primeiros passos da emergência médica (Mateus, 2007, p.3).

A evolução da emergência médica foi lenta ao longo da história, iniciando-se nas campanhas militares que tiveram lugar nos campos de batalha europeus. Pierre Percy e Dominique Larrey foram os responsáveis pela implementação dos primeiros passos da emergência médica utilizando a primeira ambulância para retirar os feridos do campo de batalha, durante a invasão de Itália pelas tropas napoleónicas em 1796 e 1797 (Mateus, 2007, p.3).

Pierre Percy formou um grupo de auxiliares e respectivas ambulâncias, tendo como objectivo efectuar os primeiros socorros nos locais de batalha, e posteriormente o levantamento e transporte de feridos. As ambulâncias transportavam médicos e cofres com medicamentos.

Contudo, os equipamentos eram pesados tornando a mobilidade difícil, fazendo com que houvesse grande demora na chegada ao campo de batalha: quando chegava (24 a 36 horas depois), a sua função limitava-se a ser recolher cadáveres e moribundos (Mateus, 2007, p.3).

O transporte de feridos era primitivo e duro, sendo estes “(...) carregados precariamente em macas, ou jogados sobre o lombo das mulas sem nada para diminuir o seu sofrimento” (Brown *cit in* Mateus, 2007, p.4).

Dominique Larrey, durante a guerra de 1792 “(...) torna-se verdadeiramente inovador em matéria de saúde militar” (Mateus, 2007, p.4). Foram montados hospitais de campanha perto do campo de batalha, onde eram prestados os primeiros socorros aos feridos por equipas médicas, sendo a assistência prestada ainda muito deficiente devido à falta de meios e conhecimentos acerca da utilização de analgésicos e prevenção de infecções (Mateus, 2007, p.5).

Surgiram também as “Ambulances volantes”, ambulâncias móveis que transportavam mais rápido e eficazmente as vítimas até ao hospital. O Médico “(...) passou a exercer a sua actividade nas ambulâncias e possibilitou que os soldados recebessem tratamento médico pouco tempo depois de feridos” (Guerra *cit in* Mateus, 2007, p.5).

A prioridade no tratamento das vítimas era a estabilização no local, e o transporte rápido para o hospital: foi, assim, possível reduzir o número de baixas no campo de batalha. O principal benefício para o exército francês prendia-se com a redução do número de desertores durante a batalha. Os soldados sentiam-se protegidos por um sistema que se preocupava com o bem-estar de cada um, elevando a moral das tropas francesas (Mateus, 2007, p.6).

Jonathan Letterman, um cirurgião do exército dos Estados Unidos da América, propôs durante a Guerra Civil Americana, um novo modelo de assistência médica no campo de batalha (Downey *cit in* Mateus, 2007, p.6).

Letterman desenvolveu um novo sistema de primeiros socorros, onde a evacuação dos feridos era feita através do transporte rápido para a unidade hospitalar, onde estava o médico (Mateus, 2007, p.7).

Este conceito foi revolucionado por Kirschner (um cirurgião alemão) em 1938, que defendia outro modelo em que a “prioridade não deve ser o transporte da vítima ao médico, mas sim o transporte do médico à vítima” (Guerra *cit in* Mateus, 2007, p.13).

O transporte de vítimas evoluiu neste período, pois passou a ser feito em ambulâncias que reuniam, para a altura, excelentes condições. Este modelo foi também utilizado na II Guerra Mundial (Mateus, 2007, p.13).

Os Aliados tinham como principal classe profissional a trabalhar no terreno, os “Ambulance Attendants”, mantendo-se assim o conceito do transporte rápido da vítima até ao médico. Os Alemães e Franceses, por sua vez, utilizavam o conceito de Kirschner, no qual os Médicos iam até à linha da frente do campo de batalha prestar socorro (Mateus, 2007, p.91).

A evolução da emergência médica origina assim dois modelos organizacionais: o “Scoop and Run” e o “Stay and Play”. Mais tarde surgiu um outro modelo, o “Play and Run” (Mateus, 2007, p.92).

Os Sistemas Anglo-Saxónicos, “Scoop and Run”, têm como principal conceito o transporte rápido à Unidade Hospitalar após uma breve estabilização no local, efectuada por Paramédicos: estes são quem presta os primeiros socorros no local, tendo uma formação específica e actuando com elevados padrões técnicos. Foi aqui desenvolvido o conceito da Golden Hour, que defende “(...) que os pacientes que recebem uma intervenção médico-cirúrgica durante a primeira hora têm índices de recuperação mais elevados” (Mateus, 2007, p.92).

O modelo Franco-Germânico “Stay and Play” surgiu após se perceber que um elevado número de doentes morria durante o transporte. O plano era realizar o máximo de cuidados até o doente estabilizar, cuidados estes executados antes do transporte. Este modelo é baseado na colaboração entre Médico, Enfermeiros e Técnicos de Emergência Médica. A profissão de Paramédico não existe: nas situações mais complexas os cuidados são prestados por Enfermeiros e Médicos (Answers *cit in* Mateus, 2007, p.111).

Com o objectivo de manter as vantagens dos dois modelos anteriores, alguns países adoptaram um novo modelo: “Play and Run”. Este tem como objectivo activar meios medicalizados, aumentando a capacidade de resposta para fazer face à situação, respeitando o conceito da “Golden Hour” (Mateus, 2007, p.119).

Portugal adoptou este modelo: assim, são enviadas ambulâncias para o local e, caso haja necessidade, são enviados meios mais indiferenciados onde a equipa trabalhará em conjunto com a outra equipa já presente no local (Mateus, 2007, p.121).

1.2) O Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal

O socorro pré-hospitalar de doentes e sinistrados iniciou-se em 1965 com a implementação do número nacional de socorro 115, agora com o número 112, que inicialmente prestava socorro às vítimas de acidente na via pública na cidade de Lisboa. Através dessa linha era activada uma ambulância tripulada por elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP), que prestava os primeiros socorros e efectuava o transporte para o Hospital. Este serviço estendeu-se nos anos seguintes às cidades do Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro (Mateus, 2007, p.27).

Em 1971 é criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), que tinha o objectivo de “(...) assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das actividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respectivo transporte” (Decreto-Lei n.º511/71 de 22 de Novembro, p.1789).

Foram criados os postos de ambulâncias do SNA, dotados com ambulâncias medicalizadas, equipamento sanitário e de telecomunicações e entregues à colaboração da PSP nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Nas restantes áreas as ambulâncias foram entregues às Corporações de Bombeiros (Mateus, 2007, p.28).

Em 1980 é criado o Gabinete de Emergência Médica, que tinha entre outras atribuições a de elaborar um projecto para desenvolver e coordenar um SIEM (Mateus, 2007, p.37).

Em 1981 é criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), com o objectivo de garantir o funcionamento do SIEM em Portugal Continental (Mateus, 2007, p.39).

Em 1982 tem início o funcionamento, nas instalações do INEM, o Centro de Informação Antivenenos, que garantia um atendimento realizado por médicos especializados, no período de 24 horas (Mateus, 2007, p.47).

É criado em 1987 o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), em Lisboa, possibilitando a medicalização do atendimento, triagem telefónica e accionamento de meios de socorro (Mateus, 2007, p.54).

É também concebido no mesmo ano, o subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco (Mateus, 2007, p.51).

Em 1988 inicia-se a actuação médica com a colocação de médicos nas ambulâncias do INEM (Mateus, 2007, p.76).

Foi criado também em 1989 o CODU-Mar, a funcionar nas instalações do CODU Lisboa. Este subsistema ampara todo o tipo de embarcações, tanto nacionais como estrangeiras, que o contactem ou que se encontrem na área de intervenção do território português. É feita uma triagem telefónica e um aconselhamento médico nas situações de urgência: se a situação o justificar, o Médico pode accionar meios de socorro que sejam necessários à evacuação do doente (Mateus, 2007, p.62).

No ano de 1991 é criado o CODU Porto, iniciando-se em 1995 o serviço da VMER no Porto com base no CODU. No mesmo ano surge o CODU Coimbra. Apenas em 2000 surge o CODU Algarve (Mateus, 2007, p.56).

O Serviço de Helicópteros de Emergência Médica é criado em 1997 pelo INEM. Desde 2002 que este serviço se encontra a operar 24 horas por dia, passando a haver dois helicópteros dedicados exclusivamente à emergência médica: um sediado em Matosinhos, Porto, e outro em Tires, Lisboa (Mateus, 2007, p.82).

Os helicópteros fazem essencialmente o transporte secundário, ou seja, transportam doentes graves entre Unidades Hospitalares. Podem também efectuar o transporte primário, entre o local da ocorrência e o Hospital, embora não ocorra com muita frequência, pois são

necessárias condições específicas para que o helicóptero possa aterrar em segurança (Mateus, 2007, p.83).

Em 2004 foi criada pelo INEM a mota de emergência. Este veículo foi criado com o intuito de dar resposta a situações de emergência nas grandes cidades, pois chega com mais celeridade ao local de ocorrência que outros veículos de emergência, devido ao tráfego citadino (Mateus, 2007, p.84).

As ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) surgiram no início de 2007. Foram criadas com o intuito de prestar cuidados, embora limitados ao suporte básico de vida, pré-hospitalares nas situações mais graves, ocorridas em zonas onde os meios diferenciados de emergência médica não se encontrem ao alcance da população em tempo útil. Podem ser accionadas pelo CODU isoladamente, ou em conjunto, com ambulâncias de socorro ou VMER, dependendo da especificidade da situação. Estas ambulâncias são tripuladas por um Enfermeiro e por um Técnico de Ambulância de Emergência (INEM, 2007).

1.3) A Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Tal como já foi referido anteriormente, em 1988 o INEM criou “(...) a actuação médica domiciliária para situações de emergência atribuindo ao médico uma outra função: a da prestação de cuidados pré-hospitalares” (Mateus, 2007, p.76).

Então, sempre que a situação o justificasse, o Médico incorporava também a corporação da ambulância medicalizada, com sede no CODU. Apesar dessa corporação se revelar vantajosa pois permitia um socorro mais especializado, devido às grandes dimensões da ambulância, o acesso aos locais era mais lento e difícil tornando assim o tempo de deslocação muito elevado, trazendo prejuízos para a vítima a ser assistida (Mateus, 2007, p.76).

Foi então necessário adoptar uma nova estratégia, iniciando-se um sistema de “Rendez-vous”. Este constava numa Viatura Médica de Intervenção Rápida que era mobilizada para situações de emergência em que fosse necessário prestar cuidados médicos. Mais tarde esta viatura foi apelidada de VMER, ficando sediada no CODU Lisboa (Mateus, 2007, p.77).

A VMER pode ser definida como “(...) um veículo de intervenção pré-hospitalar, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra o doente” (INEM, 2002, p.3).

A equipa da VMER é constituída essencialmente por um Enfermeiro e por um Médico, que habitualmente ocorrem em primeiro lugar às situações de emergência pré-hospitalar (Vieira et al., n.º61, Julho 2005, p.32).

Estes para desempenharem funções necessitam de ter formação em emergência médica, ministrada pelo INEM. Para um Enfermeiro desempenhar funções na VMER tem, antes de mais, de ter o curso de Enfermagem. Hoje em dia, os cursos de VMER têm uma duração de 112 horas e são ministrados separadamente, apesar de os conteúdos programáticos para Médicos e Enfermeiros serem idênticos. Para poderem tripular a VMER, os Enfermeiros têm ainda de frequentar o curso de Técnicas de Condução de Alto Risco (Mateus, 2007, p.140).

Estas viaturas podem ser accionadas de duas formas: directamente pelo CODU através da triagem feita pelo operador da central, ou então por pedido feito pelo Tripulante de Ambulância à central. A VMER nunca sai sozinha: sempre que há accionamento de uma VMER, é também accionada uma Ambulância de Socorro. A maioria das VMER estão actualmente localizadas em Hospitais, actuando na dependência dos CODU (Mateus, 2007, p.78).

As funções da VMER no contexto do SIEM, segundo o INEM (1999) são as seguintes:

- “Assegurar prioritariamente as funções vitais, abordando a vítima de acordo com os protocolos VMER. Genericamente: Via aérea (com controlo cervical), Ventilação, Circulação (com controlo de hemorragias), Disfunção Neurológica e Exposição (a necessária, controlando a hipotermia).
- Transporte da equipa médica ao local da ocorrência (representando esta acção a extensão do Serviço de Urgência Hospitalar à comunidade, pelo que, se possível, a base da VMER deve ser hospitalar).
- Transporte do equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV) e abordagem do traumatizado.
- Meios de Comunicação e Coordenação controlados pelo CODU local.
- Triagem em situações de multivítimas.

- Encaminhamento e acompanhamento até ao local mais adequado (e não necessariamente o mais próximo), sempre segundo indicação do CODU.
- Exposição e treino de técnicos de saúde à realidade pré-hospitalar, criando assim condições para a existência de formadores idóneos de outros elementos, nomeadamente das ambulâncias, pressupondo a necessidade de investimento nestas últimas como garante dos serviços mínimos a nível nacional”.

2- Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar

O exercício profissional dos Enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2005), distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as autónomas e as interdependentes.

No capítulo IV artigo 9.º, alínea número 2 do REPE, são intervenções “(...) autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...) seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”.

Nesse mesmo artigo, a alínea número 3 diz respeito às intervenções interdependentes como:

“(...) as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

No âmbito do pré-hospitalar “(...) as intervenções interdependentes requerem acções previamente definidas por protocolos de actuação (...) que permitem ao Enfermeiro ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (Parecer n.º84/2008, 2008).

Referindo-me novamente ao REPE, no contexto pré-hospitalar, e relativamente às intervenções autónomas, a intervenção do Enfermeiro encontra-se prevista no capítulo IV artigo 9.º, alínea número 4: estes

“(…) procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (Parecer n.º84/2008, 2008).

Diante destas duas intervenções de enfermagem, os Enfermeiros devem actuar de acordo com as suas qualificações profissionais. É importante reparar que todos os Enfermeiros da VMER têm um curso de Suporte Avançado de Vida. Este permite a qualificação dos profissionais numa “(…) série de procedimentos como a entubação endotraqueal, a desfibrilhação, a decisão pela administração de alguns fármacos (...) a liderança de uma situação de emergência e outros procedimentos *life-saving*” (Vieira et al., n.º61, Julho 2005, p.33).

A alínea número 1, do artigo 11.º do capítulo V do REPE, diz que “Os enfermeiros têm direito ao livre exercício da sua profissão, sem qualquer tipo de limitações, a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e dos regulamentos do exercício de enfermagem”. Então, todos os Enfermeiros com uma adequada qualificação profissional, devem conceder os cuidados necessários, sem medo de infringir ou ultrapassar o seu âmbito de intervenção (Vieira et al., n.º61, Julho 2005, p.34).

Por vezes – nomeadamente nas situações em que há mais que uma vítima, e em que as necessidades destas têm que ser providas de forma a evitar o risco de vida – o Enfermeiro tem de actuar sozinho, surgindo assim diversas dúvidas relacionadas com o papel dos profissionais (Vieira et al., n.º61, Julho 2005, p.32).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007) afirma o seguinte:

“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”.

A emergência pré-hospitalar não é fácil para nenhum dos seus intervenientes, e muito menos para o profissional de Enfermagem. O stress ambiental é muito elevado, e tudo necessita de ser feito com muita rapidez, pelo que o tempo é um importante factor no atendimento. Para tentar preservar as vidas ao máximo, o Enfermeiro tem que ser possuidor de um grande

equilíbrio emocional (para não se deixar afectar pelo pânico em determinadas situações), ter conhecimentos técnicos que lhe permitam a tomada de decisões e saber trabalhar em equipa. O sucesso de um bom atendimento pré-hospitalar depende de um grupo que se encontre bem organizado e que saiba actuar em conjunto (Oldenburg et al., 2005, p.3).

O Enfermeiro na emergência pré-hospitalar actua em equipa com o Médico, com a equipa do helicóptero e com as tripulações das ambulâncias ao efectuar o “Rendez-vous” (Mateus, 2007, p.135).

É publicado, em 2005, no Diário da República, o conteúdo funcional da carreira de Enfermagem, onde se especifica a actuação do Enfermeiro: “(...) ao nível do socorro pré-hospitalar na vertente medicalizada; referenciação e transporte de doente urgente/emergente (...) participar em planos de emergência” (Despacho Normativo, n.º 46/2005 de 19 de Outubro, p.6104).

O Conselho Directivo da OE, tendo como princípio que o Enfermeiro orienta a sua actuação pelos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade definidos pela OE, decide emitir as seguintes orientações para as intervenções do Enfermeiro no pré-hospitalar:

- “ – 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” (OE, 2007).

3 – Situações mais frequentes nas chamadas de emergência

3.1) Enfarte Agudo do Miocárdio

De acordo com o presidente da Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, as doenças cardiovasculares são responsáveis pela mortalidade de 48% da população portuguesa, de todos os grupos etários (Obesidade on-line, 2009).

O EAM é provocado por um abrupto bloqueio de um dos ramos da artéria coronária. Poderá ser vasto o suficiente para se interpor nas funções cardíacas, provocando morte imediata, ou poderá causar a necrose de uma parte do miocárdio com a posterior cura pela formação de cicatriz ou fibrose. O bloqueio de uma artéria coronária tem como designação geral, oclusão coronária. Este bloqueio pode ser provocado pela formação de um trombo na artéria coronária (trombose coronária), uma prolongada opressão das artérias, ou um abrupto avanço das modificações ateroscleróticas (Long et al., 1995, p.725).

Os factores de risco de aterosclerose são o tabagismo, hiperlipidemia, hipertensão arterial, diabetes Mellitus, stress, falta de exercício, envelhecimento, regime alimentar rico em gorduras e colesterol, sexo e antecedentes familiares. A presença de múltiplos factores de risco aumenta a probabilidade de ocorrer EAM (Sheehy, 2001, p.508).

O enfarte não é prontamente total e completo; a lesão isquémica evolui durante várias horas, até uma completa necrose e enfarte. Uma isquémia longa, que dure mais de 35 a 45 minutos, provoca lesões celulares irreversíveis, e a necrose do músculo cardíaco. A função contráctil da área com necrose pára para sempre. A área necrosada, ou de enfarte, encontra-se cercada por uma zona de isquémia, formada por tecidos que podem ser potencialmente viáveis. O prognóstico após um EAM incide sobre o grau de lesão funcional do coração (Long et al., 1995, pp.725-726).

A mortalidade por EAM agudo situa-se entre os 30 e os 40%; no entanto, um grande número dessas mortes acontece antes do doente chegar ao Hospital. Dos doentes que chegam ao Hospital 80%, aproximadamente, sobrevivem. Quem sofreu um EAM, tem um risco acrescido de sofrer ataques cardíacos recorrentes (Long et al., 1995, p.726).

A dor encontra-se entre as queixas mais frequentes de quem sofre um EAM. Tipicamente, o doente queixa-se:

“(…) de uma dor súbita, forte, esmagadora ou semelhante a um torno, na região subesternal. Esta dor poderá irradiar para o braço esquerdo, e por vezes para o direito, e para as partes laterais do pescoço (…) poderá assemelhar-se a indigestão ou a um ataque da vesícula biliar, com dores abdominais e vômitos. As pessoas ficam geralmente inquietas e receiam morrer. Podem ficar com dificuldade respiratória e cianose, e apresentar sintomas de choque grave” (Long et al., 1995, pp.726-727).

Aproximadamente 20% das pessoas que sofrem EAM não têm dor no peito. As pessoas que têm diabetes Mellitus são mais propícias a neuropatia e podem não ter dor. Nas pessoas com mais de 85 anos a principal queixa é a dispneia. Doentes que fizeram transplante cardíaco, uma vez que os receptores da dor são desligados durante o transplante, não sentem dor no peito (Sheehy, 2001, p.509).

A avaliação célere do doente com possível EAM é decisiva, pois a incidência de fibrilhação ventricular é 15 vezes maior na primeira hora após o início dos sintomas. As pessoas que sofrem EAM demoram, em média, 3 horas a procurar cuidados médicos. Na altura em que surgem os sintomas iniciais, a maior parte das pessoas estão em repouso, ou a executar somente uma actividade moderada (Sheehy, 2001, p.509).

Dados os elevados índices de morbilidade e mortalidade por Enfarte Agudo do Miocárdio em menores de 65 anos, foi aplicado em 2000 um modelo de intervenção – Via Verde Coronária – a funcionar para situações de dor pré-cordial. Tencionava-se que os doentes com este tipo de patologia tivessem uma abordagem mais rápida e correcta, desde o início dos sintomas até ao Hospital mais indicado. Foram então criados protocolos específicos, tanto para o atendimento no CODU, como para a actuação das equipas médicas junto ao doente (Mateus, 2007, p.59).

3.2) Acidente Vascular Cerebral

Os AVC's, em 1990, foram a causa de 4,4 milhões de mortes no mundo. Portugal é dos países da Europa Ocidental, o que tem maior taxa de mortalidade (para homens 129 mortes por

100.000 habitantes e para mulheres 107 mortes por 100.000 habitantes (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2006).

O AVC afecta seis pessoas por hora em Portugal, três das quais acabam por falecer (Obesidade on-line, 2009).

A diminuição da circulação cerebral ou da pressão de perfusão cerebral privam o cérebro de glicose e oxigénio. Isto vai levar a uma isquemia cerebral e, a enfarte cerebral. O AVC pode ser de dois tipos: isquémico ou hemorrágico. O primeiro ocorre pela oclusão dos vasos cerebrais por trombos ou êmbolos. O segundo é provocado por rotura de um aneurisma, malformações na permeabilidade venosa ou hemorragia subaracnóidea. Existem alguns factores que podem aumentar o risco de AVC, tais como a hipertensão arterial, a diabetes Mellitus, a aterosclerose, a doença valvular cardíaca e o tabagismo (Sheehy, 2001, p.570).

Cerca de metade dos AVC's são provocados por trombose cerebral. A acumulação de placa aterosclerótica na veia, provoca acidentes trombóticos. A estenose da carótida é a causa essencial do episódio trombótico. Os sintomas vão surgindo de forma lenta, à medida que a circulação cerebral diminui progressivamente. Os défices neurológicos que ocorrem vão depender da zona do cérebro que foi afectada. Os acidentes de embolia acontecem quando uma substância flutuante livre (esta substância inclui coágulos de sangue, partículas de tumor, gordura, ar ou vegetação de válvula cardíaca doente) se move para o cérebro, ocluindo o vaso. Os doentes que têm fibrilhação auricular correm risco de embolia, por causa da formação de coágulos na válvula mitral (Sheehy, 2001, p.570).

O AVC pode suceder em qualquer parte do cérebro. Os sintomas e a letalidade do AVC dependem do local onde ocorreu, e da dimensão do enfarte. A zona que rodeia o enfarte é uma zona de isquemia, denominada por penumbra. A identificação do AVC e o seu tratamento concentram-se na preservação e reperfusão desta zona de isquemia, com o objectivo de evitar uma maior destruição celular (Sheehy, 2001, p.570).

O reconhecimento do tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico) é decisório para o sucesso do tratamento. A tomografia axial computadorizada é utilizada para estabelecer o tipo de AVC (Sheehy, 2001, p.570).

Foi criada a Via Verde do AVC: “(...) o Ministério da Saúde em articulação com o INEM e alguns hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde, dinamizou uma nova metodologia na abordagem destes doentes, designada Via Verde do AVC” (Rato *cit in* Mateus, 2007, p.59).

O principal objectivo é “(...) melhorar a assistência pré-hospitalar na fase aguda do AVC e otimizar o acesso destes doentes à unidade de saúde mais adequada” (Mateus, 2007, p.59).

3.3) Acidentes de viação

O meio de transporte mais perigoso e com maiores custos em vidas humanas, de entre todos, é o rodoviário. A maioria dos acidentes graves são causados pelo desrespeito por parte dos utilizadores da legislação de base, em matéria de segurança (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Todos os anos ocorrem 1.300.000 acidentes com danos pessoais que causam mais de 40.000 mortos e 1.700.000 feridos. Há grupos mais vulneráveis, como sejam os jovens de 15 a 24 anos (10.000 mortos por ano), os peões (7.000 mortos) ou os ciclistas (1.800 mortos) (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Todos os Estados-Membros da União Europeia se encontram equiparados com os mesmos problemas de segurança rodoviária, particularmente o excesso de velocidade, o consumo de álcool, a não utilização dos cintos de segurança, a protecção insuficiente, a existência de pontos negros, o desrespeito dos tempos de condução e de repouso para os condutores profissionais e má visibilidade (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Tendo em conta que 57% das vítimas mortais por acidente são os ocupantes das viaturas, é essencial avançar com os esforços no sentido de maiores progressos técnicos em matéria de segurança dos veículos (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Se houvesse uma melhoria na intervenção e diagnóstico nos casos de acidentes de viação poderiam ser salvas milhares de vidas na União Europeia. O número de emergência 112 faculta aos operadores de redes telefónicas dar aos serviços de socorro informações que permitem a localização das chamadas de emergência em caso de acidente. É essencial dispor

também de informações minuciosas acerca da gravidade dos ferimentos, para compreender melhor as possibilidades de diminuição de danos e de conferir a eficácia dos serviços médicos de emergência (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Apesar de os acidentes serem imprevisíveis, é preciso compreender as causas, circunstâncias e consequências destes, com o intuito de os controlar e evitar, ou pelo menos reduzir a sua gravidade (Europa – O portal da União Europeia, 2005).

Entre os anos de 1989 e 2008 houve progresso na mortalidade por acidentes de viação: as estatísticas da sinistralidade fora das localidades melhoraram, assim como no grupo etário dos jovens. Por outro lado, dentro das localidades e com os condutores de velocípedes houve um agravamento do número de acidentes (Direcção-Geral da Saúde, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde “(...) uma das razões pelas quais os acidentes de viação não recebem a resposta adequada é porque a segurança rodoviária é, frequentemente, tratada como um assunto de transportes e não de saúde pública” (Programa Nacional de Prevenção de acidentes, 2009, p.15).

Apesar de na última década terem havido melhorias na diminuição da sinistralidade em Portugal, para que se atinjam os níveis de segurança da circulação registados nos diferentes países da União Europeia, há ainda muito a ser feito. A publicação dos dados de sinistralidade rodoviária, contribui para a necessidade de continuar e fortalecer os esforços já iniciados para melhorar as condições de circulação nas estradas e ruas, e em particular para a necessidade de fortalecer formas de cooperação entre os diversos organismos responsáveis, a sociedade civil e o público (Estradas de Portugal, 2009).

II – METODOLOGIA

O que determina uma correcta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho, que segundo Fortin (1999, p.373) é o “Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizados no quadro dessa investigação”.

É através da metodologia que se estudam, descrevem e explicam os métodos utilizados ao longo do trabalho, para responder ao problema por nós levantado. É também assegurado que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas decisões metodológicas são necessárias para se confirmar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 1999, p.40).

Desta forma, neste capítulo foram referidos o tipo de estudo e o meio onde este se insere, variáveis de estudo, a população e a amostra, o processo de amostragem, o instrumento de colheita de dados e o pré-teste, os princípios éticos nas investigações que envolvem seres humanos e a análise e tratamento de dados.

1 – Tipo de Estudo e Meio

O tipo de estudo presente nesta investigação é descritivo simples; em relação ao método, trata-se de um estudo quantitativo e transversal.

Este estudo caracteriza-se de descritivo simples, uma vez que se pretende descrever uma realidade, ou seja, o nível de conhecimento dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar. De acordo com Fortin (1999, p.163) “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

O método de investigação quantitativo consiste num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, sendo baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador, conduzindo a resultados que devem conter o menor enviesamento possível (Fortin, 1999, p.22).

“Num estudo transversal, a medição da exposição e do efeito é feita ao mesmo tempo (...) úteis na investigação de exposições que são características imutáveis dos indivíduos...” (Beaglehole et al., 2003, p. 40).

Este estudo realiza-se num meio natural, uma vez que “(...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora dos lugares altamente controlados como são os laboratórios” (Fortin, 1999, p.132).

2 – Variáveis

Segundo Fortin (1999, p.36) “(...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

As variáveis atributo, de acordo com Fortin (1999, p.37), são as particularidades dos sujeitos num estudo. A selecção destas variáveis é decidida em função das necessidades do estudo em si. No presente estudo, as variáveis atributo são as seguintes: idade, género, local de residência.

A variável dependente é “(...) a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente” (Fortin, 1999, p.37). Assim, no presente estudo, a variável dependente é o conhecimento dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

A variável independente é a que causa ou influencia determinado resultado. “A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999, p.37). Neste estudo considera-se a seguinte variável independente: papel do enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

3 – População e amostra

A população define-se como sendo “(...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1999, p. 202).

A população alvo é a população que serve de base ao estudo do investigador “(...) constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p. 202).

A população alvo deste estudo é os alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada” (Fortin, 1999, p.202).

A amostra em estudo é constituída por 45 alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

4 – Processo de Amostragem

O método de amostragem não probabilística acidental foi o eleito. Segundo Fortin (1999, p.208) “A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”.

5 – Instrumento de Recolha de Dados

Todos os passos de um trabalho de investigação são muito importantes, mas a colheita de dados é fundamental para a sua realização. Deste modo, o instrumento de medida escolhido para a realização deste estudo foi o questionário.

Um questionário “É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa” (Fortin, 1999, p.249).

Na elaboração do questionário foi dada importância ao problema levantado e ao objectivo estabelecido. O questionário é constituído por dois grupos distintos, precedendo a identificação do investigador e uma breve referência à finalidade do estudo. Na primeira parte as perguntas referem-se à caracterização da amostra, e na segunda parte colocaram-se questões relativas ao conhecimento acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar. O presente questionário encontra-se em anexo (Anexo I).

5.1) Pré-teste

Segundo Fortin (1999, p.253) “O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

O instrumento de colheita de dados, depois de elaborado, deverá ser submetido a uma prova preliminar – o pré-teste – com o objectivo de serem detectadas falhas na redacção do mesmo, para que se possa proceder às alterações necessárias antes da sua aplicação definitiva.

Deste modo, efectuou-se a aplicação do pré-teste a 5 alunos que não integraram a amostra do estudo. Não foram referidas dificuldades no preenchimento, e todas as questões foram facilmente compreendidas pelos respondentes, pelo que não houve necessidade de fazer nenhuma alteração.

6 – Princípios Éticos

Quando a investigação é aplicada a seres humanos, pode provocar malefícios aos direitos e liberdades da pessoa. Como tal, é necessário proteger esses direitos e liberdades (Fortin, 1999, p.116). O código de ética determinou 5 princípios ou direitos fundamentais aplicáveis ao ser humano.

6.1) Direito à autodeterminação

Segundo Fortin (1999, p.116) “(...) qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação”. Todos os sujeitos da amostra foram informados que o questionário era facultativo.

6.2) Direito à intimidade

Para Fortin (1999, p.117), este direito “(...) faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas”. Neste estudo foi permitido aos questionados decidir o grau de informação íntima concedida ao longo do questionário.

6.3) Direito ao anonimato e à confidencialidade

De acordo com Fortin (1999, p.117), este direito “(...) é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador (...) indica (...) o tratamento que ele deve reservar aos dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro de estudo”. O questionário foi aplicado sem fazer referência a dados pessoais e identificativos dos questionados.

6.4) Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo

“Este direito é baseado no princípio do «benefício» segundo o qual os membros da sociedade desempenham um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do maior bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam” (Frankena, 1973, *cit in* Fortin, 1999, p.118). Foi garantida a não discriminação dos questionados caso não pretendessem participar no estudo.

6.5) Direito a um tratamento justo e equitativo

Este direito diz respeito “(...) ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos

utilizados no estudo” (Fortin, 1999, p.119). Todos os questionados foram informados sobre a natureza do estudo e as suas finalidades.

7- Análise e Tratamento de Dados

Segundo Fortin (1999, p.277) num estudo que contenha valores numéricos, a análise de dados começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos, bem como descrever os valores obtidos.

Após a recolha de dados, procedeu-se à análise e tratamento dos mesmos. Os dados foram processados no programa Microsoft Office Excel 2007, permitindo assim escrever resultados e extrair as respectivas conclusões.

A apresentação dos dados obtidos foi realizada através de quadros e gráficos, com o objectivo de facilitar a visão global dos resultados. Este tipo de apresentação sintetiza a informação e torna-a mais compreensível.

III – RESULTADOS

Para Fortin (1999, p.330) “Os resultados provêm dos factos observados (...) estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

Após a realização da colheita de dados e do tratamento da informação recolhida através da aplicação do instrumento de pesquisa, passa-se à apresentação dos resultados obtidos.

Neste capítulo é apresentada a análise dos dados obtidos com a finalidade de tornar mais fácil a compreensão e interpretação dos resultados. Assim, os resultados da pesquisa foram apresentados de modo a demonstrar os dados obtidos, obedecendo à sequência do instrumento de colheita de dados.

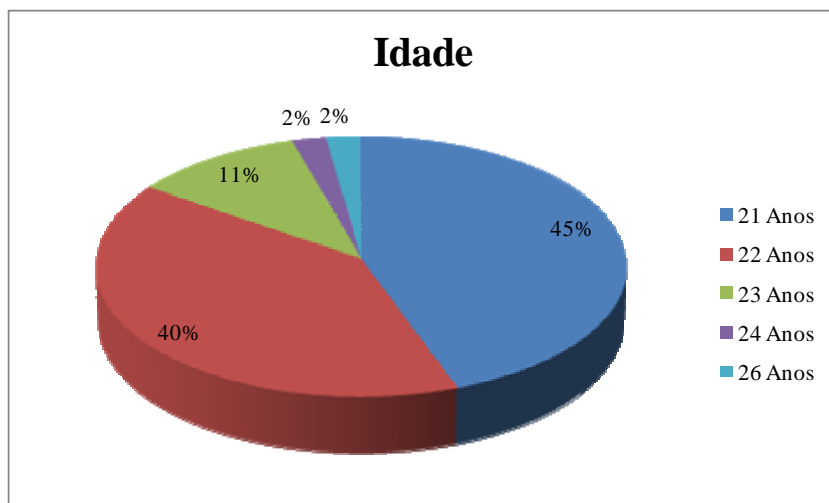
Inicialmente foi realizada a caracterização da amostra, abordando os aspectos: idade, género, local de residência, se no local onde residem existe VMER, se no local onde realizaram o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência havia VMER e se tiveram contacto com a VMER nesse local de estágio, se possuem algum curso de primeiros socorros ou suporte básico de vida e onde o tiraram, e se em alguma circunstância, de foro pessoal ou familiar tiveram contacto com a VMER.

De seguida foram apresentados os resultados obtidos através das questões colocadas, de modo a avaliar os conhecimentos acerca da temática do estudo, saber quais as fontes de informação através das quais os alunos obtiveram conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, e saber qual a opinião dos alunos acerca do papel que atribuem ao Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

1 - Caracterização da amostra

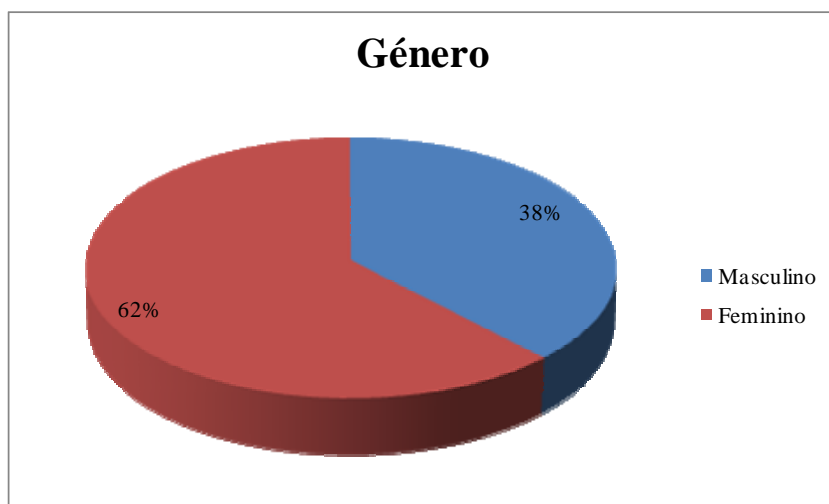
De seguida apresenta-se a caracterização da amostra utilizada para este estudo, tendo por base a construção de gráficos.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo a idade



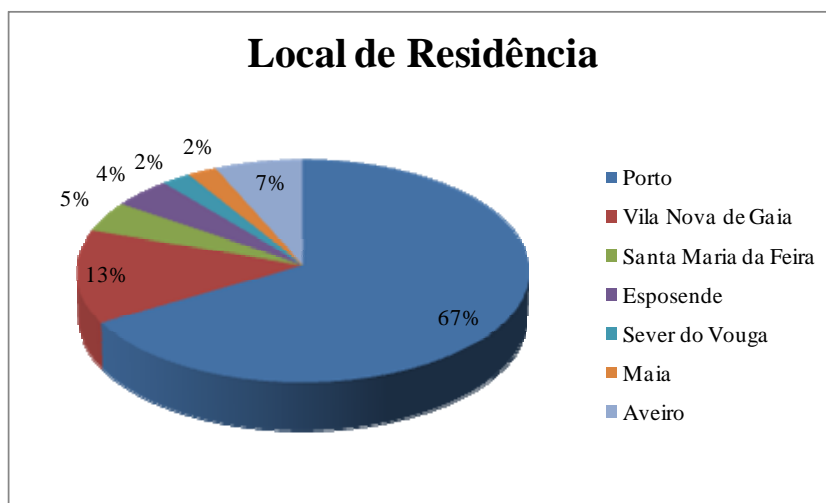
Segundo a análise do gráfico 1 verifica-se que a amostra tem idades compreendidas entre os 21 e os 26 anos distribuídos do seguinte modo: 45% dos inquiridos têm 21 anos de idade, 40% têm 22 anos de idade, 11% têm 23 anos de idade. Com a mesma frequência 2% têm 24 e 26 anos de idade.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o género



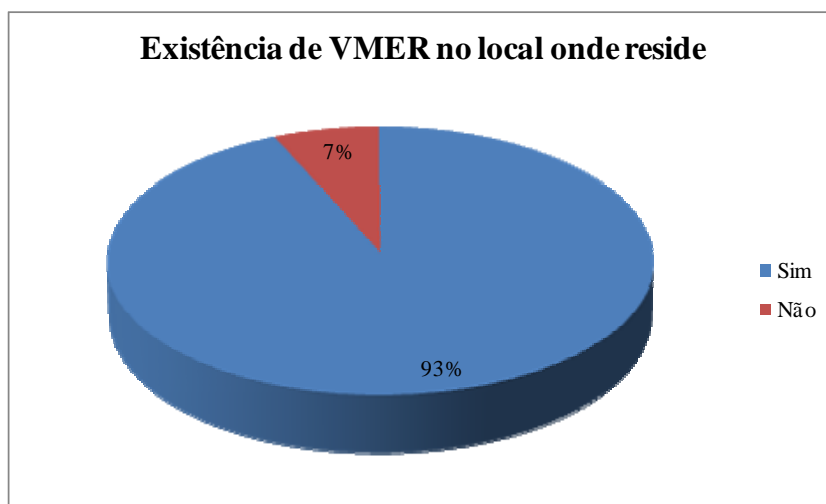
Pela análise do gráfico 2 constata-se que dos 45 elementos inquiridos no estudo, 62% pertencem ao género feminino e 38% pertencem ao género masculino.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o local de residência



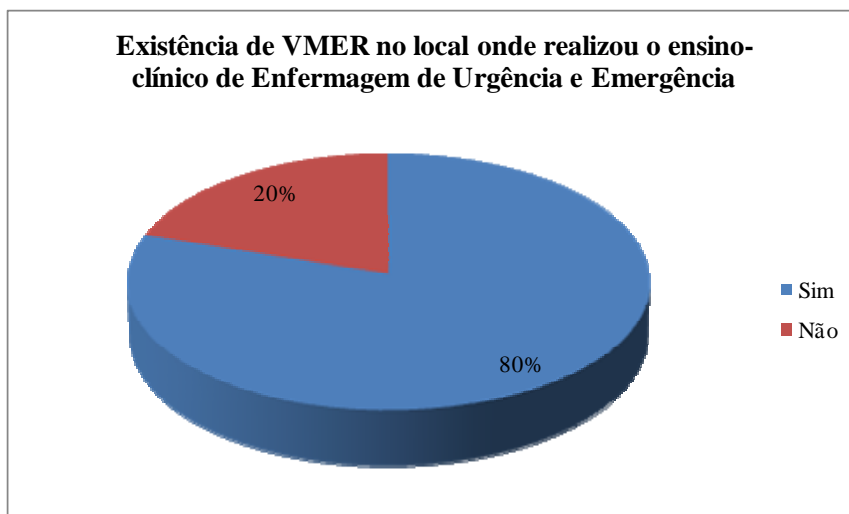
Analisando o gráfico 3 averigua-se que 67% dos questionados tem como local de residência o Porto, 13% residem em Vila Nova de Gaia, 7% residem em Aveiro, 5% em Santa Maria da Feira, 4% residem em Esposende, e com a mesma frequência, 2% residem em Sever do Vouga e Maia.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a existência de VMER no local onde residem



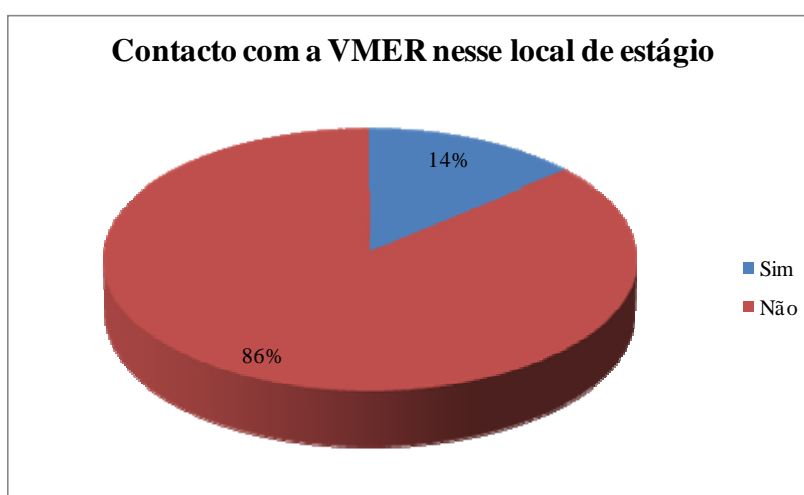
Pelo gráfico 4 comprova-se que 93% dos inquiridos referem que existe VMER no local onde residem, enquanto 7% referem que no local onde residem não existe VMER.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a existência de VMER no local onde realizou o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência



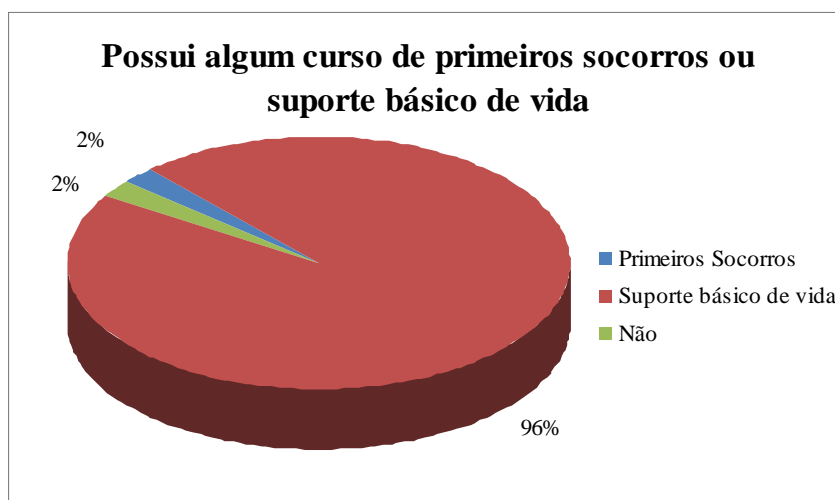
Verifica-se pelo gráfico 5 que 80% dos questionados mencionam que no local onde realizaram o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência havia VMER, e 20% mencionou que não existia VMER no local onde realizaram o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência.

Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o contacto com a VMER nesse local de estágio



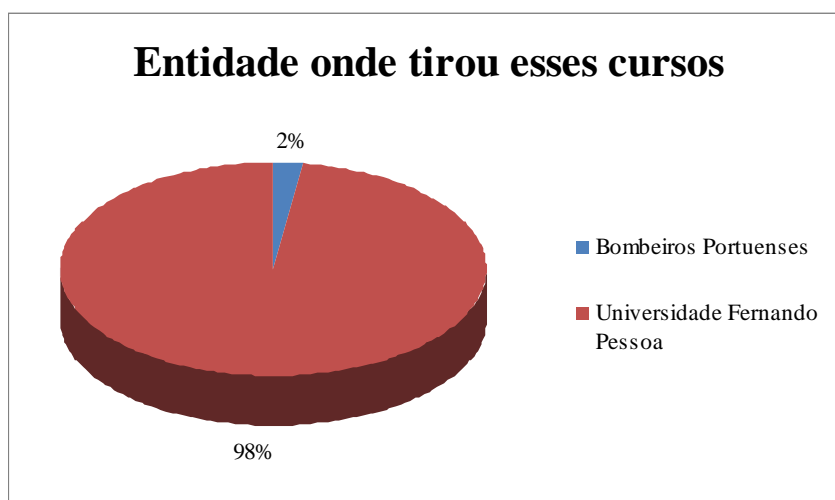
No gráfico 6 vê-se que 86% dos inquiridos não teve contacto com a VMER no local onde realizou o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência, e 14% teve contacto com a VMER no ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a aquisição de algum curso de primeiros socorros ou suporte básico de vida



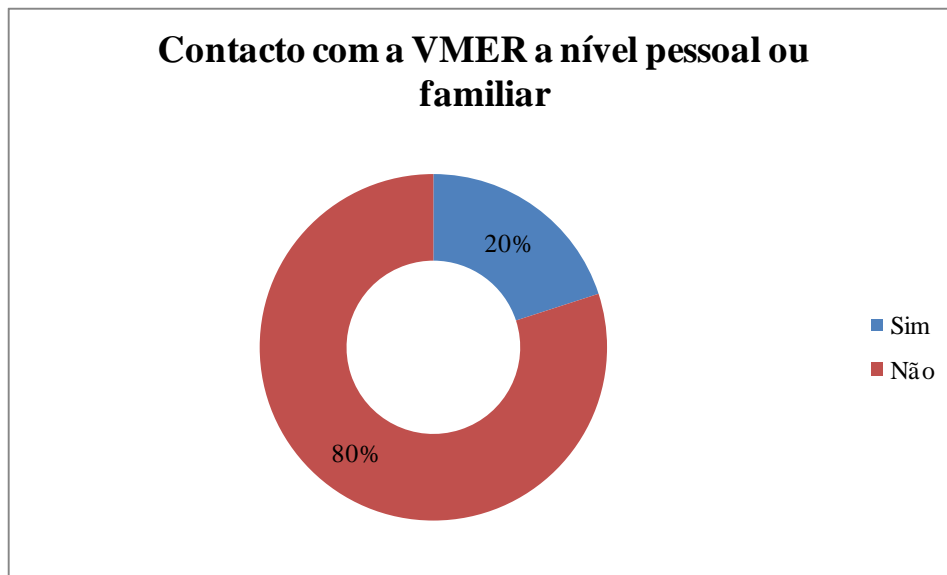
Analisando o gráfico 7 verifica-se que 2% dos inquiridos possuem um curso de primeiros socorros, 96% possuem um curso de suporte básico de vida, e 2% não possuem qualquer tipo de curso.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a entidade onde tirou esses cursos



Pelo gráfico 8 averigua-se que 2% dos alunos tiraram o curso nos Bombeiros Portuenses, e 98% tiraram o curso na UFP.

Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o contacto com a VMER a nível pessoal ou familiar

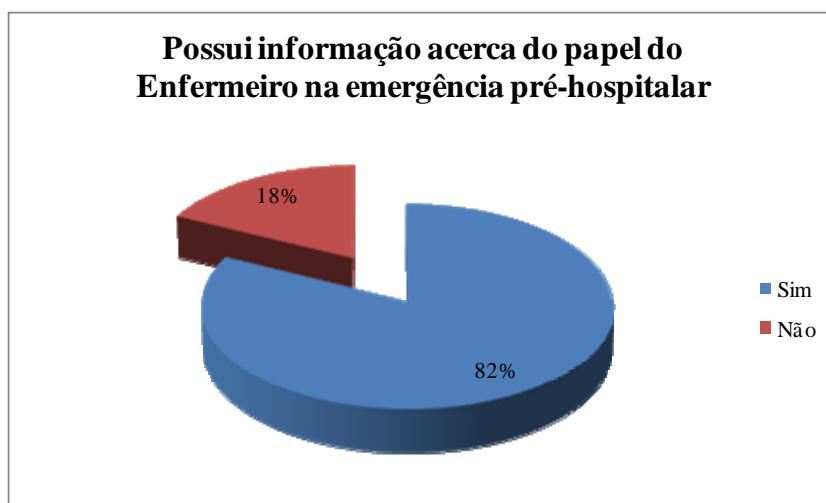


Através do gráfico 9 constata-se que 20% da amostra já teve contacto com a VMER a nível pessoal ou familiar, e 80% nunca teve contacto.

2 - Conhecimento dos inquiridos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar

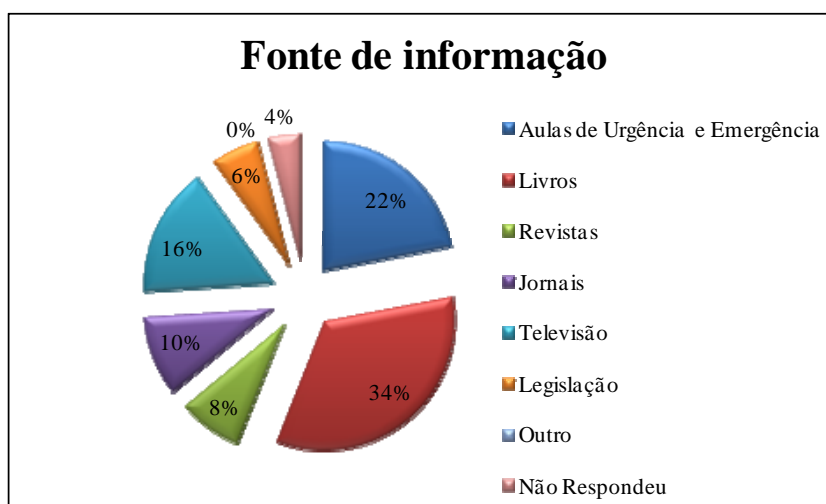
Neste capítulo apresentam-se os resultados relativos à segunda parte do questionário.

Gráfico 10 – Distribuição da amostra em relação à posse de informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar



Os dados observados no gráfico 10, indicam que 82% dos alunos possuem algum tipo de informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, sendo que 18% dos alunos não possui qualquer tipo de informação.

Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo as fontes de informação sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar



De acordo com os dados obtidos no gráfico 11, constata-se que 22% dos alunos obtiveram informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar através das aulas da unidade curricular de Enfermagem de Urgência e Emergência, 34% receberam informação

através de livros, 8% obtiveram por revistas, 10% por jornais, 16% pela televisão, 6% pela legislação e 4% não responderam à questão.

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a classificação da informação sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar

Classificação da informação	N	Percentagem
Muito boa	1	3%
Boa	9	24%
Suficiente	27	73%
Insuficiente	0	0%
Nula	0	0%

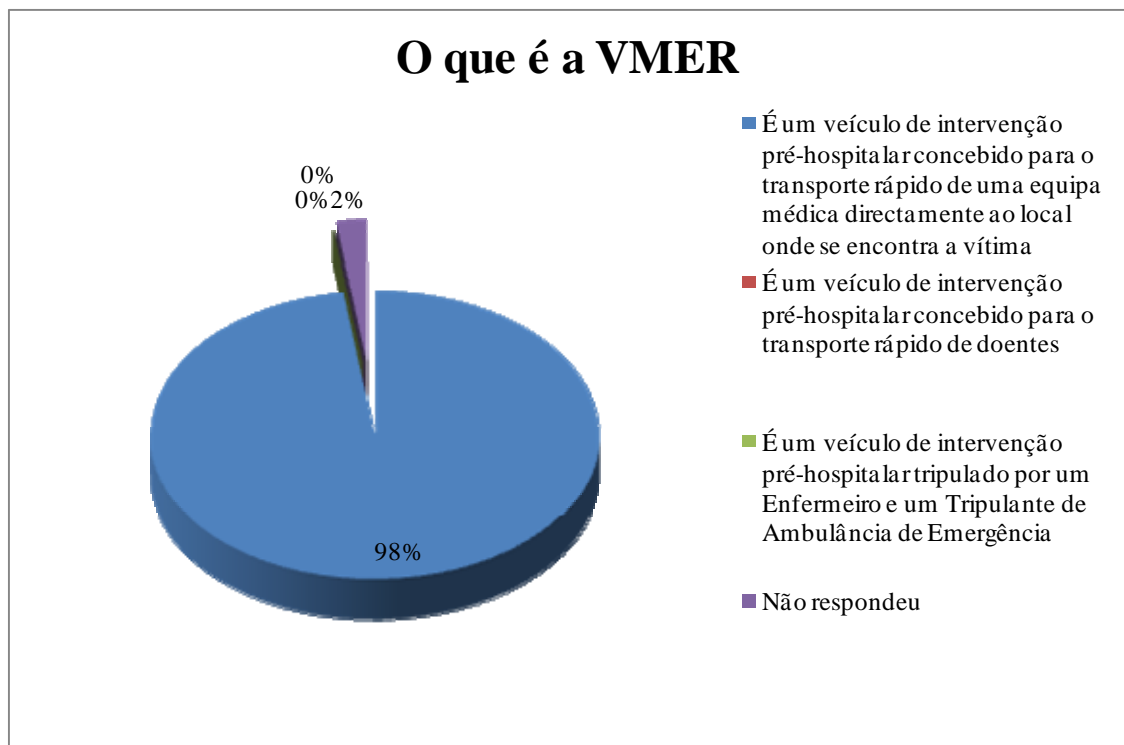
Através do quadro 1, constata-se que 3% dos inquiridos (n=1) classificam a informação como boa, 24% (n=9) classificam-na como muito boa e 73% (n=27) classificam-na como suficiente.

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo o papel atribuído ao Enfermeiro

Papel do Enfermeiro	N	Percentagem
Principal	16	36%
Secundário	18	40%
Não respondeu	11	24%

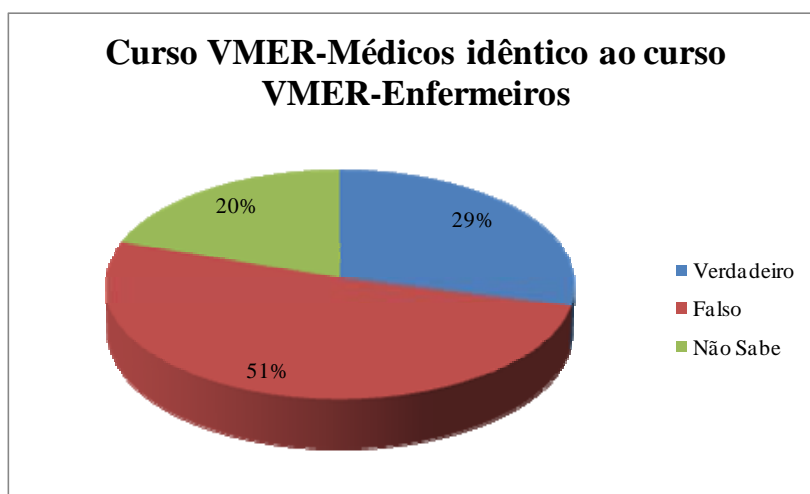
Da análise do quadro 2, conclui-se que 36% dos alunos (n=16) responderam que o papel do Enfermeiro na pré-hospitalar é principal, 40% (n=18) responderam que é secundário, e 24% (n=11) dos alunos não responderam à questão. Em relação à justificação, o que se constata da análise extensiva das justificações é que os alunos que responderam que o papel do Enfermeiro é principal, justificam: “Assim como o do Médico pois actuam em equipa”. Os alunos que responderam que o papel do Enfermeiro é secundário justificam: “Porque é o Médico quem toma as decisões de actuação”.

Gráfico 12 – Distribuição da amostra de acordo com o que consideram ser a VMER



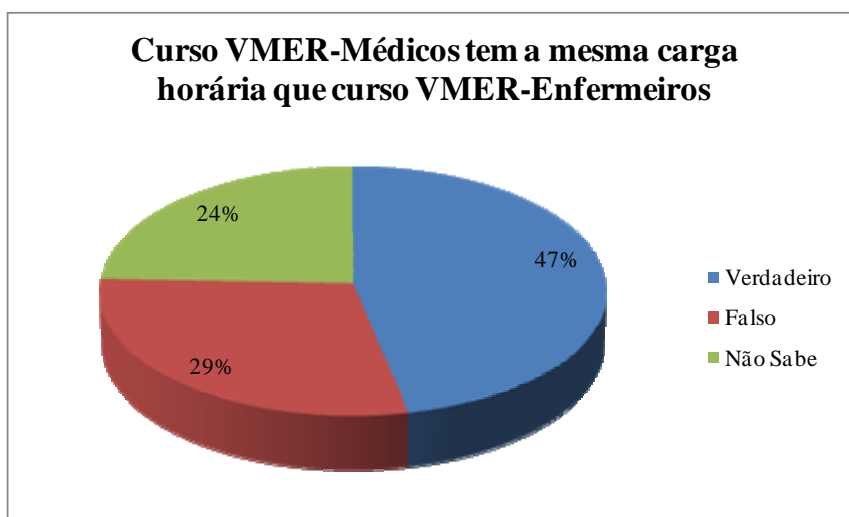
Analisando o gráfico 12, constata-se que 98% dos inquiridos optaram pela opção 1 de resposta “É um veículo de intervenção pré-hospitalar concebido para o transporte rápido de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra a vítima”. 2% dos inquiridos não responderam a esta questão.

Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a semelhança entre os cursos VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros



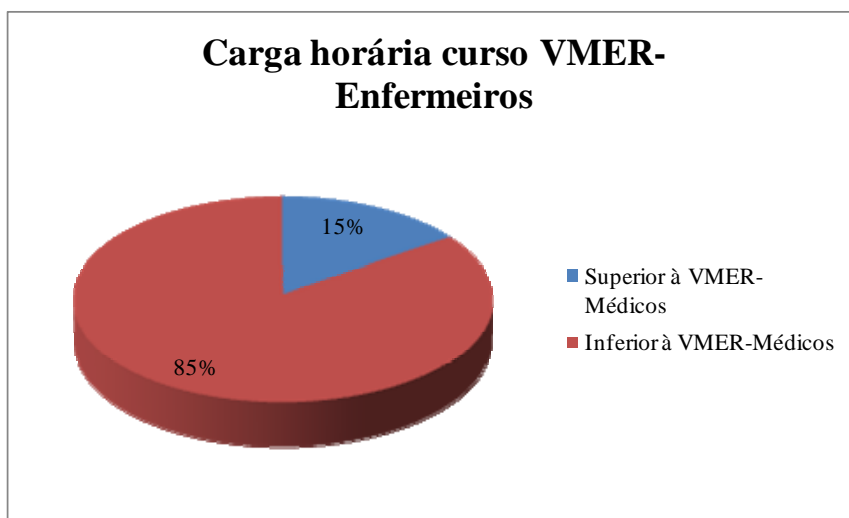
Da análise do gráfico 13, conclui-se que 29% dos inquiridos consideram verdadeiro que curso VMER-Médicos é idêntico ao curso VMER-Enfermeiros, 51% consideram esta afirmação falsa, e 20% não sabem se a afirmação é verdadeira ou falsa.

Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a carga horário dos cursos VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros



Analisando o gráfico 14, verifica-se que 47% dos alunos consideram verdadeiro que o curso VMER-Médicos tem a mesma carga horária que o curso VMER-Enfermeiros, 29% consideram esta afirmação falsa, e 24% não sabem se esta afirmação é verdadeira ou falsa.

Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo a superioridade/inferioridade da carga horária do curso VMER-Enfermeiros



Pelo gráfico 15, constata-se que dos alunos que responderam que a informação anterior era falsa, 15% consideram que a carga horária do curso VMER-Enfermeiros é superior à carga horária do curso VMER-Médicos, e 85% consideram que é inferior à carga horária VMER-Médicos.

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o interesse ou não em ingressar no pré-hospitalar

Gostava de ingressar no pré-hospitalar	N	Percentagem
Sim	28	63%
Não	11	24%
Não respondeu	6	13%

Através do quadro 3, verifica-se que 63% dos inquiridos gostavam de ingressar na área do pré-hospitalar, 25% não gostavam de ingressar nesta área, e 13% não responderam à questão.

Quadro 4 – Distribuição da amostra de acordo com a justificação à questão anterior dos alunos que responderam afirmativamente

Justificação	N
“Salvar vidas”	3
“Não é uma área rotineira”	2
“Aprendizagem contínua”	3
“Conduzir o carro”	4
“Adrenalina”	1

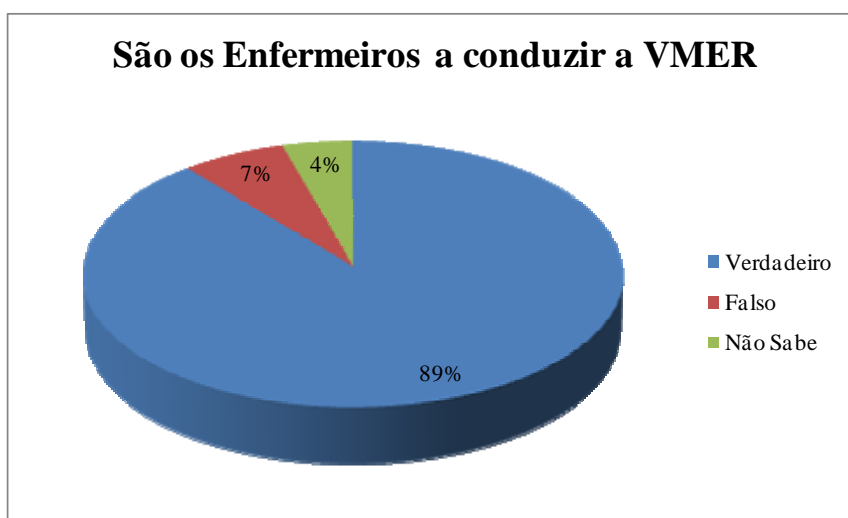
Analisando o quadro 4, e após uma extensa leitura das justificações dos alunos para querem ingressar na área do pré-hospitalar, as conclusões retiradas foram as seguintes: “Salvar vidas” (n=3), “Não é uma área rotineira” (n=2), “Aprendizagem contínua” (n=3), “Conduzir o carro” (n=4), e pela “Adrenalina” (n=1).

Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com a justificação à questão anterior dos alunos que responderam negativamente

Justificação	N
“É uma área muito stressante”	3
“Não é uma área que eu goste”	2
“Há muita pressão no local de actuação”	1

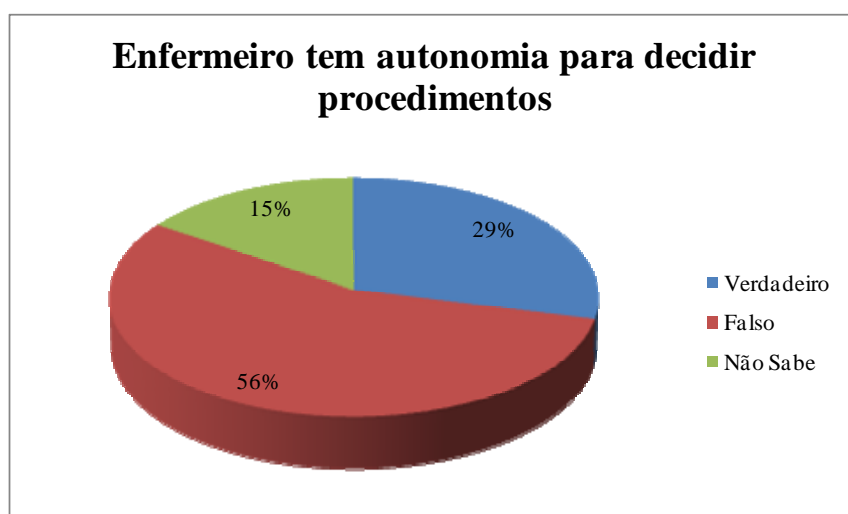
Pela análise do quadro 5, e após uma extensa leitura das justificações dos alunos que não pretendem ingressar na área do pré-hospitalar, as conclusões retiradas foram as seguintes: “É uma área muito stressante” (n=3), “Não é uma área que eu goste” (n=2) e “Há muita pressão no local de actuação” (n=1).

Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a condução da VMER



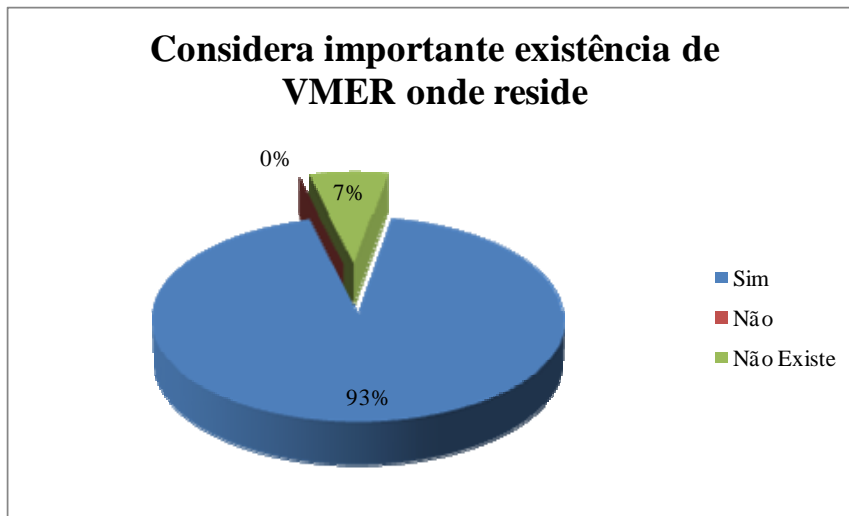
Pela análise do gráfico 16, verifica-se que 89% dos alunos considera verdadeiro que são os Enfermeiros o elemento da equipa a conduzir a VMER, 7% consideram esta afirmação falsa, e 4% não sabem se esta afirmação é falsa ou verdadeira.

Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a autonomia dos Enfermeiros para decidir procedimentos



Através do gráfico 17, conclui-se que 29% dos inquiridos considera verdadeira a afirmação que o Enfermeiro tem autonomia para decidir quais os procedimentos a adoptar, 56% consideram esta afirmação falsa, e 15% dos inquiridos não sabem se esta afirmação é verdadeira ou falsa.

Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo a importância da existência de VMER no local onde residem



Pela análise do gráfico 18, constata-se que 93% dos alunos consideram importante a existência de VMER na área onde residem, e 7% dos inquiridos dizem não existir VMER na área onde residem.

IV – DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual é apresentada uma discussão dos resultados, tendo em conta os conhecimentos e referências contactadas ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste tema.

Na elaboração deste capítulo pretende-se realçar os resultados que se consideram mais pertinentes, e a partir dessa análise tecer as conclusões que se julgam ser as mais adequadas pela aplicação do instrumento de colheita de dados.

Analisando os resultados obtidos neste estudo, verifica-se que dos alunos questionados (n=45), existe uma maioria de elementos (45%) com 21 anos, seguidos por 40% com 22 anos, 11% com 23 anos e com 24 e 26 anos, 2%.

Quanto ao género a que a amostra pertence, 62% pertencem ao género feminino e 38% ao género masculino. Constata-se assim que existe uma prevalência de estudantes de Enfermagem do género feminino.

Seguindo estas conclusões, constata-se que existe uma maioria de elementos pertencentes ao género feminino e na faixa etária dos 21 anos, o que se leva a concluir que a Enfermagem continua a ser uma profissão na qual ingressam maioritariamente elementos do género feminino, muito talvez pela história da sua origem e evolução. No que se refere à faixa etária, sabe-se que actualmente a sociedade e a educação incutem e prevêm o ingresso de alunos cada vez mais jovens nas instituições de ensino universitário, como se pode comprovar neste estudo.

Quanto à análise dos locais de residência, verifica-se que 67% dos alunos vivem no Porto, 13% em Vila Nova de Gaia, 7% em Aveiro, 5% em Santa Maria da Feira, 4% em Esposende, 2% em Sever do Vouga e 2% na Maia. Verifica-se então que a amostra reside maioritariamente no Porto.

Em relação à questão se existe VMER no local onde residem, 93% dos alunos responderam afirmativamente a esta questão, enquanto que 7% responderam negativamente. É possível então verificar, que na maioria dos locais onde os alunos residem, existe VMER, o que vem de encontro à realidade existente no País quanto à cobertura destes veículos de emergência.

Quando questionados em relação à existência de VMER no local onde realizaram o ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência, a grande maioria, ou seja, 80% da amostra afirma que sim.

Quanto ao contacto com a VMER nesse local de estágio, 86% responderam negativamente a esta questão. Esta foi uma forma de investigar se o contacto com a VMER no local de estágio influenciaria os conhecimentos dos alunos, acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

A maioria dos alunos, com uma percentagem de 96%, possuem um curso de suporte básico de vida, enquanto que 2% possuem um curso de primeiros socorros, e 2% não possuem nenhum destes cursos.

Quanto ao local onde tiraram os cursos, 98% responderam que foi na UFP, enquanto que 2% tirou nos Bombeiros Portuenses. De acordo com isto, constata-se que existe uma maioria de elementos com o curso de suporte básico de vida, e o local maioritário onde este foi adquirido foi a UFP. Isto porque o curso de suporte básico de vida faz parte da unidade curricular do curso de Enfermagem, e é também um dos requisitos para se poder ingressar no ensino-clínico de enfermagem de Urgência e Emergência.

Em relação ao contacto com a VMER, a nível pessoal ou familiar em alguma circunstância, a maioria dos inquiridos (80%) responderam negativamente a esta questão. Esta foi uma forma de investigar se o contacto com a VMER, a nível pessoal ou familiar, influenciaria os conhecimentos dos alunos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

Quando questionados se possuem algum tipo de informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, 82% dos alunos responderam afirmativamente a esta questão, enquanto que 18% responderam negativamente.

Indo de encontro ao objectivo “Verificar quais as fontes de informação através das quais os alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP obtiveram conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar”, constata-se que a principal fonte de informação (34%) foram os livros, seguido pelas aulas da unidade curricular de Enfermagem de Urgência e Emergência que assume 22% dos pareceres dos alunos, enquanto que 16% referem a televisão, 10% dos alunos referem que a informação veio dos jornais, 8% obtiveram-na através de revistas, 6% pela legislação e 4% não responderam à questão.

Dos 45 alunos inquiridos, 73% consideram suficiente a informação obtida sobre o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, 24% consideram-na boa, e apenas 3% a consideram muito boa.

De acordo com o objectivo “Saber qual a opinião dos alunos do 4.º ano de Licenciatura de Enfermagem da UFP acerca do papel que atribuem ao Enfermeiro na emergência pré-hospitalar”, 40% dos alunos consideram que o papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar é secundário, e 36% consideram que é principal. Após analisar as várias justificações para a atribuição do papel do Enfermeiro, os alunos que o consideram principal justificaram “Assim como o do Médico pois actuam em equipa”. Os que consideram o papel do Enfermeiro secundário, justificaram “Porque é o Médico quem toma as decisões de actuação”. Torna-se necessário destacar que o Enfermeiro actua em equipa com o Médico, não havendo uma atribuição ao papel deste, como principal ou secundário (Mateus, 2007, p.135).

Relativamente à questão acerca do que é a VMER, quase a totalidade dos alunos (98%) responderam correctamente a esta questão (opção 1, ver anexo I), e 2% dos alunos não responderam a esta questão.

Quando inquiridos acerca do curso VMER-Médicos ser idêntico ao curso VMER-Enfermeiros, a maioria dos alunos (51%) responderam que esta questão era falsa, e 29% responderam que era verdadeira. Tal como já foi referido anteriormente, os conteúdos programáticos do curso de VMER (Médicos e Enfermeiros) são idênticos (Mateus, 2007, p.140).

Quanto à questão do curso VMER-Médicos ter a mesma carga horária que o curso VMER-Enfermeiros, 47% dos alunos responderam verdadeiro a esta questão, e 24% revelaram não saber. Tal como já foi referido anteriormente, os cursos de VMER (tanto para Médicos como para Enfermeiros) têm uma duração de 112 horas (Mateus, 2007, p.140).

Em relação aos alunos que responderam falso à questão anterior (29%), a maioria deles (85%) referiram que o curso VMER-Enfermeiros tem menor carga horária que o curso VMER-Médicos.

Quando questionados se gostavam de ingressar na área do pré-hospitalar, 63% dos alunos respondera afirmativamente a esta questão, e 13% não responderam à questão. Relativamente à justificação, depois de analisar atentamente todas as respostas, os alunos que responderam afirmativamente justificaram: para “Salvar vidas”, “Não é uma área rotineira”, “Aprendizagem contínua”, “Conduzir o carro”, e pela “Adrenalina”. Os alunos que responderam negativamente a esta questão, justificaram: “É uma área muito stressante”, “Não é uma área que eu goste” e “Há muita pressão no local de actuação”.

Uma percentagem de 89% de alunos, responderam ser verdadeiro que são os Enfermeiros a conduzir a VMER, e 4% revelaram não saber.

Quando inquiridos sobre a autonomia dos Enfermeiros para decidir quais os procedimentos a adoptar, 56% responderam ser falso, e 15% responderam não saber. Perante esta questão, é de realçar que os Enfermeiros devem sempre actuar de acordo com as suas qualificações profissionais, incluindo a liderança de uma situação de emergência (Vieira et al., n.º61, Julho 2005, p.33).

Em relação à importância da existência de VMER no local onde residem, a maioria dos alunos (93%) responderam sim, e 7% referiram não existir VMER no local onde residem.

Fazendo uma leitura global dos dados depois de analisados, há a evidenciar as seguintes noções: as questões em que os alunos revelaram ter mais conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, foram acerca do que é a VMER (98% dos alunos responderam correctamente a esta questão, pois responderam a opção 1), do curso VMER-

Médicos ter a mesma carga horária que o curso VMER-Enfermeiros (47% dos alunos responderam correctamente a esta questão, pois responderam verdadeiro), e acerca da questão de ser o Enfermeiro o elemento da equipa a conduzir a VMER (os alunos responderam correctamente – verdadeiro - com uma percentagem de 89%).

As questões em que os alunos revelaram ter menos conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, foram acerca da semelhança entre o curso VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros (51% dos alunos erraram esta questão pois responderam ser falso), e acerca da autonomia dos Enfermeiros para decidir quais os procedimentos a adoptar (56% dos alunos erraram esta questão pois responderam ser falso).

V – CONCLUSÃO

Após o término deste trabalho de investigação, pode concluir-se que o tema abordado agrega valor às competências para a prática de Enfermagem, no âmbito do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar.

A elaboração deste trabalho, permitiu pôr em prática um vasto leque de ensinios apreendidos ao longo do curso, mas também aplicar e aprofundar conhecimentos, quer sobre uma temática que se considere importante, quer na elaboração de trabalhos de investigação, quer também na aplicação da estatística. É pois, necessário, realçar a sua utilidade, pois considera-se ter alcançado os objectivos académicos inicialmente propostos, bem como contribuído para a investigação em Enfermagem.

Considera-se que os objectivos inicialmente delineados, constituem elementos essenciais para uma melhor compreensão desta temática. Pela complexidade do tema, pode-se afirmar que todas as componentes abordadas não podem ser ignoradas nem esquecidas.

O presente trabalho de investigação permitiu reflectir acerca do tema “Papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar – Conhecimentos dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

Este estudo foi realizado a 45 alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem da UFP, do ano lectivo 2008/2009.

O interesse e a motivação foram essenciais para que este estudo fosse uma realidade, e assim, ser-se capaz de atingir os objectivos delineados no início do trabalho. No decorrer da investigação as dificuldades foram sentidas, mas com persistência, tempo e dedicação foram sendo ultrapassadas.

As principais conclusões retiradas deste trabalho são as seguintes:

- Uma percentagem de 45% dos alunos do 4.º ano de Licenciatura em Enfermagem têm 21 anos de idade, e 62% pertencem ao género feminino.
- Quanto ao contacto com a VMER no ensino-clínico de Enfermagem de Urgência e Emergência, 86% referem não ter contactado com esta. Em relação ao contacto com a VMER a nível pessoal ou familiar, 80% dos alunos referem não ter tido contacto com a VMER.
- Em relação à informação acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, a maioria dos alunos (82%), referem ter algum tipo de informação. As principais fontes de informação foram livros (34%) e as aulas da unidade curricular de Enfermagem de Urgência e Emergência (22%).
- Quanto à classificação dessa informação, a maioria dos alunos (73%) consideram a informação como sendo apenas suficiente.
- Em relação ao papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, 40% dos alunos consideram-no como sendo secundário, e 36% consideram que o Enfermeiro tem um papel principal na emergência pré-hospitalar.
- Quando inquiridos sobre se gostariam de ingressar na área do pré-hospitalar, 63% dos alunos responderam que sim, e 13% não responderam a esta questão.
- No que respeita à importância da existência de VMER no local onde residem, 93% dos alunos responderam afirmativamente a esta questão.
- Os itens em que os alunos demonstraram ter mais conhecimentos acerca do papel do Enfermeiro na emergência pré-hospitalar, dizem respeito às questões acerca do que é a VMER, do curso VMER-Médicos ter a mesma carga horária que o curso VMER-Enfermeiros, e de ser o Enfermeiro o elemento da equipa a conduzir a VMER.

- Por outro lado, os itens em que os alunos demonstraram ter menos conhecimentos dizem respeito à semelhança entre o curso VMER-Médicos e VMER-Enfermeiros, e acerca da autonomia dos Enfermeiros para decidir os procedimentos a adoptar.

Antes de terminar este trabalho, gostava de se mencionar que a sua realização não foi, de todo, fácil. A dificuldade sentida em encontrar bibliografia que sustentasse a componente teórica do estudo, bem como a discussão dos resultados, foi um entrave sentido na sua realização. Ainda assim, tem-se plena consciência que este foi o primeiro trabalho de investigação desta envergadura realizado, reconhece-se que há ainda muito por aperfeiçoar.

Pode-se concluir que esta investigação se confirmou como um momento marcante da formação académica, tendo sido repleta de vivências que permitiram o enriquecimento pessoal e profissional, tendo sido desenvolvido de forma consciente e gratificante.

BIBLIOGRAFIA

Beaglehole, R; Bonita, R; Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa, Escola Superior de Saúde;

Bruno, P; Oldenburg, C. (2005). *Enfermagem em Pronto-Socorro*. Rio de Janeiro, Senac Nacional;

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência;

Mateus, B. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que Realidade*. Camarate, Lusociência;

Phipps, W; Long, B; Woods, N; Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e prática clínica*, Volume II, 2.ª edição. Lisboa, Lusodidacta;

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência e Emergência – da teoria à prática*, 4.ª edição. Loures, Lusociência.

Vieira, P; Oliveira, L; Ressurreição, S. (2005). O Enfermeiro Perante a Emergência Pré-Hospitalar, *Sinais Vitais*, n.º61 (Julho), pp. 32-35;

Instituto Nacional de Emergência Médica (2002). Meios do Instituto Nacional de Emergência Médica: Viatura Médica de Emergência e Reanimação, *Via verde para a vida – Newsletter do INEM*, n.º2 (Trimestral), p.3.

Estradas de Portugal [Em linha].
http://www.estradasdeportugal.pt/site/v3/?id_pagina=83B089A0-F80D-409F-853B-7A23167E84C4&id_pasta=643387C1-1753-4383-AAB2-3F475A6A4BAC&grupo=5
[Consultado em 04/06/09];

Europa – O portal da União Europeia [Em linha].
<http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/l24257.htm>. [Consultado em 07/06/09];

Direcção-Geral da Saúde [Em linha]. <http://www.dgs.pt/>. [Consultado em 07/06/09];

INEM [Em linha]. http://www.inem.pt/pageGen.asp?sys_page_id=472404&news_id=1919. [Consultado em 02/04/09];

INEM [Em linha]. <http://www.inem.pt/document/468473/485949.pdf>. [Consultado em 25/03/08];

Obesidade Online [Em linha]. <http://www.obesidade.online.pt/images/stories/avc.pdf>. [Consultado em 04/06/09];

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedenoticias/Dez_2007/Enuncia_Prehospitalar%20-%20final.pdf. [Consultado em 04/02/08];

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>. [Consultado em 02/04/08];

Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Dezembro2008/Parecer_84_23_12_20_CE_TEPH_mas.pdf. [Consultado em 10/02/09];

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [Em linha]. http://www.spavc.org/Imgs/content/article_42/sps.pdf. [Consultado em 04/06/09].

Decreto-Lei n.º 511/71 de 22 de Novembro, dos Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência, DR I Série n.º 274 de 22 de Novembro de 1971.

ANEXOS