

Jossandra Isabel Costa Miguel

Projeto de Graduação

Experiências dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Extra-Hospitalar a
Vítimas Politraumatizadas.

Escola Superior de Saúde – Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2025

Experiências dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Extra-Hospitalar a Vítimas Politraumatizadas.

Jossandra Isabel Costa Miguel

Projeto de Graduação

Experiências dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Extra-Hospitalar a
Vítimas Politraumatizadas.

Assinatura: _____

Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, orientado pela
Professor Especialista Filipe Franco, como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2025

Resumo

O trauma mantém-se como uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, afetando sobretudo pessoas entre os cinco e os vinte e nove anos (WHO, 2024). Em Portugal, em dois mil e vinte e um, registaram-se quinhentas e sessenta e uma vítimas mortais e mais de dois mil feridos graves em acidentes rodoviários, o que demonstra a dimensão e gravidade deste problema de saúde pública (European Commission, 2023). Neste cenário, o SIEM assume um papel fundamental, garantindo a resposta coordenada a situações críticas, onde os bombeiros surgem frequentemente como a primeira linha de atuação (INEM, 2023). Entre estes profissionais, destaca-se o enfermeiro-bombeiro, cuja intervenção alia competências clínicas e operacionais essenciais à estabilização e à sobrevivência das vítimas politraumatizadas (Mota, Cunha & Santos, 2021).

O estudo teve como objetivo compreender as experiências vividas pelos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas, partindo da questão de investigação: “Quais as experiências vividas pelos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas?”. Foram definidos objetivos específicos que procuraram compreender o significado atribuído à experiência profissional, explorar os sentimentos e emoções associados, identificar fatores que facilitam e dificultam a intervenção, reconhecer implicações pessoais e profissionais e recolher sugestões para melhorar a resposta prestada, todos esses pontos em contexto extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas.

Foi realizada uma investigação qualitativa, de caráter exploratório e descritivo simples, através da realização de entrevistas semiestruturadas a oito enfermeiros-bombeiros. As entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2020).

Da análise resultaram seis áreas temáticas. A primeira abordou o significado atribuído à experiência profissional, evidenciando que os participantes veem a sua atuação como exigente, intensa e emocionalmente desafiante, mas profundamente gratificante, reforçando o sentido de missão e a identidade enquanto enfermeiros-bombeiros. A segunda temática centrou-se nos sentimentos e emoções vivenciados, revelando uma mistura de ansiedade, stress e angústia com satisfação, orgulho e motivação. A terceira

destacou os fatores facilitadores, como a experiência profissional acumulada, a boa comunicação entre equipas e a existência de protocolos claros. A quarta análise analisou os fatores dificultadores, entre os quais se encontram a falta de liderança, a escassez de recursos humanos e materiais, as condições ambientais adversas e a pressão exercida por populares. A quinta temática abordou as implicações pessoais e profissionais, mostrando que o desenvolvimento técnico e a autoconfiança coexistem com fadiga física, perturbações do sono e desgaste emocional. Por fim, a sexta temática reuniu sugestões para a melhoria da intervenção, salientando a importância da formação contínua, da realização de *debriefings* após ocorrências críticas, do acompanhamento psicológico e do reforço dos recursos humanos e materiais.

Conclui-se que o enfermeiro-bombeiro desempenha um papel essencial no atendimento a vítimas politraumatizadas em contexto extra-hospitalar. Apesar das dificuldades e das exigências emocionais associadas à função, estes profissionais demonstram resiliência, compromisso ético e profundo sentido de serviço à comunidade. O estudo evidencia a necessidade de um maior reconhecimento institucional, da valorização da formação permanente e da implementação de mecanismos de apoio psicossocial, para fortalecer e dignificar o papel do enfermeiro-bombeiro no sistema de emergência médica português.

Palavras-chave: “Enfermagem em emergência”; “Assistência Pré-Hospitalar”; “Suporte Básico de Vida”; “Traumatismo Múltiplo”;

Abstract

Trauma remains one of the main causes of death and disability worldwide, particularly affecting people between the ages of five and twenty-nine (WHO, 2024). In Portugal, in 2021, there were five hundred and sixty-one fatalities and more than two thousand serious injuries resulting from road accidents, highlighting the scale and severity of this public health problem (European Commission, 2023). In this context, the Integrated Medical Emergency System (SIEM) plays a fundamental role by ensuring a coordinated response to critical situations, where firefighters often represent the first line of action (INEM, 2023). Among these professionals, the nurse-firefighter stands out, combining clinical and operational skills that are essential to the stabilisation and survival of polytraumatised victims (Mota, Cunha & Santos, 2021).

The study aimed to understand the lived experiences of nurse-firefighters in the pre-hospital care of polytraumatised victims, based on the research question: “What are the experiences of nurse-firefighters in the pre-hospital care of polytraumatised victims?”. Specific objectives were defined to understand the meaning attributed to their professional experience, explore the associated feelings and emotions, identify factors that facilitate or hinder their intervention, recognise personal and professional implications, and gather suggestions to improve the response provided — all within the pre-hospital context of polytraumatised victims.

A qualitative, exploratory, and descriptive study was conducted through semi-structured interviews with eight nurse-firefighters. The interviews were fully transcribed and analysed according to the content analysis technique proposed by Bardin (2020).

The analysis resulted in six thematic areas. The first addressed the meaning attributed to the professional experience, showing that participants view their role as demanding, intense, and emotionally challenging, yet deeply rewarding, reinforcing their sense of mission and professional identity as nurse-firefighters. The second theme focused on the feelings and emotions experienced, revealing a mixture of anxiety, stress, and anguish alongside satisfaction, pride, and motivation. The third theme highlighted facilitating factors such as accumulated professional experience, good communication between teams, and the existence of clear protocols. The fourth examined hindering factors, including lack of leadership, shortage of human and material resources, adverse

environmental conditions, and pressure from bystanders. The fifth theme dealt with personal and professional implications, demonstrating that technical development and self-confidence coexist with physical fatigue, sleep disturbances, and emotional exhaustion. Finally, the sixth theme gathered suggestions for improving intervention, emphasising the importance of continuous training, post-incident debriefings, psychological support, and strengthening of human and material resources.

It is concluded that the nurse-firefighter plays an essential role in caring for polytraumatised victims in the pre-hospital setting. Despite the difficulties and emotional demands associated with the role, these professionals show resilience, ethical commitment, and a deep sense of service to the community. The study highlights the need for greater institutional recognition, the enhancement of continuing education, and the implementation of psychosocial support mechanisms to strengthen and dignify the role of the nurse-firefighter within the Portuguese medical emergency system.

Keywords: “Emergency nursing”; “Pre-hospital care”; “Multiple trauma”;

Dedicatória

À minha mãe, Josefa Azevedo, (In Memoriam), minha melhor amiga e eterna inspiração. A sua força, coragem e amor continuam a guiar-me todos os dias. Tudo o que sou reflete o que me ensinou a lutar, acreditar e nunca desistir. Vive em mim, em cada passo que dou e em cada sonho que realizo.

A mim mesma, pela coragem de continuar, pela perseverança e por transformar cada desafio em crescimento. Esta conquista é também prova de amor, força e esperança.

Agradecimentos

Ao Professor Especialista Filipe Vieira Franco, pela orientação, disponibilidade e exigência acadêmica que tornaram este trabalho possível.

Aos participantes do estudo, pela generosidade com que compartilharam as suas experiências e pela confiança depositada na investigação, sem a qual esta caminhada não teria o mesmo significado.

Ao meu pai, Adriano, e às minhas irmãs, Cássia e Quéssia, pelo amor e pela presença constantes.

Ao meu pai, pelo zelo diário, pelas refeições quentinhas, pela organização, pela proteção e segurança que sempre me ofereceu. Às minhas irmãs, pelo cuidado, pelo tempo compartilhado e por me ensinarem a ser uma pessoa melhor, inspirando-me a crescer com amor, coragem e gratidão.

Aos meus primos e melhores amigos — Mauro, Hélio, Rita, Jersia, Eliane, José, Keurilene e Inês — pelo apoio incansável, pela compreensão, pela atenção e pelo carinho demonstrados ao longo de todo o percurso acadêmico. Obrigada por acreditarem em mim, por procurarem sempre o meu melhor e por enxugarem cada lágrima com palavras de força e afeto. Esta vitória não é só minha — é nossa.

A todos os amigos e familiares, pelo incentivo, pelo carinho e pela presença que tornaram o caminho mais leve e o sonho mais possível.

Índice

1.Introdução.....	13
2.Enquadramento Conceptual.....	16
2.1. Contextualização do atendimento extra-hospitalar.....	16
2.1.1. Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal.....	16
2.2. Enquadramento Legal e Normativo da Atuação do Enfermeiro-bombeiro.....	17
2.3. O Politraumatizado no Contexto Extra-hospitalar.....	20
2.3.1. Definição e Conceitos-chave.....	20
2.3.2. Principais Causas e Mecanismos de lesão.....	20
2.3.3. Avaliação Inicial e Critérios de Gravidade.....	21
2.4. Desafios e Dilemas Éticos na Atuação do Enfermeiro-bombeiro.....	22
3.Fase Metodológica.....	24
3.1. Tipo de estudo.....	24
3.2. Meio.....	26
3.3. Participantes do Estudo.....	26
3.4. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados.....	28
3.5. Considerações Éticas.....	30
4.Enquadramento Empírico.....	31
4.1. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados.....	31
4.1.1. Processo de Contacto e Seleção dos Participantes.....	31
4.1.2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	32
4.1.3. Síntese do Procedimento de Análise de Conteúdo.....	33
4.1.3.1. Significado Atribuído à Experiência Profissional.....	34
4.1.3.2. Sentimentos e Emoções no Atendimento Extra-hospitalar.....	38
4.1.3.3. Fatores Facilitadores no AEH a Vítimas Politraumatizadas.....	44
4.1.3.4. Fatores Dificultadores no AEH a Vítimas Politraumatizadas.....	49
4.1.3.5. Implicações Pessoais e Profissionais.....	55
4.1.3.6. Sugestões Para a Melhoria da Intervenção.....	59
Conclusão.....	62
Referências bibliográficas.....	66
Anexos / Apêndices.....	76

Índice de diagramas

Diagramas n.º 1- Experiências dos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas;

Diagramas n.º 2 - Significado atribuído à experiência profissional;

Diagramas n.º 3 - Sentimentos / Emoções vivenciadas pelos enfermeiros-bombeiros;

Diagramas n.º 4 - Fatores facilitadores do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas;

Diagrama n.º 5 - Fatores dificultadores do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas: categorias e subcategorias;

Diagrama n.º 6 - Sentimentos / Emoções vivenciadas pelos enfermeiros-bombeiros;

Diagrama n.º 7 - Sugestões para a melhoria da intervenção extra-hospitalar;

Índice de anexos

Anexo I - Declaração para Utilização do Instrumento;

Anexo II - Comprovativo de Contacto com Comandantes;

Anexo III - Declaração de Consentimento Informado;

Índice de apêndices

Apêndice I - Guião da Entrevista;

Apêndice II - Grelha de Análise de Conteúdo;

Abreviaturas, acrónimos e siglas

ABCDE – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure

AEH - Atendimento extra-hospitalar

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DAE – Desfibrilhação Automática Externa

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR - Diário da República

E01, E02, E03, E04, E05, E06, E07, E08 – Códigos dos participantes no estudo

EIP – Equipa de Intervenção Permanente

ESS-UIP - Escola Superior de Saúde - Universidade Fernando Pessoa

GCS – Glasgow Coma Scale (Escala de Coma de Glasgow)

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS – International Trauma Life Support

LBP – Liga dos Bombeiros Portugueses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PHTLS – Prehospital Trauma Life Support

Experiências dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Extra-Hospitalar a Vítimas Politraumatizadas.

SBV – Suporte Básico de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRPCBA – Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores

TNCC – Trauma Nursing Core Course

UE - União Europeia

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

OMS (WHO) - Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

Introdução

Este estudo integra-se na fase final do percurso académico conducente à obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem, constituindo um requisito formal e obrigatório para a conclusão da formação de base. O trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação e Investigação, pertencente ao 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa (ESS-UIP), enquadrando-se no domínio da investigação científica em Enfermagem e visando o desenvolvimento de competências de análise crítica, reflexão e produção de conhecimento fundamentado na evidência.

Ao longo da história, o ser humano tem-se revelado vulnerável a múltiplos fatores suscetíveis de provocar lesões traumáticas, internas ou externas. Essas lesões podem ter natureza física, como os traumas resultantes de impacto frequentemente associados a acidentes de viação, ou etiologia química, como acontece nas queimaduras. Esta realidade reflete a fragilidade intrínseca do organismo perante riscos emergentes do contexto social e ambiental. O processo acelerado de urbanização e o ritmo cada vez mais intenso da vida quotidiana têm contribuído para o aumento da frequência e da gravidade dos episódios traumáticos. Paralelamente, os avanços tecnológicos e a crescente complexidade das atividades humanas originaram novos mecanismos de trauma que representam desafios adicionais para a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e das estruturas de proteção civil. Estas transformações exigem intervenções rápidas, especializadas e tecnicamente diferenciadas, de modo a dar resposta às exigências atuais da sociedade (Verão, 2013).

As lesões traumáticas constituem, à escala mundial, um problema de saúde pública de grande impacto e são responsáveis por uma proporção significativa da mortalidade global. Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 4,4 milhões de mortes por causas traumáticas, o que corresponde a aproximadamente 8% de todas as mortes registradas. Entre as principais causas encontram-se os acidentes rodoviários, as quedas, os afogamentos, as queimaduras, o suicídio e o homicídio. O trauma tem impacto particularmente relevante nas faixas etárias mais jovens, sendo uma das principais causas de morte entre os 5 e os 29 anos (World Health Organization [WHO], 2024). Em Portugal, esta realidade mantém expressão significativa. Em 2021 registaram-se 561 vítimas mortais e 2 161 feridos graves em acidentes rodoviários. Apesar da redução de

22% no número de óbitos face à última década, o país apresenta uma taxa de mortalidade de 54 vítimas por milhão de habitantes, valor superior à média da União Europeia (UE) (European Commission, 2023).

A resposta nacional às emergências em contexto extra-hospitalar está organizada através do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), que assegura a articulação de diversas entidades, com especial destaque para as corporações de bombeiros voluntários. Estas encontram-se frequentemente na primeira linha de atuação em acidentes rodoviários, catástrofes, episódios de trauma e situações súbitas que colocam em risco a vida (INEM, 2023).

Neste contexto, destaca-se a figura do enfermeiro-bombeiro, profissional que acumula funções clínicas e operacionais e que apresenta um perfil técnico singular. A conjugação de conhecimento teórico-científico com experiência prática em ambientes instáveis permite uma resposta célere e eficaz, essencial à prestação de cuidados diferenciados e de elevada complexidade (Mota, Cunha & Santos, 2021). Apesar disso, a inexistência de regulamentação uniforme sobre as suas competências específicas continua a gerar disparidades de prática e fragiliza o reconhecimento formal do seu papel diferenciado (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A escolha desta temática surge da crescente atenção científica e profissional em torno do papel do enfermeiro-bombeiro e da constatação de uma lacuna na literatura nacional relativamente à sua intervenção em vítimas politraumatizadas. Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da presença de enfermeiros nas equipas de emergência, sobretudo nas corporações de bombeiros voluntários. Contudo, permanece escassa a evidência empírica que permita sustentar, de forma clara, o reconhecimento legal e institucional das suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2023; Liga dos Bombeiros Portugueses, 2025). A pertinência deste estudo resulta, assim, da necessidade de compreender o impacto efetivo da atuação destes profissionais em contextos de trauma múltiplo e elevada exigência. Embora algumas investigações apontem potenciais benefícios quando existem enfermeiros integrados nas equipas de emergência, no caso particular dos enfermeiros-bombeiros persiste um vazio científico, agravado pelas limitações de recursos e pela pressão técnica, física e emocional a que estes profissionais estão sujeitos (Marco António, 2021).

Tendo em conta o enquadramento teórico e a problemática delineada, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais as experiências dos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas?

O presente estudo tem como objetivo geral compreender as experiências vividas pelos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas. Como objetivos específicos, pretende-se compreender o significado atribuído à experiência no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas; analisar sentimentos e emoções associados ao atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas; identificar fatores facilitadores/dificultadores do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas; Identificar implicações pessoais e profissionais dessas vivências e descrever sugestões para a melhoria da atuação em vítimas politraumatizadas no ambiente extra-hospitalar. Para alcançar estes objetivos, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e do tipo descritivo simples. A recolha de dados realizou-se por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando um instrumento previamente construído por Franco (2020), que incluía questões de caracterização sociodemográfica e profissional, bem como perguntas dirigidas ao fenómeno em estudo. As entrevistas foram gravadas em formato áudio, integralmente transcritas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2020), considerada adequada para estudos qualitativos de carácter interpretativo.

Em termos estruturais, o estudo encontra-se organizado em três capítulos principais, seguindo a orientação metodológica proposta por Fortin (1999) para estudos qualitativos em enfermagem. O primeiro capítulo, Enquadramento Conceptual, reúne os referenciais teóricos e científicos que sustentam a problemática em análise. O segundo capítulo, Enquadramento Metodológico, descreve a abordagem qualitativa adotada, o desenho do estudo, os participantes, os procedimentos de recolha e os métodos de análise, fundamentados nas propostas da mesma autora. Por fim, o terceiro capítulo, Enquadramento Empírico, é dedicado à apresentação e interpretação dos resultados obtidos. O documento integra ainda as referências bibliográficas e os anexos/apêndices, onde se incluem os instrumentos utilizados e os restantes documentos de suporte.

1. Enquadramento Conceptual

Segundo Fortin (1999, p. 93), o enquadramento teórico assume uma “função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) representando a ordenação dos conceitos e subconceitos (...) para suportar teoricamente a análise posterior do objeto em estudo”.

Neste capítulo, apresentam-se os principais conceitos fundamentais à compreensão do fenómeno em análise. São abordados o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal, o papel do enfermeiro-bombeiro no contexto extra-hospitalar, bem como a abordagem à vítima politraumatizada neste mesmo cenário de atuação.

2. 1. Contextualização do Atendimento Extra-Hospitalar

2. 1. 1. Sistema Integrado de Emergência Médica em Portugal

Em Portugal continental, o atendimento extra-hospitalar é da responsabilidade do INEM. Esta entidade tem por missão “definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica (...) por forma a garantir aos(às) sinistrados(as) ou vítimas de doença súbita” (INEM, 2023).

O SIEM constitui o modelo organizativo responsável por garantir uma resposta coordenada e eficiente às situações de emergência médica em território nacional. Este sistema assenta na articulação dinâmica entre diferentes entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da proteção civil, promovendo a integração de ações a nível extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar (INEM, 2023).

De acordo com o INEM (2023), a eficácia do SIEM depende da cooperação operacional entre múltiplos agentes, entre os quais se destacam os corpos de bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, as Forças Armadas, os hospitais do SNS e os CODU. Estes intervenientes atuam de forma articulada, garantindo uma resposta célere e eficaz perante situações de urgência e emergência médica.

O CODU, regulamentado pelo Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro, são definidos como estruturas de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do SIEM, tendo como atribuições a gestão dos pedidos de socorro, a triagem clínica e o

aconselhamento de pré-socorro relativamente às chamadas encaminhadas através do número europeu de emergência (112). Compete-lhes, ainda, a seleção e o acionamento dos meios de emergência médica mais adequados, em função da avaliação clínica da situação apresentada (INEM, 2023).

Esta estrutura organizacional visa assegurar uma prestação de cuidados eficiente, segura e integrada, articulando, de forma contínua, as equipas de emergência no terreno com as unidades de saúde hospitalares e extra - hospitalares, promovendo assim a continuidade dos cuidados e a redução da morbilidade e mortalidade associadas a situações de urgência médica.

No contexto das valências do SIEM, destaca-se a intervenção das corporações de bombeiros, que desempenham um papel essencial na resposta extra - hospitalar e na estabilização inicial das vítimas em cenários de emergência. É precisamente neste âmbito que se encontram os enfermeiros-bombeiros, profissionais que aliam competências técnicas e científicas de Enfermagem a uma atuação operacional no domínio da emergência extra - hospitalar, constituindo um elo fundamental na prestação de cuidados diferenciados a vítimas politraumatizadas e em situações críticas de saúde.

2. 2. Enquadramento Legal e Normativo da Atuação do Enfermeiro-bombeiro

A Ordem dos Enfermeiros define a enfermagem como “a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autónoma ou em equipa atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde”. Acrescenta que “o título de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2022, p. 179).

Embora ainda não reconhecida como profissão autónoma ou regulamentada formalmente, a função de enfermeiro-bombeiro tem vindo a afirmar-se no contexto extra-hospitalar. O perfil integra competências técnico-operacionais próprias do bombeiro e competências clínicas do enfermeiro, permitindo atuação assistencial e operacional. Em cenários de trauma ou catástrofe, sobretudo onde a presença de equipas

médicas diferenciadas é inexistente ou reduzida, este profissional assume particular relevância.

Em diversas situações, os enfermeiros-bombeiros participam na resposta extra-hospitalar através de ambulâncias associadas às corporações de bombeiros, articulando-se com os restantes meios do SIEM, dentro dos limites legais da atuação profissional (Decreto-Lei n.º 247/2007; Decreto-Lei n.º 19/2011; Ordem dos Enfermeiros, 2022). A Ordem dos Enfermeiros tem reconhecido publicamente a importância da sua integração na proteção civil, sublinhando que “é evidente a melhoria da qualidade da resposta na emergência extra-hospitalar com a inclusão de enfermeiros nos corpos de bombeiros e na proteção civil” (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Em 2025, este posicionamento foi reforçado com o protocolo celebrado entre o INEM e a Liga dos Bombeiros Portugueses, visando aumentar a presença de enfermeiros nos meios de Suporte Imediato de Vida, especialmente em territórios de baixa densidade (Ordem dos Enfermeiros, 2025).

O exercício profissional do enfermeiro-bombeiro encontra-se enquadrado no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), que estabelece os princípios, deveres, competências e limites da prática profissional, aplicáveis a todos os contextos de atuação, incluindo o extra - hospitalar e o inserido nas corporações de bombeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Adicionalmente, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento da Competência Acrescida em Emergência Extra-Hospitalar (2018), que define requisitos de certificação e perfil de competências para enfermeiros que atuem fora do ambiente hospitalar, reforçando a capacidade técnica e científica destes profissionais em cenários de urgência e catástrofe (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No âmbito operacional, as corporações de bombeiros estão sujeitas ao Decreto-Lei n.º 64/2019, que estabelece o regime jurídico das corporações e define a estrutura, organização e competências. Mais recentemente, a Portaria n.º 60/2024, relativa às Equipas de Intervenção Permanente (EIP), reforçou a necessidade de profissionais qualificados, incluindo enfermeiros-bombeiros, especialmente em regiões com elevada frequência de ocorrências e maior exigência de socorro diferenciado (Diário da República, 2024).

É importante sublinhar que, independentemente do contexto, incluindo situações de emergência e catástrofe, o exercício profissional do enfermeiro-bombeiro continua a estar vinculado ao Código Deontológico dos Enfermeiros, que consagra princípios de dignidade da pessoa, rigor técnico e científico, autonomia responsável e compromisso com a qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Em paralelo, a atuação deve respeitar as normas operacionais do INEM e da ANEPC, garantindo a legalidade da intervenção e a articulação correta com outros agentes do SIEM.

No contexto extra-hospitalar, o enfermeiro-bombeiro assume papel central na assistência a vítimas de trauma ou de doença súbita. A atuação integra-se nos dispositivos do SIEM, nomeadamente ambulâncias de socorro, meios de Suporte Imediato de Vida e, em alguns casos, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) (INEM, 2022).

Entre as responsabilidades destacam-se a avaliação primária e secundária no local, estabilização hemodinâmica, respiratória e neurológica, administração de oxigénio, fluidoterapia e analgesia de acordo com os protocolos vigentes. Compete-lhe manter comunicação eficaz com os CODU e com as unidades hospitalares de referência, assegurando transporte seguro e registo clínico contínuo desde o primeiro contacto até à entrega na unidade de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2021; INEM, 2022). De acordo com Mota et al. (2021), perante trauma grave, a intervenção do enfermeiro no cenário extra-hospitalar reduz o tempo para estabilização e melhora parâmetros críticos como a oxigenação.

Em síntese, embora o estatuto formal do enfermeiro-bombeiro ainda não esteja totalmente regulamentado, existe um conjunto de referenciais legais e normativos que assegura a prática segura, ética e qualificada deste profissional, através da articulação entre a legislação da Enfermagem, a regulamentação das corporações de bombeiros e os protocolos institucionais que visam a excelência da resposta em emergência extra-hospitalar (Ordem dos Enfermeiros, 2015; 2018; 2022; 2025; INEM, 2023; Diário da República, 2024).

2.3. O Politraumatizado no Contexto Extra-hospitalar

2.3.1. Definição e Conceitos-chave

De acordo com Martinez (2013), considera-se politraumatizado o doente que apresenta duas ou mais lesões traumáticas graves, sejam de natureza visceral, periférica ou de outra origem, que colocam a vida em risco iminente, particularmente quando existem comprometimentos respiratórios ou circulatórios. Nestes casos, é fundamental uma intervenção rápida e organizada, baseada em protocolos internacionalmente reconhecidos, como o ABCDE do *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* e o *Trauma Nursing Core Course (TNCC)*, conforme recomendado pelo Manual de Boas Práticas em Trauma da Ordem dos Médicos (ATLS, 2018; TNCC, 2014).

Do ponto de vista fisiopatológico, o politraumatismo resulta de uma alteração súbita do equilíbrio orgânico, causada pela transferência violenta de energia entre o corpo e o meio ambiente. Este fenómeno pode ser desencadeado por acidentes rodoviários, quedas de grande altura, queimaduras extensas, esmagamentos ou exposição a agentes químicos, entre outras situações de elevada energia traumática (Espinoza, 2011).

1. 3. 2. Principais Causas e Mecanismos de Lesão

O mecanismo de lesão é conhecido como o processo biomecânico através do qual a energia externa é transmitida ao corpo humano. Essa transmissão pode ocorrer por aceleração, desaceleração, compressão, cisalhamento ou penetração. A desaceleração está habitualmente presente em colisões ou quedas. Produz forças internas que provocam deslocamentos diferenciais entre órgãos fixos e móveis, originando roturas vasculares ou lacerações de órgãos sólidos. O impacto direto, comum em atropelamentos ou colisões laterais, resulta frequentemente em contusões torácicas, fraturas costais ou traumatismo craniano. A projeção do corpo aumenta o número de impactos sofridos pela vítima e potencia o risco de politraumatismo. Os acidentes laborais podem provocar lesões por compressão prolongada, originando síndrome de esmagamento com rhabdomiólise. Os ferimentos por penetração dependem da trajetória e da velocidade do objeto agressor, podendo produzir lesões mais extensas do que o trajeto aparente sugere (*Emergency Nurses Association [ENA]*, 2007; INEM & SRPCBA, 2023).

O reconhecimento precoce do mecanismo de lesão permite, logo na fase inicial da abordagem extra-hospitalar, antecipar possíveis lesões internas e orientar a aplicação sistemática da sequência de avaliação primária conhecida como ABCDE (via aérea, ventilação, circulação, déficit neurológico e exposição). Esta análise contribui igualmente para a tomada de decisão quanto ao destino da vítima (INEM, 2023).

2. 3. 3. Avaliação Inicial e Critérios de Gravidade

A avaliação primária, estruturada segundo o ABCDE, constitui o alicerce da abordagem inicial. Deve iniciar-se no local da ocorrência, mesmo em ambientes instáveis ou com recursos limitados, visando identificar e corrigir condições potencialmente fatais como obstrução da via aérea, ventilação ineficaz, hemorragia significativa, alteração neurológica aguda ou hipotermia (ATLS, 2018; TNCC, 2014).

Em contexto português, a presença do enfermeiro no cenário extra-hospitalar tem impacto direto na estabilização, com vigilância contínua, analgesia atempada e técnicas de estabilização e imobilização (Mota et al., 2021). Os mesmos autores sublinham que o controlo eficaz da dor no local reduz a resposta simpática exacerbada, favorecendo a estabilidade hemodinâmica e o prognóstico.

O ABCDE é uma abordagem universalmente aceite e recomendada no país (Massada et al., 2009, citado por Franco, 2020).

- *A, Airway*: avaliar e garantir via aérea permeável, com estabilização cervical, procedendo a entubação quando apresenta GCS inferior a 8.
- *B, Breathing*: avaliar ventilação e oxigenação, detetar sinais de compromisso respiratório e iniciar oxigenoterapia ou ventilação assistida quando indicado; monitorizar situações como pneumotórax ou hemotórax e preparar intervenções médicas quando necessário.
- *C, Circulation*: identificar e controlar hemorragias externas, avaliar perfusão, obter acessos venosos de grande calibre e iniciar reposição com cristaloides quando indicado; considerar causas reversíveis enquadradas nos “4H” e “4T” (hipotermia, hipóxia, hipovolemia, hiper/hipocalemia e tóxicos, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, trombose).

- D, *Disability*: Avaliar rapidamente o estado neurológico para prevenir lesões secundárias causadas por hipóxia e hipotensão. Deve observar-se o nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow, a resposta pupilar à luz e a presença de sinais de lateralização (assimetria na resposta motora). Se o valor da Escala de Coma de Glasgow for inferior a oito, deve ser considerada a entubação para proteção da via aérea. A anisocoria, a ausência de resposta pupilar e a resposta de *Cushing* podem indicar hipertensão intracraniana e requerem atuação imediata.
- E, *Exposure*: expor para pesquisa sistemática de lesões, prevenindo perda de calor com medidas simples como cobertores isotérmicos, isolamento do solo e aquecimento de fluidos. Segundo Rito et al. (2024), apenas 6,5 por cento dos registos incluíam ações concretas de prevenção da hipotermia, com implicações prognósticas (INEM, 2023; Franco, 2020).

Bonfim et al. (2023) oferece contributos relevantes ao destacar a necessidade de competências consolidadas para atuação em cenários de envolvendo vítimas politraumatizadas, com avaliação célere, priorização adequada e liderança técnica em ambientes de elevada pressão. Estes aspetos são reconhecíveis no perfil do enfermeiro-bombeiro.

Tomando em consideração a evidência apresentada, a atuação do enfermeiro no cenário extra-hospitalar assume centralidade no processo de resgate e estabilização, combinando rigor técnico, pensamento clínico crítico e sensibilidade humana.

2. 4. Desafios e Dilemas Éticos na Atuação do Enfermeiro-bombeiro

Em emergência extra-hospitalar, o enfermeiro-bombeiro enfrenta decisões clínicas críticas em ambientes marcados por instabilidade, informação limitada e forte pressão temporal. Podem surgir escolhas entre intervenções válidas, mas mutuamente exclusivas, como priorizar estabilização de vítimas ou interromper manobras para garantir segurança própria. Tais situações configuram dilemas éticos complexos. Sandman e Nordmark (2006) identificam nove tipos recorrentes de conflitos éticos em contexto extra-hospitalar: (1) prestação de cuidados contra a vontade do utente; (2)

ausência de consentimento informado; (3) substituição da vontade da pessoa; (4) decisões baseadas na evidência em detrimento da preferência individual; (5) intervenção quando o doente aparenta não necessitar de ajuda; (6) imposição de cuidados presumindo incapacidade decisória; (7) recusa de assistência pelo utente quando a equipa a considera necessária; (8) divergência entre profissionais; e (9) prestação de cuidados que colidem com valores culturais ou pessoais do profissional.

A urgência inerente dificulta muitas vezes a obtenção de consentimento informado completo. Nesses casos, a atuação assenta no princípio da beneficência, procurando o melhor interesse do utente, entrando em aparente conflito com o princípio da autonomia (Bruun et al., 2022). Este confronto permanente gera stress moral, fenómeno reconhecido em contextos de emergência. Segundo Franco (2020), trata-se de um “paradoxo violento”, exigindo resistência para garantir adaptação e sobrevivência, ainda que essa resistência possa ser ameaçada por exaustão progressiva. Recuperando Ramos (2001), o stress emerge “como uma relação particular entre a pessoa e o seu meio, marcada pela perceção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de coping e que pode pôr em perigo o seu bem-estar”.

As manifestações não se limitam a respostas fisiológicas imediatas. Incluem conflitos internos, sentimentos de culpa e sofrimento psicológico, por vezes intensificados quando as decisões tomadas sob urgência são alvo de julgamento posterior. Bruun et al. (2022) sublinham que a inexistência de espaços formais e seguros para reflexão ética após a intervenção acentua o sofrimento e perpetua o mal-estar. Os efeitos não cessam com o final do turno; como ilustra um testemunho no estudo de Franco (2020), “As vítimas de trauma são sempre para mim as que me deixam mais incomodada, mas levo algumas para casa (...)”, revelando extensão emocional e desgaste cumulativo, com potenciais perturbações do sono, ansiedade e fadiga emocional.

A conjugação entre elevada exigência de desempenho e ausência de protocolos de suporte ético e emocional no pós intervenção agrava este quadro. Em Portugal, Oliveira et al. (2020) assinalam que o apoio entre pares, embora ainda pouco estruturado, é ferramenta valiosa na atenuação do impacto emocional associado à decisão clínica em emergência. Quando implementado de forma eficaz, promove bem-estar dos profissionais e maior ponderação e qualidade nas decisões em cenários críticos.

3. Fase Metodológica

A fase metodológica, tal como definido por Fortin (1999) consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação. Ainda segundo a autora, nesta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas; define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados; assegura-se também que os instrumentos são fíeis e válidos. Estas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação (Fortin, 1999).

3. 1. Tipo de Estudo

Com o objetivo de atingir as metas estabelecidas, optou-se pela realização de um estudo qualitativo, transversal, do tipo descritivo simples e exploratório. Esta abordagem revelou-se adequada para descrever fenómenos e realidades associadas ao tema em análise.

A investigação qualitativa é compreendida como a compreensão dos fenómenos, explorando-os a partir da perspectiva dos participantes, num ambiente natural e em relação ao seu contexto, procurando assim entender como os indivíduos experienciam e interpretam os fenómenos que os rodeiam, aprofundando os seus pontos de vista, significados e experiências subjetivas (Puch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Encyclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman & Geist, 2008; Carey, 2007; DeLyser, 2006, cit. in Sampieri, 2014).

Esta metodologia permite aceder à forma como cada sujeito sente, vive e interpreta o que acontece no seu meio. No contexto específico dos enfermeiros-bombeiros, é fundamental compreender as suas percepções, decisões e reações face a situações críticas, como o atendimento a vítimas politraumatizadas. O foco não reside apenas na recolha de dados factuais, mas na apreensão dos sentidos e emoções que acompanham as experiências vividas.

Segundo Dias et al. (2004), esta abordagem possibilita ao investigador o planeamento de intervenções mais humanas, baseadas no conhecimento empírico da experiência tal como é vivida, de forma singular, por cada indivíduo.

Adotou-se uma abordagem exploratória, pois o objetivo consistiu em observar e compreender um fenómeno ainda pouco estudado em Portugal: as vivências dos enfermeiros-bombeiros no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas. Este tipo de estudo é pertinente para descrever realidades pouco conhecidas, identificar relações, padrões e significados que emergem da escuta atenta das experiências, permitindo aprofundar ideias, clarificar conceitos e abrir caminho a investigações futuras (Gil, 1995).

Paralelamente, a investigação integrou uma componente descritiva, adequada quando existe uma base teórica prévia, embora o conhecimento continue limitado. Nestes casos, o enfoque está na recolha e análise de informação que permita caracterizar melhor um grupo profissional ou fenómeno específico (Fortin, 1999).

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), o propósito deste tipo de estudo é descrever acontecimentos, situações ou fenómenos, compreendendo a forma como se manifestam na realidade e são experienciados pelas pessoas envolvidas.

Para Fortin (1999), num estudo descritivo simples pretende-se descrever um fenómeno ou conceito aplicado a uma população específica, com o intuito de identificar as suas características principais.

No presente caso, a população-alvo foram enfermeiros-bombeiros com experiência direta no atendimento a vítimas de politraumatizadas em ambiente extra-hospitalar. Foram recolhidos testemunhos em primeira pessoa, respeitando a singularidade de cada narrativa e o modo como cada profissional sentiu, viveu e interpretou os acontecimentos. Cada experiência foi considerada única e significativa, sendo a análise centrada na vivência subjetiva e nos significados expressos nas palavras dos participantes, valorizando os sentimentos, decisões e interpretações que configuram o ato de cuidar em contextos de emergência.

3. 2. Meio

Segundo Fortin (1999), cabe ao investigador definir o contexto em que o estudo será conduzido, justificando a escolha em conformidade com os objetivos da investigação. O presente estudo foi desenvolvido em contexto natural, ou seja, fora de ambientes artificiais ou sujeitos a controlo experimental. De acordo a autora, considera-se natural o local onde os estudos “se efetuam em qualquer parte, fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios” (Fortin, 2009, p. 42).

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas por videochamada (pela plataforma Zoom), em horários e locais definidos pelos próprios participantes, de modo a garantir que a partilha de experiências ocorresse num ambiente confortável, autêntico e integrado na rotina quotidiana dos entrevistados. Esta etapa decorreu entre os meses de março e julho de 2025, precedida de autorização formal dos participantes, dos responsáveis pelas corporações contactadas e da validação institucional do protocolo de investigação, assegurando a conformidade ética e legal.

O recurso à videochamada como instrumento de recolha de dados permitiu manter a proximidade e a interação necessária à obtenção de informações detalhadas e significativas, mantendo ao mesmo tempo a flexibilidade logística e o conforto dos participantes.

3. 3. Participantes do Estudo

A seleção dos participantes foi realizada com base na experiência concreta que detinham relativamente ao fenómeno em estudo. De acordo com Streubert e Carpenter (2011), em investigações qualitativas opta-se por incluir pessoas que tenham vivido, em primeira pessoa, a experiência que se pretende compreender, e que sejam capazes de a descrever de forma clara e significativa. A escolha não ocorre de forma aleatória, mas fundamenta-se na relevância da experiência vivida, privilegiando a profundidade e a qualidade da informação partilhada.

Após a formulação da questão de investigação e a definição da abordagem metodológica, tornou-se necessário estabelecer os critérios de inclusão. Segundo Fortin (2009, p. 41), a população de estudo “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos), que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios

estabelecidos para o estudo”. Polit e Hungler (2011, p. 268) definem esta população como o “(...) conjunto de casos acerca do qual o investigador pretende fazer uma generalização”.

No presente estudo, a população-alvo foi constituída por enfermeiros-bombeiros pertencentes a corporações da área metropolitana do porto.

A amostragem adotada foi do tipo não probabilística, uma vez que, em investigação qualitativa, o principal objetivo não é a generalização estatística dos resultados, mas sim a compreensão aprofundada das experiências individuais dos participantes. Conforme apontam Ragin (1994), Samure (1998) e Given (2008, cit. in Sampieri, 2014), neste tipo de amostragem os participantes são selecionados com base na sua relevância para o tema em análise, e não segundo critérios de aleatoriedade, garantindo que a informação obtida seja rica, pertinente e representativa das vivências estudadas.

Foram definidos dois critérios de inclusão: (1) exercer funções como enfermeiro-bombeiro em contexto extra-hospitalar, com pelo menos dois anos de experiência profissional; e (2) manifestar disponibilidade e concordância para participar no estudo. O primeiro critério fundamenta-se na perspetiva de Patricia Benner (2001), segundo a qual, a partir do segundo e terceiro ano de prática clínica, os profissionais já desenvolvem um nível de competência que lhes permite atuar com maior segurança, discernimento e consciência situacional.

O número final de participantes foi determinado de forma flexível, ao longo do processo de recolha de dados, segundo o princípio da saturação. Conforme sustenta Neuman (2006), em estudos qualitativos, a saturação ocorre quando os dados começam a repetir-se e deixam de surgir informações novas. Também Bogdan e Biklen (1994) reforçam que, neste tipo de investigação, a ênfase deve ser colocada na profundidade e riqueza das respostas, e não no número absoluto de participantes.

No total, participaram oito enfermeiros-bombeiros. As entrevistas foram realizadas por videochamada, em horários previamente acordados com cada profissional, de modo a assegurar a conveniência e conforto dos participantes. Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento informado e posteriormente transcritas, recorrendo à ferramenta Google Docs®.

3. 4. Procedimento de Recolha e Tratamento de Dados

O processo de recolha de dados foi realizado através de entrevistas semiestruturadas, com base num guião previamente validado e cedido pelo orientador científico do estudo, após pedido formal de autorização (ver anexo I). O guião em questão foi originalmente desenvolvido no âmbito de um protocolo de investigação anterior e ajustado ao presente estudo, assegurando a pertinência das questões face ao objetivo e à população-alvo.

A entrevista semiestruturada foi escolhida por permitir um equilíbrio entre a orientação temática e a flexibilidade discursiva, possibilitando que os participantes partilhassem experiências de forma espontânea e contextualizada (Quivy & Campenhoudt, 2008). As questões abertas possibilitaram explorar dimensões subjetivas e perceções individuais, assegurando a recolha de informação rica e diversificada, mas sempre centrada na problemática em estudo.

As entrevistas foram realizadas através da plataforma Zoom, em horários previamente acordados com os participantes. Todas foram gravadas mediante consentimento informado e transcritas integralmente no Google Docs®, com o intuito de preservar a autenticidade e riqueza dos testemunhos. O processo de transcrição procurou manter uma correspondência fiel entre o discurso oral e o registo escrito, valorizando detalhes como pausas, entoações e expressões específicas que enriquecem a compreensão das vivências relatadas.

A análise foi conduzida com base na técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2020), permitindo identificar categorias temáticas e padrões emergentes nas experiências partilhadas. Esta abordagem revelou-se particularmente adequada ao carácter qualitativo e exploratório do presente estudo, facilitando a organização e interpretação dos discursos em torno de temas que se foram evidenciando ao longo das narrativas.

Fortin (1999) sublinha que esta fase da investigação qualitativa é especialmente exigente, requerendo do investigador elevado nível de concentração, escuta atenta e sensibilidade para captar as nuances do discurso. Bardin (2020, p.20) define a análise de conteúdo como uma “ técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”.

A análise iniciou-se com uma leitura flutuante, isto é, uma leitura inicial, livre e sem marcações, que teve como objetivo apreender o tom geral das entrevistas e familiarizar o investigador com o estilo discursivo de cada participante. Seguiram-se leituras sucessivas, mais analíticas, que permitiram a identificação de unidades de registo (frases, expressões ou excertos com valor significativo) e o seu agrupamento em torno de temáticas comuns.

Com base nessas unidades foram constituídas categorias temáticas como: significado atribuído às experiências no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas, emoções e sentimentos vivenciadas pelo enfermeiro-bombeiro no AEH, fatores facilitadores do AEH, fatores dificultadores, implicações para a vida pessoal e profissional e sugestões para melhorar o atendimento extra-hospitalar. Dentro de algumas categorias gerais emergiram subcategorias específicas, permitindo uma análise mais detalhada e ajustada às particularidades dos discursos.

Todo o processo de tratamento dos dados foi conduzido manualmente. O investigador optou por não recorrer a software específico de análise qualitativa, considerando que o contacto direto com o material recolhido favorecia uma abordagem mais sensível, autêntica e intuitiva à experiência comunicada pelos participantes. Embora esta opção implicasse maior investimento de tempo, possibilitou uma leitura mais humanizada e não mecanizada dos testemunhos, respeitando a subjetividade que caracteriza a investigação qualitativa.

A análise temática demonstrou ser eficaz na sistematização e interpretação de experiências complexas, particularmente no contexto de emergência em que os enfermeiros-bombeiros atuam. Procurou-se atribuir sentido ao conteúdo das entrevistas, respeitando a integridade do discurso individual e evitando distorções ou generalizações indevidas. O objetivo central consistiu em identificar padrões de significado que pudessem contribuir para responder à questão de investigação, com rigor metodológico e respeito pelas vozes dos participantes.

Minayo (2014) reforça que a análise temática constitui uma das abordagens mais adequadas à investigação qualitativa em saúde, dada a sua capacidade de traduzir o conteúdo narrativo em categorias interpretativas consistentes, sem comprometer a singularidade da experiência humana.

3. 5. Considerações éticas

A investigação científica envolvendo seres humanos impõe necessariamente a observância de princípios éticos fundamentais. Como referem Polit e Hungler (2011, p. 62), “(...) a proliferação de investigações com seres humanos tem gerado similares preocupações e controvérsias em matéria de ética acerca da proteção dos direitos dos participantes.” Esta afirmação evidencia a centralidade da proteção dos indivíduos envolvidos em qualquer processo de investigação.

Desde o início deste estudo, o investigador assegurou o cumprimento rigoroso dos princípios éticos universalmente reconhecidos na investigação em saúde. Fortin (1999) sublinha que existem limites éticos que não devem ser ultrapassados em nome da recolha de dados, sendo imperativo que o respeito pela dignidade da pessoa humana se sobreponha a qualquer outro interesse científico.

De acordo com Fortin (2009, p. 45), a integridade ética de um estudo exige o respeito por vários direitos fundamentais: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim, o direito a um tratamento justo e leal.” Todos estes princípios foram meticulosamente respeitados ao longo da presente investigação assegurando a sua legitimidade científica e ética. Após esta validação institucional, a investigadora estabeleceu contacto formal com as corporações de bombeiros envolvidas, obtendo a autorização dos respetivos comandantes para iniciar o processo de recrutamento dos participantes. Só após a explicação clara e completa dos objetivos e procedimentos do estudo foi solicitado o consentimento informado.

Segundo Polit e Hungler (2011, p. 88), “o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada no que refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.”. Todos os participantes foram devidamente informados, tendo aceitado participar de forma voluntária e sem qualquer coação, com conhecimento de que poderiam desistir a qualquer momento, sem prejuízo para si.

As entrevistas foram gravadas apenas após autorização expressa de cada participante. Os ficheiros de áudio foram encriptados, utilizados exclusivamente para efeitos de

transcrição e eliminados após a conclusão dessa etapa. Foi igualmente garantido o anonimato, não tendo sido recolhidos nem armazenados dados pessoais identificáveis. Para proteger a identidade dos participantes, cada profissional foi codificado de E01 a E08.

A proteção da identidade e dos dados dos participantes é um requisito essencial para assegurar o rigor e a confiança num estudo qualitativo. Essa proteção foi garantida ao longo de todo o processo, desde o primeiro contacto até à análise dos dados.

Em suma, a presente investigação foi conduzida com base nos princípios do respeito, da responsabilidade e da sensibilidade ética. A participação foi assegurada de forma livre, consciente e protegida, preservando-se em todas as fases a integridade científica e humana do estudo.

4. Enquadramento Empírico

4.1. Apresentação, Análise e Discussão dos Dados

Este capítulo apresenta os resultados decorrentes da análise dos dados recolhidos no âmbito do presente estudo, estruturando-se em duas partes complementares: numa primeira fase, procede-se à ao processo de contacto e seleção dos participantes e a análise e discussão dos dados sociodemográficos da amostra em estudo; numa segunda fase, é realizada a análise de conteúdo das entrevistas, segundo uma abordagem qualitativa, com base nas narrativas dos enfermeiros-bombeiros participantes.

4. 1. 1. Processo de Contacto e Seleção dos Participantes

Para o recrutamento dos participantes, foram realizados 56 contactos no total, distribuídos entre emails enviados a comandantes e a enfermeiros-bombeiros de diferentes corporações da área metropolitana do Porto. Dos contactos efetuados, 10 (17,9%) foram dirigidos diretamente aos comandantes e 46 (82,1%) aos enfermeiros-bombeiros.

Verificou-se uma taxa global de não resposta de 33,9% (n=19) relativamente aos emails enviados. Em diversos casos, as corporações contactadas não atenderam as chamadas telefónicas, nem responderam aos emails institucionais, o que dificultou o processo de recrutamento.

Adicionalmente, foram enviadas 9 mensagens individuais, 3 através de redes sociais e 6 por contacto telefónico direto. Destas, seis (66,7%) não obtiveram qualquer resposta. Entre os contactos estabelecidos, 4 profissionais manifestaram inicialmente disponibilidade para participar, mas não voltaram a responder após o primeiro contacto. Verificou-se ainda que três dos contactos correspondiam a estudantes de Enfermagem e dois a tripulantes de ambulância, pelo que foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão definidos para o estudo, representando 8,9% do total de contactos efetuados.

No total, o processo de contacto resultou em oito entrevistas concretizadas, correspondendo a 14,3% do total de contactos realizados. Em todas as situações em que houve resposta positiva, o contacto foi previamente autorizado pelos comandantes das corporações, que, posteriormente, partilharam os contactos dos enfermeiros via email, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e do consentimento informado. Importa referir que as oito entrevistas realizadas foram todas agendadas e iniciadas a partir de contacto efetuado por email, o qual constituiu o principal meio formal de comunicação entre o investigador e os participantes.

4. 1. 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra deste estudo integra oito enfermeiros com atividade em contexto extra-hospitalar, distribuídos por diferentes corporações de bombeiros da área metropolitana do Porto. Todos acumulam funções de prestação de cuidados de enfermagem com intervenção operacional no terreno, sendo identificados pelos códigos E01 a E08, de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados.

No que se refere ao género, 60 % (n=5) dos participantes são do sexo masculino e 40 % (n=3) do sexo feminino. As idades oscilam entre os 28 e os 51 anos. A participante mais velha, com 51 anos, apresenta um percurso profissional longo e consolidado em enfermagem, enquanto os elementos mais jovens, com idades compreendidas entre os 28 e os 34 anos, evidenciam trajetórias mais recentes, mas já com atividade contínua na área da emergência.

Relativamente às habilitações académicas, todos os participantes possuem licenciatura em Enfermagem (100 %; n=8). No que diz respeito à formação complementar em trauma e emergência extra-hospitalar, a totalidade da amostra referiu possuir

certificação em Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa (SBV + DAE). Além disso, 80 % (n=6) frequentaram cursos diferenciados como o *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), o *International Trauma Life Support* (ITLS) ou Abordagem Integrada ao Trauma, sendo que 40 % (n=3) indicaram já ter desempenhado funções de formador nas respetivas corporações.

Quanto ao tempo de experiência enquanto enfermeiros-bombeiros, 60 % (n=5) desempenham no período de seis e oito anos, ao passo que os restantes 40 % (n=3) têm menos de cinco anos de prática. Importa ainda sublinhar que quatro dos oito participantes (50 %; n=4) iniciaram o seu percurso como bombeiros voluntários antes ou durante a licenciatura em Enfermagem, o que lhes permitiu manter desde cedo uma dupla função de forma contínua.

4.1.3. Síntese do Procedimento de Análise de Conteúdo

A evidência empírica foi organizada em áreas temáticas, categorias e subcategorias, permitindo uma sistematização coerente das principais dimensões emergentes. Cada área temática é ilustrada com excertos representativos dos discursos dos participantes, devidamente contextualizados, de forma a garantir a clareza expositiva e a fidedignidade interpretativa. As citações são apresentadas entre aspas e identificadas pelo respetivo código alfanumérico (E01–E08), assegurando a confidencialidade dos participantes.

A análise de conteúdo seguiu um percurso metodológico rigoroso, conforme preconizado por Bardin (2020), envolvendo as etapas de pré-análise, codificação e categorização, com a identificação de unidades de registo e elaboração de sínteses interpretativas por subcategoria. Sempre que pertinente, a discussão dos resultados é articulada criticamente com a literatura científica da área, bem como com as orientações normativas nacionais, nomeadamente no âmbito da Enfermagem e da Proteção Civil, garantindo a robustez e a pertinência da análise realizada.

Diagrama N.º 1

Experiências dos enfermeiros-bombeiros no AEH a vítimas politraumatizadas



4.1.3.1. Significado Atribuído à Experiência Profissional

A leitura transversal dos discursos evidencia que o AEH em ambulância de SBV é vivenciado, pelos enfermeiros-bombeiros, como uma experiência intensa, desafiante e emocionalmente exigente, combinando três dimensões centrais: (1) satisfação pessoal e profissional; (2) desafio clínico-operacional; (3) Contributo para um melhor atendimento do paciente.

Diagrama N.º 2

Significado atribuído à experiência profissional.



Relativamente ao significado atribuído à experiência profissional no AEH a vítimas politraumatizadas, sete dos oito participantes do estudo referiram satisfação pessoal e profissional, tal como revelam nos seguintes discursos:

“Portanto, são essas coisas que, às vezes, acabam por nos compensar. Mesmo que sintamos que fizemos pouco, entre aspas, porque podíamos ter feito mais, não é? Sim... Mas acaba por marcar as pessoas, não é?” (E02)

“É sempre com muito bom grado que aceito este tipo de desafio, porque são oportunidades para aprendermos e nos adaptarmos. E isso faz com que, mais à frente, sejamos um pouco melhores em tudo.” (E03)

“Mas depois de, sei lá, 25 anos de ter salvo uma pessoa, voltar a vê-la... ou, passados 8 anos, reencontrar a menina a quem fiz o parto... opa, são daquelas coisas que nos tocam mesmo, não é?” (E04)

“Para mim, significa muito. É uma área que eu adoro, gosto mesmo do doente crítico. A nível profissional, acho que isso já transpareceu... eu gosto, filtro bem, e estou sempre disponível. Se for preciso fazer turnos de 16 horas, ou o que for, estou lá, porque é uma área que me apaixona” (E05)

“Quando uma família nos agradece, mesmo depois de termos feito tão pouco em termos técnicos, isso dá-nos uma sensação de missão cumprida. É nessas alturas que sinto que escolhi a profissão certa” (E06)

“Há dias em que penso que não trocava isto por nada. Ajudar pessoas em momentos tão frágeis dá-nos um sentido de utilidade que nenhuma outra profissão dá” (E07)

“O reconhecimento não vem sempre das instituições, mas vem muitas vezes dos doentes e famílias. E isso basta para me sentir realizada” (E08)

Estas perceções vão ao encontro de Bonfim et al. (2023), que associam o socorro a politraumatizados a elevados níveis de satisfação profissional e reforço da autoeficácia clínica. De forma complementar, Bravo (2020) identificou que os profissionais de emergência extra-hospitalar experienciam um elevado sentido de propósito e autorrealização pessoal, sobretudo quando percebem impacto direto dos seus atos para a sobrevivência do paciente.

O desafio, particularmente no contexto do AEH a vítimas politraumatizadas, foi apontado por cinco participantes como o principal motivo que sustentou a sua decisão de integrar esta equipa.

“É uma questão de nos tentarmos adaptar, ao doente que temos à frente, às pessoas com quem temos de trabalhar, aos materiais disponíveis. E, para mim, isso é sempre um desafio...”(E03)

“A vítima politraumatizada é aquela que, como se costuma dizer, nos dá mesmo adrenalina. É o tipo de situação que qualquer bombeiro gosta. E para um enfermeiro, ainda mais, porque é aí que conseguimos ver o verdadeiro impacto do nosso trabalho. Primeiro, porque há uma série de procedimentos que tens mesmo de cumprir, não é? Está tudo protocolado, tudo estruturado, já foi estudado, existem guidelines para praticamente tudo.”(E04)

“O principal de tudo é saber filtrar e ter um psicológico muito forte. Porque vai haver alturas em que as coisas não vão correr bem... vai haver alturas em que pode ser um dos nossos, familiares ou colegas mais próximos. (...) Mas não... às vezes não é preciso isso. O que eles querem é que seja mais rápido, simples e eficaz, e transportar, porque é no hospital que se trata.”(E05)

“Cada ocorrência é diferente, mesmo que a situação pareça semelhante. O que mais me desafia é gerir a pressão do tempo, porque no politrauma cada minuto pesa.” (E06)

“Gerir simultaneamente várias vítimas num acidente com múltiplos feridos foi das coisas mais difíceis que vivi. A triagem rápida é um desafio enorme.” (E08)

Os relatos dos participantes corroboram as conclusões de Mota et al. (2021), ao evidenciarem que a imprevisibilidade e a escassez de recursos constituem características estruturantes do contexto de atuação extra-hospitalar. Estes fatores funcionam, simultaneamente, como fontes geradoras de stress e como catalisadores no desenvolvimento de competências clínicas e não técnicas.

Neste sentido, o estudo de Meyer et al. (2024), publicado na *Frontiers in Public Health*, reforça esta perspetiva, ao demonstrar que os profissionais que atuam em contextos extra-hospitalares apresentam níveis de stress significativamente superiores aos

registados em ambientes hospitalares. Esta discrepância é atribuída, em grande medida, à exigência de tomadas de decisão clínicas imediatas e à responsabilidade direta pela sobrevivência do doente. Assim, o desafio constante inerente a este contexto de trabalho configura-se, em simultâneo, como fator de desgaste emocional e físico, e como elemento potenciador de resiliência e de realização profissional.

Quatro dos participantes deste estudo fizeram referência à ambulância SBV como um recurso fundamental do SIEM, contribuindo para a melhoria da resposta ao doente em contextos não controlados. Este meio operacional tem como principal finalidade a estabilização clínica inicial e o transporte seguro do doente para a unidade hospitalar mais adequada, onde poderá receber o tratamento definitivo.

“Traz muitas vantagens mesmo para depois na minha vida profissional, a nível intra-hospitalar, porque me dá traquejo e me dá vontade para tomar estes tipos de decisões e de conseguir responder facilmente a percalços que nos vão acontecendo”. (E03)

“Sim. Olha, para começar, articulação multidisciplinar, articulação entre as equipas de rua. E quando falo isso, falo nos vários membros da proteção civil. Polícia, bombeiros (...) A articulação entre as várias entidades é a grande chave para conseguirmos trabalhar, primeiro com segurança e segundo com qualidade..”(E04)

“Estar no pré-hospitalar obriga-nos a pensar rápido, mas também a articular com quem vem a seguir. O contributo é esse: criar as condições para que o doente chegue vivo e com estabilidade mínima ao hospital.” (E06)

Estas ideias convergem com Fonseca et al. (2019), que defendem que o trabalho em emergência extra-hospitalar exige forte articulação entre equipas, capacidade de adaptação às exigências do terreno e apoio organizacional adequado para garantir a segurança e qualidade da resposta.

De igual modo, Monteiro (2012) destaca que a eficiência no atendimento extra-hospitalar depende fortemente da colaboração entre entidades e do treino conjunto das equipas, promovendo respostas mais integradas e eficazes.

4.1.3.2. Sentimentos e Emoções no AEH

A experiência de atuação no contexto extra-hospitalar, especialmente no atendimento a vítimas politraumatizadas, associa-se a um envolvimento emocional intenso e multifacetado. Os discursos dos participantes refletem sentimentos que oscilam entre o stress, a angústia, a insegurança e o receio, mas também a motivação, o prazer em ajudar e o orgulho pela missão cumprida. Esta vivência emocional constitui um eixo estruturante da prática dos enfermeiros-bombeiros, influenciando diretamente a sua identidade profissional e os níveis de resiliência.

Diagrama N.º 3

Sentimentos / Emoções vivenciadas pelos enfermeiros-bombeiros



O exercício profissional no contexto da emergência extra-hospitalar, para além de se constituir como um ambiente altamente exigente e gerador de stress, expõe inevitavelmente os profissionais de saúde ao contacto direto e frequente com a doença, o sofrimento, a morte, bem como com situações de urgência e emergência. Esta realidade desencadeia um conjunto complexo de sentimentos e emoções, profundamente marcados pelas experiências vivenciadas no terreno.

Estudos que investigaram o quotidiano dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da emergência extra-hospitalar (AEH) evidenciam que o ambiente de trabalho pode suscitar uma ampla gama de sentimentos, tanto positivos como negativos. Entre os sentimentos positivos destacam-se o prazer em ajudar e a motivação. Por outro lado, emergem também sentimentos negativos, como o stress, a ansiedade, o desconforto, a insegurança, a angústia, o receio e o peso da responsabilidade, os quais podem impactar significativamente o bem-estar físico e psicológico destes profissionais.

O stress / ansiedade foram duas manifestações descritas pelos entrevistados, conforme podemos analisar nos seguintes discursos:

“(…) o stress e o nervosismo acabam sempre por surgir nestes contextos de trauma. Há momentos em que é impossível controlar todas as reações do corpo (…) nota-se a taquicardia, a ansiedade (…). O organismo responde de imediato e, em certas situações mais exigentes, já senti claramente as mãos a tremer devido ao stress vivido no momento (…)” (E01)

“E depois, tens de garantir que cumpres os tempos da golden hour. São aqueles minutos críticos, a hora de ouro, em que o doente tem mesmo de ser assistido a tempo, para evitar sequelas ou, pelo menos, para que fiquem o mais leves possível.” (E04)

“Sinto sempre aquele nó no estômago antes de chegar ao local... é inevitável. Mas aprendi a usar essa ansiedade a meu favor, como sinal de alerta.” (E06)

Este fenómeno encontra suporte na literatura, nomeadamente em Serafim (2022), que documenta uma correlação direta entre a sintomatologia ansiosa e a sobrecarga física e cognitiva vivenciada por profissionais do contexto extra-hospitalar. Em consonância, a revisão integrativa conduzida por Costa, Azevedo e Severino (2024) identifica que condições de trabalho adversas, como a imprevisibilidade dos cenários, a limitação de recursos e a responsabilidade clínica imediata, estão fortemente associadas à incidência de burnout e a níveis elevados de stress ocupacional. Tais evidências reforçam a compreensão de que o stress e a ansiedade, embora inerentes ao desempenho funcional em emergência extra-hospitalar, exigem estratégias eficazes de *coping* e suporte institucional, com vista à preservação da saúde mental dos profissionais.

O desconforto, foi outro dos sentimentos vivenciados e descritos por um dos entrevistados, como podemos observar no seguinte discurso:

“(…) a nível da analgesia, que eu senti mais dificuldade e noto que faz falta, nós não podemos administrar. Que as pessoas queixam-se e nós não podemos ajudar, não é?” (E02)

“(…) não é por falta de capacidade, mas o facto de não lidarmos todos os dias com crianças acaba por gerar algum desconforto. E acredito que isso não seja apenas meu, mas algo sentido por toda a equipa (…)” (E06)

O desconforto referido por estes profissionais de saúde está associado à perceção de insuficiência de recursos materiais e à ausência, ou limitação, de protocolos de atuação adaptados ao contexto específico. Esta conjuntura contribui para o surgimento de sentimentos de impotência e de incapacidade, comprometendo a perceção de eficácia profissional e, conseqüentemente, o bem-estar emocional do enfermeiro no exercício das suas funções em ambiente extra-hospitalar.

A impossibilidade de ministrar intervenções clinicamente necessárias, por restrições legais e regulamentares, gera desconforto emocional. Estudos nacionais indicam que a limitação de autonomia profissional é um fator relevante na sintomatologia de burnout entre enfermeiros.

Marôco et al. (2016) reportam que a perceção de condições de trabalho inadequadas constitui o principal preditor de burnout entre profissionais de saúde em Portugal. Complementarmente, Lopes et al (2022) destaca que o stress elevado, resultante de restrições institucionais sobre o âmbito de intervenção, intensifica o desconforto emocional e põe em risco a prática segura.

O sentimento de prazer em ajudar foi descrito por três dos profissionais de saúde entrevistados, associando-se à motivação intrínseca da equipa de ambulância de SBV em chegar rapidamente ao local da ocorrência e em executar, de forma coordenada e eficiente, os procedimentos necessários à estabilização da vítima e ao seu transporte seguro para a unidade hospitalar mais adequada. Esta satisfação pessoal e profissional emerge da perceção de utilidade e de contributo efetivo para a melhoria do prognóstico da vítima em contexto de trauma, funcionando como um fator de reforço positivo no desempenho das funções em ambiente de elevada exigência. Podemos constatar isso, através dos seguintes discursos:

“Foi a menina que me abraçou, não é? Estás a ver? Coisas mínimas. Que fazem a diferença.” (E02)

“Quando corre bem, é tudo muito bonito... e é bom a gente até sentir orgulho de que as coisas correram bem.” (E05)

“Quando vemos alguém sair do hospital (...), recuperado, sentimos que valeu a pena cada segundo de esforço.” (E08)

Apesar dos desafios, os participantes salientam o prazer e o orgulho em poder ajudar. Este feedback emocional positivo atua como fator protetor e promotor de resiliência. A literatura aponta que a gratificação associada ao impacto positivo do cuidado reforça a sustentabilidade emocional e a satisfação profissional (Silva et al., 2022). Também, Faria, Queirós, Borges e Abreu (2019) demonstraram que a saúde mental dos enfermeiros está fortemente associada ao engagement e ao bem-estar ocupacional, o que reforça a importância do prazer e significado do trabalho. Reforçando essa categoria os autores Mota et al. (2021) destacaram que a satisfação com a intervenção bem-sucedida em vítimas de trauma reforça a motivação e a sustentabilidade emocional das equipes de enfermagem extra-hospitalar.

A insegurança, mencionada por dois dos entrevistados, constitui uma das dificuldades identificadas no exercício da atividade em emergência médica extra-hospitalar, conforme podemos perceber no seguinte discurso:

“(...) há momentos em que se sente mesmo insegurança, porque trabalhamos na rua, em ambientes imprevisíveis. Muitas vezes estamos junto a vias com trânsito, com pessoas a circular, curiosos por perto... e tudo isso aumenta o risco. Além disso, estamos a lidar com o doente politraumatizado, que em si já exige uma atenção extra, o que obriga a manter um duplo foco tanto na assistência como na segurança da equipa.” (E02)

“Já me aconteceu ter de me fechar dentro de uma ambulância... ou dentro de uma casa, no quarto do morto. Às vezes, é mesmo o que temos de fazer para nos protegermos.” (E04)

Esta percepção está associada a diversos fatores estruturais e relacionais, nomeadamente à organização do sistema de atendimento extra-hospitalar (AEH), à dinâmica interpessoal entre os membros da equipa, à exposição a riscos evitáveis nos cenários de ocorrência e à interação, por vezes tensa ou imprevisível, com a população. Esta

problemática é corroborada por Romanzini e Bock (2010), que apontam a insegurança como um elemento recorrente no cotidiano dos profissionais do AEH, com impacto direto na sua atuação e bem-estar psicossocial.

Serafim (2022) destaca que a ausência de condições operacionais de segurança reforça a tensão psicológica entre os profissionais de emergência. Por sua vez, Martinez (2013) demonstrou que a experiência profissional aumenta a resiliência dos enfermeiros, funcionando como fator de proteção face a sentimentos de insegurança.

Três dos profissionais de saúde entrevistados referiram experiências marcadas por sentimentos de angústia, conforme se evidencia nos excertos apresentados de seguida.

“Tristeza talvez, porque efetivamente se calhar poderíamos fazer mais e não conseguimos.” (EO3)

"E depois foi... a gente lida com aquilo, porque tem que saber filtrar. Mas o cemitério no cérebro está sempre lá, e a gente vai acumulando, acumulando..." (E05)

“Fica sempre a dúvida: será que fiz o suficiente? Essa angústia acompanha-nos, mesmo quando sabemos que cumprimos os protocolos.” (E07)

Segundo o *International Council of Nurses* (2019, p. 26), a angústia é definida como uma "emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição". No contexto da emergência médica extra-hospitalar, esta emoção pode ser desencadeada pela incerteza relativamente ao que os profissionais irão encontrar no local da ocorrência, bem como pelo próprio momento de ativação ambulância de SBV, que marca o início de uma situação potencialmente crítica e de elevada exigência clínica e emocional.

A angústia também decorre da sensação de impotência e do acúmulo emocional. Estudos referem que o enfrentamento repetido de situações-limite é preditor do esgotamento emocional, especialmente se não forem implementadas estratégias de *coping* eficazes (Costa et al., 2024; Silva et al., 2022).

O receio foi um sentimento relatado por três entrevistados, como podemos observar nos seguintes testemunhos:

"Obviamente que numa situação [...] com uma equipa que não está tão desenvolvida [...] o trabalho não fica mais difícil. Pelo contrário. Às vezes ter aquele fator de receio acaba por ser benéfico."(E01)

"O nosso erro pode custar uma vida. Por isso, na nossa profissão, simplesmente... não há margem para falhar."(E04)

"Tenho receio de falhar quando o doente é uma criança. A pressão é diferente, e emocionalmente mais pesada." (E07)

O receio emerge da elevada responsabilidade inerente à função. Serafim (2022) indica que esta perceção do risco potencial, embora possa gerar ansiedade, pode também potenciar práticas mais cautelosas e rigorosas em termos de segurança e tomada de decisão.

Segundo, Boyer et al. (2024) demonstram que o medo de cometer erros clínicos está associado a níveis superiores de burnout, ansiedade e preocupações com a segurança, mas, paradoxalmente, pode também levar os profissionais a adotar comportamentos mais vigilantes e atentos aos protocolos.

O sentimento de responsabilidade associada ao desempenho de funções em ambiente extra-hospitalar foi descrito por três dos participantes em estudo.

"Já tive situações em que tinha medicação disponível e recusei-me a administrar, porque não tenho nenhuma prescrição. A minha decisão pode estar errada, mas foi a que eu tomei." (E02)

"(...) Nós só temos um problema, quer dizer, um grande problema, que é esse: não temos espaço para o erro. Mesmo." (E04)

"A gente tem sempre cuidado. Temos o elemento mais referenciado, mais responsável. E temos aquele olhar de 90 graus, para tentar perceber o que está à nossa volta, para não haver erros." (E05)

O sentido de responsabilidade ética e técnica é constante e estruturante. Estudos confirmam que esta responsabilidade, quando não suportada por suporte institucional,

contribui para a sobrecarga emocional e para a exaustão (Costa Pereira & Severino, 2024; Silva et al., 2022).

De acordo com Devillard (2001, p. 63), “a motivação resulta da antecipação de uma satisfação; resulta do sentido que se pode dar a um ato, da vantagem que se imagina poder retirar dele. É um motor que conduz à resolução de uma necessidade ou de um desejo.” Esta perspetiva permite compreender a motivação dos profissionais de saúde como um elemento intrínseco que orienta o seu desempenho, sobretudo em contextos exigentes como o da emergência extra-hospitalar, onde o compromisso com o bem-estar do doente e a perceção de utilidade social atuam como fatores potenciadores de satisfação e envolvimento profissional.

O sentimento de motivação foi mencionado por três participantes:

"Eu, quando vou para uma ocorrência, tenho que levar a equipa toda motivada. Toda." (E01)

"É viciante. Depois ficas mesmo agarrada àquilo. Nem é só pela adrenalina , é o trabalho em si que te prende, que te puxa."(E04)

“Apesar de tudo, é o que me move. Cada caso difícil é também o que me faz querer continuar.” (E07)

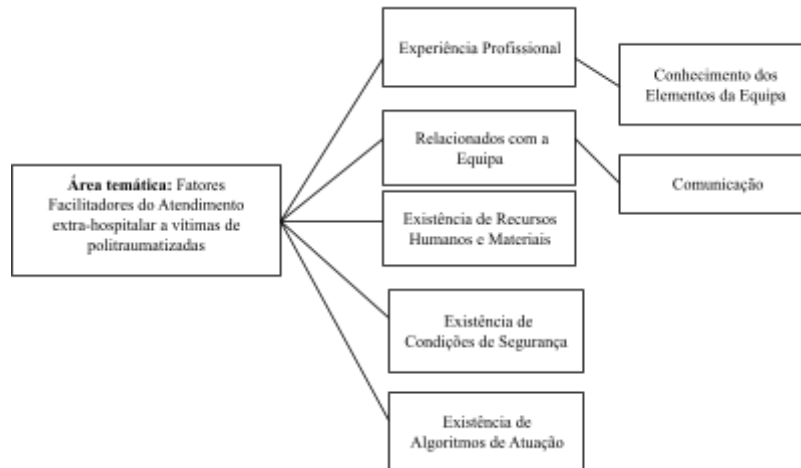
A motivação intrínseca e o sentido de missão emergem como fatores centrais da resiliência emocional. Serafim (2022) descreve que a ligação afetiva à profissão e a perceção de utilidade fortalecem a continuidade do desempenho profissional, mesmo em contexto adverso. Estudos complementares apontam a resiliência como mediadora da relação entre stress e satisfação no trabalho (Silva et al., 2022).

4.1.3.3. Fatores Facilitadores no AEH a Vítimas Politraumatizadas

A análise dos discursos evidencia que a intervenção dos enfermeiros-bombeiros junto de vítimas politraumatizadas é favorecida por diversos fatores que se organizam em cinco dimensões principais: experiência profissional, comunicação e coesão da equipa, recursos disponíveis, condições de segurança e existência de protocolos de atuação. Estes elementos contribuem para uma prática mais eficaz, segura e centrada na pessoa.

Diagrama N.º 4

Fatores facilitadores do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas: categorias e subcategorias.



Quatro dos entrevistados referem que a experiência profissional constitui um fator facilitador fundamental na prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar. Os participantes destacam que a vivência acumulada em cenários de emergência é um dos principais elementos que potenciam uma atuação eficaz, permitindo uma maior capacidade de resposta face à imprevisibilidade das situações. A prática em ambientes reais e as intervenções no terreno, contribuem para o desenvolvimento de uma visão diferenciada sobre o cuidado, baseada na tomada de decisão rápida, na priorização clínica e na adaptação constante aos recursos disponíveis.

“Sabemos que no mundo dos bombeiros nem toda a gente tem a mesma formação complementar, ao mesmo nível. Há uns com mais formação, outros com menos. Mas a complementaridade entre uns e outros... esse equilíbrio. Acima de tudo, isso é fundamental.” (E01)

“Temos sempre de nos adaptar ao doente que temos, às pessoas com quem trabalhamos e aos materiais que estão disponíveis.” (E03)

“A VMER, por exemplo, foi algo que me deu, e continua a dar, muita experiência. E o trabalho de rua dá-nos uma forma de estar e uma visão das coisas um bocadinho diferente.” (E04)

“Além de a gente ter os nossos conhecimentos referenciados, é claro que toda a equipa tem que ter... mesmo que não tenham as formações, pelo menos os conhecimentos de trabalho em equipa, para perceber o que é que é para fazer.” (E05)

Estes testemunhos são consistentes com a evidência nacional: estudos recentes associam experiência operacional a melhores tempos de resposta e intervenções mais eficazes no trauma major (Rito, Ferreira, Marques, et al., 2024) e demonstram ganhos clínicos mensuráveis na estabilização quando a intervenção extra-hospitalar é conduzida por equipas de enfermagem experientes (Mota, Cunha, Santos, et al., 2021).

O relacionamento com a equipa de emergência é também salientada por cinco participantes, como um fator facilitador da resposta, sendo que a comunicação interpessoal é reconhecida como uma ferramenta essencial para assegurar a fluidez das intervenções.

“É uma equipa que, muitas vezes, nem precisamos de falar. Basta olhar. E as coisas fluem.”(E01)

“Noto também que, a nível da passagem de dados, é diferente. Já tive situações de paragens cardiorrespiratórias em que percebi que, sendo eu a passar a informação, do outro lado recebem de forma diferente. Isso noto.” (E02)

“Esta articulação entre a VMER e os Bombeiros, e o próprio trabalho de rua com os bombeiros, dá-nos mesmo muito gozo, porque é um verdadeiro trabalho de equipa. A vítima de trauma é daquelas que, sozinha, não consegue fazer nada. Exige logo trabalho de equipa.” (E04)

“(…) e não ter medo de a gente perguntar a quem sabe ou quem tem mais experiência.” (E05)

“Quando a comunicação (...) flui, tudo muda. É quase automático, e aí o atendimento corre muito melhor.” (E06)

A comunicação constitui uma das competências fundamentais para que a equipa multiprofissional atue de forma responsável e eficiente, contribuindo para que as

instituições sejam organizadas e ofereçam um atendimento de qualidade (Santos e Bernardes, 2010).

A comunicação deve ser encarada como um instrumento essencial para a interação, o ensino, a aprendizagem, o crescimento e o desenvolvimento entre as partes envolvidas, com o objetivo de contribuir para a construção e o alcance dos objetivos almejados. No contexto específico da área de urgência e emergência, o processo comunicativo assume um papel crucial, funcionando como uma ferramenta contínua que promove segurança e clareza para os profissionais. Isso se deve ao fato de lidarem, quotidianamente, com situações de alto stress, que demandam atenção redobrada e uma compreensão precisa das informações transmitidas.

Uma comunicação interpessoal ineficaz está diretamente associada à prestação de cuidados ineficientes ao paciente, ao aumento da prevalência de erros médicos e à diminuição da satisfação no ambiente de trabalho (Bekkink et al., 2018).

Assim, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é essencial na assistência em ambiente extra-hospitalar das vítimas de trauma, devendo ser, conforme estipulado pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017, p. 4), "oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo receptor".

Para três dos entrevistados a existência de recursos humanos e materiais adequados, bem como a articulação entre os diferentes agentes de proteção civil, são identificados como facilitadores cruciais para a resposta eficiente e segura:

"O que nos facilita intervir? Sim. Olha, para começar, a articulação multidisciplinar, a articulação entre as equipas de rua. E quando digo isso, falo de todos os elementos da Proteção Civil: polícia, bombeiros, INEM, percebes?" (E04)

"(...) quando chegamos ao local e já há uma equipa (...) a prestar apoio, tudo se torna mais rápido. Ter meios no terreno desde o início facilita imenso a estabilização da vítima e o encaminhamento do doente." (E05)

"(...) é sempre uma vantagem saber que não estamos sozinhos no terreno. Quando há outras equipas a intervir connosco, os meios disponíveis aumentam e conseguimos atuar com mais segurança e eficácia." (E07)

A efetividade do atendimento extra-hospitalar a vítimas de trauma depende de diversos fatores interligados, entre os quais se destacam a qualificação da equipa, as competências técnicas e interpessoais dos profissionais, a disponibilidade de recursos materiais e logísticos, bem como a comunicação e coordenação entre os diferentes agentes envolvidos. Nesse sentido, o estudo qualitativo conduzido por Hasselberg, Khankeh e Khorasani-Zavareh (2010) no Irão evidencia que esses elementos atuam como facilitadores cruciais na resposta às situações de emergência. Os autores salientam que a atuação eficiente das equipas extra-hospitalares está diretamente relacionada à preparação técnica dos profissionais e à sua capacidade de operar de forma articulada, utilizando adequadamente os recursos disponíveis e promovendo uma comunicação clara e coordenada entre os diversos setores do sistema de emergência.

A existência de condições de segurança é outra dimensão referida por dois entrevistados como base para uma atuação confiante e eficaz.

“A articulação entre as várias entidades é a grande chave para conseguirmos trabalhar, primeiro com segurança e segundo com qualidade.”(E04)

“Temos sempre aquele elemento mais responsável... aquele olhar de 90 graus, para tentar perceber o que está à nossa volta, para não haver erros.”
(E05)

A Ordem dos Enfermeiros, conforme citado por Oliveira e Martins (2012), destaca que o desenvolvimento da segurança engloba um conjunto amplo de medidas com ação diversificada. A segurança deve constituir uma preocupação central tanto dos profissionais quanto das instituições de saúde, sendo o exercício de cuidados seguros condicionado ao cumprimento rigoroso das normas profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis em qualquer contexto assistencial. A responsabilidade de respeitar integralmente essas normas de segurança e de implementar as medidas necessárias para a manutenção de um ambiente seguro e para a prestação de cuidados seguros é inerente aos profissionais de saúde. Ressalta-se, ainda, a importância da adoção de comportamentos voltados ao controlo de riscos e à observância das normas de segurança (OE, 2010, citado em Oliveira e Martins, 2012).

Para três dos participantes, a existência de algoritmos de atuação claros e acessíveis constitui um outro fator facilitador do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas. O facto de as intervenções estarem previamente estudadas e sistematizadas reduz a margem de erro e aumenta a confiança dos profissionais:

“Tendo os protocolos... lá está. Ver a possibilidade de os implementar de forma acessível é algo de mais-valia, não é? Porque temos o protocolo que nos salvaguarda sempre.” (E02)

“Está tudo protocolado, já está tudo formatado, está tudo estudado, há guidelines para tudo.”(E04)

“Os protocolos ajudam-nos a manter o foco. Sem eles, seria muito mais caótico decidir em plena adrenalina.” (E08)

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2020), os algoritmos e protocolos de atuação constituem orientações objetivas e rigorosas, elaboradas e aprovadas pelo INEM em articulação com a Ordem dos Médicos, que estabelecem os critérios e procedimentos a serem adotados para o atendimento de pacientes em risco de vida. Nesse sentido, Oliveira e Martins (2012, p. 120) destacam que “a orientação por protocolos e a orientação do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) revelam-se uma ajuda preciosa que permite fundamentar as ações em linhas orientadoras pré-estabelecidas e que limitam o erro.”

Os protocolos e algoritmos de atuação devem ser elaborados de modo a assegurar consistência na avaliação rápida da vítima de trauma, garantindo a precocidade no início das intervenções e a estabilização das funções cardiorrespiratórias. Tal organização possibilita à equipa a otimização do tempo despendido no atendimento extra-hospitalar das vítimas, promovendo maior eficiência e eficácia nos procedimentos, além de reduzir significativamente a probabilidade de erros.

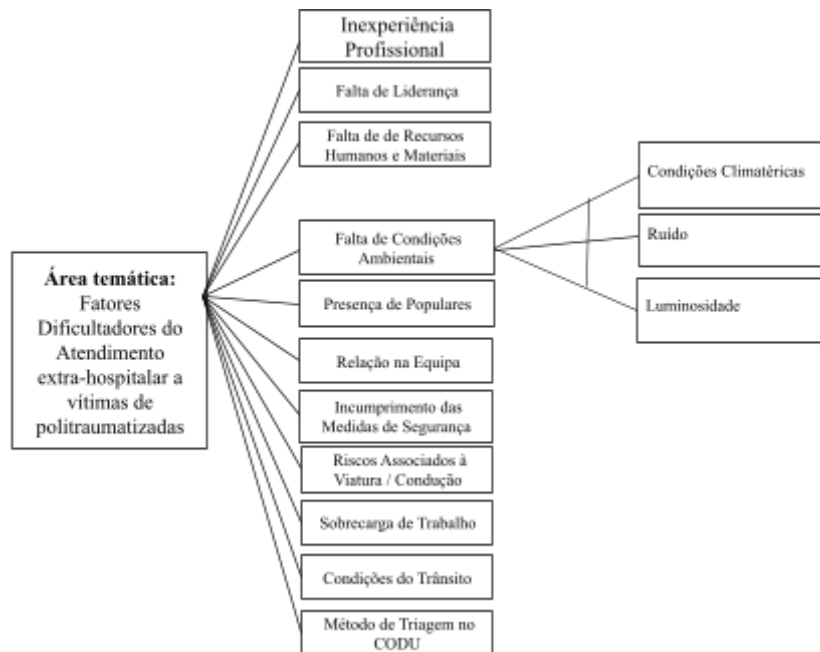
4.1.3.4. Fatores dificultadores do AEH a vítimas politraumatizadas

A análise dos discursos dos participantes revela que a atuação dos enfermeiros-bombeiros no atendimento a vítimas politraumatizadas enfrenta diversos constrangimentos, como a inexperiência profissional; falta de liderança; falta de recursos humanos e materiais; falta de condições ambientais, como o

ruído; presença de populares; relação interpessoal e grupal; incumprimento de medidas de segurança; riscos associados à viatura / condução; sobrecarga de trabalho; condições do trânsito e método de triagem do CODU.

Diagrama N.º 5

Fatores dificultadores do atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas: categorias e subcategorias.



A inexperiência profissional em cenários críticos é apontada como uma limitação significativa por três participantes, pois compromete a eficácia da resposta extra-hospitalar. A falta de conhecimento técnico ou específico em trauma pode comprometer a segurança da vítima e da equipa.

“Apanha-se muita falta de conhecimento também, não só dos bombeiros [...] de muitos profissionais que andam na rua a trabalhar connosco.” (E03)

“(…) quando a equipa é pouco experiente, nota-se logo no terreno. Falta aquela segurança e a capacidade de decisão rápida, o que pode atrasar a intervenção e aumentar o risco para o doente.” (E02)

“(…) a falta de experiência pesa muito nestas situações. Quando há alguém novo na equipa, nota-se alguma hesitação, e isso acaba por influenciar o ritmo e a confiança de todos durante a atuação.” (E05)

Mota et al. (2021) sublinharam que a eficácia do socorro extra-hospitalar exige equipas com treino específico e capacidade de decisão clínica, o que reforça que défices de experiência e de formação podem comprometer a fluidez e a segurança da intervenção. Costa (2020) acrescenta que a ausência de treino específico e de tomada de decisão autónoma em contextos críticos limita a resposta eficiente.

A falta de liderança ativa e motivadora, também foi descrita por um entrevistado, comprometendo, na ausência desta, a coordenação da equipa e reduz a eficácia da atuação no terreno. O líder é responsável pela tomada de decisão rápida e pela gestão emocional da equipa.

“A falta de motivação é um fator importantíssimo. Eu, quando vou para uma ocorrência, tenho que levar a equipa toda motivada. (...) E esse é o papel fundamental de um team leader.” (E01)

“(…) sem uma liderança definida, tudo se torna mais confuso. É essencial que alguém assuma a coordenação e oriente as decisões, caso contrário (...) e perde-se tempo precioso.” (E03)

“(…) a liderança é fundamental para que a equipa funcione em sintonia. Quando não há quem defina o rumo, surgem dúvidas e falhas de comunicação que comprometem a intervenção.” (E08)

Guerra (2020) salienta que o papel do enfermeiro-líder é essencial para a mobilização da equipa em contextos de elevada pressão. Também Deodatus et al. (2024) demonstraram, num estudo internacional com equipas médicas extra-hospitalares de alto desempenho, que a desenvolvimento de competências de liderança, incluindo a tomada de decisão eficaz e gestão emocional da equipa, está diretamente associada à eficácia da intervenção e aos resultados clínicos.

A falta de recursos humanos e materiais foi apontada por três profissionais, conforme observamos nos seguintes discursos:

“Está muito limitado, não é? A nível técnico e de equipamento para atuar, está limitado.” (E02)

“Existem, infelizmente, em Portugal Continental, corporações de bombeiros que não têm material de imobilização adequado [...]” (E03)

“Muitas vezes não temos o equipamento ideal. E isso limita muito o que conseguimos fazer no local.” (E08)

Diversos estudos apontam que a escassez de recursos materiais e a inadequação das instalações físicas constituem fatores geradores de stress entre os profissionais de saúde. A ausência de materiais indispensáveis à prática assistencial frequentemente obriga os profissionais a recorrerem ao improviso ou à busca desses recursos em outros setores hospitalares. Quando essa prática é permitida, acarreta perda de tempo operacional, além de contribuir para o aumento da fadiga física e mental da equipa (Bezerra et al., 2012).

Estes dados corroboram com Rito et al. (2024) ao evidenciarem que, no AEH ao trauma major em Portugal, a ausência de determinados recursos materiais e humanos contribui para atrasos significativos nos tempos de resposta e condiciona a eficácia da estabilização. Costa (2020) reforça que a inexistência de kits completos de emergência representa um risco direto para a segurança da vítima.

A falta de condições ambientais foi descrita por três participantes, como sendo um fator dificultador que afeta a concentração, a segurança e a eficácia clínica.

“E depois há o fator atmosférico. Se demorar muito tempo até sermos acionados... se o tempo não estiver em condições para a gente acelerar mais a velocidade...” (E05)

“Em muitas ocorrências, o ruído é constante(...)”(E06)

“Durante a noite, a falta de luz complica bastante a atuação. Muitas vezes, estamos em locais de difícil acesso e com visibilidade quase nula, o que aumenta o risco tanto para o doente como para a própria equipa.” (E07)

Estes dados corroboram com Afshari et al. (2023), quando referem que o ambiente físico hostil compromete o raciocínio clínico e aumenta os níveis de stress operacional. Também a European Commission (2023) e Rito et al. (2024) salientam que a má iluminação e as condições meteorológicas adversas comprometem diretamente a atuação das equipas de emergência, aumentando a probabilidade de acidente e agravando os riscos operacionais.

Durante as entrevistas, dois profissionais de saúde destacaram que a presença de populares no local do incidente representa um fator que dificulta o AEH às vítimas de trauma, conforme podemos observar nos seguintes discursos:

"O problema é que, muitas vezes, quando chegas ao local, a família já teve experiências negativas anteriores com os serviços de saúde. Inclusive, já fomos ameaçados. Já tive de me fechar dentro de uma ambulância, e até dentro de uma casa." (E04)

"Já tive famílias a gritar connosco em plena rua. Isso perturba, porque estamos a tentar salvar alguém e ao mesmo tempo a lidar com a pressão externa." (E07)

Grønlund et al. (2023) ilustram, com base em entrevistas a profissionais de emergência extra-hospitalar, que a presença de familiares pode influenciar as decisões clínicas e aumentar a pressão sobre os técnicos, dificultando a eficácia do atendimento. Costa (2020) refere que esta situação compromete a concentração dos profissionais e exige estratégias de contenção e comunicação mais eficazes.

Um dos enfermeiros-bombeiros descreve que a Relação da Equipa pode constituir um fator dificultador no atendimento a vítimas politraumatizadas.

"Se trabalhar com o X custa 1, às vezes trabalhar com o fulano Y custa 1.000. Mas aí também temos que saber levar o colega... também tem que haver discurso, tem que haver equilíbrio, ponderação." (E01)

"As relações dentro da equipa influenciam muito o trabalho. Há colegas com quem a comunicação flui naturalmente, mas há outros com quem tudo se torna mais tenso e isso acaba por dificultar a abordagem ao doente." (E05)

“A falta de entrosamento entre os elementos da equipa pode complicar bastante. Quando não há confiança ou conhecimento mútuo, perde-se tempo e falham-se detalhes importantes.” (E06)

A qualidade das relações interpessoais constitui um elemento de elevada relevância no contexto laboral, influenciando diretamente o bem-estar individual e o desempenho organizacional. De acordo com Cooper e Marshall (1976), relações saudáveis e colaborativas entre os membros da equipa de trabalho representam um fator central para a promoção da saúde, tanto no âmbito individual como organizacional.

Guerra (2020) enfatiza a importância das relações interpessoais para a funcionalidade da equipa em contexto crítico. Nunes (2019) demonstra que a tensão entre colegas está associada a menor desempenho clínico e maior risco de *burnout*.

As condições do trânsito foram um fator dificultador descrito por dois participantes. Para estes o trânsito congestionado, os acidentes secundários e a falta de acessos, condicionam a rapidez da resposta.

“Já apanhei, por exemplo, ocorrências onde na mesma ocorrência tive um acidente numa autoestrada, um camião com uma viatura em contramão numa autoestrada.” (E01)

“Se a gente demorava 15 minutos, vai passar, se calhar, a demorar 20 minutos. Acho que esse é um grande fator a nível de tempo.” (E05)

Rito et al. (2024) demonstraram que os tempos de resposta extra-hospitalar em vítimas de trauma major em Portugal são frequentemente condicionados por fatores externos, como o trânsito urbano e a acessibilidade aos locais de ocorrência, resultando em atrasos relevantes. Costa (2020) denuncia a inexistência de corredores de emergência e a má articulação com as autoridades de trânsito como elementos críticos.

Para dois dos entrevistados, o método de triagem do CODU constitui um fator dificultador no AEH a vítimas politraumatizadas, conforme podemos observar no seguinte discurso:

"As pessoas não sabem. Por exemplo, eu chegava com a VMER e achavam que tinham estado ao telefone comigo, com o CODU, confundem tudo." "A própria falta de conhecimento sobre o Sistema Integrado de Emergência Médica faz com que depois tenham reações completamente descontextualizadas." (E04)

"Aquilo é um fluxograma. É a triagem de Manchester... onde existe a prioridade Alfa, Bravo, Charlie e Delta. Muitas vezes já vem como Delta, que é o nível mais baixo... e afinal é uma PCR. Já passou muito tempo." (E05)

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica, "compete ao CODU atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso" (INEM, 2020, p. 4).

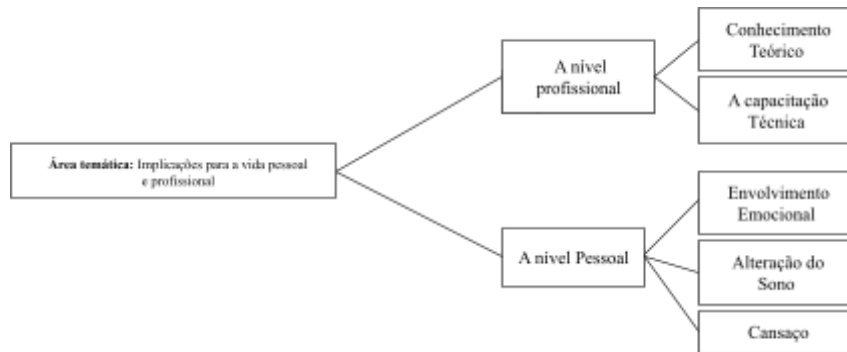
Blank et al. (2012, p. 71) referem que os serviços de triagem telefónica podem, em muitos casos, fornecer decisões adequadas quanto à priorização e encaminhamento das situações clínicas. No entanto, os autores alertam que "a associação entre a adequação de uma decisão e a conformidade subsequente requer uma investigação mais aprofundada; e uma consideração mais aprofundada deve ser dada à maioria das chamadas que são realizadas de uma forma inadequada". Este posicionamento é corroborado por Almeida (2018, p. 31), que, no seu estudo, identificou uma discrepância significativa entre a prioridade atribuída pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e a gravidade real da situação clínica da vítima, o que, em muitos casos, compromete a eficácia da resposta extra-hospitalar.

4.1.3.5. Implicações pessoais e profissionais

A análise dos discursos dos participantes mostra que o AEH a vítimas politraumatizadas tem um impacto profundo, não apenas na prática clínica, mas também na esfera pessoal dos enfermeiros-bombeiros. As suas vivências revelam um equilíbrio delicado entre desenvolvimento profissional e desgaste emocional, com manifestações que se prolongam para além do momento da intervenção.

Diagrama N.º 6.

Implicações para a vida pessoal e profissional.



De acordo com o relato de três dos participantes, sobressai a relevância do exercício profissional em contextos clínicos caracterizados pela imprevisibilidade e elevada exigência operacional, como é o caso do AEH. Este tipo de contexto é percebido como uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de conhecimento teórico, para o aprimoramento de competências técnicas e não técnicas, bem como para a consolidação do raciocínio clínico em situações de elevada complexidade. A prática em cenário extra-hospitalar é, assim, entendida como uma fonte contínua de aprendizagem, cujos efeitos se refletem positivamente na qualidade da atuação em ambientes intra-hospitalares.

“Traz muitas vantagens mesmo para depois na minha vida profissional, a nível intra-hospitalar, porque me dá traquejo e me dá vontade para tomar estes tipos de decisões e de conseguir responder facilmente a percalços que nos vão acontecendo.” (E03)

“Cada situação faz-nos crescer. Quando percebo que podia ter feito melhor, procuro rever procedimentos, estudar e treinar mais, porque gosto de sentir que estou preparado para qualquer cenário.” (E05)

“Profissionalmente, cada caso é uma oportunidade de aprendizagem. Mesmo com anos de experiência, há sempre algo novo a aprender que nos ajuda a crescer e a melhorar a nossa prática.” (E06)

Esta percepção encontra suporte na evidência apresentada por Mota et al., (2021), que identificam a prática de enfermagem no contexto extra-hospitalar como promotora de competência clínica, discernimento técnico e autoconfiança na tomada de decisões críticas. Bravo (2020) corrobora esta ideia ao referir que a atuação em contexto de emergência constitui um estímulo significativo ao raciocínio clínico, permitindo não apenas a aplicação de conhecimentos teóricos, mas também o seu aperfeiçoamento contínuo perante situações que exigem respostas rápidas e fundamentadas.

Relativamente à capacitação técnica, apesar dos constrangimentos operacionais frequentemente associados à intervenção no terreno, nomeadamente a necessidade de subordinação hierárquica às equipas médicas diferenciadas, um enfermeiro-bombeiro relata situações em que lhe foi permitido intervir diretamente, colocando em prática os seus conhecimentos técnico-científicos e reforçando o seu papel na dinâmica da equipa:

“De vez em quando, calhava apanhar uma equipa que sabia do meu papel, sabia da minha formação, e pronto... aí sim, deixavam-me atuar. Mas era sempre em conformidade com a equipa, sob o comando deles e com autorização.” (E01)

“A experiência no pré-hospitalar dá-nos mais confiança e destreza. Com o tempo, ganhamos jeito, aprendemos a orientar melhor as situações e isso reflete-se depois na forma como atuamos dentro do hospital.” (E04)

“Profissionalmente, esta vivência enriquece-me muito. Aprendemos novas formas de abordagem que depois conseguimos aplicar de forma mais eficaz na prática diária.” (E05)

Neste âmbito, Afshari et al. (2023) identificam a capacitação técnica como um fator protetor relevante na mitigação do sofrimento psicológico, ao potenciar uma sensação de controlo e competência em ambientes de elevada pressão. Em complemento, Mota et al. (2024) evidenciam que o investimento em desenvolvimento profissional e aquisição de competências técnicas no extra-hospitalar tem repercussões diretas na confiança e na eficácia da atuação clínica, permitindo lidar com situações imprevistas de forma mais segura e estruturada.

A nível pessoal, as experiências relatadas pelos participantes demonstram que o atendimento a vítimas politraumatizadas, sobretudo quando envolve crianças ou indivíduos com quem exista um envolvimento emocional, desperta sentimentos intensos e, por vezes, difíceis de gerir. As reações emocionais descritas por quatro entrevistados incluem sentimentos de impotência, tristeza profunda e impacto duradouro:

“Sinto-me frágil... ela abria sempre os olhos... parecia ser uma conexão que eu estava a ter com ela.” (E02)

“Para mim? É a minha vida. Uma grande parte da minha vida, mesmo. [...] São daquelas experiências que mexem connosco, não é? Tocam-nos. E dão-nos muito em troca, uma gratificação emocional enorme. É muito bom.” (E04)

“Eu tive uma vivência pessoal que me levou literalmente ao burnout. Foi uma Paragem Cardiorrespiratória de um conhecido... tive de escolher (...) e optei pela criança.”(E05)

“Há situações que mexem connosco ao ponto de levarmos para casa. Não é fácil desligar.” (E07)

Halpern et al. (2012) referem que este tipo de envolvimento emocional, comum em situações críticas, tende a desencadear respostas psicológicas intensas, como culpa, ansiedade ou estados de perturbação emocional prolongada, sobretudo quando existe identificação pessoal com a vítima. Monteiro (2012), por sua vez, sublinha que a exposição repetida a situações de trauma envolvendo crianças, conhecidos ou vítimas em sofrimento acentuado potencia o risco de trauma secundário entre os profissionais da linha da frente.

Os impactos emocionais das intervenções prolongam-se muitas das vezes para além do turno de serviço, alterando o sono e afetando o bem-estar geral dos profissionais. Dois dos testemunhos evidenciam episódios de insónia, ruminância e dificuldade em desligar-se mentalmente das ocorrências vividas:

”Isto depois pesa, magoa... são noites mal dormidas... pensamos que podíamos ter feito mais e afinal não dava mais...” (E01)

“Por vezes...depois de certas ocorrências, é difícil desligar. (...) podendo até a reviver a situação e isso afeta muito o sono.”(E06)

Estes relatos são coerentes com os dados de Afshari et al. (2023), que identificam a hiperatividade mental e os pensamentos intrusivos como manifestações recorrentes do stress traumático em profissionais do extra-hospitalar. Também Bravo (2020) refere que a perturbação do sono constitui um dos primeiros indicadores de esgotamento emocional, sendo frequentemente associada a quadros de *burnout* nos enfermeiros que atuam em emergência.

O cansaço é outro dos aspetos destacados por três participantes, agravado tanto pela natureza exigente da atividade no terreno como pelo envelhecimento progressivo. Ainda assim, muitos dos entrevistados mantêm uma forte motivação intrínseca que os impulsiona a continuar:

“Com a idade, vamos começando a perder um bocadinho daquela capacidade física que este trabalho exige, não é?” (E04)

“Quando se gosta, o cansaço é secundário.”(E05)

“Os turnos longos e a intensidade física deixam marcas. O corpo ressent-se, mesmo quando a cabeça ainda quer continuar.” (E08)

De acordo com Mota et al. (2012), a exposição crónica a situações críticas sem a existência de suporte institucional adequado potencia não só o desgaste físico, mas também o risco de esgotamento profissional. Serafim (2022) reforça que a ausência de estratégias de recuperação, pausas programadas e acompanhamento psicológico estruturado contribui para um declínio progressivo da energia física e mental, com implicações a médio e longo prazo na saúde ocupacional dos profissionais de emergência.

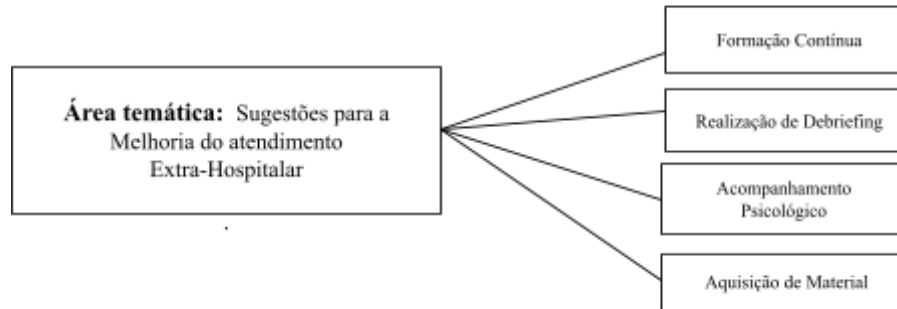
4.1.3.6. Sugestões para a melhoria da intervenção

A análise dos testemunhos recolhidos evidenciou propostas concretas, emergentes da experiência prática dos enfermeiros-bombeiros, com vista à melhoria da intervenção no contexto do atendimento a vítimas politraumatizadas. As recomendações apresentadas refletem lacunas estruturais, formativas e organizacionais que condicionam a eficácia no

terreno, e revelam simultaneamente uma forte consciência crítica e vontade de transformação.

Diagrama N.º 7

Sugestões para a Melhoria da Intervenção Extra-Hospitalar.



A formação contínua destacou-se como uma das necessidades identificadas, sendo referida de forma transversal por dois participantes. A atualização regular de competências, tanto técnicas como não técnicas, foi considerada essencial num contexto clínico em constante mutação. Um dos enfermeiros-bombeiros sintetizou esta perceção:

“Acho que isto tem mesmo de se basear nisto: se queremos mudar a forma como tratamos, ou se estamos a implementar novas guidelines, [...] então temos de começar a formar não só quem está a entrar, mas também quem já está na rua.”(E03)

“Precisamos de mais treino prático. Não chega fazer cursos, é repetir e repetir até que se torne automático.” (E06)

A literatura corrobora esta necessidade. Estudos demonstram que a formação contínua, com recurso a simulação e treino em cenário realista, potencia a eficácia da resposta em trauma e emergência, promovendo ganhos na retenção de conhecimentos, tomada de decisão e trabalho em equipa (Weile et al., 2021). Contudo, alguns autores alertam para a escassez de modelos pedagógicos adaptados à realidade operacional do extra-hospitalar (Larraga García et al., 2022).

Outra sugestão amplamente referida por 4 participantes foi a implementação de *debriefings* estruturados após ocorrências críticas. A inexistência de espaços formais de partilha e reflexão foi apontada como fator agravante do desgaste emocional.

“Falávamos muito sobre isso... Eu vou a muitos *debriefings* das atuações. Acho que é aí que está o crescimento, seja na área da enfermagem, dos bombeiros, ou noutra qualquer.” (E01)

“Devia haver sempre um tempo para parar, falar, perceber o que correu bem ou mal.” (E02)

“Precisamos treinar mais aquela situação de estamos todos a trabalhar e no fim temos que fazer um *debriefing*.” (E04)

“Faz-nos falta falar sobre os casos entre nós. Guardar tudo cá dentro não é solução.” (E07)

A evidência disponível indica que o *debriefing* clínico favorece a aprendizagem coletiva, reforça a coesão das equipas e proporciona suporte emocional. Em Portugal, um estudo com anestesiológicos identificou a falta de formação específica e a ausência de estruturas formais como barreiras à realização de *debriefings* eficazes (Teles et al., 2023). Em contexto de trauma, ainda que o *debriefing* não elimine o *burnout*, tem sido valorizado pelos profissionais como momento de partilha e contenção emocional (Beres et al., 2022).

A ausência de acompanhamento psicológico formal após intervenções exigentes foi destacada como uma fragilidade estrutural do sistema. Apenas dois dos participantes relataram carência de espaços institucionais de escuta e apoio emocional.

“Somos deixados à nossa sorte depois das ocorrências... e isso acumula.” (E04)

“Depois de certas ocorrências, sobretudo nas mais traumáticas, seria importante termos o apoio psicológico, especializado, que nos ajudasse a processar o que vivemos. Já houve tentativas, mas falta continuidade.” (E08)

Estudos evidenciam que a falta de suporte psicológico contribui para o desenvolvimento de fadiga crónica, aumento do stress ocupacional e maior risco de erro clínico (Lawn et al., 2020). A presença de psicólogos nas equipas ou a disponibilização de linhas de apoio podem mitigar os efeitos da exposição contínua a eventos críticos. Num estudo recente com enfermeiros de urgência, as intervenções de apoio emocional demonstraram impacto positivo no bem-estar geral e na qualidade da prestação de cuidados (Jiang et al., 2025).

Foi ainda mencionada a inadequação do equipamento disponível, nomeadamente em ambulâncias e unidades móveis de emergência médica. Dois participantes realçam as limitações dos materiais, desajustados face à complexidade das vítimas politraumatizadas, e sugere a aquisição de material adequado.

“O material que temos por vezes está desajustado da realidade do trauma que enfrentamos.” (E05)

“A verdade é que continua a faltar algum material essencial, como cintas pélvicas, torniquetes ou agulhas intraósseas. São equipamentos fundamentais e que fazem realmente diferença no atendimento ao doente politraumatizado.” (E07)

Esta constatação encontra respaldo na Norma da Direção-Geral da Saúde acima referida, que define os requisitos mínimos de equipamento consoante o nível de atuação e sublinha a importância de meios atualizados e funcionais no extra-hospitalar (DGS, 2022). Também o documento Transporte de Doentes Críticos Adultos - Recomendações 2023, elaborado pela Ordem dos Médicos (Colégio de Medicina Intensiva) e pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, enfatiza a necessidade de equipamentos adequados e modernizados, salientando que a segurança e eficácia da intervenção dependem diretamente da disponibilidade e adequação dos meios técnicos utilizados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

Conclusão

A produção deste estudo qualitativo, de carácter exploratório e do tipo descritivo simples, permitiu compreender a problemática sobre as experiências vividas pelos

enfermeiros-bombeiros no AEH a vítimas politraumatizadas, analisando sentimentos, emoções e significados atribuídos.

Durante a fase empírica, foram realizadas oito entrevistas a enfermeiros - bombeiros e após essas entrevistas foram identificadas seis áreas temáticas: (1) significado atribuído à experiência profissional, (2) sentimentos e emoções no AEH vivenciados pelos enfermeiros-bombeiros, (3) fatores facilitadores no AEH a vítimas politraumatizadas, (4) fatores dificultadores no AEH a vítimas politraumatizadas, (5) implicações pessoais e profissionais, e (6) sugestões para a melhoria da intervenção no AEH.

Na primeira temática, referente ao significado atribuído à experiência profissional, os enfermeiros-bombeiros descrevem a sua atuação em contexto extra-hospitalar como uma vivência emocionalmente intensa, mas profundamente gratificante. O contacto direto com o doente crítico reforça o sentido de propósito, alimenta a motivação profissional e contribui para a consolidação da identidade enquanto enfermeiro-bombeiro. A valorização expressa por doentes e familiares surge como estímulo para a continuidade no desempenho das funções neste contexto, funcionando como mecanismo de proteção emocional e fonte de resiliência perante a elevada exigência do trabalho realizado.

Na segunda temática, relativa aos sentimentos e emoções vivenciados no extra-hospitalar, os discursos revelam uma experiência simultaneamente intensa e ambivalente. Os participantes descrevem a coexistência de stress, ansiedade, insegurança e angústia com motivação, satisfação pelo ato de ajudar e orgulho pelo cumprimento da missão. Esta dualidade emocional resulta do contacto constante com situações de sofrimento extremo, repercutindo-se na saúde mental e na capacidade de resposta em contextos emergentes.

Na terceira e quarta temática, centrada nos fatores facilitadores e dificultadores da intervenção a vítimas politraumatizadas, os enfermeiros-bombeiros reconhecem a existência de elementos que tanto potenciam como comprometem a eficácia da resposta. Entre os facilitadores, destacam a experiência profissional acumulada, que permite reduzir o tempo de reação e intervir com maior segurança, bem como a comunicação eficaz e a coesão entre bombeiros, equipas de VMER e restantes agentes da proteção civil. A adequação dos recursos humanos e materiais, a existência de condições de

segurança no terreno e a disponibilidade de protocolos claros reforçam igualmente a eficiência da atuação. No entanto, surgem também obstáculos relevantes, como a inexperiência profissional, a ausência de liderança, a escassez de meios, as condições ambientais adversas, a pressão exercida por populares e os conflitos interpessoais. Acrescem ainda os riscos associados à condução em emergência, o congestionamento do trânsito e situações de triagem inadequada por parte dos CODU, que podem atrasar a resposta e aumentar a probabilidade de erro.

Na quinta temática, relativa às implicações pessoais e profissionais, os enfermeiros-bombeiros referem que a intervenção em contexto extra-hospitalar potencia ganhos significativos ao nível da competência técnica, do raciocínio clínico e da autoconfiança profissional, com repercussões positivas na prática desenvolvida em meio hospitalar. Contudo, estes benefícios coexistem com custos expressivos na esfera pessoal. Os profissionais mencionam fadiga persistente, perturbações do sono, ruminação emocional e episódios compatíveis com esgotamento. As ocorrências que envolvem crianças ou vítimas com quem se estabelece uma identificação pessoal prévia são descritas como particularmente marcantes, prolongando o impacto emocional para além do turno de serviço. Este equilíbrio frágil entre desenvolvimento profissional e desgaste psicológico evidencia a necessidade de mecanismos formais de recuperação e suporte.

Na sexta temática, sugestões para a melhoria da intervenção, as propostas apresentadas pelos participantes revelam consciência prática das dificuldades existentes e vontade genuína de as ultrapassar. A formação contínua, com treino prático regular, é identificada como prioridade para manter níveis elevados de segurança e eficácia. A criação de momentos de *debriefing* após ocorrências críticas é apontada como essencial para consolidar aprendizagens e aliviar o desgaste emocional. É ainda destacado o reforço dos recursos humanos, a atualização do material operacional e a disponibilização de acompanhamento psicológico institucional. A existência de protocolos claros e partilhados entre as várias entidades envolvidas é considerada condição indispensável para garantir uma resposta mais uniforme, segura e coordenada.

Contudo, ainda que se tenha assegurado o rigor científico e o cumprimento ético em todas as etapas deste estudo, importa reconhecer que o mesmo apresenta algumas limitações que enquadram a interpretação dos resultados. A amostra reduzida, é obtida

por seleção intencional e ficou limitada a corporações da área metropolitana do Porto, não permitindo grandes extrapolações dos dados. A recolha de dados foi realizada num único momento e recorreu a entrevistas por videochamada, o que poderá ter condicionado a expressividade emocional e favorecido alguma autorrepresentação. Também a análise foi conduzida manualmente, sem dupla codificação ou recurso a software especializado, o que pode aumentar o risco de subjetividade interpretativa. Ainda assim, os resultados alcançados possuem valor analítico e transferível para contextos semelhantes, recomendando-se, em investigações futuras, o alargamento geográfico da amostra, a triangulação metodológica e a revisão colaborativa da análise. Assim, iremos sugerir a realização de investigações futuras com maior abrangência geográfica e metodológica.

Paralelamente, considera-se essencial que as entidades formadoras e reguladoras assumam um compromisso efetivo com a valorização destes profissionais, promovendo planos consistentes de formação, supervisão e acompanhamento psicológico. Mais do que um documento académico, este trabalho pretende ser um apelo silencioso, mas firme, para que quem cuida em primeiro lugar deixe de ser o último a ser cuidado e valorizado.

Referências Bibliográficas

1. Almeida, J. C. (2018). Emergência Médica - Integração temporária num novo contexto de trabalho. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/114077>
2. Afshari, A., Torabi, M., Navkhasi, S., et al. (2023). Navigating into the unknown: exploring the experience of exposure to prehospital emergency stressors: a sequential explanatory mixed-methods. *BMC Emerg Med*, 23, 136. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00906-7>
3. Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
4. Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo* (Edição revista e actualizada). Edições 70.
5. Blank, L., Coster, J., O' Cathain, A., Knowles, E., Tosh, J., Turner, J., & Nicholl, J. (2012). The appropriateness of, and compliance with, telephone triage decisions: a systematic review and narrative synthesis. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2610–2621. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06052.x>
6. Bezerra, F. N., Silva, L. P., & Ramos, J. S. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(esp.2), 151–156. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900024>
7. Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Edições Quarteto.
8. Benner, R., & Bledsoe, B. (s.d.). *Critical Care Paramedic*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
9. Beres, K. E., Zajac, L. M., Mason, H., Krenke, K., & Costa, D. K. (2022). Addressing Compassion Fatigue in Trauma Emergency and Intensive Care Settings: A Pilot Study. *J Trauma Nurs*, 29(4), 210–217. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000663>
10. Bonfim, L. N., Souza, P. H. A. de, Lima, A. B. da S., Damasceno, H. A., Duarte, T. L., Dias, L. dos S., ... Riche, M. A. de S. (2023). PAPEL DO ENFERMEIRO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 9(4), 768–780. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i4.9263>
11. Boyer, L., Wu, A. W., Fernandes, S., Tran, B., Brousse, Y., Nguyen, T. T., Yon, D. K., Auquier, P., Lucas, G., Boussat, B., & Fond, G. (2024). Exploring the fear

- of clinical errors: associations with socio-demographic, professional, burnout, and mental health factors in healthcare workers - A nationwide cross-sectional study. *Front Public Health*, 12, 1423905. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1423905>
12. Bravo, S. P. (2020). *Síndrome de burnout nos profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar da Cova da Beira e Guarda* [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum – Repositório UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/10785>
 13. Bruun, H., Milling, L., Mikkelsen, S., & Huniche, L. (2022). Ethical challenges experienced by prehospital emergency personnel: a practice-based model of analysis. *BMC Med Ethics*, 23(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00821-9>
 14. Bogdan, R., & Biklen, S. (2016). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
 15. Costa, F. A. D. (2020). *Triagem de Manchester: Intervenção dos enfermeiros* [Trabalho de Projeto de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2499>
 16. Costa, S. H. de L. P., Azevedo, C. E. S., & Severino, C. E. C. (2024). Fatores relacionados à reincidência de casos de síndrome de burnout entre enfermeiros: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 5(1). <https://doi.org/10.61164/rmnm.v5i1.2491>
 17. Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49(1), 11–28. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x>
 18. Deodatus, J. A., Kratz, M. A., Steller, M., Veeger, N., Dercksen, B., Lyon, R. M., Rehn, M., Rognås, L., Coniglio, C., Sheridan, B., Tschautscher, C., Lockey, D. J., & Ter Avest, E. (2024). Attributes of leadership skill development in high-performance pre-hospital medical teams: results of an international multi-service prospective study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 32(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01221-1>
 19. Devillard, O. (2001). *A dinâmica das equipas*. Lisboa, Portugal: Bertrand Editora.

20. Diário da República. (2006). Lei n.º 27/2006, de 3 de julho – Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, 1.ª série, n.º 127*.
21. Diário da República. (2007). Decreto-Lei n.º 247/2007, de 27 de junho – Regime jurídico dos corpos de bombeiros. *Diário da República, 1.ª série, n.º 123*.
22. Diário da República. (2011). Decreto-Lei n.º 19/2011, de 25 de janeiro – Estabelece a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica. *Diário da República, 1.ª série, n.º 18*.
23. Diário da República. (2015). Lei n.º 80/2015, de 3 de agosto – Altera a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, 1.ª série, n.º 149*.
24. Diário da República. (2021). Portaria n.º 322/2021, de 29 de dezembro – Criação das Equipas de Intervenção Permanente. *Diário da República, 1.ª série, n.º 250*.
25. Diário da República. (2023). Portaria n.º 210/2023, de 17 de julho – Primeira alteração à Portaria n.º 322/2021. *Diário da República, 1.ª série, n.º 135*.
26. Diário da República. (2024). Portaria n.º 60/2024, de 20 de fevereiro – Segunda alteração à Portaria n.º 322/2021. *Diário da República, 1.ª série, n.º 36*.
27. Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma n.º 001/2017. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
28. Direção-Geral da Saúde. (2019). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma da Qualidade – ISBAR).
29. Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma n.º 012/2022 – Via Verde do Trauma no Adulto.
30. Emergency Nurses Association. (2007). *Trauma Nursing Core Course (TNCC) – Provider Manual* (6th ed., revised printing). Des Plaines, Illinois: Emergency Nurses Association.
31. European Commission. (2023). *Country Profile: Portugal – Road Safety Overview 2024*. Directorate-General for Transport, European Road Safety Observatory. https://road-safety.transport.ec.europa.eu/document/download/3cf93aac-6768-4e3d-b254-a768171153c0_en?filename=erso-country-overview-2024-portugal.pdf
32. Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista*

- Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 9–18.
<https://doi.org/10.19131/rpesm.0258>
33. Fonseca, S. M., Cunha, S., Campos, R., Gonçalves, S. P., & Queirós, C. (2019). Saúde Ocupacional dos Profissionais de Emergência Pré-Hospitalar: Contributo do Trauma e Coping. *International Journal on Working Conditions*, (17), 69–88.
<https://doi.org/10.25762/ndmt-0c23>
34. Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
35. Fortin, M.-F. (2009). *O projeto de investigação: da concepção à realização*. Edições Lusociência.
36. Franco, F. V. (2020). Experiências de uma equipa multiprofissional no atendimento pré-hospitalar em suporte avançado de vida a vítimas politraumatizadas [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC.
<https://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/2397>
37. Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
38. Governo Regional dos Açores. (2023). *Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Proteção Civil*.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1677145784.pdf>
39. Grønlund, I. R., Gydesen, C., Thomsen, T., & Møller, A. M. (2023). Relatives' influence on the treatment of acutely critically ill patients in prehospital emergency medicine: a qualitative study of healthcare professionals' experiences and attitudes. *British Journal of Anaesthesia*, 131(6), 1014–1021.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.08.002>
40. Guerra, M. G. (2020). Experiência vivida pelos enfermeiros líderes de equipas de emergência extra-hospitalar perante a pessoa com trauma grave [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].
41. Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012). Identifying, describing, and expressing emotions after critical incidents in paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 111–114. <https://doi.org/10.1002/jts.21662>
42. Haghparast-Bidgoli, H., Hasselberg, M., Khankeh, H., Khorasani-Zavareh, D., & Johansson, E. (2010). Barriers and facilitators to provide effective pre-hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a grounded theory

- approach. *BMC Emergency Medicine*, 10, 20.
<https://doi.org/10.1186/1471-227X-10-20>
43. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2022). *Relatório anual de atividades 2021*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/11/Relatorio-de-Gestao-e-de-Atividades-INEM-2021-Despacho-de-homologacao-em-8-de-setembro-de-2022.pdf>
44. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2023, março). *TAS – Emergências de trauma* (Versão 1.0). Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974463.pdf>
45. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2024, 25 de julho). Indicadores relativos ao tempo da prestação de socorro em situações de trauma registam melhoria em 2023.
<https://www.inem.pt/2024/07/25/indicadores-relativos-ao-tempo-da-prestacao-de-socorro-em-situacoes-de-trauma-registam-melhoria-em-2023>
46. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2024, 25 de julho). ISBAR: Conhece esta técnica de comunicação em saúde?
<https://www.inem.pt/2024/07/25/isbar-conhece-esta-tecnica-de-comunicacao-em-saude>
47. Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2024). *Relatório de atividades e gestão 2023*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/08/Relatorio-de-Atividades-e-Gestao-INEM-2023-1.pdf>
48. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024a). *TAS: Introdução à emergência pré-hospitalar* (Versão 1.0, março 2024, p. 7). DFEM & DEM.
<https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716973850.pdf>
49. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024b). *Relatório anual CODU & Meios 2023*.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2024/07/Relatorio-CODU-e-Meios-2023-VFF-AprovAss.pdf>
50. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2024c). Indicadores relativos ao tempo da prestação de socorro em situações de trauma registam melhoria em 2023.

<https://www.inem.pt/2024/07/25/indicadores-relativos-ao-tempo-da-prestacao-de-socorro-em-situacoes-de-trauma-registam-melhoria-em-2023>

51. Instituto Nacional de Emergência Médica. (2023). *Sistema Integrado de Emergência Médica*. INEM. <https://www.inem.pt>
52. International Council of Nurses. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP®) – 2019 Release*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
53. Jenkins, J. L., Roemer, E. C., Hsu, E. B., Everly, G. S., Jr., Han, G., Zhang, A., Sharma, R., Asenso, E., Jr., Bidmead, D., Vaidya, N., Bass, E. B., & Saldanha, I. J. (2025). Mental Health and Occupational Stress in the Emergency Medical Services and 911 Workforces. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://doi.org/10.23970/AHRQEPCSR911>
54. Jiang, P., Jia, Y., Yang, X., Duan, W., Ning, Y., Zhou, Y., & Cao, Y. (2025). A systematic review of psychological distress reduction programs among nurses in emergency departments. *BMC Nursing*, 24, Article 194. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02814-6>
55. Lakatos, E., & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (3.^a ed.). São Paulo: Atlas.
56. Larraga-García, B., Quintana-Díaz, M., & Gutiérrez, Á. (2022). The need for trauma management training and evaluation in a prehospital setting: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13188. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013188>
57. Lawn, S., Roberts, L., Willis, E., et al. (2020). The effects of emergency medical service work on the psychological, physical, and social well-being of ambulance personnel: a systematic review of qualitative research. *BMC Psychiatry*, 20, 348. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02752-4>
58. Lopes, J., Patrício, A., Lopes, D., Duarte, M., & Gomes, J. (2022). Estratégias de prevenção do burnout nos enfermeiros – Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, 13, 1–15. <https://doi.org/10.31252/RPSO.04.06.2022>
59. Marco António, R. G. (2021). *O enfermeiro no corpo de bombeiros: percepções sobre os contributos da sua intervenção* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositório IPVC. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2693/1/Marco_Antonio.pdf

60. Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese healthcare professionals: An analysis at the national level. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>
61. Martinez, D. de La T. (2013). Tratamiento multidisciplinario del paciente politraumatizado. *Revista Medigraphic*, 9(1), 65–73. <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2013/ot131i.pdf>
62. Massada, S., et al. (2009). *Normas de boa prática em trauma*. Ordem dos Médicos.
63. Meyer, C., Chiapponi, C., von Kaufmann, F., Kanz, K.-G., & Hinzmann, D. (2024). Occupational stress profiles of prehospital and clinical staff in emergency medicine — a cross-sectional baseline study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1480643. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1480643>
64. Monteiro, A. F. M. (2012). Conhecimentos na intervenção pré-hospitalar – Estudo de uma amostra de bombeiros voluntários da Área Metropolitana do Porto [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional UFP. <https://bdigital.ufp.pt/entities/publication/a34d0d83-a02a-4c87-bab9-1e6331055e3b>
65. Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Santos, M. R. (2021). Eficácia da intervenção da enfermagem pré-hospitalar na estabilização das vítimas de trauma. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(5), e20114. <https://doi.org/10.12707/RV20114>
66. Mota, M., Pires, R., Cunha, M., & Santos, M. R. (2024). Nurses' perception of the impact of professional development sessions on their pre-hospital clinical practice with trauma victims. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1365509. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1365509>
67. Nunes, T. M. M. (2019). Determinantes de burnout em enfermeiros do pré-hospitalar [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/entities/publication/922044ae-bcd5-4f55-a12b-9724215a07dd>
68. Oliveira, A., Teixeira, F., Neto, F., & Maia, A. C. (2020). Peer support in prehospital emergency: The first responders' point of view. *International*

- Journal of Emergency Services*. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1108/IJES-07-2020-0035>
69. Oliveira, A., & Martins, J. (2012). Ser enfermeiro em suporte imediato de vida: Significado das experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 115–124.
<https://doi.org/10.12707/RIII1287>
70. Olde Bekkink, M., Farrell, S. E., & Takayesu, J. K. (2018). Interprofessional communication in the emergency department: residents' perceptions and implications for medical education. *International Journal of Medical Education*, 9, 262–270. <https://doi.org/10.5116/ijme.5bb5.c111>
71. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Comunicado – O papel do enfermeiro nos bombeiros e proteção civil. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/comunicado-o-papel-do-enfermeiro-nos-bombeiros-e-prote%C3%A7%C3%A3o-civil>
72. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Posicionamento da Ordem dos Enfermeiros sobre a integração de enfermeiros em equipas de emergência extra-hospitalar. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
73. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 226/2018 – Competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74.
74. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida em Emergência Extra-Hospitalar. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
75. Ordem dos Enfermeiros. (2021). Normas orientadoras para a atuação do enfermeiro em emergência extra-hospitalar: Regulamento n.º 223/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
76. Ordem dos Enfermeiros. (2022). Regulamento n.º 613/2022 – Define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 131, p. 179.
77. Ordem dos Enfermeiros. (2022). Código Deontológico e Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
78. Ordem dos Enfermeiros. (2025). Comunicado – Ordem apoia acordo INEM–Bombeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>

79. Ordem dos Enfermeiros. (2025). Protocolo entre INEM e Liga dos Bombeiros Portugueses sobre aumento da presença de enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
80. Ordem dos Médicos. (2014). Normas de Boa Prática em Trauma.
81. Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de Doentes Críticos Adultos – Recomendações 2023. Lisboa: Ordem dos Médicos e SPCIM.
82. Polit, D., & Hungler, B. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Edições Artes Médicas.
83. Portugal. Ministério da Saúde. (2012, 29 de outubro). Despacho n.º 14041/2012. *Diário da República, 2.ª série, n.º 209*.
84. Portugal. Ministério da Saúde. (2013, 23 de janeiro). Despacho n.º 1393/2013. *Diário da República, 2.ª série, n.º 16*.
85. Portugal. Ministério da Saúde. (2014a, 23 de abril). Despacho n.º 5561/2014. *Diário da República, 2.ª série, n.º 79*.
86. Portugal. Ministério da Saúde. (2014b, 6 de agosto). Despacho n.º 10109/2014. *Diário da República, 2.ª série, n.º 150*.
87. 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 de Enfermagem, 18*(2), 240–246. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000200015>
88. Rito, S., Ferreira, R. J. O., Marques, N., Frutuoso, A., & Baptista, R. (2024). Tempos de resposta e intervenções extra hospitalares à vítima de trauma major na região Centro de Portugal: Um estudo retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa, 37*(7–8), 526–534. <https://doi.org/10.20344/amp.20983>
89. Sampieri, R. (2014). *Metodologia de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
90. Sampieri, R. (2015). *Metodologia de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
91. Sandman, L., & Nordmark, A. (2006). Ethical conflicts in prehospital emergency care. *Nursing Ethics, 13*(5), 513–522. <https://doi.org/10.1177/0969733006069694>
92. Serafim, A. L. V. B. (2022). Saúde ocupacional e psicológica (burnout, ansiedade, depressão e ideação suicida) nos profissionais do INEM [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/145357>

93. Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores. (s.d.). *Manual de tripulante de ambulância de socorro* (2.^a ed.). Instituto Nacional de Emergência Médica.
94. Silva, G. Z., Lohmann, P. M., Brietzke, A. P., & Marchese, C. (2022). Atuação da enfermagem em centro cirúrgico e a síndrome de burnout. *Research, Society and Development*, 11(16), e207111637448. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37448>
95. Santos, M. C., & Bernardes, A. (2010). Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 359–366. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200022>
96. Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Wolters Kluwer.
97. Teles, D., Silva, M., Berger-Estilita, J., & Pereira, H. (2023). Practice of debriefing of critical events: A survey-based cross-sectional study of Portuguese anesthesiologists. *Porto Biomedical Journal*, 8(3), e215. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000215>
98. Verão, P. (2013). Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: avaliação do papel das equipas de bombeiros [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde]. <http://hdl.handle.net/10400.6/1503>
99. Weile, J., Nebbjerg, M. A., Ovesen, S. H., Paltved, C., & Ingeman, M. L. (2021). Simulation-based team training in time-critical clinical presentations in emergency medicine and critical care: a review of the literature. *Advances in Simulation*, 6, 3. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00154-4>
100. World Health Organization. (2024, 19 de junho). Injuries and violence [Fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>

ANEXOS

ANEXO I

Declaração Para a Utilização do Instrumento

Solicitação de Instrumento de Coleta de Dados > Caixa de entrada x



Jossandra Isabel Costa Miguel <43164@ufp.edu.pt>
para Filipe, filipevieirafranco ▾

domingo, 19/01, 01:41 (há 10 dias)



Exmo. Sr. Filipe Franco,

Sou estudante finalista do curso de Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa e, atualmente, encontro-me a desenvolver o meu projeto de graduação intitulado "A Experiência dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Pré-Hospitalar a Vítimas Politraumatizadas".

Neste âmbito, estou a realizar um estudo qualitativo e tomei conhecimento do instrumento de coleta de dados desenvolvido por V. Ex.ª em 2021. Considero que o referido instrumento poderá constituir uma base essencial para a estruturação do meu trabalho. Assim, venho, por este meio, solicitar a partilha do mesmo, comprometendo-me a citar devidamente a sua autoria e a respeitar todas as normas éticas e científicas aplicáveis.

Desde já, agradeço a sua atenção e disponibilidade. Caso necessite de mais informações sobre o meu estudo, estou totalmente disponível.

Com os melhores cumprimentos,

Jossandra Isabel Costa Miguel

43164@ufp.edu.pt

Solicitação de Instrumento de Coleta de Dados > Caixa de entrada x



Jossandra Isabel Costa Miguel

domingo, 19/01, 01:41 (há 10 dias)



Exmo. Sr. Filipe Franco, Sou estudante finalista do curso de Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa e, atualmente, encontro-me a desenvolver o meu projeto d



Filipe Vieira Franco

domingo, 19/01, 01:41 (há 10 dias)



Muito obrigado. Com os melhores cumprimentos / Best regards, Filipe Franco, Ph.D. student, MSc, RN Professor Adjunto Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa /



Filipe Vieira Franco

domingo, 19/01, 16:42 (há 10 dias)



para mim ▾

Olá jossandra

Obrigado pela divulgação do instrumento

Claro que autorizo a utilização do instrumento

Cumprimentos

Filipe Franco



← Responder

→ Encaminhar

Autorização para o uso do instrumento.

ANEXO II

Comprovativo de Contacto com os Comandantes das Corporações de Bombeiros

Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto
	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Exmo(a). Senho
Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto
	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Exmo(a). Senho
Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto
	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Exmo. Senhor J
	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Exmo(a). Senho
Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto
Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto

Políticas de programa

Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Boa tarde, D...	25/04
Caixa de entrada	Seguimento ao Contato - Pedido de Colaboração para Projeto de Graduação - Boa tarde, Enfermeira...	22/04
	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exma. Senhora Enfermeira, O meu nome é Jossandr...	22/04
	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exmo. Senhor Enfermeiro, O meu nome é Jossandra...	22/04
Caixa de entrada	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Bom dia, Enfermeiro, Agradeço a s...	22/04
Caixa de entrada	Responder: Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - B...	22/04
Caixa de entrada	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exmo. Senhor Enfermeiro, O meu n...	22/04
	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exmo. Senhor Enfermeiro, O meu nome é Jossandra...	22/04
	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exma. Senhora Enfermeira, O meu nome é Jossandr...	22/04
	Pedido de Colaboração em Entrevista - Projeto de Investigação - Exmo. Senhor Enfermeiro, O meu nome é Jossandra...	22/04
Caixa de entrada	Solicitação de Informação sobre Enfermeiros-Bombeiros e Possibilidade de Contacto - Exma. Senho...	22/04

Troca/Envio de Email a corporações e enfermeiros.

ANEXO III

Declaração de Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Jossandra Isabel Costa Miguel, sou estudante da Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa e estou a desenvolver um trabalho de investigação no âmbito deste curso, sob a orientação do Professor Filipe Vieira Franco. Este estudo tem como objetivo conhecer as “Experiências dos Enfermeiros-Bombeiros no Atendimento Extra -Hospitalar a Vítimas Politraumatizadas”. Para tal, será necessário realizar entrevistas, com o auxílio de um gravador de voz.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que nunca vou revelar ou divulgar nada que possa identificar os intervenientes que aceitem participar nas entrevistas.

Assim, gostaria de o/a entrevistar. Se concordar, peço que assine esta folha, no qual declara que:

- 1. Foi esclarecido/a da finalidade e objetivos de estudo;**
- 2. Compreendeu a informação que lhe foi dada, teve a oportunidade de fazer perguntas e as suas dúvidas foram esclarecidas;**
- 3. Foi esclarecido/a que pode recusar-se à participação ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto;**
- 4. Aceita participar de livre vontade no estudo acima mencionado;**

5. Autoriza a divulgação dos resultados obtidos, garantindo o anonimato.

Nome do participante do estudo: _____ **Data:**

__/__/__

Nome do investigador: _____ **Data:**

__/__/__

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guia da Entrevista

Guião da Entrevista

I PARTE - ACOLHIMENTO

- Identificação do Investigador,
- Informação acerca do tema, pertinência, objetivos,
- Garantir a confidencialidade e anonimato,
- Solicitar a declaração de consentimento informado.

II PARTE - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTE

Idade (anos)

- ≤ 25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 41-45
- 46-50
- 51-55
- 56-60
- ≥ 60

Género

- Masculino
- Feminino

Formação Académica

- Bacharelato
- Licenciatura Enfermagem
- Mestrado **Qual?** _____
- Doutoramento **Qual?** _____

Outra Formação (Contexto do Trauma)

- Pós-Graduação **Qual?** _____
- Pós Especialização **Qual?** _____
- Cursos de Trauma **Qual?** _____

Experiência Profissional (anos)

- < 5

<ul style="list-style-type: none"> ● 5 – 10 ● 10 – 15 ● 15 – 20 ● 25 – 30 ● 30 -35 ● > 35 <p>26</p> <p>Experiência Profissional na VMER (anos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 0 ● < 5 ● 5 – 10 ● 10 – 15 ● 15 – 20 ● 25 – 30 ● 30 -35 ● > 35
--

III PARTE - DESENVOLVIMENTO

Objetivos	Questões Orientadoras
Questão Introdutória	Poderia partilhar connosco a sua experiência no atendimento extra-hospitalar a vítimas politraumatizadas, no contexto da sua atuação enquanto enfermeiro-bombeiro?
Perceber os sentimentos / emoções vivenciadas pelo enfermeiro bombeiro, no atendimento pré hospitalar em suporte	Que sentimentos / emoções vivência no atendimento extra-hospitalar a uma vítima politraumatizada com necessidade

<p>básico de vida a vítimas politraumatizadas.</p>	<p>de manobras de SBV?</p>
<p>Identificar os fatores que interferem no atendimento extra - hospitalar em suporte básico de vida a vítimas politraumatizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Na sua opinião quais são os fatores que facilitam a sua intervenção no atendimento extra hospitalar em SBV a vítimas Politraumatizadas? ● Na sua opinião quais são os fatores que dificultam a sua intervenção no atendimento extra hospitalar em SBV a vítimas Politraumatizadas?
<p>Identificar as implicações que atendimento extra hospitalar em suporte básico de vida a vítimas politraumatizadas tem para a vida pessoal e profissional dos enfermeiros bombeiros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● O que significa para si a vivência destas situações? ● Quais são na sua opinião as implicações da vivência destas situações, na sua vida pessoal e profissional? ● Com base na sua experiência profissional, quer apresentar-nos sugestões para melhorar o atendimento / atuação nas vítimas politraumatizadas em PCR.

IV - FECHO DA ENTREVISTA

- Dar a oportunidade de acrescentar algum aspecto,
- Agradecer a colaboração e a participação na entrevista.

Referência bibliográfica:

Franco, F. V. (2021). *Experiências dos enfermeiros especialistas na transição para a prática avançada: Um estudo qualitativo* [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC.

APÊNDICE II

Grelha de Análise de Conteúdo

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTRO (Nº)
<p>Significado atribuído às Experiências no Atendimento Extra Hospitalar a Vítimas Politraumatizadas</p>	<p>Satisfação Pessoal e Profissional</p>	<p>A</p>	<p>"Mas depois de, sei lá, 25 anos de ter salvo uma pessoa, voltar a vê-la... ou, passados 8 anos, reencontrar a menina a quem fiz o parto... opa, são daquelas coisas que nos tocam mesmo, não é?" (E04)</p> <p>"É sempre com muito bom grado que aceito este tipo de desafio, porque são oportunidades para aprendermos e nos adaptarmos. E isso faz com que, mais à frente, sejamos um pouco melhores em tudo." (E03)</p> <p>"Portanto, são essas coisas que, às vezes, acabam por nos compensar. Mesmo que sintamos que fizemos pouco, entre aspas, porque podíamos ter feito mais, não é? Sim... Mas acaba por marcar as pessoas, não é?" (E02)</p> <p>"Para mim, significa muito. É uma área que eu adoro, gosto mesmo do doente crítico. A nível profissional, acho que isso já transpareceu... eu gosto, filtro bem, e estou sempre disponível. Se for preciso fazer turnos de 16 horas, ou o que for, estou lá, porque é uma área que me apaixona." (E05)</p> <p>"Quando uma família nos agradece, mesmo depois de termos feito tão pouco em termos técnicos, isso dá-nos uma sensação de missão cumprida. É nessas alturas que sinto que escolhi a profissão certa." (E06)</p> <p>"Há dias em que penso que não trocava isto por nada. Ajudar pessoas em momentos tão frágeis dá-nos um sentido de utilidade que nenhuma outra profissão dá." (E07)</p> <p>"O reconhecimento não vem sempre das instituições, mas vem muitas vezes dos doentes e famílias. E isso basta para me sentir realizada." (E08)</p>

	<p>Desafio</p>	<p>“É uma questão de nos tentarmos adaptar, ao doente que temos à frente, às pessoas com quem temos de trabalhar, aos materiais disponíveis. E, para mim, isso é sempre um desafio...” (E03)</p> <p>"A vítima politraumatizada é aquela que, como se costuma dizer, nos dá mesmo adrenalina. É o tipo de situação que qualquer bombeiro gosta. E para um enfermeiro, ainda mais, porque é aí que conseguimos ver o verdadeiro impacto do nosso trabalho. Primeiro, porque há uma série de procedimentos que tens mesmo de cumprir, não é? Está tudo protocolado, tudo estruturado, já foi estudado, existem guidelines para praticamente tudo." (E04)</p> <p>"O principal de tudo é saber filtrar e ter um psicológico muito forte. Porque vai haver alturas em que as coisas não vão correr bem... vai haver alturas em que pode ser um dos nossos, familiares ou colegas mais próximos. (...) A gente quer quase ser doutor. Mas não... às vezes não é preciso isso. O que eles querem é que seja mais rápido, simples e eficaz, e transportar, porque é no hospital que se trata." (E05)</p> <p>“Cada ocorrência é diferente, mesmo que a situação pareça semelhante. O que mais me desafia é gerir a pressão do tempo, porque no politrauma cada minuto pesa.” (E06)</p> <p>“Gerir simultaneamente várias vítimas num acidente com múltiplos feridos foi das coisas mais difíceis que vivi. A triagem rápida é um desafio enorme.” (E08)</p>
	<p>Contributo Para um Melhor Atendimento do Doente</p>	<p>"A articulação entre as várias entidades é a grande chave para conseguirmos trabalhar, primeiro com segurança e depois com qualidade." (E04)</p> <p>"A formação na área do trauma vai muito nesse sentido. Todas as técnicas têm de ser feitas em trabalho de equipa." (E04)</p>

			<p>“Traz muitas vantagens mesmo para depois na minha vida profissional, a nível intra-hospitalar, porque me dá traquejo e me dá vontade para tomar estes tipos de decisões e de conseguir responder facilmente a percalços que nos vão acontecendo.” (E03)</p> <p>“Estar no pré-hospitalar obriga-nos a pensar rápido, mas também a articular com quem vem a seguir. O contributo é esse: criar as condições para que o doente chegue vivo e com estabilidade mínima ao hospital.” (E06)</p>
<p>Sentimentos/ Emoções Vivências pelo enfermeiro bombeiro</p>	<p>Stress/ Ansiedade</p>		<p>“(…) o stress e o nervosismo acabam sempre por surgir nestes contextos de trauma. Há momentos em que é impossível controlar todas as reações do corpo (….) nota-se a taquicardia, a ansiedade (…). O organismo responde de imediato e, em certas situações mais exigentes, já senti claramente as mãos a tremer devido ao stress vivido no momento (….)” (E01)</p> <p>"E depois, tens de garantir que cumpres os tempos da golden hour. São aqueles minutos críticos, a hora de ouro, em que o doente tem mesmo de ser assistido a tempo, para evitar sequelas ou, pelo menos, para que fiquem o mais leves possível." (E04)</p> <p>“Sinto sempre aquele nó no estômago antes de chegar ao local... é inevitável. Mas aprendi a usar essa ansiedade a meu favor, como sinal de alerta.” (E06)</p>
	<p>Desconforto</p>		<p>“(…) a nível da analgesia, que eu senti mais dificuldade e noto que faz falta, nós não podemos administrar. Que as pessoas queixam-se e nós não podemos ajudar, não é?”(E02)</p> <p>“(…) não é por falta de capacidade, mas o facto de não lidarmos todos os dias com crianças acaba por gerar algum desconforto. E acredito que isso não seja apenas meu, mas algo sentido por toda a equipa (….)” (E06)</p>

	Prazer de Ajudar		<p>"Foi a menina que me abraçou, não é? Estás a ver? Coisas mínimas. Que fazem a diferença" (E02)</p> <p>"Quando corre bem, é tudo muito bonito... e é bom a gente até sentir orgulho de que as coisas correram bem." (E05)</p> <p>"Quando vemos alguém sair do hospital (...), recuperado, sentimos que valeu a pena cada segundo de esforço." (E08)</p>
	Insegurança		<p>"(...) há momentos em que se sente mesmo insegurança, porque trabalhamos na rua, em ambientes imprevisíveis. Muitas vezes estamos junto a vias com trânsito, com pessoas a circular, curiosos por perto... e tudo isso aumenta o risco. Além disso, estamos a lidar com o doente politraumatizado, que em si já exige uma atenção extra, o que obriga a manter um duplo foco tanto na assistência como na segurança da equipa." (E02)</p> <p>"Já me aconteceu ter de me fechar dentro de uma ambulância... ou dentro de uma casa, no quarto do morto. Às vezes, é mesmo o que temos de fazer para nos protegermos." (E04)</p>
	Angústia		<p>"Tristeza talvez, porque efetivamente se calhar poderíamos fazer mais e não conseguimos." (E03)</p> <p>"E depois foi... a gente lida com aquilo, porque tem que saber filtrar. Mas o cemitério no cérebro está sempre lá, e a gente vai acumulando, acumulando..." (E05)</p> <p>"Fica sempre a dúvida: será que fiz o suficiente? Essa angústia acompanha-nos, mesmo quando sabemos que cumprimos os protocolos." (E07)</p>
	Receio		<p>"Obviamente que numa situação [...] com uma equipa que não está tão desenvolvida [...] o trabalho não fica mais difícil. Pelo contrário. Às vezes ter aquele fator de receio acaba por ser benéfico."(E01)</p>

			<p>"O nosso erro pode custar uma vida. Por isso, na nossa profissão, simplesmente... não há margem para falhar."(E04)</p> <p>"Tenho receio de falhar quando o doente é uma criança. A pressão é diferente, e emocionalmente mais pesada." (E07)</p>
	Responsabilidade		<p>"Já tive situações em que tinha medicação disponível e recusei-me a administrar, porque não tenho nenhuma prescrição. A minha decisão pode estar errada, mas foi a que eu tomei." (E02)</p> <p>"(...) Nós só temos um problema, quer dizer, um grande problema, que é esse: não temos espaço para o erro. Mesmo." (E04)</p> <p>"A gente tem sempre cuidado. Temos o elemento mais referenciado, mais responsável. E temos aquele olhar de 90 graus, para tentar perceber o que está à nossa volta, para não haver erros." (E05)</p>
	Motivação		<p>"Eu, quando vou para uma ocorrência, tenho que levar a equipa toda motivada. Toda." (E01)</p> <p>"É viciante. Depois ficas mesmo agarrada àquilo. Nem é só pela adrenalina , é o trabalho em si que te prende, que te puxa."(E04)</p> <p>"Apesar de tudo, é o que me move. Cada caso difícil é também o que me faz querer continuar." (E07)</p>
Fatores Facilitadores do Atendimento Extra-hospitalar	Experiência Profissional	Conhecimentos Dos Elementos Da Equipa	<p>"Sabemos que no mundo dos bombeiros nem toda a gente tem a mesma formação complementar, ao mesmo nível. Há uns com mais formação, outros com menos. Mas a complementaridade entre uns e outros... esse equilíbrio. Acima de tudo, isso é fundamental." (E01)</p> <p>"Temos sempre de nos adaptar ao doente que temos, às pessoas com quem trabalhamos e aos materiais que estão disponíveis."(E03)</p> <p>"A VMER, por exemplo, foi algo que me deu, e continua a dar, muita experiência. E o trabalho de</p>

			<p>rua dá-nos uma forma de estar e uma visão das coisas um bocadinho diferente." (E04)</p> <p>"Além de a gente ter os nossos conhecimentos referenciados, é claro que toda a equipa tem que ter... mesmo que não tenham as formações, pelo menos os conhecimentos de trabalho em equipa, para perceber o que é que é para fazer." (E05)</p>
	Relacionados com a Equipa	Comunicação	<p>"É uma equipa que, muitas vezes, nem precisamos de falar. Basta olhar. E as coisas fluem." (E01)</p> <p>"Noto também que, a nível da passagem de dados, é diferente. Já tive situações de paragens cardiorrespiratórias em que percebi que, sendo eu a passar a informação, do outro lado recebem de forma diferente. Isso noto." (E02)</p> <p>"Esta articulação entre a VMER e os Bombeiros, e o próprio trabalho de rua com os bombeiros, dá-nos mesmo muito gozo, porque é um verdadeiro trabalho de equipa. A vítima de trauma é daquelas que, sozinha, não consegues fazer nada. Exige logo trabalho de equipa." (E04)</p> <p>"(...) e não ter medo de a gente perguntar a quem sabe ou quem tem mais experiência."(E05)</p> <p>"Quando a comunicação (...) flui, tudo muda. É quase automático, e aí o atendimento corre muito melhor." (E06)</p>
	Existência de Recursos Humanos e Materiais		<p>"O que nos facilita intervir? Sim. Olha, para começar, a articulação multidisciplinar , a articulação entre as equipas de rua. E quando digo isso, falo de todos os elementos da Proteção Civil: polícia, bombeiros, INEM, percebes?" (E04)</p> <p>"(...) quando chegamos ao local e já há uma equipa (...) a prestar apoio, tudo se torna mais rápido. Ter meios no terreno desde o início facilita imenso a estabilização da vítima e o encaminhamento do doente." (E05)</p> <p>"(...) é sempre uma vantagem saber que não estamos sozinhos no terreno. Quando há outras equipas a</p>

			<p>intervir connosco, os meios disponíveis aumentam e conseguimos atuar com mais segurança e eficácia.” (E07)</p>
	<p>Existências de Condições de Segurança</p>		<p>“A articulação entre as várias entidades é a grande chave para conseguirmos trabalhar, primeiro com segurança e segundo com qualidade.” (E04)</p> <p>“Temos sempre aquele elemento mais responsável... aquele olhar de 90 graus, para tentar perceber o que está à nossa volta, para não haver erros.” (E05)</p>
	<p>Existência de Algoritmo de Atuação</p>		<p>“Tendo os protocolos... lá está. Ver a possibilidade de os implementar de forma acessível é algo de mais-valia, não é? Porque temos o protocolo que nos salvaguarda sempre.” (E02)</p> <p>“Está tudo protocolado, já está tudo formatado, está tudo estudado, há guidelines para tudo.” (E04)</p> <p>“Os protocolos ajudam-nos a manter o foco. Sem eles, seria muito mais caótico decidir em plena adrenalina.” (E08)</p>
<p>Fatores Dificultadores Do Atendimento Extra-hospitalar</p>	<p>Inexperiência Profissional</p>		<p>“Apanha-se muita falta de conhecimento também, não só dos bombeiros [...] de muitos profissionais que andam na rua a trabalhar connosco.” (E03)</p> <p>“(…) quando a equipa é pouco experiente, nota-se logo no terreno. Falta aquela segurança e a capacidade de decisão rápida, o que pode atrasar a intervenção e aumentar o risco para o doente.” (E02)</p> <p>“(…) a falta de experiência pesa muito nestas situações. Quando há alguém novo na equipa, nota-se alguma hesitação, e isso acaba por influenciar o ritmo e a confiança de todos durante a atuação.” (E05)</p>
	<p>Falta de Liderança</p>		<p>“A falta de motivação é um fator importantíssimo. Eu, quando vou para uma ocorrência, tenho que levar a equipa toda motivada. [...] E esse é o papel fundamental de um team leader.” (E01)</p> <p>“(…) sem uma liderança definida, tudo se torna mais confuso. É essencial que alguém assuma a</p>

			<p>coordenação e oriente as decisões, caso contrário (...) e perde-se tempo precioso.” (E03)</p> <p>“(…) a liderança é fundamental para que a equipa funcione em sintonia. Quando não há quem defina o rumo, surgem dúvidas e falhas de comunicação que comprometem a intervenção.” (E08)</p>
	Falta de Recursos Humanos e Materiais		<p>“Está muito limitado, não é? A nível técnico e de equipamento para atuar, está limitado.”(E02)</p> <p>“Existem, infelizmente, em Portugal Continental, corporações de bombeiros que não têm material de imobilização adequado [...]”(E03)</p> <p>“Muitas vezes não temos o equipamento ideal. E isso limita muito o que conseguimos fazer no local.” (E08)</p>
	Falta de Organização		
	Falta de Condições Ambientais	<p>Condições Climatéricas</p> <p>Ruído</p> <p>Luminosidade</p>	<p>"E depois há o fator atmosférico. Se demorar muito tempo até sermos acionados... se o tempo não estiver em condições para a gente acelerar mais a velocidade..." (E05)</p> <p>“Em muitas ocorrências, o ruído é constante(...)”(E06)</p> <p>“Durante a noite, a falta de luz complica bastante a atuação. Muitas vezes, estamos em locais de difícil acesso e com visibilidade quase nula, o que aumenta o risco tanto para o doente como para a própria equipa.” (E07)</p>
	Presença de Populares		<p>"O problema é que, muitas vezes, quando chegas ao local, a família já teve experiências negativas anteriores com os serviços de saúde." "Inclusive, já fomos ameaçados. Já tive de me fechar dentro de uma ambulância, e até dentro de uma casa." (E04)</p>

			<p>“Já tive famílias a gritar connosco em plena rua. Isso perturba, porque estamos a tentar salvar alguém e ao mesmo tempo a lidar com a pressão externa.” (E07)</p>
	Relação na Equipa		<p>"Se trabalhar com o X custa 1, às vezes trabalhar com o fulano Y custa 1.000. Mas aí também temos que saber levar o colega... também tem que haver discurso, tem que haver equilíbrio, ponderação." (E01)</p> <p>“As relações dentro da equipa influenciam muito o trabalho. Há colegas com quem a comunicação flui naturalmente, mas há outros com quem tudo se torna mais tenso e isso acaba por dificultar a abordagem ao doente.” (E05)</p> <p>“A falta de entrosamento entre os elementos da equipa pode complicar bastante. Quando não há confiança ou conhecimento mútuo, perde-se tempo e falham-se detalhes importantes.” (E06)</p>
	Incumprimento das Medidas de Segurança		
	Riscos Associados/Condução		<p>"E depois há o fator atmosférico. Se demorar muito tempo até sermos acionados... se o tempo não estiver em condições para a gente acelerar mais a velocidade..." (E05)</p> <p>"E depois há o fator atmosférico. Se demorar muito a sermos acionados... se o tempo não estiver em condições, a gente já não consegue acelerar mais a velocidade..." (E05)</p>
	Sobrecarga de Trabalho		<p>“Porque a gente ainda gosta do que faz. E enquanto a gente gosta do que faz, “comem-nos sempre”.” (E04)</p>
	Condições do Trânsito		<p>“Já apanhei, por exemplo, ocorrências onde na mesma ocorrência tive um acidente numa autoestrada, um camião com uma viatura em contramão numa autoestrada.”(E01)</p>

			<p>“Se a gente demorava 15 minutos, vai passar , se calhar, a demorar 20 minutos. Acho que esse é um grande fator a nível de tempo.” (E05)</p>
	<p>Método de Triagem nos Codu’s</p>		<p>"As pessoas não sabem. Por exemplo, eu chegava com a VMER e achavam que tinham estado ao telefone comigo, com o CODU, confundem tudo." "A própria falta de conhecimento sobre o Sistema Integrado de Emergência Médica faz com que depois tenham reações completamente descontextualizadas." (E04)</p> <p>"Aquilo é um fluxograma. É a triagem de Manchester... onde existe a prioridade Alfa, Bravo, Charlie e Delta. Muitas vezes já vem como Delta, que é o nível mais baixo... e afinal é uma PCR. Já passou muito tempo." (E05)</p>
<p>Implicações para a vida pessoal e profissional</p>	<p>A Vida Profissional</p>	<p>Conhecimento Teórico</p>	<p>“Traz muitas vantagens mesmo para depois na minha vida profissional, a nível intra-hospitalar, porque me dá traquejo e me dá vontade para tomar estes tipos de decisões [...]”(E03)</p> <p>“Cada situação faz-nos crescer. Quando percebo que podia ter feito melhor, procuro rever procedimentos, estudar e treinar mais, porque gosto de sentir que estou preparado para qualquer cenário.” (E05)</p> <p>“Profissionalmente, cada caso é uma oportunidade de aprendizagem. Mesmo com anos de experiência, há sempre algo novo a aprender que nos ajuda a crescer e a melhorar a nossa prática.” (E06)</p>
		<p>Capacitação Técnica</p>	<p>“De vez em quando, calhava apanhar uma equipa que sabia do meu papel, sabia da minha formação, e pronto... aí sim, deixavam-me atuar. Mas era sempre em conformidade com a equipa, sob o comando deles e com autorização." (E01)</p> <p>“A experiência no pré-hospitalar dá-nos mais confiança e destreza. Com o tempo, ganhamos mão, aprendemos a orientar melhor as situações e isso</p>

