

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(DR – II Série, nº 250, de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

## **A Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar**

**As Apropriações e os Conteúdos Funcionais**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**João Miguel Martins Gomes**

Orientador:

**Prof. Doutor Francisco Martins Ramos**

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

**Évora**

**Dezembro de 2005**

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(DR – II Série, nº 250, de 29 de Outubro de 2002)

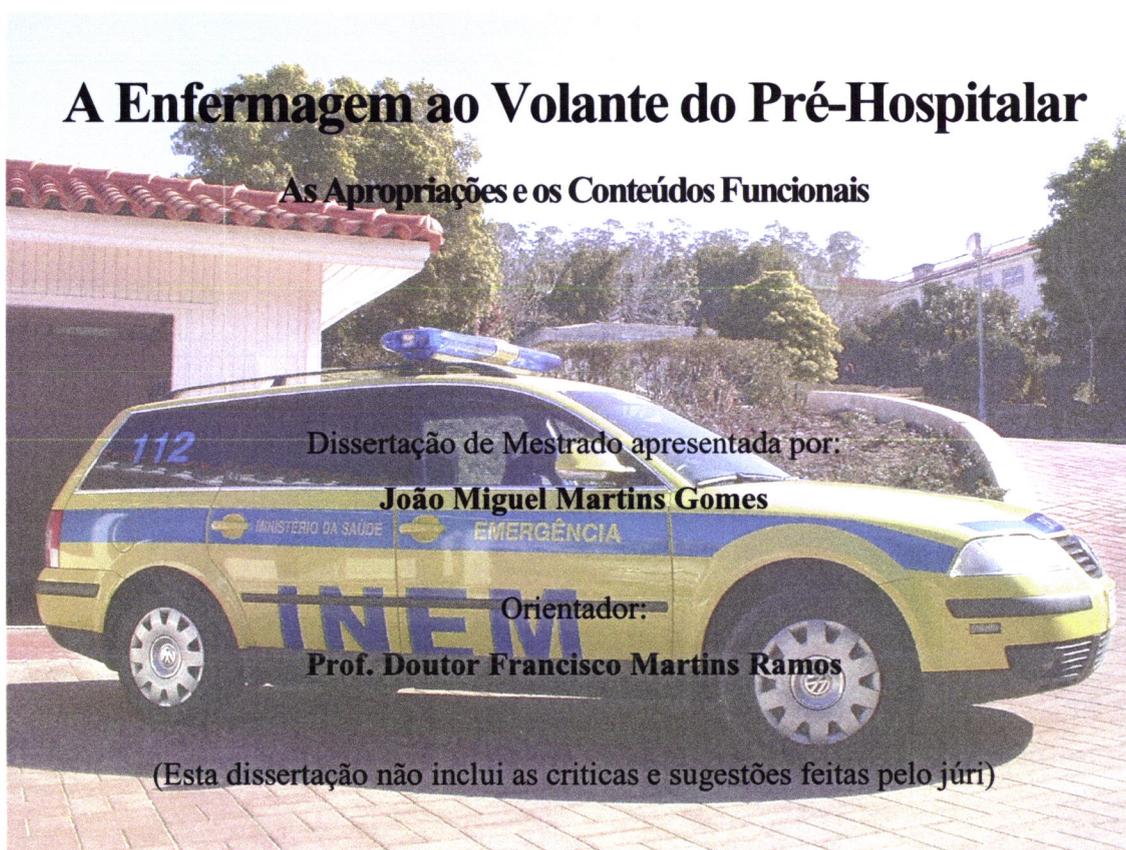
Área de especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**



157 631

## A Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar

As Apropriações e os Conteúdos Funcionais



Dissertação de Mestrado apresentada por:

**João Miguel Martins Gomes**

Orientador:

**Prof. Doutor Francisco Martins Ramos**

(Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Évora

Dezembro de 2005

## Errata

<b>Página</b>	<b>Onde se Lê</b>	<b>Deve Ler-se</b>
<b>51 (Quadro 2)</b>	<b>“Apesar de ter diminuído, a taxa de mortalidade infantil continua a ser uma das mais elevadas da Europa.”</b>	<b>“Apesar de ter diminuído, a taxa de mortalidade infantil foi durante anos uma das mais elevadas da Europa.”</b>

### **Agradecimentos**

Concluída esta etapa formativa, olho para trás e revejo com alegria os momentos passados. Cumpre-me a grata tarefa de, humildemente, ditar algumas palavras de apreço a todos os que activa ou passivamente, pelo seu apoio ou pela sua crítica, contribuíram para que esta investigação chegasse a bom porto.

*À Ordem dos Enfermeiros, na pessoa do Mestre Nelson Guerra;*

*Ao Instituto Nacional de Emergência Médica, na pessoa do Dr. Rodrigo Gorayeb;*

*A todos os Enfermeiros Coordenadores e respectivas equipas VMER;*

*Ao Prof. Pedro Gaspar pelos seus doutos conselhos estatísticos.*

A todos os meus Amigos pela forma como sempre me apoiaram:

*os Tripulantes do INEM e restantes efectivos dos Bombeiros Voluntários de Caldas da*

*Rainha, que me mostraram desde cedo o que é salvar vidas;*

*os colegas da VMER das Caldas da Rainha, que comigo partilham diariamente um sonho.*

Pela disponibilidade sempre demonstrada, pelo incentivo sempre presente, pelos ensinamentos aprendidos, e pela orientação dada a este estudo, um agradecimento especial ao

Prof. Doutor Francisco Martins Ramos

*A todos aqueles que trabalham nas profundezas da noite  
e que correm para salvar vidas.*

*Aos meus Pais, José e Odete Gomes*

*À Verónica*

## Abreviaturas

<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>CIAV</b>	Centro de Informações Anti-Venenos
<b>CODU</b>	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
<b>CTT</b>	Correios, Telefones e Telégrafos
<b>CVP</b>	Cruz Vermelha Portuguesa
<b>DL</b>	Decreto Lei
<b>DGS</b>	Direcção Geral de Saúde
<b>ENB</b>	Escola Nacional de Bombeiros
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GDH</b>	Grupos Diagnósticos Homogéneos
<b>GEM</b>	Gabinete de Emergência Médica
<b>GNR</b>	Guarda Nacional Republicana
<b>IGIF</b>	Instituto de Gestão Informática e Financeira
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>INPI</b>	Instituto Nacional da Propriedade Industrial
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NHTSA</b>	National Highway Traffic Safety Administration
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Cooperation and Development
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PEM</b>	Posto de Emergência Médica
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PRP</b>	Prevenção Rodoviária Portuguesa
<b>PSP</b>	Polícia de Segurança Pública
<b>REPE</b>	Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Medicale d'Urgence
<b>SAMUR</b>	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
<b>SAV</b>	Suporte Avançado de Vida
<b>SBV</b>	Suporte Básico de Vida
<b>SIEM</b>	Sistema Integrado de Emergência Médica
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Reanimation
<b>SNA</b>	Serviço Nacional de Ambulâncias
<b>SNB</b>	Serviço Nacional de Bombeiros
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SU</b>	Serviço de Urgência
<b>TA</b>	Tripulante de Ambulância
<b>TAS</b>	Tripulante de Ambulância de Socorro
<b>TLP</b>	Telefones de Lisboa e Porto
<b>UE</b>	União Europeia
<b>UR</b>	Unidades de Registo
<b>VMER</b>	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Resumo

O presente estudo de investigação de cariz quantitativo, enquadrado no Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde pela Universidade de Évora, pretende analisar as percepções dos enfermeiros e o Papel da Enfermagem, no contexto dos cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar.

Em Portugal, os enfermeiros desempenham funções no pré-hospitalar quer nos Corpos de Bombeiros, quer nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER). Dois quadros que apesar de diferentes, são detentores de novas filosofias de actuação por parte da Enfermagem. São muitas vezes equacionadas questões ligadas à formação e especialização dos enfermeiros e o papel das Escolas de Enfermagem nesta matéria.

Na realidade, optei pelo segundo quadro: o desempenho profissional dos enfermeiros nas VMER's. O crescente desenvolvimento do número de VMER's no país, o avultado número de enfermeiros candidatos a tais viaturas, mais, a criação de novas funções ou novas competências ainda não enquadradas em diplomas legais, são factores que acarretam para a Enfermagem uma proposta de mudança nas filosofias defendidas e a actualização do seu quadro de competências. Proponho uma abordagem às funções exercidas pelos enfermeiros das VMER's que, de inédita e singular na profissão, são também alvo de grandes responsabilidades pelo seu desempenho de cuidados prestados no local.

Estaremos a assistir a uma mudança de comportamentos profissionais na Enfermagem? Estará a Enfermagem a evoluir de acordo com a procura de cuidados que se vai processando nesta sociedade?

O estudo foi consubstanciado por questionários aplicados ao universo dos enfermeiros das VMER. Foram processados sofrendo análise estatística descritiva e analítica.

**Palavras-Chave:** Profissões; Enfermagem; Emergência Médica; Pré-Hospitalar; Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

## **Pre-Hospital Emergency Care in Portugal Nursing: A New Job Description**

This quantitative study for the during the Masters on Science Degree in Administration Policies and Health Services Management pretends to analyse the nurses' perceptions about their Job concerning pre-hospital care practice.

In Portugal, the nurses have developed their roles in pre-hospital care services in the fire departments and at the emergency and reanimation medical vehicles (VMER). These two agencies although they are different, have diferent norms of nursing practice. Quite often questions related with the nursing profession and their training are discussed as well as the role of the nursing schools on this matter.

I have chosen the second scenario: the profissional performance of the VMER nurses. The increasing number of VMER in our country has led to a large number of nursing candidates to apply for these positions, and to the creation of a new Job description which has not been regulated. These raising factors create a need for a new proposal for the nursing profession.

I propose a new approach to the Job description which should be unique and singular in that profession, because they involve new responsibilities during their nursing care in outdoor scenarios.

Are we in a process of chance in nursing pratices? Is nursing changing in accordance with new social demands?

The study was developed on the base of individual questionnaires applied to the nursing population in that working environment. They were processed trought the descriptive and analitical techniques.

**Keywords:** Professions; Nursing; Emergency Care; Pre-hospital; VMER

## Índice Geral

<b>0</b>	<b>Nota Introdutória</b> .....	<b>1</b>
 <b>Capítulo I - Das Razões e do Método</b>		
<b>1.1</b>	<b>Questões Prévias</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2</b>	<b>O Objecto e as Questões do Estudo</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3</b>	<b>Amostragem</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4</b>	<b>Construção e aplicação do Instrumento de Colheita da Dados</b> .....	<b>7</b>
<b>1.5</b>	<b>As Variáveis</b> .....	<b>8</b>
1.5.1	Variáveis Sócio-Demográficas .....	8
1.5.2	Percepção acerca das Competências Funcionais da Profissão .....	10
1.5.3	Percepção acerca da apropriação de funções não contempladas no <i>Job Description</i> da profissão .....	10
1.5.4	Percepção da adequação da formação específica para o desempenho no Pré-Hospitalar .....	10
1.5.5	Satisfação face às VMER enquanto Organizações .....	10
<b>1.6</b>	<b>Características Psicométricas da Escala</b> .....	<b>11</b>
1.6.1	Características Psicométricas da <i>SatVMER</i> .....	11
<b>1.7</b>	<b>As Hipóteses</b> .....	<b>13</b>
<b>1.8</b>	<b>Técnicas e Instrumentos para Recolha de Informação</b> .....	<b>15</b>
1.8.1	Análise de dados Documentais .....	16
1.8.2	Observação Directa .....	17
1.8.3	Análise de Conteúdo .....	18
1.8.4	Inquérito por Questionário .....	18
<b>1.9</b>	<b>Considerandos sobre a base de dados</b> .....	<b>19</b>
<b>1.10</b>	<b>Protocolo de Tratamento e Análise de Dados</b> .....	<b>19</b>
1.10.1	Análise Univariada .....	20
1.10.2	Análise Bivariada .....	20
 <b>Capítulo II - Da Competência das Profissões</b> .....		
<b>22</b>		
<b>2.1</b>	<b>As Organizações e o Trabalho</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Da Organização à Gestão de Competências</b> .....	<b>32</b>

<b>2.3 - Enfermagem: Das Benfeitorias dos <i>Obregões</i> à Velocidade Automóvel</b> .....	39
<b>Capítulo III - Da Emergência da Saúde</b> .....	48
<b>3.1 - O Serviço Nacional de Saúde (SNS)</b> .....	48
3.1.1 - Recursos Humanos do SNS .....	55
3.1.1.1 - Prestadores Directos de Cuidados de Saúde .....	55
3.1.1.1.1 - Perspectiva Demográfica .....	56
3.1.1.1.1.1 - Sexo .....	56
3.1.1.1.1.2 - Estrutura Etária .....	57
3.1.1.1.2 - Pessoal Médico pertencente ao SNS.....	58
3.1.1.1.3 - Pessoal de Enfermagem pertencente ao SNS .....	60
3.1.1.2 - Vínculos .....	61
3.1.1.3 - As Carreiras no SNS .....	62
3.1.1.3.1 - A Carreira de Enfermagem .....	63
<b>3.2 - Os Sistemas de Emergência Médica</b> .....	66
3.2.1 - SIEM Português: Da Liteira ao Volante .....	69
3.2.1.1 - A Viatura Médica de Emergência e Reanimação .....	72
3.2.1.2 - Os Recursos Humanos afectos .....	77
3.2.1.2.1 - A Enfermagem no SIEM Português .....	77
3.2.2 - O Socorro às Populações ao longo do tempo: Ordenamento Jurídico.....	86
3.2.3 - Realidades Internacionais .....	92
3.2.3.1 - Sistema Francês .....	92
3.2.3.2 - Sistema Espanhol - Madrid.....	95
<b>Capítulo IV - A Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar</b> .....	98
<b>4.1 - Caracterização da Amostra</b> .....	100
<b>4.2 - Análise das percepções da valorização da presença da Enfermagem nas VMER</b> .....	107
<b>4.3 - Análise das percepções relativas às Competências Funcionais da Profissão</b> .....	112
<b>4.4 - Análise das percepções relativas à Condução enquanto função apropriada</b> .....	119
<b>4.5 - Análise das percepções relativas à Autonomia na prestação de cuidados envolvendo técnicas específicas</b> .....	127

<b>4.6 - Análise das percepções relativas á formação específica para o desempenho no Pré-Hospitalar .....</b>	<b>129</b>
<b>4.7 - Análise das percepções relativas às VMER enquanto organizações hospitalares .....</b>	<b>131</b>
<b>Capítulo V - Das Conclusões e Sugestões .....</b>	<b>139</b>
<b>5.1 - Conclusões .....</b>	<b>139</b>
<b>5.2 - Sugestões .....</b>	<b>143</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>147</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo I Formulário usado para o recenseamento do Universo em estudo.....	155
Anexo II Pedido de Autorização para aplicação de Questionário.....	157
Anexo III Questionário.....	159
Anexo IV Categorização das Unidades de Registo provenientes da análise de conteúdo.....	162

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b>	As 5 Componentes Básicas da Organização .....	33
<b>Figura 2</b>	Passagem de Turno de Enfermagem.....	83
<b>Figura 3</b>	Acção de Socorro no domicílio.....	84
<b>Figura 4</b>	Passagem do utente no SU.....	84
<b>Figura 5</b>	A Condução da VMER .....	85
<b>Figura 6</b>	Estrela da Vida.....	88
<b>Figura 7</b>	Departamentalização do sistema de emergência francês.....	93

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b>	Objectivos Específicos .....	2
<b>Quadro 2</b>	Principais melhorias e fragilidades do SNS.....	51
<b>Quadro 3</b>	Carreiras presentes nos organismos da saúde da Administração Pública	63
<b>Quadro 4</b>	Distribuição das VMER por CODU .....	75
<b>Quadro 5</b>	Relação comparativa entre os sistemas de emergência francês, espanhol e português.....	97
<b>Quadro 6</b>	Categorização das UR provenientes das percepções sobre a Enfermagem nas VMER.....	108
<b>Quadro 7</b>	Medidas de localização e de tendência central dos ítems da Escala <i>SatVMER</i> .....	131
<b>Quadro 8</b>	Medidas de localização e de tendência central da Escala <i>SatVMER</i> .....	133
<b>Quadro 9</b>	Estudo da <i>SatVMER</i> em função das características sócio-demográficas da amostra .....	133
<b>Quadro 10</b>	Estudo da <i>SatVMER</i> em função das percepções face às competências funcionais da Enfermagem .....	135
<b>Quadro 11</b>	Estudo da <i>SatVMER</i> em função das apropriações não contempladas no <i>Job Description</i> da Enfermagem .....	137
<b>Quadro 12</b>	Estudo da <i>SatVMER</i> em função das percepções face à adequação da formação específica ministrada .....	138

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Respondentes por Sexos .....	6
<b>Tabela 2</b>	Média, mediana, moda, desvios padrão, mínimos e máximos da idade em função do Sexo.....	7
<b>Tabela 3</b>	Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna ( $\alpha$ de Cronbach) da SatVMER .....	12
<b>Tabela 4</b>	Mortalidade Infantil por cada 1000 nados-vivos .....	50
<b>Tabela 5</b>	Despesa com cuidados de saúde (% do PIB).....	53
<b>Tabela 6</b>	Despesa de saúde <i>per capita</i> (em dólares, PPP) .....	53
<b>Tabela 7</b>	Evolução de alguns indicadores financeiros .....	54
<b>Tabela 8</b>	Distribuição dos Médicos por Grupos Etários no SNS, 1997.....	57
<b>Tabela 9</b>	Distribuição dos Enfermeiros por Grupos Etários, 2004 .....	58
<b>Tabela 10</b>	Distribuição Etária do pessoal Médico pertencente ao SNS, de 1991 a 1997 .....	59
<b>Tabela 11</b>	Número de habitantes por Médico, por Região de Saúde.....	59
<b>Tabela 12</b>	Evolução da cobertura de Médicos por 1000 habitantes, de 1960 a 2000 .....	59
<b>Tabela 13</b>	Distribuição Etária do pessoal de Enfermagem, entre 2000 e 2004 .....	60
<b>Tabela 14</b>	Evolução da cobertura de Enfermeiros por 1000 habitantes, de 1970 a 2000 .....	61
<b>Tabela 15</b>	Número de Habitantes por Enfermeiro, por Região de Saúde.....	61
<b>Tabela 16</b>	Distribuição dos Informantes por Classes Etárias e respectivos pontos médios.....	100
<b>Tabela 17</b>	Distribuição Etária dos Enfermeiros das VMER.....	101
<b>Tabela 18</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Tempo de Exercício Profissional Total.....	102
<b>Tabela 19</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Tempo de Exercício na VMER.....	102
<b>Tabela 20</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Habilitações Académicas	103
<b>Tabela 21</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Vínculos Profissionais....	104
<b>Tabela 22</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por vencimentos Ilíquidos.....	105
<b>Tabela 23</b>	Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Horas Totais de Trabalho/Mês.....	106

<b>Tabela 24</b>	Percepções sobre o papel da Profissão nas estratégias de tomada de decisão em sede do SIEM.....	111
<b>Tabela 25</b>	Percepções sobre a profissionalização enquanto garantia de qualidade no SIEM.....	112
<b>Tabela 26</b>	Percepções relativas à partilha de opiniões no seio da equipa VMER no que concerne aos cuidados a prestar.....	113
<b>Tabela 27</b>	Percepções relativas à abordagem Cuidar vs. Tratar .....	113
<b>Tabela 28</b>	Percepções relativas ao auxílio dos TA na prestação de cuidados de Enfermagem.....	114
<b>Tabela 29</b>	Percepções relativas à delegação das funções de Enfermagem noutras classes profissionais.....	114
<b>Tabela 30</b>	Percepções relativas ao cumprimento das funções de Enfermagem durante o transporte .....	115
<b>Tabela 31</b>	Percepções relativas ao acompanhamento de Enfermagem no transporte .....	116
<b>Tabela 32</b>	Percepções relativas à necessidade de reuniões periódicas de Enfermagem para avaliação dos cuidados prestados.....	116
<b>Tabela 33</b>	Percepções relativas à necessidade de acompanhamento de Enfermagem durante o transporte.....	117
<b>Tabela 34</b>	Percepções relativas ao Papel da Enfermagem na intervenção comunitária em acções de formação e prevenção em saúde.....	118
<b>Tabela 35</b>	Percepções relativas ao envolvimento da Enfermagem na formação local de outros técnicos de saúde na perspectiva da melhoria de cuidados prestados .....	118
<b>Tabela 36</b>	Distribuição da amostra quanto à posse de curso de condução para veículos de emergência.....	119
<b>Tabela 37</b>	Percepção dos Enfermeiros das VMER quanto à adequação da formação ministrada em condução automóvel .....	119
<b>Tabela 38</b>	Percepções relativas à planificação de cuidados de Enfermagem aquando na VMER.....	120
<b>Tabela 39</b>	Percepções relativas à condução no trajecto para a ocorrência .....	121
<b>Tabela 40</b>	Percepções relativas à continuidade da prestação de cuidados de Enfermagem em todo o processo de socorro .....	121
<b>Tabela 41</b>	Percepções relativas à tomada de decisão para o acompanhamento do utente pelo Enfermeiro.....	122
<b>Tabela 42</b>	Percepções relativas à necessidade de acompanhamento de Enfermagem.....	122

<b>Tabela 43</b>	Percepções relativas à condução enquanto tarefa inibidora da prestação de cuidados de Enfermagem .....	123
<b>Tabela 44</b>	Percepções relativas à condução enquanto competência de Enfermagem nestes contextos de trabalho em função do Sexo .....	124
<b>Tabela 45</b>	Percepções relativas às tarefas associadas à manutenção da viatura por parte da Enfermagem nestes contextos de trabalho, em função do Sexo	124
<b>Tabela 46</b>	Percepções relativas à optimização do papel da Enfermagem e as tarefas ligadas à viatura.....	125
<b>Tabela 47</b>	Percepções relativas à exigência da competência em condução para o desempenho da Enfermagem nas VMER em função do Sexo .....	125
<b>Tabela 48</b>	Percepções relativas à condução enquanto factor condicionador do acesso dos Enfermeiros às VMER.....	126
<b>Tabela 49</b>	Percepções relativas à condução enquanto factor condicionador da continuidade do desempenho de funções pela Enfermagem nas VMER	126
<b>Tabela 50</b>	Percepções relativas à prestação de medidas de SAV enquanto cuidados autónomos da Enfermagem .....	127
<b>Tabela 51</b>	Percepções relativas à prestação de medidas de SAV enquanto cuidados interdependentes da Enfermagem.....	128
<b>Tabela 52</b>	Percepções relativas à prestação de medidas de abordagem em trauma enquanto cuidados autónomos da Enfermagem.....	128
<b>Tabela 53</b>	Percepções relativas à importância da introdução de noções de SAV nos planos de estudo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem .....	129
<b>Tabela 54</b>	Percepções relativas à importância da introdução de noções de abordagem em Trauma nos planos de estudos dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem .....	130
<b>Tabela 55</b>	Percepções relativas à necessidade de reconhecer as técnicas específicas pré-hospitalares em estudos pós-graduados enquanto exigência para o desempenho .....	130
<b>Tabela 56</b>	Percepções relativas ao modelo de recertificação das competências em emergência médica em vigor nas VMER .....	131

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b>	Evolução dos RH (médicos e enfermeiros) no MS .....	56
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos Médicos por sexos, 1998 .....	56
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição dos Enfermeiros por sexos, 2004 .....	57
<b>Gráfico 4</b>	Pirâmide Etária dos Médicos, 1997 .....	57
<b>Gráfico 5</b>	Pirâmide Etária dos Enfermeiros, 2004 .....	58
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis de saúde, por Regiões de Saúde .....	61
<b>Gráfico 7</b>	Evolução do tipo de vínculos dos efectivos do SNS, entre 1990 e 1998.	62
<b>Gráfico 8</b>	Evolução do número de VMER desde 1989.....	76
<b>Gráfico 9</b>	Percentagem de Inquiridos em cada equipa VMER.....	98
<b>Gráfico 10</b>	Composição percentual dos Inquiridos por VMER.....	99
<b>Gráfico 11</b>	Distribuição dos Inquiridos pelos CODU .....	99
<b>Gráfico 12</b>	Pirâmide Etária dos Inquiridos .....	101
<b>Gráfico 13</b>	Distribuição dos Inquiridos por Graus Académicos .....	103
<b>Gráfico 14</b>	Distribuição dos Inquiridos por Vínculos Profissionais à VMER.....	104
<b>Gráfico 15</b>	Categorização das UR e UR Privilegiadas .....	109
<b>Gráfico 16</b>	Subcategorias de “Valores Profissionais”.....	109
<b>Gráfico 17</b>	Subcategorias de “Valores Práticos” .....	110
<b>Gráfico 18</b>	Valores médios dos itens da Escala <i>SatVMER</i> .....	132

*“Jamais repita as mesmas táticas que  
lhe deram uma vitória. Procure variá-  
las segundo as circunstâncias.”*

Sun Tzu

## 0 Nota Introdutória

O desenvolvimento crescente do sector da emergência médica em Portugal tem, nestes últimos 30 anos, sofrido grandes incrementos na sua vertente da medicalização. A envolvimento de sectores profissionais, antes limitados às quatro paredes das instituições de saúde, levou a um re-direccionamento das profissões da saúde bem como dos quadros legais que as entendiam como prestadores de cuidados *indoor*. Esta dinâmica exponencial não sendo acompanhada de igual forma por uma estrutura legal e formativa que a enquadrasse, destinou a que, presentemente, o panorama nacional da medicalização do socorro tomasse um design heterogéneo na sua configuração. As assimetrias presentes seriam dignas de um estudo aprofundado mas que, tantas se conseguem identificar que seriam, no seu todo, praticamente impossíveis de abordar num só trabalho de investigação.

Tal cenário, se por um lado possibilitava uma grande diversidade de hipóteses de escolha sobre a temática a abordar, por outro, permitia que, perante tantas incertezas e ambiguidades, qualquer tema escolhido corresse o risco de se tornar infundável na sua abordagem.

Havia pois que adicionar outros critérios que transformassem a escolha do objecto de estudo em algo que fosse exequível quer do ponto de vista operacional quer instrumental. O tempo disponível seria um factor determinante perante a ausência de qualquer referencial do universo a estudar.

Após análise cuidada das condições que tinha para iniciar o meu estudo, optei por dar, de certa forma, continuidade a uma temática que já tinha desenvolvido no passado: a presença da enfermagem no pré-hospital. Se no passado, e através de um estudo de cariz exploratório efectuei a análise de conteúdo a entrevistas na busca de factores que interferissem com o desempenho da enfermagem enquanto condutora das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), hoje, e perante um cenário ainda por desbravar, encarei ser o estudo das percepções da enfermagem do pré-hospital face às suas próprias funções e apropriações nesses contextos de trabalho, uma possibilidade a explorar. Seria, mesmo assim um estudo vasto que não chegaria a bom porto se não atribuísse a esse objecto de estudo as devidas delimitações.

Assim, e na ausência de quaisquer dados que referenciassem o universo proposto para estudo, face ao tempo disponível, optei por fundamentar a minha investigação através de um objectivo geral - Caracterizar a Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar – tendo como perguntas de partida:

- ❖ Como se caracteriza a população dos Enfermeiros que desempenham funções no Pré-Hospitalar ?
- ❖ Qual a percepção que os Enfermeiros das VMER detêm sobre o seu exercício profissional ?
- ❖ Que entendimento fazem os Enfermeiros das VMER acerca das funções que desempenham nas VMER e que não estão contempladas no *Job Description* da profissão ?
- ❖ Quais os factores que estão relacionados com o nível de satisfação dos Enfermeiros pelas VMER a eles adstritas ?

Face a este objectivo geral e procurando dar resposta às perguntas de investigação, surge a necessidade de o fragmentar naqueles que serão os meus objectivos específicos (Quadro 1)

#### Quadro 1: Objectivos Específicos

<b>Objectivo 1</b>	Identificar a Enfermagem das VMER face à do SNS;
<b>Objectivo 2</b>	Apreender o nível de apropriação das Competências Funcionais da Enfermagem pelos Enfermeiros nas VMER;
<b>Objectivo 3</b>	Apreender o nível de apropriação das Competências Funcionais que não são da Enfermagem pelos Enfermeiros nas VMER;
<b>Objectivo 4</b>	Analisar como percebem os Enfermeiros das VMER a formação e revalidação de competências que lhes é ministrada;
<b>Objectivo 5</b>	Caracterizar as VMER enquanto organizações hospitalares de acordo com as percepções dos Enfermeiros que aí desempenham funções;
<b>Objectivo 6</b>	Elaborar, uma proposta de <i>Job Description</i> da Enfermagem nas VMER tendo em conta as percepções dos informantes, as directivas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Fundamentar a minha escolha no presente objecto de estudo é, estou certo, tarefa menos difícil do que propriamente iniciar o mesmo. De facto os meus já alguns anos de desempenho profissional ao nível da prestação de cuidados de enfermagem em ambiente pré-hospitalar, permite-me hoje tirar algumas conclusões que me servem de premissas empíricas no presente trabalho. A esse conhecimento junto o produto que comigo trago das opiniões de café e de corredor dos pares que comigo, tantas vezes confidenciaram as suas preocupações no sector.

No entanto a tarefa a que me proponho é revestida de algumas particularidades que devo ter sempre presente. Se por um lado o seu cariz único lhe traz a singularidade e a pertinência, por outro, acresce o risco de trabalhar numa área onde, até à presente data, só alguns ainda entraram. E, creio, ser nesta altura que devo, humildemente parabenizar os Mestres Artur Bataca e Nelson Guerra pela coragem que demonstraram ao serem os percussores em estudos neste sector da saúde em Portugal. Estes serviram de facto para consolidar algumas das minhas ideias iniciais mas também, para partir para esta minha “aventura” investigativa com um manancial de conclusões que me servem de suporte.

Apesar desta temática ser parca em registos prévios de índole investigativa, os riscos que me proponho correr na presente investigação serão calculados ao máximo mas tendo sempre presente que esta, é, de facto potenciadora de motivação na busca da definição de parâmetros de enfermagem que possibilitem a melhor definição do papel distinto e singular da profissão na prestação de cuidados (Polit 1995), no incremento da qualidade no pré-hospitalar, e, na compreensão da enfermagem enquanto ciência Humana autónoma, ponderando as práticas na direcção da optimização dos cuidados às vítimas, famílias e comunidades (Hinshaw 1999).

## Capítulo I - Das Razões e do Método

*“Existe hoje, nos círculos das ciências sociais, uma singela persistente crença de que o conhecimento acerca das pessoas fica disponível através de uma simples pergunta.”*

*A. Kellehear*

### 1.1 Questões Prévias

Toda a investigação se constrói à volta de uma questão que, a determinada altura, nos parece intrigante. Ela é, por definição, uma “actividade de procura objectiva de conhecimentos sobre questões factuais” (Gauthier 2003: 18), ou seja, traduz o produto de uma indagação abordando uma determinada problemática utilizando o método científico (Polit 1995).

O crescente número de profissionais de enfermagem envolvidos na prestação de cuidados pré-hospitalares, envolve por inerência, uma adaptação da profissão a um novo contexto de trabalho. O re-equacionar das percepções acerca das acções desenvolvidas pelos seus profissionais, de tão singulares se tratarem, são neste estudo, o móbil de toda a discussão que proponho.

Tenho pois como finalidade, a exploração das percepções dos enfermeiros que desempenham actividade no sector pré-hospitalar em Portugal, mais propriamente ao nível das VMER. Os dados recolhidos para suporte do estudo, serão tratados através de técnicas estatísticas adequadas, de forma a investigar a forma como estes profissionais entendem a sua própria prestação no âmbito dos quadros legais em vigor e que tutelam a própria profissão de Enfermagem.

O estudo propõe ainda, partindo da formalização de hipóteses adequadas, investigar as questões referenciadas no Quadro 1, tendo portanto um design que relaciona a recolha da informação às questões iniciais do estudo (Yin 2003).

Tratou-se pois de construir uma modalidade investigativa que privilegia o conhecimento preciso da forma como os actores assumem os seus papeis profissionais no desempenho de funções nestes contextos de trabalho.

A presente investigação, pretende ser um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo e analítico.

## **1.2 O Objecto e as Questões do Estudo**

Com o carácter empírico que deve nortear um trabalho de investigação, e, sendo este um exemplo da pesquisa em causa, procurarei responder às questões de investigação referidas na página 2.

Acredito que, no final da presente investigação, encontrarei dados que justifiquem as diferenças que empiricamente se conhecem e que fazem da Profissão nestes contextos de trabalho, única na postura, singular no comportamento e heterogénea neste sector.

## **1.3 Amostragem**

O universo alvo desta investigação é constituída por todos os Enfermeiros que se encontram no activo e em plenas funções nas actuais 32 VMER do país.

Em virtude de não estarem disponíveis quaisquer dados relativos à população que me propunha estudar, tive a necessidade de, atempadamente proceder ao cumprimento de algumas etapas preparatórias. Apesar de o tempo ser um recurso escasso nesta investigação, houve o cuidado de avaliar correctamente o campo de trabalho com o intuito de adequar o problema a investigar ao próprio território, população e restantes recursos de ordem técnica.

Foram efectuados contactos com o INEM e respectivos CODU no sentido de apurar as populações de enfermeiros adstritos a cada centro no propósito de inventariar uma base de dados que “identificasse” um universo. Perante a ausência de tais dados, e sendo esta uma necessidade premente na presente investigação, foi processado um recenseamento sumário de todas as VMER através de cartas dirigidas aos respectivos Enfermeiros Coordenadores. O objectivo a atingir foi o de recensear o número de efectivos

enfermeiros a nível nacional que, por si só, viria a constituir um acto inédito e divulgar pela primeira vez o número destes profissionais em desempenho no sector.

Desta forma, e graças à relativa facilidade em contactar os diversos colegas coordenadores das VMER existentes, foi-lhes enviada uma carta e com um questionário em anexo. Nesse questionário, foi solicitado que os referidos enfermeiros coordenadores referissem o número de efectivos nas suas equipas, bem como a sua constituição em género e os regimes contratuais em jeito de súmula (Anexo I). Este recenseamento foi efectuado pelo correio nos meses de Março e Abril do corrente ano. Os dados fornecidos apontam para um universo de 515 Enfermeiros em pleno desempenho de funções.

**Tabela 1: Respondentes por Sexos**

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>P</i>
Masculino	148	69,50
Feminino	65	30,50
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>100,00</b>

Com base nestes dados, e tendo em conta todos os recursos disponíveis para operacionalizar com sucesso esta investigação, não se procedeu a qualquer amostragem prévia abrangendo todo o universo recenseado.

Foi tendo em consideração o recenseamento efectuado que foram remetidos pelo correio com recurso a envelopes pré-timbrados, os 515 inquéritos por questionário.

O facto de possuir o conhecimento do terreno e possuir as autorizações necessárias das hierarquias administrativas para o estudo (Anexo II), tais factos não se consubstanciaram em vantagens para o desenvolvimento do trabalho. Foram recolhidos 213 dos 515 questionários enviados ou seja, obtive 41,36% do universo mesmo após tentativas de encorajamento para a devolução dos questionários remanescentes. Nesse sentido, terei presente que Moser, Kalton e Scott, advertem que a “falta de resposta constitui um problema devido à probabilidade de as pessoas que não devolvem os questionários diferirem das que o fazem” (Bell 2002: 112).

A resposta conseguida (Tabela 1) é composta por 213 indivíduos (41,36% do universo) sendo maioritariamente masculina (69,50%). Os indivíduos do sexo feminino são em média mais novos que os homens mas têm modas superiores às do sexo oposto (Tabela 2). As diferenças de idades não adquirem diferenças significativas pois as médias distam de 1 ano para desvios padrão de 6,00 para os homens e de 4,73 anos para as mulheres.

**Tabela 2:** Média, mediana, moda, desvios padrão, mínimos e máximos da idade em função do

Sexo

<i>idade</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Masculino	34,56	34,00	30	6,00	25	49
Feminino	33,26	33,00	31 <sup>1</sup>	4,73	26	46
Total	34,15	33,00	30 <sup>2</sup>	5,65	25	49

#### 1.4 Construção e aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

A inexistência de qualquer instrumento que fosse aplicável para os objectivos desta investigação, acarretou a necessidade de criar um que fosse adequado ao presente objecto de estudo. Assim, foi elaborado um guião de questionário que abrangesse todas as temáticas a abordar. A estruturação do mesmo comporta 5 dimensões a saber:

**Dimensão 1:** Dados Sócio-Demográficos da população em estudo;

**Dimensão 2:** Auto-percepção do desempenho das competências funcionais contempladas no *Job Description* da Profissão;

**Dimensão 3:** Auto-percepção do desempenho de funções não contempladas no *Job Description* da Profissão;

**Dimensão 4:** Auto-percepção face à adequação da formação específica necessária ao desempenho nestes contextos de trabalho;

**Dimensão 5:** Auto-percepção face à satisfação perante as VMER enquanto organizações.

Foi necessário proceder à aferição da qualidade do questionário.

O questionário usado na investigação foi o resultado de vários pareceres informais junto de um painel de peritos (representante do INEM e representante da Ordem dos Enfermeiros) e de um ensaio junto de 5 enfermeiros que desempenham funções na VMER.

Na primeira abordagem junto do painel de peritos foi possível adequar os conteúdos do mesmo às maiores preocupações das partes envolvidas nunca perdendo de vista os objectivos da investigação. Tratou-se igualmente de uma validação de conteúdo do

<sup>1</sup> Variável multimodal, sendo apresentado o seu o valor mais baixo.

<sup>2</sup> idem

questionário que me permitiu recolher sugestões para a melhoria da formulação das questões.

Num segundo tempo, o seu preenchimento por 5 enfermeiros permitiu testar a sua compreensão, a sua adequação e a clareza com que as instruções e as próprias questões eram colocadas. Os enfermeiros em causa preencheram o questionário nas mesmas condições com que era suposto no futuro este ser respondido: receberam-no em envelope fechado tendo-os entregue *à posteriori*. Em conversa informal foram registadas as suas opiniões e inquiridos das principais dúvidas no seu preenchimento.

Após as devidas correcções, não verifiquei qualquer dificuldade dos informantes, aquando da aplicação do instrumento no terreno.

O questionário adquire a sua forma final conforme se faz anexar (Anexo III).

## 1.5 As Variáveis

Para uma análise estatística adequada tornou-se necessário identificar os níveis de medida das variáveis envolvidas. Nesta medida foram criadas as variáveis correspondentes às questões presentes no questionário.

### 1.5.1 Variáveis Sócio-Demográficas (Dimensão 1)

**Sexo (1.1 – fechada dicotómica):** Masculino ou Feminino.

**Idade (1.2 - aberta):** Idade de cada enfermeiro em anos. Num primeiro constituíram-se 12 classes simplesmente para tecer um termo de comparação com os dados existentes para o SNS. Para todos os restantes testes estatísticos foram constituídas 3 classes: dos 21 aos 30 anos (recém formados), dos 31 aos 40 anos (maturidade profissional) e, dos 41 aos 50 anos (pré reforma).

**Tempo Profissional Total (1.3 – aberta):** Tempo de exercício profissional total não obstante o vínculo profissional em anos. Foram agrupados nas seguintes classes: dos 1 aos 10 anos de exercício, dos 11 aos 20 anos e, dos 21 aos 30 anos de exercício profissional.

**Tempo Profissional na VMER (1.4 – aberta):** Tempo de exercício profissional na VMER não obstante o seu vínculo profissional em anos. Foram criadas as seguintes classes: dos 1 aos 5 anos e dos 6 aos 10 anos de exercício pré-hospitalar.

**Habilitações Académicas (1.5 – fechada):** Grau académico que detém no momento.

**Vínculo Profissional à VMER (1.6 – fechada):** Tipo de vínculo laboral que detém na VMER. As respostas foram agrupadas em 2 Classes: “Quadro” (Protocolo Intra-Hospitalar, Protocolo Inter-Hospitalar e Acumulação de Funções) e, “Não Quadro” (Prestação de Serviços e Contrato Individual de Trabalho).

**Vencimento Ilíquido na VMER/Hora (1.7 – aberta):** Vencimento bruto que aufero por hora na VMER. As respostas foram agrupadas em 3 classes: dos 5€ aos 10€, dos 10,01€ aos 15€ e dos 15,01€ aos 20€.

**Equiparação do Vencimento na VMER ao índice na carreira (1.8 – fechada dicotómica):** O valor do vencimento hora na VMER está equiparado ao seu valor hora na carreira de Enfermagem? Sim ou Não.

**Número médio de turnos/mês (1.9 – aberta):** Número de turnos que cada enfermeiro efectua em média por mês.

**Número de Horas/Turno na VMER (1.10 – aberta):** Duração em horas de cada turno na VMER.

**Número de Horas Semanais de Trabalho no Hospital de Origem (1.11 – fechada):** tipo de horário de trabalho: em regime de tempo parcial, horário normal de trabalho (35 horas) e, horário acrescido (42 horas). Na impossibilidade de quantificar o número de horas em regime parcial, foi assumido nos testes efectuados que este regime comportaria 17 horas, ou seja, meio horário.

### 1.5.2 Percepção acerca das Competências Funcionais da Profissão (Dimensão 2)

**Auto-percepção do desempenho das Competências Funcionais da Profissão (2.1 a 2.29):** As questões 2.1 e 2.2 (abertas) foram analisadas com recurso à análise de conteúdo. As questões 2.3 a 2.19 (fechadas) visam perceber o nível de conhecimento que os Enfermeiros das VMER têm do seu próprio conteúdo funcional enquanto Enfermeiros, respondendo Discordo, Concordo ou Tenho Dúvidas.

### 1.5.3 Percepção acerca da apropriação de funções não contempladas no *Job Description* da Profissão (Dimensão 3)

**Auto-percepção da apropriação de funções não contempladas no *Job Description* da Profissão (3.1 a 3.7 – fechadas):** Estas questões visam perceber qual a percepção que os Enfermeiros detêm das funções não contempladas no *Job Description* da Profissão respondendo Discordo, Concordo ou Tenho Dúvidas.

### 1.5.4 Percepção da adequação da formação específica para o desempenho no Pré-Hospitalar (Dimensão 4)

**Auto-percepção face à adequação da formação necessária ao desempenho nestes contextos de trabalho (4.1 a 4.9 – fechadas dicotómicas):** Análise das percepções relacionadas com questões ligadas à formação específica para o desempenho da Enfermagem nestes contextos de trabalho. Sim ou Não.

### 1.5.5 Satisfação face às VMER enquanto Organizações (Dimensão 5)

**Auto-percepção dos níveis de satisfação dos enfermeiros perante as VMER enquanto Organizações (5.1 a 5.8 – fechadas):** Com base numa escala gradativa de 1 (mínimo) a 5 (máximo) pretende-se averiguar qual o impacto das VMER enquanto organizações no nível de satisfação dos Enfermeiros no desempenho nessas organizações da saúde.

Por não ter sido encontrado qualquer instrumento validado para este efeito, procedeu-se à validação de uma escala que apelido de *Escala de Satisfação dos Enfermeiros nas VMER (SatVMER)*.

## 1.6 Características Psicométricas da Escala

Na utilização de escalas torna-se mandatório verificar o seu nível de consistência interna, ou seja, verificar se os seus itens se inter-correlacionam e, se no seu todo, eles pretendem avaliar o mesmo constructo (validade). Ou seja, a fiabilidade da escala significa a precisão da reprodutibilidade das medidas, sendo por assim dizer, uma premissa à validade do instrumento (Da Silva 2003). Em segunda instância, a fidelidade da escala indica que se a mesma for aplicada perante um outro cenário idêntico, nas mesmas condições e com os mesmo respondentes, os resultados a obter serão igualmente idênticos.

A inspecção da **validade** dos itens foi efectuada da seguinte forma:

A correlação de cada item com a escala total. Este procedimento indica-nos se cada parte da escala se subordina ao todo. Ou seja, o contributo de cada item para o constructo total da escala. De acordo com as referências consultadas (Pallant 2001), valores inferiores a 0,30 indicam que o item não está a medir o que é suposto medir a escala pelo que se deve ponderar a sua remoção da escala.

O estudo da **fidelidade** realizado da seguinte forma:

Nesse propósito foi usado o Alpha de Cronbach, quer para a globalidade da escala, quer para o conjunto dos itens na escala após serem removidos cada um de *per si*. Trata-se do estudo da fiabilidade ou, da consistência interna de uma escala (Da Silva 2003).

Defende-se que o  $\alpha$  de Cronbach deva ser superior a 0,7 (Pallant 2001) no entanto é tido em consideração que este é sensível ao número de itens que comporta a escala. Para esta autora, o  $\alpha$  de Cronbach poderá ter valores abaixo de 0,7 para escalas com menos de 10 ítems.

### 1.6.1 Características Psicométricas da SatVMER

A *SatVMER – Escala de Satisfação dos Enfermeiros face às VMER* – permitirá tecer correlações entre os índices de satisfação dos profissionais enfermeiros envolvidos nestes serviços e as restantes variáveis tratadas na investigação.

No caso do presente estudo será aplicada uma escala que pretende aferir o nível de satisfação dos Enfermeiros no que respeita aos serviços VMER enquanto organizações hospitalares. Nesta escala estão contemplados 8 ítems (5.1 a 5.8).

Neste caso, foram incorporados 210 casos válidos e 8 variáveis.

O Alpha de Cronbach apurado, não sendo muito elevado, colmata as premissas à sua validação (>70%).

A  $r$  do total sem o ítem indica-nos o grau com que cada item se correlaciona com o total dos itens. Na coluna  $\alpha$  se item removido traduzem-se os impactos que a remoção de cada um dos itens teria no  $\alpha$  final pelo que valores superiores ao  $\alpha$  final deverão ser removidos.

**Tabela 3:** Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) da SatVMER

Ítems	Descrição	Límites	M	DP	$r$ do total sem o ítem	$\alpha$ se ítem removido
5.1	A oportunidade de formação e progressão na Profissão estão presentes neste serviço VMER.	1-5	2,40	1,13	0,47	0,76
5.2	Os dirigentes da organização VMER a que pertença, interessam-se pela minha pessoa.	1-5	3,80	1,15	0,66	0,73
5.3	O meu serviço VMER possui um clima cooperativo.	1-5	3,96	0,85	0,57	0,75
5.4	A Autonomia e a Responsabilidade são características culturais da minha organização VMER.	1-5	3,98	0,83	0,58	0,75
5.5	Existe liberdade para organizar o trabalho e a minha vida pessoal.	1-5	4,34	0,69	0,39	0,78
5.6	O meu serviço VMER é facilitador de contactos sociais e de convívio.	1-5	3,67	1,00	0,45	0,77
5.7	O meu trabalho na VMER é bem remunerado.	1-5	2,68	1,18	0,30	0,79
5.8	No meu serviço VMER, existe uma política de incentivos ao desenvolvimento pessoal e profissional.	1-5	2,44	1,10	0,56	0,75
<b>Escala Total SatVMER</b>		<b>8-40</b>	<b>27,23</b>	<b>5,05</b>		<b>0,78</b>

Na presente escala verifico que o item 5.7 tem um baixo valor na correcção da correlação com o *score* total e que, detém um impacto no  $\alpha$ , superior ao  $\alpha$  final. No entanto, entendo não retirar o mesmo da escala pois, apesar dos valores assim o justificarem, as alterações que seriam introduzidas na consistência interna da escala não seriam substancialmente diferentes das actuais passando para 79,20% (*Standardized item alpha*).

Concluo pois que, a “Escala de Satisfação dos Enfermeiros face às VMER” revela uma adequada validade e consistência interna para a medição da satisfação perante as VMER, por parte dos Enfermeiros estudados.

## 1.7 As Hipóteses

Neste subcapítulo apresento as hipóteses a serem testadas na investigação. As hipóteses procuram estabelecer uma relação entre as características e percepções manifestadas pelos enfermeiros das VMER e as condições contextuais.

As hipóteses subjacentes à investigação têm em conta os objectivos do estudo. Assim, a hipótese H1 corresponde ao objectivo específico 1; as hipóteses H3 a H5 correspondem ao objectivo específico 2; as hipóteses H8 a H12 correspondem ao objectivo específico 3; as hipóteses H13 e H14 referem-se ao objectivo específico 4; e, a H15 refere-se ao objectivo específico 5.

### Relativamente à caracterização da população de enfermeiros que desempenham funções nas VMER

**H1** As populações de Enfermeiros das VMER e a população dos Enfermeiros do SNS, têm características semelhantes.

Questões: 1

### Relativamente às percepções da valorização da presença da Enfermagem nas VMER

**H2** Os Enfermeiros nas VMER dão enfoque a valores de ordem prática.

Questões: 2.1

**H3** Os Enfermeiros das VMER têm a percepção de que o lugar que ocupam nas tomadas de decisão no sector são as adequadas à dimensão do seu desempenho no SIEM.

Questões: 2.18

**H4** Os enfermeiros das VMER reconhecem a profissionalização do sector como uma mais valia para a qualidade do serviço.

Questões: 2.19

**Relativamente às percepções da componente Competências Funcionais**

**H5** Os enfermeiros das VMER reconhecem como suas competências a abordagem, acompanhamento e transferência hospitalar dos seus utentes.

Questões: 2.6 2.7 2.9 2.10 2.14 2.15 2.17 3.7

**H6** Os enfermeiros das VMER têm a percepção da sua importância no desenvolvimento de acções de promoção e prevenção em saúde.

Questões: 2.16

**H7** Os enfermeiros das VMER entendem estes serviços enquanto pólos locais de formação numa perspectiva da melhoria da qualidade das acções de socorro prestadas.

Questões: 4.8

**Relativamente à percepção da “condução” enquanto função apropriada**

**H8** A Condução não interfere com a prestação de cuidados de enfermagem.

Questões: 2.3 2.4 2.8 2.11 2.12 2.13

**H9** Existe relação entre o Sexo dos Enfermeiros das VMER e a percepção que detêm no reconhecimento enquanto suas, das funções ligadas à condução e manutenção de viaturas nestes contextos de trabalho.

Questões: 3.1 3.2 3.3 4.2 4.3 4.4

**H10** A função condução é determinante na admissão e comportamento dos enfermeiros nas VMER.

Questões: 4.1 4.1.1

**Relativamente à autonomia no desempenho de procedimentos superiormente homologados**

**H11** Os enfermeiros das VMER consideram a prestação de técnicas de SAV homologadas superiormente por *guidelines*, como sendo cuidados independentes nestes contextos de trabalho.

Questões: 3.4 3.5

**H12** Os enfermeiros das VMER consideram a prestação de técnicas de mobilização em Trauma homologadas superiormente por *guidelines*, como sendo independentes nestes contextos de trabalho.

Questões: 3.6

#### Relativamente a formação específica de técnicas pré-hospitalares

**H13** Os enfermeiros das VMER consideram que os cursos de Licenciatura deverão contemplar nos seus planos de estudos as temáticas específicas ao desempenho no pré-hospitalar.

Questões: 4.5 4.6 4.7

**H14** Os enfermeiros das VMER concordam com o actual modelo de reavaliação e recertificação de competências em prática no sector.

Questões: 4.9

#### Relativamente às percepções dos enfermeiros face às VMER enquanto organizações

**H15** Os atributos oportunidade de formação e progressão, interesse pelo bem estar dos colaboradores, clima cooperativo, autonomia e responsabilidade, liberdade de organização, facilidade de contactos sociais, remuneração, e, incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional são adoptados pelas VMER.

Questões: 5.1 5.2 5.3 5.4 5.5 5.6 5.7 5.8

### 1.8 Técnicas e Instrumentos para Recolha de Informação

Tal como referem João Ferreira de Almeida e José Madureira Pinto, a “observação metódica da realidade social, tendo como objectivo explícito pôr à prova afirmações e

interpretações provisoriamente aceites sobre a sua configuração e funcionamento, é hoje (...) prática corrente entre cientistas sociais” (Almeida e Pinto 2003: 55). A observação engloba o conjunto das operações através das quais o modelo de análise, ou seja, as hipóteses e os conceitos, é submetido ao teste dos factos e confrontado com os dados observáveis (Quivy 1998). O desenvolvimento de procedimentos de recolha de informação sobre a realidade, contribui de facto para a consolidação de um processo científico sistemático e controlado, sendo que tal, segundo Almeida e Pinto (2003), só será possível se alicerçado numa matriz teórica, entendida como um conjunto organizado de conceitos e relações entre conceitos. Para Firmino Costa (2003), o método de pesquisa supõe de forma genérica uma presença do investigador nos contextos sociais em estudo e um contacto directo com as pessoas e as situações.

A minha experiência não foi o bastante para a investigação se alicerçar unicamente nela, procurei outras opiniões e outras leituras da realidade. O método de investigação, i.e., a estratégia, que defendo no presente estudo visa organizar as diferentes práticas de investigação incidindo na selecção e articulação das técnicas de recolha e análise da informação. De facto, a complementaridade proporcionada pelo uso de vários tipos de recursos na recolha de informação trará mais-valias importantes ao próprio estudo (Yin 1994). É possível pois, focar outros argumentos, critérios e técnicas de observação sociológica. No caso desta pesquisa, os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: a análise de dados documentais, a observação directa e o inquérito por questionário.

### 1.8.1 Análise da Dados Documentais

A maioria dos projectos de investigação em sede de ciências sociais, não sendo este excepção, exigem a análise documental. Esta constitui de facto o alicerce de toda a pesquisa no sentido em que fornece à investigação o seu enquadramento no que concerne às teorias e conceitos envolvidos.

Tal como refere Quivy, a análise de dados documentais torna-se imprescindível quando se pretende executar um trabalho honesto. Para este, este instrumento de recolha versa a tomada de conhecimento sobre outros trabalhos de referencia sobre o tema ou, sobre as problemáticas que de alguma forma lhe estão subjacentes (Quivy 1998). A pesquisa documental, de cujo objecto é a literatura científica relativa ao objecto de estudo, tem

como finalidade a exploração da literatura com vista da elaboração de uma problemática teórica (Ketele e Roegiers 1999).

Para o estudo em questão, a análise de dados documentais versou os seguintes tipos de documentos (segundo Ketele e Roegiers): documentos publicados (livros, revistas científicas, imprensa, dicionários,...); documentos oficiais (textos de leis, normas,...) e documentos científicos (balanços de investigações). Tendo em conta o tempo disponível, foram triadas as fontes de acordo com as diferentes categorias de dados a explorar garantindo uma selecção “controlada” (Bell 2002: 93).

Na presente investigação, a pesquisa documental incidiu sobre as temáticas abordadas nos capítulos I e II. Serviram pois para construir um manancial teórico de enquadramento no que respeita, respectivamente, às organizações, profissões e suas competências, e, aos sistemas de emergência médica: dinâmicas e configurações.

### 1.8.2 Na Observação Directa

Apesar de *à priori*, parecer ser desnecessária em virtude de esta ser também uma actividade profissional que regularmente desempenho, entendi que, o facto de poder estar presente no papel de observador não interveniente, me poderia conferir outro tipo de informações que eventualmente de outra forma não conseguiria apurar.

Apesar de não ser uma técnica fácil, esta pode ser particularmente útil para descobrir “se as pessoas fazem o que dizem fazer ou se se comportam da forma como afirmam comportar-se” (Bell 2002:141). Para Lacey (Bell 2002), esta observação pode ser de dois tipos e ambas com consideráveis fragilidades – participante e não participante. O peso relativo do impacto na unidade social em estudo da presença do investigador constitui um factor a considerar. Segundo Firmino da Costa (2003), para que esse impacto seja minimizado seria necessário que o investigador faça parte do contexto social em análise e que com ele esteja fortemente familiarizado por socialização ou aproximação prévias. No entanto será, para este, igualmente necessário que a observação directa se baseie num conjunto de técnicas visuais e auditivas e que limite ao máximo as interacções verbais.

Foi neste contexto que tive oportunidade de presenciar um turno de enfermagem na VMER. Com um propósito bem definido – a construção de um diário de turno – onde fossem mencionados os passos, as atitudes e as acções do profissional enfermeiro presente. No entanto estão presentes premissas que constituem os riscos deste tipo de

recolha de dados: a leitura pessoal do investigador face aos acontecimentos observados e o condicionamento que poderá provocar nos observados mesmo com interacções mínimas (Bell 2002).

### 1.8.3 Análise de Conteúdo

O recurso da análise de conteúdo está consagrado a uma questão aberta colocada no questionário aplicado. Tal como refere Raymond Quivy, a análise de conteúdo poderá incidir sobre o mais variado tipo de mensagens como obras literárias, jornais, anúncios,... . A escolha dos termos usados, a sua frequência e o modo de disposição constituem fontes de informação “a partir das quais o investigador tenta construir um acontecimento” (1998: 226). Na investigação em curso, pretendo recolher as percepções dos enfermeiros aquando da leitura de determinada afirmação solicitando-lhes que escrevam 5 palavras que lhes façam mais sentido perante o contexto exposto. Neste caso, segundo Laurence Bardin a análise de conteúdo pode ser uma análise dos “significados” embora possa também ser uma análise dos “significantes” (2000: 34),. Mais, este citando Lindzay, a análise de conteúdo era apresentada como uma técnica para colocar em evidência com objectividade os estímulos a que determinado sujeito é submetido.

Tal como Bardin defende, a análise de conteúdo sendo uma técnica para a análise das comunicações, terá como finalidade a interpretação destes mesmas. A fragmentação, ou seja a passagem de determinado texto pelo crivo da classificação e do recenseamento deverá ter em atenção as seguintes regras: homogeneidade (no mesmo contexto); exaustividade (esgotar o “texto”); exclusividade (um conteúdo só para uma categoria); objectividade (codificadores diferentes – resultados iguais); e, pertinência (adaptadas ao objectivo) (Bardin 2000).

### 1.8.4 Inquérito por Questionário

O inquérito por questionário oferece um conjunto de possibilidades de análise de acordo com o número de questões nele contempladas. Possibilita igualmente a descrição de forma mais perspicaz as opiniões e os comportamentos que procuramos estudar, eventualmente até verificar hipóteses mais complexas. Apesar de ser revestido que

alguns pontos limitadores e problemáticos, o questionário permite quantificar os dados e realizar as mais variadas correlações (Quivy 1998).

Para Ghiglione e Matalon (1997), o inquérito por questionário pode ajudar a compreender os aspectos mais complexos das representações e das atitudes. No entanto para a boa prossecução dos objectivos inerentes à aplicação de um questionário, Ghiglione e Matalon advertem para a correcta construção semântica das questões devidamente adaptada à unidade de estudo.

Entende-se ser este também um instrumento adequado à presente investigação pois, segundo Ketele e Roegiers (1999), este permite uma prospecção sobre um objecto, um acontecimento ou um determinado assunto podendo ainda ser utilizado na avaliação de um sistema ou numa investigação descritiva.

## **1.9 Considerandos sobre a Base de Dados**

Os dados recolhidos através dos questionários enviados pelo correio foram processados em base de dados criada para o efeito recorrendo ao programa estatístico SPSS. Após a sua conversão, foi processada a correcção de uma escolha aleatória de 11 questionários (cerca de 5% do total) e efectuada uma análise preliminar. Toda a codificação das respostas contemplou e distinguiu as não-respostas das outras hipóteses de resposta.

## **1.10 Protocolo de Tratamento e Análise de Dados**

No tratamento estatístico dos dados que envolvem esta investigação, procedi em primeira instância à análise univariada e posteriormente à análise bivariada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences 11*, versão para Macintosh OSX.4.

Recorri a técnicas de análise estatística descritiva: frequências absolutas, frequências relativas, medidas de tendência central, medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos) e estatística inferencial com os testes Qui-Quadrado, t de Student e ANOVA para grupos independentes.

Usei os seguintes níveis de significância:  $p > 0,05$  (diferença estatística não significativa);  $p \leq 0,05$  (diferença estatística significativa);  $p \leq 0,01$  (diferença estatística muito significativa);  $p \leq 0,001$  (diferença estatística altamente significativa).

### 1.10.1 Análise Univariada

O início do tratamento estatístico inicia-se pela análise univariada que, segundo Pestana e Gageiro (2000), atende uma abordagem estatística da distribuição de frequências e representação gráfica das distribuições, bem como a utilização das estatísticas apropriadas ao resumo dos dados.

### 1.10.2 Análise Bivariada

A análise bivariada inclui a análise de variáveis qualitativas em tabelas de contingência, cruzando pois, “variáveis pertencentes ao mesmo conceito tendo como objectivo perceber as características mais importantes que o compõem ou, de conceitos diferentes, de forma a verificar a existência de relações de dependência” (Pestana e Gageiro 2000: 99). Para os mesmo autores, sendo a amostra aleatória, poder-se-ão inferir os resultados para o universo usando os adequados testes estatísticos. Na presente investigação optei por usar os seguintes testes: Qui-Quadrado, t, ANOVA (Post-hoc: Teste de Bonferroni)

#### **Teste de Inferência do Chi-Quadrado ( $\chi^2$ )**

O teste do Qui-Quadrado ou de Pearson ( $\chi^2$ ), aplicado a variáveis nominais, permite inferir os resultados da amostra para o universo. Por definição, o teste visa a independência (hipótese nula) ou a dependência entre as variáveis em disputa.

Este teste tem como premissas que nenhuma célula tenha frequência inferior a 1 e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades.

#### **Teste t**

Compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes, ou seja, grupos entre os quais não há relação no que toca a pessoas ou objectos (Pereira 2003).

Por exemplo: saber se a satisfação pelo trabalho realizado nas VMER é igual entre homens e mulheres.

#### **ANOVA**

O teste ANOVA trata-se de um teste que permite a análise da variância como o próprio nome indica (analysis of variance). A sua utilização nesta investigação permitirá testar diferenças entre diversas situações para duas ou mais variáveis.

Por exemplo: saber se a satisfação pelo trabalho realizado nas VMER é semelhante nos Bacharéis, Licenciados, Pós-Graduados e Mestrados.

**Comparações Post-hoc (ou à posteriori): Teste de Bonferroni**

Seria errado proceder às diferenças entre os grupos através de vários teste t pois “a probabilidade associada a cada t assume que se faz um só teste” (Pestana e Gageiro 2000: 206). A realização de vários testes t aumenta a probabilidade de se encontrarem ao acaso diferenças significativas, o que se evita recorrendo aos testes de comparação múltipla. Estes podem ser de dois tipos: post-hoc ou à priori.

Na presente investigação irei usar o teste de Bonferroni.

Trata-se de um teste de comparação múltipla entre pares de médias a ser utilizado em detrimento do HSD de Tukey no caso de existir um número pequeno de comparações, como é o caso.

## Capítulo II - Da Competência das Profissões

### 2.1 As Organizações e o Trabalho

Nesta minha incursão ao sistema de emergência médica português e, mais propriamente à definição da profissão de Enfermagem nesse mesmo sistema, torna-se premente uma abordagem teórica, se bem que sucinta, às organizações enquanto formas características da nossa sociedade moderna.

As organizações fazem parte inerente da nossa vida desde o nascimento e até ao último dos nossos dias, senão vejamos: nascemos em instituições hospitalares, recebemos a nossa formação no seio familiar complementada pelas instituições escolares que irão formar no nosso percurso para a auto-subsistência, frequentamos restaurantes, cinemas, centros comerciais e shoppings, estações de serviço, e finalmente, as últimas organizações da nossa vida, diria a igreja e a empresa funerária.

Poderei afirmar que o centro gravitacional de todo o nosso dia-a-dia se encontra nas organizações que, ao longo de cada jornada, frequentamos.

De uma forma sucinta, proponho uma passagem por entre algumas abordagens organizacionais de forma a, paulatinamente, nos debruçar-mos nas organizações hospitalares – tema do presente estudo.

As organizações não são de todo invenções imputadas à civilização moderna. A civilização Inca deixou rastros de história que hoje nos deixam ainda num universo de dúvidas acerca da sua existência; o grande Império Romano e as suas estratégias de governação e de expansão territorial; os egípcios e as suas obras de engenharia e arquitectura hoje demonstradas pela imponência das suas Pirâmides, são apenas alguns exemplos que revelam que a obra nasce da vontade organizada do Homem e que, ao

longo da história da nossa existência, a vontade traduzida em objectivos levou a avanços do colectivo.

Hoje, porém, a multiplicidade de organizações criadas para satisfazer os cidadãos nas suas exigências e expectativas, envolve e envolve todos os cidadãos nas suas vertentes pessoais e sociais afectando as suas vidas. De facto, a sociedade moderna detém no seu seio uma tal variedade de organizações que outras são criadas com o objectivo de supervisionar e organizar outras.

Trata-se portanto difícil actualmente descrever o nosso dia-a-dia desprovidos de organizações. As próprias regras de trabalho encontram-se em constante mutação. Mais do que a inteligência ou as habilitações, a forma como nos gerimos a nós próprios e aos outros constitui a nova bitola que é aplicada cada vez mais nos processos de admissão e promoção nas organizações contemporâneas (Goleman 1999). O trabalho constitui igualmente o fulcro de discussão enquanto obrigação e fonte de satisfação pessoal estando por isso directamente associado à segurança individual das pessoas, à sua confiança no futuro e ao próprio senso de valor pessoal e de utilidade social como fundamenta Jayme Filho (2004) citando Lévy-Leboyer.

Todas as actividades processadas pelo Homem, pressupõem uma organização do trabalho. E daqui poderemos tirar como exemplos, de forma extremada, por exemplo, a produção do pão e a colocação de satélites em órbita. Qualquer que seja a atribuição e o objectivo, para que se atinja com êxito, cada tarefa ou actividade deverá, pelo menos empiricamente, obedecer a alguns pressupostos. A saber: a divisão do trabalho em várias etapas ou tarefas e, a sua interligação de forma coordenada de forma a que em tempo algum se perca a noção do objectivo final. Neste sentido, e reportando-nos à nossa vida diária, e qualquer que seja a nossa actividade profissional, compreenderemos facilmente que por exemplo, para confeccionarmos um jantar deveremos cumprir um conjunto de etapas que, se devidamente coordenadas nos poderão coroar com um magnífico manjar. O mesmo se passa com todos os outros tipos de actividade organizada. Vivemos numa sociedade onde tudo o que consumimos é o resultado de objectivos organizacionais: os carros que conduzimos, os alimentos que comemos, a roupa que vestimos, as casas onde habitamos, as revistas e livros que lemos... . Com o recurso ao conhecimento, às pessoas, ao dinheiro, à tecnologia e à informação, as organizações desempenham tarefas na produção de bens e serviços por intermédio do trabalho colectivo o que, não seria possível por nenhum individuo de *per si*. Uma

organização trata-se, portanto, de um entidade social composta por “pessoas que trabalham em conjunto, deliberadamente estruturada com uma determinada divisão de trabalho com o intuito de atingir um objectivo comum” (Chiavenato 1999: 8), dotada de uma função administrativa definindo recursos alocando-os em órgãos e pessoas e atribuindo-lhes responsabilidade e autoridade (Chiavenato 1999; Bilhim 2001).

No entanto, o conhecimento que hoje detemos sobre as organizações não terá sido o mesmo que no início do século passado. O grande avanço do estudo das organizações terá sido devido a fenómenos sociais importantes desencadeados a partir da Revolução Industrial. Como refere Strati (2000), a industrialização acarretou consigo importantes mudanças de índole social com consequências avassaladoras nas sociedades de então.

O abandono do trabalho uni-familiar, na agricultura ou no pequeno comércio, deu lugar à criação de organizações de cariz industrial. A maioria da população inicia processos de pertença organizacional ficando sujeitas a regimes de trabalho organizado nos quais passam a receber salários à hora, à semana ou ao mês, negociados colectivamente.

A socialização através do ingresso maciço nas organizações trata-se, para Elliott Jacques citado por Strati (2000), de uma questão não mais ligada a vectores individuais dos cidadãos na sociedade mas sim, de um vasto vector social no qual as pessoas detém o seu mais importante papel relacional em sociedade. Em consequência, as mudanças perspectivam-se não só “na forma como as pessoas revêm as sociedades mas, de igual maneira, na forma como as sociedades evoluem e tomam as suas orientações” (Strati 2000: 2).

O propósito de todas as organizações será o de satisfazer determinado cliente, que, assumindo os papéis de consumidores, associados, usuários ou contribuintes deverá obter da organização um serviço ou um bem com “qualidade ou eficiência” (Strati 2000: 29).

O estudo das organizações tem sido alvo de inúmeras atenções e o palco de um sem número de pesquisas efectuadas por eminentes investigadores. Estão disponíveis a qualquer pesquisador estudos que versam as organizações enquanto pólos de agregação de capital humano – o estudo das relações de poder e de regulação; e, enquanto estruturas dinâmicas – o estudo das suas estruturas e funcionamento.

Etimologicamente, na palavra organização denota-se a analogia à palavra grega *organon* referente ao seu aspecto físico e estrutural e a *ergon* associado a performance, trabalho, execução (Bilhim 2001; Amblard 1996). António Strati (2000) retrata a

terminologia organização no seu campo instrumental enquanto um constructo humano desenhado para que se atinjam um ou mais objectivos. É precisamente desse conceito de organização que advém um outro: o de sistema concreto de acção.

Qualquer organização é composta por intervenientes chamados de actores que estruturam as suas relações dentro de um modelo tão interactivo quanto interdependente. A forma como este conjunto humano estrutura as suas relações designar-se-á por sistema de acção concreto (Bernaux 1985). Os sistemas de acção concretos representam, com efeito, meios de acção decisivos no complexo social. No entanto para Crozier e Friedberg (1977), não se poderá extrapolar quaisquer conclusões da organização para a sociedade da mesma forma que tal extrapolação não se poderá igualmente efectuar do grupo para a organização. Para estes, o fenómeno organização e o fenómeno sistema de acção constituem fenómenos centrais para a pesquisa em ciências sociais e que esta incide essencialmente no problema da integração dos comportamentos sendo à volta destes fenómenos que melhor se compreende efectivamente como os homens chegam a resolver um determinado problema. Este sistema permite-lhes concretamente agir, resolver problemas a partir dos quais têm uma opinião fundamentada. Têm, por isso, de construir elos relacionais organizando-os de forma a construir o sistema de acção (Bernaux 1985), que, sendo artificialmente construído pelos actores intervenientes, é intencional e estruturado pelas “regras do jogo” (Friedberg 1992: 540). Para este, as organizações, por assim dizer, estruturam um mercado. Ou seja, as suas estruturas e as suas regras constituem e regulamentam um mercado de comportamentos sobre os quais o conjunto das “regras do jogo definem as possibilidades de substituição e de mobilização dos actores” (Friedberg 1992: 551). É nestes palcos que se constituem os sistemas de acção de diversos actores nos quais vão deambulando diversas relações. Philippe Bernaux elucida que qualquer organização, melhor, qualquer sistema de acção está sujeito a múltiplas incertezas e que estas “entram no jogo dos actores aos quais reforçam ou diminuem a autonomia e daí o seu poder” (s.d.: 145). Em análise estratégica, Bernaux define a incerteza relativamente ao reforço do jogo do actor, isto é, como uma autonomia. Esta poder-se-á inscrever num quadro formal, ou seja, um responsável hierárquico detém poderes formais na medida em que tem o atributo da última decisão. Possui por isso autonomia de decisão. De outra forma, a autonomia pode estar contida implicitamente na definição da função: um funcionário que tem a seu cargo a condução de uma máquina dispõe de uma certa margem de autonomia para o fazer, ou apodera-se dela. Esta autonomia atribuída ou



conquistada no trabalho constitui o fenómeno de apropriação, ele também elemento central da identidade no trabalho. Se no primeiro caso, o poder formal está ligado ao estatuto, no segundo está-o ao posto de trabalho, logo á competência do funcionário mais do que ao seu estatuto.

O actor social não é na sua essência dotado de toda a informação, bem fundamentado e munido de toda a razoabilidade (Reynaud 1997), incapazes portanto de otimizar as suas soluções, mas sim de adoptar medidas satisfatórias como refere Carlos Da Silva (2001) citando Simon. De outra forma, o actor social não é somente estratégico, identitário e cultural, como salienta Henri Amblard (1996), ele é também sócio-histórico e grupal. Toda a acção social detém uma dimensão normativa inventada dentro de um determinado projecto que define e defende o interesse do colectivo. Para Jean-Daniel Reynaud (1997), as regras da acção colectiva constituem um constructo social e não o resultado dedutível da análise dos interesses meramente económicos, no entanto, o conjunto de ambos poderá comportar-se sólido e deter um cariz económico desde que elaborado sobre um cálculo racional dos interesses dos intervenientes. Toda a acção colectiva “pressupõe a existência de um novo interesse comum, munidos dos recursos pertinentes e com a capacidade de se associarem” (Reynaud 1997: 78).

É também no estudo dos sistemas de acção concretos que se percebe que estes só respondem parcialmente pelo que Crozier e Friedberg apelidam de controlo social. De facto, existem outras formas de constrangimento e pressão sobre os membros de uma sociedade: questões morais e religiosas, hábitos e costumes, carismas de líderes e ou personagens contemporâneos de entre outras formas de condicionamento. Como tal, o controlo social exercido pelo funcionamento de um determinado sistema de acção não será por certo, o único (Crozier e Friedberg 1977). Para estes, as organizações e os sistemas de acção concretos enviesam e arranjam outras formas de racionalidade e de controlo social sendo por isso responsáveis pela quebra da homogeneidade do campo empresarial na introdução de rupturas, descontinuidades, incoerências.

Na estruturação dos campos de acção concretos são os constrangimentos e os recursos os elementos a partir dos quais, os membros elaboram o jogo que constituirá a sua orientação ou seja, que fomentará a produção de decisões que, “não sendo racionais em si, o são em relação ao sistema de acção que a produz” (Crozier e Friedberg 1977: 303). Um grupo será capaz de desenvolver a acção colectiva no seio onde ele – grupo – aceita ou institui uma regulação (Reynaud 1997). Para este autor, e no caso de uma organização de adesão livre ou voluntária como seja um sindicato, a adesão de novos

actores não acarreta novos interesses individuais à organização, mas sim, a aceitação por parte dos novos membros pelas regras de base pré-existentes e comuns: a obrigação de agir em conjunto ou a disciplina colectiva. Entende-se portanto, que o processo de construção de uma ordem social, o fenómeno “organização incorpora e justapõe sempre a naturalidade e a cultura, contratados e contratantes, intenção e imprevisto” (Friedberg 1992: 540).

Neste sentido, o entendimento que seguimos na conceptualização da instituição organizacional assenta num composto de um conjunto de membros que aí desenvolvem estratégias de acção sujeitas a constrangimentos dinâmicos (Bernaux 1985). Um dos lapsos do passado no estudo das organizações, parafraseando Elliott Jacques, é que as organizações não podem mais ser vistas enquanto meras fábricas ou grandes indústrias, ou cadeias económicas (Strati 2001). Acima de tudo, elas não são unicamente responsáveis pela produção e comercialização de bens e serviços, elas traduzem igualmente um profundo ritmo social, uma dinâmica que não se traduz unicamente em termos económicos.

De outra forma, o bom desempenho das organizações resulta da conjugação de vários factores. O apoio organizacional e o clima de cidadania organizacional, as manifestações de zelo, atenção e de consideração manifestadas pelos gestores aos colaboradores, o reconhecimento organizacional e as experiências de formação e desenvolvimento e, as acções organizacionais orientadas para a família e que permitem a melhor articulação entre a vida privada e a vida profissional são alguns dos conceitos que Carapeto e Fonseca (2005) apontam para que as organizações atinjam bons níveis de produtividade e motivação por parte dos seus colaboradores.

Tal como em qualquer outra organização, as instituições de saúde, deverão ser de igual forma entendidas enquanto palcos onde os actores desenvolvem os seus “jogos de equilíbrio entre os seus interesses individuais e os objectivos estratégicos da organização” (Da Silva 2002: 89). Para este autor, a diferenciação gerada pelo saber das classes profissionais envolvidas pode ser utilizado como trunfo na disputa da posição da prestação de cuidados, instrumentalizado, segundo o mesmo, na instrumentalização do saber na direcção da optimização das suas posições no sistema relacional das fontes de poder. Esta ideia poderá remeter-nos às noções de *habitus* e de *campo social*.

Na reflexão efectuada por Dubar (1997), a noção de *habitus*, oriunda do latim *hêxis* foi usada por Aristóteles para designar “as disposições adquiridas pelo corpo e pela alma” (Dubar 1997: 66). Se em Durkheim a noção de *habitus* é definido pela educação do

estado interior que serve de orientação ao indivíduo num sentido para a sua vida, Bourdieu entende que este configura um sistema de princípios geradores e organizadores de práticas e representações. Assim, e na perspectiva destes autores, esta noção é tão somente a correlação entre as probabilidades objectivas e as esperanças subjectivas (motivações e necessidades), remetendo os actores à submissão do seu passado, explicando então que estes só poderiam desejar na prática o que têm hipótese de conseguir tendo em conta o seu passado, excluindo assim, a possibilidade da mudança social.

Bourdieu introduz a noção de trajectória social definida através de gerações num sentido de “orientação da linhagem” (Dubar 1997: 68). Desta forma, a noção de *habitus* não é na sua essência a cultura do grupo social de origem, mas a orientação da família, ou a identificação antecipada a um grupo de referência cujas condições sociais não são as da família ou do grupo de origem. Se numa primeira abordagem o *habitus* seria o produto de condições objectivas (ex., o filho de agricultor teria um *habitus* de agricultor), numa segunda análise, ele constitui uma impregnação de atitudes subjectivas provenientes da linhagem (ex., o filho de agricultor poderá ter um *habitus* de operário ou de médico), sendo a socialização, a “incorporação duradoura de formas de agir, sentir e de agir” (Dubar 1997: 68). Assim, *habitus* pode ser, na perspectiva de Carlos da Silva (2002), traduzido enquanto força geradora de condutas pessoais ou grupais num sistema integrador das experiências passadas funcionando como matriz de percepções, de apreciações e de acções. Concebe-se assim a socialização como um processo biográfico de incorporação de disposições sociais oriundas do meio familiar mas também do conjunto dos sistemas de acção com os quais o indivíduo se confronta durante a sua existência, i.e., processos que visam a interiorização da norma (Dubar 1997; Jesuíno 1984). É nesta socialização que Rousseau revela uma perda da inocência na aquisição de outros graus de liberdade resultantes da cooperação com os outros (Jesuíno 1984).

Na linha de pensamento de Dubar, e segundo Bourdieu, a construção da identidade incorpora igualmente o conceito de campo social. Sendo que este se define como um espaço estruturado e hierarquizado de posições e lugares, de características relativamente independentes dos agentes que os ocupam (Da Silva 2002), com regras de jogo em que, os que as dominam possuem meios de o fazer funcionar em seu benefício contando contudo com a resistência dos dominados (Dubar 1997; Bourdieu 1989). A

cultura dominante é a contribuidora para a integração real da classe dominante visando assegurar a comunicação entre os seus membros e distinguindo-os das outras classes.

Se as identidades são produzidas pela história dos indivíduos, também é igualmente certo de que elas são produtoras do seu próprio futuro.

A lógica da diferenciação social alicerçada na importância dos actores enquanto fontes de influência quer na referenciação dos seus valores quer na identificação das lógicas de dominação num determinado campo social, as permanentes lutas de poder, evidenciam a diferenciação das identidades profissionais de cada grupo profissional (Freire 1997). É neste pressuposto que, as diferenciações operadas em cada profissão, evidenciam as competências específicas de cada uma delas, uma dada cultura ou culturas como características próprias, processos de visibilidade social onde são construídas e se reconstróem (Da Silva 2002). Pierre Bourdieu remete-nos para a noção de classe na qual, se vêm representados agentes que “ocupando posições semelhantes e que, colocados em condições semelhantes, sujeitos a condicionalismos semelhantes, têm com toda a probabilidade, atitudes e interesses semelhantes, logo práticas e tomadas de posição semelhantes” (1989: 136). Pode-se considerar que as classes estão envolvidas e determinadas em lutas no sentido de imporem a definição do mundo social em conformidade com os seus interesses, e de imporem de igual forma o campo de tomadas de decisão reproduzindo o campo das posições sociais. A legitimidade da dominação dentro e fora da classe consistem estratégias de reprodução (Bourdieu 1989). Para este, compreende-se que na lógica da distinção, o existir não é somente ser diferente mas é também ser reconhecido legitimamente diferente, ou seja, que a existência real da identidade supõe a possibilidade real, jurídica e politicamente garantidas, de afirmar oficialmente a diferença. Qualquer unificação que assimile aquilo que é diferente encerra um princípio da dominação de uma identidade sobre outra, da negação de uma identidade por outra (Bourdieu 1989).

O desenvolvimento e a importância estratégica crescente das profissões constitui uma das mudanças mais importantes que se deram no interior do sistema de emprego das sociedades modernas. Esta era já uma afirmação de Carr-Saunders em 1933 e reafirmado por Parsons em 1968. Para estes, *profissão* representa “a fusão da eficácia económica e da legitimidade cultural” (Dubar 1997: 129). Parsons, em 1955, faz da relação terapêutica médico-doente o modelo da relação entre o profissional e o cliente. Referencia essa relação em 3 dimensões específicas do papel profissional articulando normas sociais e valores culturais: a dupla competência do saber teórico associado ao

saber prático que legitima o papel profissional associando o valor do universalismo da ciência à valorização da realização (*achievement*); a competência especializada ou funcional que legitima o profissional ao domínio legítimo da sua actividade e que funda o seu poder social; e, o interesse desapegado que une a neutralidade afectiva e o interesse empático para o cliente (Dubar 1997). Como referencia Jean Watson (2002), os atributos tais como o altruísmo social, a competência profissional, a responsabilidade social, e o serviço prestado ao cliente, dependem do nível de profissionalização do individuo ou do grupo profissional. Parte importante de toda a literatura analisa o estatuto e o poder das profissões baseado nos proveitos, prestígio e nas condições de trabalho no entanto, para Hafferty e McInlay (1993), esta discussão não pode ser limitada ao estudos de profissões corporativistas num todo. Estes entendem que, os membros dessas profissões constituem agregados heterogéneos diferenciados pelos seus próprios segmentos, especialidades e pelas práticas. Contudo, a institucionalização dos papéis em profissões é, para Dubar, o resultado do equilíbrio entre a necessidade do cliente pelo profissional e, a necessidade que este tem de ter clientes. Trata-se de uma relação indissociável de (inter)dependência, entre poder e troca, na qual se “consustanciam e se mobilizam os mecanismos de dominação, poder e influência constituindo capacidades de estruturação de processos de troca mais ou menos duradouros” (Friedberg 1995: 117). É, pois, de entre os estudos de M. Maurice e Chapoulie, que se define *profissão* no reconhecimento de uma competência por parte dos grupos profissionais e, na consolidação de grupos profissionais específicos, organizados e reconhecidos que ocupam posições elevadas alicerçadas em formações prolongadas (Dubar 1997), resultado de uma configuração específica de actores que negociam, a construção, a reprodução e a transformação de qualificações (Dubar 1998). Assim, a constituição das profissões decorreria da especialização de determinado serviço indo ao encontro da satisfação de uma eventual clientela, passaria pela criação do associativismo profissional na defesa dos deveres e direitos dos profissionais e seus clientes e, pelo estabelecimento de um corpo concreto de práticas e teorias que fornecem o suporte a uma formação específica tendo como corolário, a aquisição de uma determinada cultura profissional (Rodrigues 2002).

A definição de profissão não é no entanto pacífica de uma leitura imediatista. Os trabalhos de Hickon e Thomas (1969) diferenciaram na definição taxonómica de profissão, o sentido altruísta de serviço da colecção do seus elementos centrais. Tal como na visão Marxista é demarcada a noção em termos de níveis de vencimento e

segurança no trabalho (Saks 1995). No entanto, na leitura de Saks, é comum a noção de que as profissões constituem mecanismos de auto-regulação e controlo bem como o monopólio de determinado bem ou serviço sobre o mercado de trabalho. O saber teórico fundado em estudos prolongados, é, simultaneamente a garantia de uma competência verdadeira e especializada num determinado sector de actividade, fundado numa motivação experimentada e enquanto meio eficaz para evitar o afluxo excessivo de praticantes na *profissão* determinando assim um monopólio sobre as tarefas profissionais. Para Parsons será o ajustamento entre as motivações do *profissional* e as dos seus clientes que permitirão a validação da sua autoridade e a justificação dos seus “privilégios” (Dubar 1997) tal como, a defesa do seu prestígio e a obtenção de reconhecimentos de ordem material (Saks 1995). A cada classe corresponde um *habitus*, sendo estes, portanto, mananciais de princípios geradores de práticas distintas e distintivas. A proximidade dos actores num determinado campo social predispõe a que estes estarão mais inclinados a “aproximarem-se”. Juntar-se-ão e mobilizar-se-ão com uma maior facilidade. Desta forma, Bourdieu (1997) retrata os actores enquanto agentes actuantes dotados de um sentido prático, de um sistema de preferências adquirido, de princípios de visão e de divisão, de estruturas cognitivas e de esquemas de acção que os orientam nas percepções das situações e nas respostas adaptadas.

Neste sentido, a profissionalização, pode ser vista enquanto uma estratégia ocupacional com o intuito de garantir determinado monopólio sobre determinados privilégios e recompensas (Watson 2002; Saks 1995), sendo que, por outro lado, este possibilita com igual força uma “acção impeditiva do funcionamento livre do mercado” (Gonçalves 2002: 22). Trata-se pois para Jorge Jesuíno (1984) de um contrato social, em que se define uma determinada organização (profissional) que, dotada de uma cultura própria se constitui para a concretização dos seus objectivos comuns. Precisamos contudo de entender as profissões nos contextos da dinâmica das classes sociais e da economia, mas, é o seu verdadeiro relacionamento com o mercado que determina de forma mais precisa os seus conteúdos funcionais. O domínio profissional de determinados grupos está sedimentado na posse de um corpo de saberes que determina o seu poder enquanto profissionais, e que lhe confere o respeito, a consideração da sociedade tal como, por consequência, condições de vida mais favoráveis (Girod 1998).

## 2.2 Da Organização à Gestão das Competências

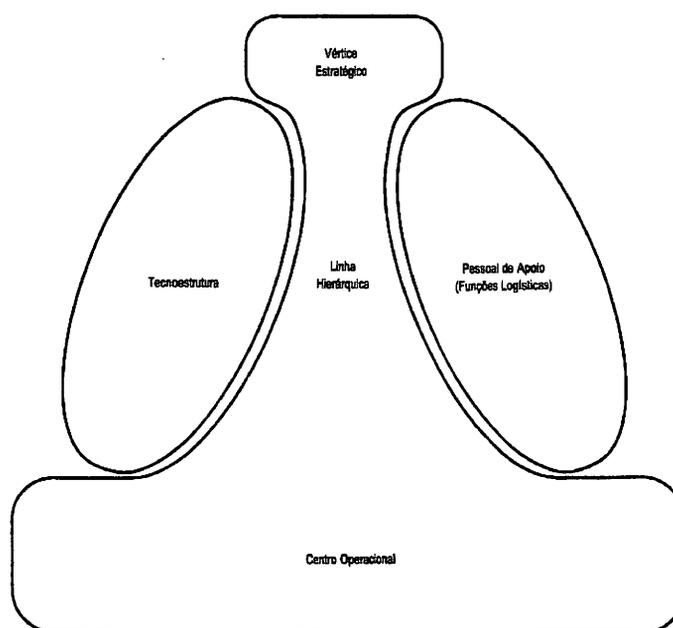
Actualmente, os fenómenos da identidade organizacional, missão individual e colectiva estão definitivamente indissociados das temáticas da qualidade, da proficiência e dinamismos organizacionais. Se para Shein referenciado por Da Silva (1997), falar de cultura é falar de um sistema de ideias que cumprem uma função integradora sendo um conjunto de pressupostos basilares que um grupo inventou e desenvolveu para se relacionar com as suas envolvências; também se deverá considerar que a cultura é intangível, implícita e dada como certa. Cada organização “desenvolve pressupostos, regras que norteiam o comportamento diário do trabalho” (Bilhim 2001: 185). Ainda Bilhim elucida que os novos empregados não são aceites como membros enquanto não aprenderem essas regras. Idealmente a nossa missão enquanto indivíduos deve ser coerente com a missão das organizações onde nos inserimos. No trabalho, gerir-se a si próprio exige assumir relacionamentos com responsabilidade. A eficácia passa pelo reconhecimento das forças, formas de desempenho e valores das pessoas com quem se trabalha, passando igualmente pela congruência com a especificidade cultural e intelectual das envolventes.

O trabalho desempenha nos dias de hoje, tal como já foi dito, um papel central nas nossas vidas e é perante o qual poderemos retirar diferentes tipos de recompensas. Essas poderão ser de tipo material como o salário; sociais, pelos contactos que ele proporciona; de prestígio, pelo estatuto associado às funções que dele derivam; de valorização pessoal enquanto fonte de auto-estima, identidade e meio de realização pessoal (Ramos 2000). Num estudo efectuado em Portugal em 1997, Jorge Vala propôs-se mensurar o nível de importância que era atribuído ao trabalho (Vala 2000). Das várias conclusões obtidas, salientou, p.ex., que para os inquiridos, os valores e motivações do trabalho se dividem em factores extrínsecos (utilidade social, ajuda aos outros, autonomia) e intrínsecos (emprego seguro, oportunidades de promoção e remuneração elevada). Percebeu o autor que, p.ex., um emprego seguro é mais valorizado que o nível de remuneração. Na análise efectuada com dados referentes a outros países europeus, Vala denota que a importância relativa atribuída no trabalho a valores intrínsecos e extrínsecos depende das culturas envolventes. Neste caso, refere, em Portugal as pessoas valorizam mais a componente extrínseca do trabalho apontando para uma maior saliência dos valores pós-materialistas como a participação social e desenvolvimento pessoal (Vala 2000). Em sentido contrário, a valorização dos valores

remuneração ou segurança no emprego são mais fortemente consistentes em países desenvolvidos.

Na base de toda e qualquer organização encontram-se *operários* responsáveis pela produção dos bens e/ou serviços. Eles formam o denominado centro operacional. Contudo à medida que a organização aumenta, aumenta com ela a necessidade de supervisionar o trabalho. É nesta linha que Mintzberg (1995) apresenta as cinco componentes básicas de uma organização (fig. 1): um centro operacional na base da estrutura e um vértice estratégico no qual residem os estrategas e assessores, sendo coadjuvada por mecanismos de apoio como a tecnoestrutura (estandardização do trabalho) e os serviços de apoio (não interferindo directamente com a linha de produção, garantem outras condições para o seu normal funcionamento).

**Figura 1:** As 5 Componentes Básicas da Organização



Fonte: Mintzberg (1995: 38)

A linha hierárquica introduz uma divisão administrativa do trabalho na estrutura. Ou seja, à medida que a organização se torna mais complexa, tornam-se necessários mais gestores, que segundo Mintzberg, não serão só gestores de operacionais mas também gestores de gestores. Além desta estrutura, as organizações sofrem forças que lhe são externas provenientes das mais diversas origens (sindicatos, fornecedores, utentes, público, accionistas). Toda a organização humana assenta do ponto de vista antagónico

na divisão do trabalho e, na sua coordenação afim de obter com sucesso um objectivo final comum. Na obra *Le Management – voyage au centre des organisations*, Henry Mintzberg (1989), revela as várias configurações organizacionais apoiadas em modelos de coordenação diferentes.

A relação entre os indivíduos e as organizações tem sido alvo de estudos no sentido de conceptualizar o constructo de implicação organizacional. O interesse crescente neste conceito é sustentado no estudo da eficácia e produtividades organizacionais. Hunt, Morgan e Steers associam os colaboradores com maiores implicações organizacionais ao maior desempenho da organização, adoptando comportamentos mais pró-sociais e inovadores, ao mesmo tempo que evidenciam menor tendência para o absentismo e para o abandono da organização do que aqueles com menor empenho na organização (Caetano e Tavares 2000). Apesar de esta não ser temática de fundo da minha investigação, creio ser importante, no contexto do envolvimento dos colaboradores nas organizações, entender que o seu desempenho pode estar de facto associado ao seu nível de implicação na própria organização. Daí que, quanto mais participativo for o trabalhador nos processos de tomada de decisão, maior será também o seu envolvimento na organização. Será nessa estruturação grupal que surge o conceito de profissão que, segundo Freire (1997), relaciona-a com as normas e comportamentos colectivos existentes no seio de cada grupo profissional estruturado. Comportamentos que corroboram sentidos de pertença ressentidos por cada trabalhador.

O conhecimento actual sobre o modo como as políticas e práticas de gestão das pessoas exercem a sua influência sobre o desempenho organizacional é muito reduzido. Tal facto deve-se, segundo Estêvão de Moura (2000) referindo-se a Mahoney e Decktop, à não existência de uma teoria geral que explique o papel específico dos sistemas de gestão de recursos humanos no funcionamento das organizações. Perante os importantes desafios económicos da actualidade, é entendido que a mobilização otimizada dos recursos humanos dá às organizações uma vantagem competitiva determinante.

Do ponto de vista histórico, o desenvolvimento desta vertente da gestão sofreu os seus maiores desenvolvimentos no pós-guerra. A escassez de organizações que operassem com muitos trabalhadores justificou a falta de necessidade de atribuir a esta função um valor emergente. As regulamentações sociais emanadas no início do século XX deram seguimento, aos chamados “30 Gloriosos” anos como reporta Peretti (2001: 38) citando Jean Fourastié. É atribuído ao desenvolvimento das relações entre trabalhadores e empregados o aumento da produtividade, estando a sua atitude perante o trabalho

directamente relacionada com o respeito que estes mereciam quer individualmente quer em grupo. Nestas conclusões foram determinantes os estudos da escola humanista de Elton Mayo. No entanto, na história dos modelos de gestão, deixaram um manancial de modelos que, ou por serem demasiado deterministas dos pontos de vista estrutural ou humanista se foram sucedendo de acordo com as diversas abordagens que os seus autores lhe iam empregando consoante os prismas com que observavam as organizações. Actualmente, uma das grandes tendências apontadas na evolução das nossas organizações é a passagem de sociedade eminentemente industrial para uma sociedade da informação e do saber. O desenvolvimento crescente das tecnologias da informação e a importância das pessoas que as dominam irão, por certo, conduzir a novas formas de organização. Formas essas que, na perspectiva de Peter Druker destacam os trabalhos da “informação e do conhecimento, a importância da cultura, da inovação, a importância do cliente e do homem na organização e o espírito de grupo” (Teixeira 1998: 17).

A competitividade dos dias de hoje, conduz à introdução de novas tecnologias, a investimentos crescentes, à evolução dos métodos de trabalho e de organização. Daqui, subjaz o desenvolvimento de novas funções não só no seu conteúdo técnico, mas igualmente nas suas componentes formativa, de segurança e de informação. As funções, empregos, tarefas e postos de trabalho evoluem igualmente e, creio ser assaz importante relançar um olhar sobre estas definições. Para Peretti (2001), o emprego ou função é caracterizada por um conjunto de tarefas integradas em postos de trabalho com características semelhantes relacionadas com as aptidões, exigências e responsabilidades, sendo que o posto de trabalho será o conjunto de tarefas destinadas à prossecução de determinado objectivo. A tarefa surge como uma componente desse posto de trabalho que, caracterizada num conjunto de operações integradas e sequenciais, que envolvendo esforço físico ou mental é aplicado à caracterização de objectivos específicos. Segundo João Freire (2002) a definição de trabalho aproxima-se da de Peretti no entanto acrescenta que este visa a obtenção de valores sociais e económicos cabendo a cada profissão, primeiro definir e, seguidamente, escolher, em que medida as suas “actividades e pressupostos se ajustam ao seu real valor no actual exercício” (Joutard 2004: 19).

O propósito dos trabalhos desenvolvidos no âmbito da análise das funções no seio das profissões, o termo descrito é o *Job Analysis* sendo Ernest McCormick um dos investigadores que mais contribuiu para o seu desenvolvimento. Tal como relatam

Cascão e Cunha (1998), é da descrição e análise das funções que poderá ser definido o processo através do qual se poderão obter as informações necessárias sobre as tarefas que compõem um determinado trabalho bem como, o que ele exige em termos de habilitações escolares, conhecimentos, experiência, aptidões mentais, físicas e sensoriais e responsabilidades.

O estudo sociológico das profissões desenvolvido por Parsons assenta em variáveis que descrevem as profissões enquanto uma vocação baseada no universalismo, um desinteresse prático e uma neutralidade afectiva. No entanto, numa segunda alternativa, era argumentado que as profissões eram dominadas por interesses monopolizadores e forças burocratizadas, apesar destas duas variantes, a noção de profissão nunca se distanciou da lógica dominante na sociedade industrial capitalista (Turner 2001). Na tentativa de conciliar estas perspectivas, a sociologia desenvolveu a noção de profissionalização. O nível de profissionalização de determinado grupo profissional marcará neste os atributos como os do altruísmo, competência profissional, responsabilidade social, e, o serviço direccionado ao cliente. As profissões, tal como outras ocupações, estão permanentemente sujeitas a forças externas que fragmentam e subordinam as suas actividades “provocando processos de redireccionamento de competências” (Turner 2001: 136). É, por exemplo, o caso da profissão médica. Dentro da própria medicina, a fragmentação da profissão em inúmeras especialidades que, elas sim, controlam a profissão bem como os não especialistas. Actualmente, a profissionalização é vista enquanto estratégia usada por determinados grupos na tentativa de consolidarem as suas posições de controlo no mercado. Para Turner (2001), citando Turner e Willis, existem três formas de domínio sobre ocupações aliadas: a subordinação, a limitação e a exclusão. A primeira no caso da enfermagem na qual o carácter das suas actividades são delegadas por médicos; no caso da limitação, surgem os casos dos dentistas, farmacêuticos, que estão limitados a intervenções em determinadas áreas corporais ou, no último caso a tratamentos especificados; finalmente no caso da exclusão, a quiropraxia e a homeopatia são relegadas, diria, à marginalidade. Ou seja, as profissões desenvolvem o seu status social e poder pelo controlo dos seus campos de acção assegurando maiores autonomias. Neste contexto, as pessoas na organização tendem a assumir um maior protagonismo levando a que a organização se direcione e se organize à volta dos seus colaboradores, secundarizando, segundo Cascão e Cunha (1998), o papel que a descrição e análise de funções assumem. Tal poderá significar um enfoque nas competências individuais.

Considerando o conceito de competência proveniente do termo *skill* significando discernimento no conhecimento e proficiência ou perícia numa arte específica. Do latim proveniente de experiência, conhecimento prático, familiaridade. Tal enquadramento permite, enfatizar três pontos: a) a medida e discussão da competência de *per se* situa-se ao nível individual, na relação com uma arte ou técnica; b) as competências resultam da aprendizagem; c) as competências estão associadas à prática e experiência. Citando Mitrani, Dalziel e Bernard (1992) elucida-se que as competências “podem ser motivações, conceitos de si próprio, atitudes ou valores, conhecimentos ou aptidões cognitivas ou comportamentais” (Cascão e Cunha 1998: 23). Estas, adquirem nos trabalhos de Schulz uma classificação de teóricas se se relacionarem com a procura de conhecimento e a descoberta de novas coisas; e práticas enquanto fruto da experiência, treino, prática e aprendizagem pela realização. Em complementaridade aos trabalhos de Schulz, Itami argumenta que as competências fornecem uma plataforma fundamental para a vantagem competitiva por serem difíceis de acumular, por ser possível serem usadas em simultaneidade e por constituírem *inputs* e *outputs* da actividade (Cascão e Cunha 1998). Se na década de 90 se fazia a distinção entre competência e qualificação, sendo a competência o conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades e atitudes necessárias ao exercício de determinada profissão, hoje em dia, de acordo com Margot Phaneuf (2005), requer-se a interligação de ambas num conjunto integrado de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio-afectivos que possibilitem exercer, ao nível do desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma actividade. De outra forma, Phaneuf dá enfoque na competitividade nos dias de hoje como um dos pilares à construção de níveis de excelência fundados em conjuntos de saberes e competências profissionais, adquiridas durante o percurso profissional. Tratando-se pois, não só de um saber agir, mas também de um saber “combinado e racional em situação” (Eymard 2004: 20). Falar de competências continua a não ser tarefa fácil visto não existir portanto um consenso relativamente ao seu significado. Para Paula Mégre (1998), por exemplo, falar de competências não é falar de um determinado fenómeno objectivo mas sim será o resultado de uma reflexão misto de uma complexidade de elementos que as constituem, condicionam e dela decorrem. Daqui se pressupõe que, ter conhecimentos ou habilidades não significa ser competente. Para que haja competência será necessário saber mobilizar conhecimentos ou capacidades, de forma pertinente e no momento oportuno, numa dada situação de trabalho – um saber-agir em situação (Chollet-

Chappard 2000). Define-se a competência com sendo realizada na acção, relativa a uma determinada situação, ou seja, que é sempre uma “competência em situação” (Mégre 1998:9). Sendo assim, trata-se portanto de um processo dinâmico, responsável enquanto atributo do individuo, supondo o julgamento do outro – constructo social. Torna-se neste sentido genericamente aceite que ao conceito de competência está indissociado a indissociabilidade da actividade o que significa que existe uma estreita articulação entre competência e acção; e, a descrição em termos de estrutura, designando conhecimentos, capacidades e comportamentos (Rebelo et al 2005).

Face ao conhecimento que actualmente se detém dos colaboradores/trabalhadores europeus (Mitrani 1994), os indivíduos tendem cada vez mais a fazer coincidir as suas escolhas profissionais com um estilo mais aberto, determinando uma atitude mais selectiva face às suas ocupações, complementando essas escolhas com a procura de ambientes de trabalho saudáveis recusando rotinas e tarefas desagradáveis. É hoje sobejamente aceite que além de uma sólida formação de base, os trabalhadores garantam a sua sobrevivência através da capacidade de se formar ao longo das suas vidas (Pires 1994). Uma das condições para que haja a “maturação intelectual” como lhe é apelidada por Friedson (1988: 14), é o garante económico que advém do exercício. Desta forma, cada interveniente, cada actor, provido dos seus saberes, desempenhará na sociedade um papel tanto mais interventivo na mudança e na acção quanto mais se sentir enquanto membro de uma profissão, detentor de um corpo de saberes adquiridos em instituições de reconhecida idoneidade e com elevado treino (Friedson 1988) Segundo Paula Mégre (1988), aos diversos saberes que suportam as competências, acrescentam-se os conhecimentos que o sujeito tem dos seus próprios saberes, capacidades do seu posicionamento nas situações, etc. Estas aquisições podem, diz, ser efectuadas na alternância da formação em sala com os ambientes de trabalho implicando a existência de organizações qualificantes nas quais haja o estímulo ao desenvolvimento de competências através dos contextos de trabalho, da vivência das situações e de abordagens centradas na vida dos grupos, que promovam o conhecimento de si, dos outros, dos sistemas de relações e de comunicações que se estabelecem no seio dos grupos (Pires 1994). As competências profissionais são assim, muito mais amplas que as exclusivamente técnicas. A sua aprendizagem realiza-se pois, durante toda a vida e não apenas em situações de trabalho. Daí que o seu reconhecimento não se faça apenas a partir da obtenção de diplomas e que a profissionalidade dos indivíduos implique a articulação das suas fontes: saberes formais; processos de construção e

evolução do trabalhador; processo de reconhecimento de competências resultante do jogo das relações profissionais (Rebelo et al 2005).

### 2.3 Enfermagem: Das Benfeitorias dos *Obregões*<sup>3</sup> à Velocidade Automóvel

Proponho agora uma abordagem à evolução histórica da enfermagem; no entanto, mantendo um especial respeito pelos excelentes contributos nesta matéria aos trabalhos de autores como Lucília Nunes (1998;2002;2003), Aliete Pedrosa (2003;2004) e outros. Como tal, a abordagem que aqui proponho será uma contextualização das competências inerentes desta actividade numa análise transversal e temporal.

Quando surgiu a Enfermagem? Uma pergunta à qual não consegui apurar uma resposta convincente. É de admitir que desde tempos bem recuados sempre terá havido alguém que de alguma forma tenha contribuído para o apoio e amparo daqueles que de uma ou outra forma iam sendo vitimados pela doença e pela miséria. Nesse pressuposto supunha a existência de... “uma enfermagem”: aquela que supria a necessidade de prestar auxílio e socorro aos doentes, feridos e inválidos (Espírito Santo 1950). Neste sentido, as sociedades sentiram a necessidade de uma enfermagem cada vez mais desenvolvida. A sua doutrina cristã por muitos defendida acerrimamente, sofrendo por vezes “perseguições, martírios, suplícios de toda a espécie” (Espírito Santo 1950: 8), proporcionaram desde o início o combate ao sofrimento humano. Foi, segundo o mesmo autor, que em 313 DC, em Milão, Constantino reconheceu concedendo à Igreja a liberdade de criar instituições com o objectivo de cuidar dos necessitados. A um ritmo deveras crescente foram, aos longo das décadas, surgindo os hospitais, os asilos, os hospícios, os albergues e os retiros para leprosos. Instituições que recolhiam as grávidas e as crianças abandonadas. Iniciada a época medieval, a separação da enfermagem de todas as actividades médicas tornou-se mais clara. Cuidar dos enfermos passou a ser considerado uma obra de misericórdia equivalente a auxiliar desamparados, entrando a enfermagem, segundo Maria Palmira Morais (1946), na sua fase puramente religiosa. A concepção de doença, intimamente ligada ao pecado e ao castigo divino, contribui para

---

<sup>3</sup> Ordem dos Enfermeiros Obregões, fundada pelo venerável Bernardino Obregon foi conhecida na península Ibérica pela sua obra de administração em vários hospitais do Reino de Castella e em particular no Hospital de Madrid “conforme os seus estatutos e eram senhores de muita virtude” (Alves 1919: 5).

que a sociedade considerasse os miseráveis desamparados pela sorte e pela saúde como criminosos. Assim, o cuidar dos doentes foi entregue a indivíduos recrutados de entre presos de pequenos delitos e de entre indivíduos de baixa moral. É neste cenário deveras negro da enfermagem que “quanto mais ordinária e boçal fosse a enfermeira, quanto maior número de anos de internamento ao serviço tivesse e quanto mais gorda fosse, mais probabilidades tinha de promoção” (Morais 1946: 9), havendo mesmo historiadores que descreviam essas mulheres nos papéis de enfermeiras, como “rudes, incultas e sem princípios”, havendo mesmo quem confidenciasse que nunca havia conhecido uma enfermeira que não fosse bêbada, e que a “conduta imoral grassava por qualquer enfermeira” (Pedrosa 2002: 82).

Foi este precisamente neste cenário que Florence Nightingale encontrou a profissão de enfermeira. Segunda filha de uma família abastada da época vitoriana, aquela que terá sido apelidada de precursora da enfermagem, teve naquele tempo, a capacidade de romper com normas e costumes do seu tempo e de usar todos os meios ao seu alcance para conseguir o que julgava mais adequado para a prestação de cuidados de saúde. A ela se devem alterações na (re)construção da enfermagem: os estudos foram dirigidos para a análise e discussão de questões relacionadas com os sistemas de formação, com a prestação de cuidados de enfermagem e as condições de trabalho, ligando-os ao desenvolvimento profissional e inserindo-os no contexto social, económico e político da época. Aquela que foi a primeira mulher a ser condecorada pelos serviços prestados, no caso, pela Rainha Vitória, provou que a persistência, o trabalho e o empenho eram essenciais para o exercício da profissão de enfermagem. Mais, mostrou igualmente que os enfermeiros não podem estar afastados da actividade política, sob pena de não se conseguirem as reformas necessárias para a prestação de bons cuidados de saúde (Soares e Freitas 2001). Foi igualmente o protagonismo crescente no seu envolvimento na melhoria dos cuidados assistenciais aos combatentes ingleses nas batalhas de Balaclava, Inkerman e, posteriormente da Crimeia, que relançou o papel da mulher na prestação de cuidados de saúde aos soldados, conseguindo com o seu sentido de organização, impor um decréscimo das “cicatrizes” da guerra.

O papel das mulheres nos cenários de guerra é bem documentado. O seu papel não passava tão somente pelo tratamento dos feridos das frentes de batalha. Durante a I Grande Guerra, o exército britânico, reuniu cerca de 20000 enfermeiras que constituíram o *Voluntary Aid Detachments*. Provenientes de famílias das classes média – alta, estas acções de voluntariado proporcionaram a estas mulheres a aventura e a

oportunidade de quebrarem a rotina do seu dia-a-dia (Watkins 1998). Apesar da falta de preparação prévia para socorrer os sinistrados das frentes de batalha, estas, em gestos mecanizados, prestavam os cuidados de socorro. No entanto, o seu papel não se resumia a pensos e ligaduras, David Watkins relata que estas também tinham como missão o apoio à cabeceira dos soldados feridos no sentido de lhes prestar o conforto emocional, escrevendo e lendo-lhes as cartas que trocavam com as famílias (Watkins 1998).

Foi desde 1860, ano em que Nightingale fundou uma escola para o ensino da enfermagem junto ao Hospital de St. Thomas, em Londres, e posteriormente em 1873 nos Estados Unidos e em Paris em 1877, que se organizaram instituições semelhantes ministrando-se desde então o ensino da enfermagem a pessoas estranhas às ordens religiosas que até aí tinham sido o principal manancial destas actividades caritativas (Espírito Santo 1950). A enfermeira inscreveu-se assim na ordem social dando continuidade ao serviço prestado aos pobres, aos doentes e aos assistidos, anteriormente assegurado pelas religiosas (Collière 1999).

Também em Portugal, o início da história da enfermagem está ligado à doutrina cristã na prestação de cuidados espirituais e físicos.

A ligação da Enfermagem à doutrina cristã passa seguramente pela própria história de muitos dos hospitais portugueses. E, o antigo Hospital de Todos os Santos, hoje Hospital de São José, é um exemplo dessa filiação religiosa nos contributos que a história nos deixou em relação à profissão da enfermagem. Por carta régia de 1529 era atribuído aos padres a responsabilidade de organizarem os serviços do hospital de forma a que os enfermos nele internados recebessem a caridade e o amor que necessitavam. O desfecho infeliz da participação da congregação de S. João Evangelista e, posteriormente, da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia, abriu as portas ao ingresso dos Obregões. Estes já eram conhecidos na Península Ibérica pelo seu contributo na administração de vários hospitais (Alves 1919). Segundo o mesmo autor, por escritura lavrada a 9 de Fevereiro de 1594, determinava-se que estes passariam a intervir em todos os serviços do hospital. Mais, “estipulando-se que, sob a direcção do Irmão Maior, fariam todo o serviço de enfermeiros aos doentes, assistindo-lhes na agonia e amortalhando-os depois de mortos” (Alves 1919: 6). No entanto, neste mesmo registo histórico, é relatada a saída destes “profissionais” por falhas, “culpas e erros que não convém manifestar, segundo as indagações e diligências a que se procedeu” (Alves

1919: 6). É por volta de 1851 que oficialmente se trata da enfermagem pelo decreto de 26 de Novembro ao reformar a Beneficência Pública, que contrariamente ao esperado, também não surtiu o efeito desejado.

Segundo Lucília Escobar, nos finais do século XIX, quem prestava cuidados de enfermagem nos hospitais, eram empregadas sem preparação específica. Desprovidas de habilitações literárias, estas “vigiavam os doentes, faziam as camas, limpavam enfermos “imundos”, davam remédios, acompanhavam o sagrado viático, davam refeições, faziam curativos, assistiam à visita médica” (Escobar 2004: 49).

No interesse dos hospitais e no regulamento de 1863, apenas era exigido aos candidatos a enfermeiros saber ler, escrever e contar contando-se que a sua aprendizagem específica seria concretizada na prática hospitalar (Alves 1919) sendo que no entanto, só alguns hospitais se preocuparam a dar essa formação, empírica e mal preparada (Pedrosa 2004). É em 1881 que começou a funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra o primeiro curso de enfermagem em Portugal (Nunes 2003; Pedrosa 2004) na escola então designada por Escola dos Enfermeiros de Coimbra fundada pelo Prof. Costa Simões. Sendo contudo de cariz particular, foi somente oficializada em Maio de 1919 com a designação de Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Foi também por volta de 1918 e por alteração da orgânica dos Hospitais Civis de Lisboa, que foi criada a Escola Profissional de Enfermagem a qual, por força do Decreto nº 19060, de 29 de Novembro de 1930, se passou a denominar por Escola de Enfermagem Artur Ravara. Em 1920 e pelo Decreto nº 6943, de 16 de Setembro, é aprovado o Regulamento do Curso de Enfermagem destinado a todos os “indivíduos que desejassem ingressar nos quadros dos Hospitais da Universidade de Coimbra”. A problemática da escassez de recursos humanos formados em enfermagem é reconhecido mais tarde pelo Decreto nº 36219, de 10 de Abril que, analisando a falta de preparação técnica assume que esta era compensada pelo carinho dispensado aos doentes pelos enfermeiros. Neste decreto, a actividade é desdobrada em dois sectores: os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. São repensadas as modalidades de ensino no sentido de habilitar enfermeiros em quantidade e qualidade necessárias à eficiência e melhor rendimento nos hospitais universitários de Lisboa e Porto. No decorrer das décadas de 30 e 40, várias foram as escolas de enfermagem criadas, parte delas alicerçadas em ordens religiosas como são os casos da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (1937), a Escola Particular de Enfermagem S. João de Deus anexa à Casa de Saúde do

Telhal (1940) e a Escola de Enfermagem das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria (1948).

Foi nessa altura, premente a necessidade de aumentar o limiar de exigência ao nível da escolaridade mínima obrigatória para a frequência do Curso de Enfermagem Geral. Criaram-se cursos para Auxiliares de Enfermagem com a duração de um ano nos quais o enfoque era dado a tarefas de fácil execução e de baixa responsabilidade. Estes trabalhariam sob orientação de médicos e de enfermeiros. Segundo Aliete Pedrosa (2004), em 1974 formavam-se cerca de 1000 auxiliares de enfermagem para um número de cerca de 200 enfermeiros diplomados. Tal discrepância acarretou a que fossem os auxiliares a desempenhar grande parte das tarefas que lhes estariam confiadas mas também outras que seriam atribuições dos enfermeiros diplomados. Tal situação levou a que se tivessem desenvolvido processos reivindicativos de promoção levando o Governo a criar o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem que decorreu entre 1974 e 1982 (Filipe 2003). A morosidade do processo de promoção, as dificuldades de acesso ao referido curso despoletaram grande descontentamento tendo tido o seu apogeu aquando da revolução de Abril de 1974. Foi então extinta a figura do Auxiliar de Enfermagem tendo o Governo atribuído o título de enfermeiros de 3<sup>a</sup> classe a todos os auxiliares que detivessem no mínimo de 3 anos de exercício. Para efeitos de progressão, estes teriam de frequentar um curso de promoção que teve o seu arranque em 1975.

Como já vimos, em Portugal as primeiras escolas de enfermagem comemoraram há pouco os seus primeiros centenários. Se inicialmente o ensino da enfermagem era fundamentalmente ministrado por médicos, foi pelo Decreto n<sup>o</sup> 38884, de 23 de Agosto, que estas passaram a ter enfermeiras nos seus corpos docentes. Desde essa data e até 1988, altura em que, por força de lei e através do Decreto n<sup>o</sup> 480/88, de 23 de Dezembro, as escolas passaram a deter autonomia administrativa, científica e pedagógica, várias foram as reformas que delinearão o caminho da enfermagem em Portugal.

Se até 1952, os planos de estudos dos cursos de enfermagem estavam dirigidos para a patologia (tratar) numa visão meramente tecnicista da profissão, deixando a descoberto o treino para a prevenção da doença e para a promoção sanitária, é nesse ano que a “Reforma do Ensino da Enfermagem” assume outra dimensão através do Decreto-Lei n<sup>o</sup> 38884, de 28 de Agosto. A reformulação dos planos curriculares para 3 anos de curso, a inclusão de estágios, a redistribuição do ensino por escolas oficiais e particulares e com autonomia técnica e administrativa, bem como, o estabelecimento de requisitos

mínimos no ingresso no curso e a obrigatoriedade na frequência das aulas teóricas, práticas e estágios, veio contribuir para uma maior clarividência das expectativas da profissão bem como dos seus executantes.

Em 1965, apresentava-se num ano para mais uma grande reforma. Pelo Decreto-Lei nº 46448, de 20 de Julho eram instaurados outros grandes princípios reguladores da profissão: o aumento do 2º para o 5º ano dos Liceus no ingresso ao curso mantendo a duração de 3 anos; fomentou-se no ensino não só a vertente técnica-curativa mas introduziram-se as preocupações em matéria de saúde pública; encaminhamento para matérias relacionadas com a Enfermagem mesmo que para isso fosse necessário um afastamento das matérias do campo médico (Patologia).

Com a revolução de Abril, surge nova reforma: a de 9 de Agosto de 1976. Por Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 9 de Agosto de 1976, o Curso de Enfermagem passaria a deter nas suas orientações as seguintes linhas mestras: uma formação básica polivalente no sentido de habilitar os futuros profissionais a intervenções na comunidade e a todos os níveis de prevenção conferindo-lhes o ónus de passarem a ser inclusivamente agentes de mudança; o enquadramento dos enfermeiros nos contextos inerentes ao Serviço Nacional de Saúde; determinar que a docência era efectuada enfermeiros-docentes organizados em equipas pedagógicas; integrar nos cursos, conceitos ligados à Saúde, Pedagogia, Gestão e Investigação.

Tal redimensionamento viria a conduzir a profissão no caminho de uma maior e legítima idoneidade conferindo-lhe a integração no Ensino Superior Politécnico em 1988 (Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro). Com a exigência de ingresso do 12º ano de escolaridade, as escolas superiores de enfermagem passaram a conferir aos seus formados os títulos de bacharel e de estudos superiores especializados. Estes cursos, criados pela Portaria nº 239/94, de 16 de Abril, conferem aos enfermeiros o diploma de Estudos Superiores especializados em Enfermagem permitindo-lhe concomitantemente, a continuidade da formação académica ao nível dos mestrados e doutoramentos.

É pelo Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro, que a carreira de enfermagem é aprovada tendo em consideração a sua integração no sistema de ensino superior. Passa a referida carreira a conferir 3 níveis e categorias: nível I (enfermeiro e enfermeiro-graduado); nível II (enfermeiro especialista e enfermeiro-chefe); e, nível III (enfermeiro supervisor). Recorrendo ainda a esse diploma legal, são definidas as áreas de actuação da profissão. A saber: prestação de cuidados, gestão e acessória técnica.

Percebe-se que, ao longo dos tempos, a construção identitária dos enfermeiros alicerçou-se no desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio e específico valorizando a prática baseada em processos independentes de tomada de decisão (Nunes 1998). À medida que os modelos e práticas de enfermagem continuam a ser clarificados, em constante evolução e a tornarem-se consistentes com as suas teorias, valores e filosofias, a enfermagem, conforme refere Jean Watson (2002), torna-se numa profissão de saúde-cuidar-curar mais distinta. Para este, as práticas de enfermagem, a formação profissional e a investigação convergem de forma automática com outros profissionais de saúde, nas ditas “zonas de incerteza” do cuidar-curar.

Os direitos e deveres dos enfermeiros foram consagrados pela lei pela primeira vez em 1996 com a publicação de Regulamento de Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. Definiam-se assim os conceitos de enfermeiro e enfermeiro especialista bem como as intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro. São clarificados os deveres e direitos e consagradas as responsabilidades dos profissionais legalmente habilitados a prestar cuidados de Enfermagem.

Em 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Com a criação deste órgão, é social e formalmente reconhecido a maioridade e idoneidade da enfermagem como profissão. Reconhece-se pois aos enfermeiros a capacidade de auto-regulação da prática do exercício profissional, da definição e auto-controle das questões ético-deontológicas e da qualidade dos cuidados assim como do controlo do exercício ilegal (Filipe 2003).

Fazendo uma breve resenha histórica da enfermagem, esta poder-se-á situar ao longo dos tempos em três paradigmas evolucionistas (Watson 2002). O paradigma I situado temporalmente no século XX e que se centrou na parte material da medicina e da enfermagem. A fixação passou a ser nas tarefas funcionais, nas competências e no papel do “fazer” da enfermagem. No paradigma II, em meados do século XX, a evolução processou-se no sentido da medicina do cérebro-corpo. A ciência médica, e por arrastamento a enfermagem, passaram a ter em conta as percepções, as emoções, as atitudes e as perspectivas “psicossomáticas” no tratamento e na prática dos cuidados. É nesta era/paradigma que, nos anos sessenta, surgem os conceitos de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental tendo sido integradas nos currícula escolares. No entanto, este despertar manteve-se tangencial àquela que era a corrente principal da ciência e práticas do paradigma I. Deixa Watson em aberto a pergunta se a enfermagem poderá

ou estará a caminhar para um terceiro paradigma para além dos anteriormente descritos. Tenho como certo, nesta minha incursão à história da profissão que, a enfermagem tem mantido posições que honraram indivíduos com um pouco mais do que o cuidar o corpo na sua dimensão mais terrena. Assumi um conjunto de tarefas funcionais prescritas, habilidades relacionadas com protocolos de tratamento médico e actividades de cura. Sempre resistiu, resumindo, ao estereótipo de “executante”. De outra forma, se idealizarmos o retrato da “enfermeira-tipo” provavelmente as palavras vocação (sentido religioso e moral) e dedicação estariam na sua definição. Seria, por assim dizer alguém sempre disponível e arredada de aspirações individuais, dos horários e dos próprios encargos familiares, alguém submisso e anónimo, tal como escalpeliza Ana Salgueiro (1994), uma fiel executante de prescrições médicas, indiferente às condições de trabalho, à consideração social e a compensações financeiras. Como refere Watson, as profissões médica e de enfermagem, podem mudar e fazer a diferença ajustando-se a um terceiro paradigma bastando que (re)aprendam o modo de ser em relação a elas próprias e aos outros. O cuidar e tratar alicerçados numa perspectiva moldada numa ética de relação, de ligação e de consciência. A relação de cuidar e um ambiente de cuidar preservando a dignidade humana proporcionando processos de auto-crescimento e autoconhecimento; um cuidar sustentado numa consciência de cuidar intencional potenciando assim a cura e o todo. Refere Watson que, quanto mais claros podermos ser acerca dos paradigmas que guiam as nossas práticas, mais claro poderemos ver que a questão principal prende-se com as leituras que fazemos das nossas visões do mundo, dos valores profundos e das crenças acerca da nossa realidade. Essas sim, terão impacto nas nossas vidas e trabalho. Da mesma forma que aceitamos que a enfermagem detém nas suas competências profissionais uma tripla orientação, então ao cuidar de alguém teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como são os de ordem técnico-científica e os de ordem moral. São a ética, a deontologia e a moral, etapas que cada um vai percorrendo no caminho em que se encara o que é ser enfermeiro. A competência profissional assume desta forma características que, segundo Lucília Nunes (2002), se situam numa dimensão multidimensional na medida em que aquilo que cada um espera (e espera que os outros valorizam na sua acção), vai sendo modificado pelo manancial das experiências vividas e reflectidas. Para a autora, a competência profissional é “caracterizada fundamentalmente como juízo e acção sensata em situações complexas, únicas e incertas, com valores em conflito” sendo que

“também requer conhecimento reflexivo para lidar com áreas que não se prestam a soluções comuns” (Nunes 2002: 8).

Seria de certo modo e relativamente fácil citar documentos que, aos olhos da lei, prevêm o conjunto das competências ligadas ao cumprimento dos deveres do enfermeiro. Tal como elucida Lucília Nunes, existem outras implicações que, de ordem ético-moral estão acima das normas estabelecidas e que se referem essencialmente à consciência do enfermeiro.

Actualmente a enfermagem, está, creio, construída num conceito holístico. Uma visão que leva a sua actuação para uma orientação no sentido da passagem de um modelo dominado pela doença para um modelo que tem em atenção a saúde e o bem estar da pessoa (Marrucho, Lopes e Teixeira 1995) remetendo o cuidar ao seu nível de excelência (Nunes 2002).

Tal como diz Lucília Nunes, não basta saber que os nossos utentes têm direito a serem tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correcção técnica, privacidade e respeito, é necessário também que a prestação de cuidados concreta ao Sr. José ou à D. Maria seja zelosa e competente. Não se trata simplesmente da satisfação de um direito formal, mas a associação das competências técnicas, científicas e morais para a prestação de um cuidado de qualidade de tipo holístico. É, a prestação que oferece ofício ou uma profissão e que lhe confere crédito e reconhecimento (Salgueiro 1994).

## Capítulo III - Da Emergência da Saúde

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

*Joe Connelly*<sup>4</sup>

### 3.1 O Serviço Nacional de Saúde

A saúde é o problema número um da humanidade, pois é da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos, a capacidade de trabalho, logo, a um nível imediato e consequente – o desenvolvimento económico-social de cada país.

As relações entre saúde e Economia são muito estreitas e desenvolvem-se em termos de causa – efeito. A um baixo nível de saúde, correspondem trabalhadores pouco produtivos. Como consequência, uma economia nestas condições não prospera, não se desenvolve, logo, não cria a possibilidade de remunerações mais elevadas e de maior emprego de mão de obra, - os meios práticos de que depende todo o progresso na educação e na melhoria da alimentação, do saneamento e das comodidades que constituem na vida moderna, o padrão do seu desenvolvimento.

Em Portugal, é a Ricardo Jorge<sup>5</sup>, eminente historiador e médico do início do século XX, que se deve a reorganização dos serviços de saúde. Estes passam a denominar-se por “Serviços de Saúde e Beneficência Pública”. Não obstante isso, a maioria da prática

---

<sup>4</sup> CONNELLY, Joe –1998 **Bringing Out the Dead**, Lisboa: Planeta Editora, pg. 107.

<sup>5</sup> Médico, historiador e professor universitário, Ricardo Jorge (1858-1939) repartiu os seus escritos pelos mais variados domínios, desde higiene pública à história da medicina e à crítica literária. Nascido e formado no Porto, teve uma fulgurante carreira docente, a par da intensa actividade científica que o consagrou como epidemiologista e higienista. Com o volume “Higiene Social Aplicada à Nação Portuguesa” (1884), imprimiu novos rumos à sanidade em Portugal. Em 1899 e após a publicação da obra “Demografia e Higiene da Cidade do Porto” é nomeado inspector-geral da Saúde Pública.

assistencial era prestada pela clínica livre cabendo ao Estado unicamente a assistência aos pobres e indigentes que a ela tinham direito no regime de gratuidade, prestada especialmente pelas autoridades de saúde sob vigilância e encargo das autarquias ou de entidades benévolas caritativas. Ou seja, a reforma de 1899-1901 consagrava quase e tão só a assistência a pobres e indigentes “esquecendo” a assistência médica a toda a população.

Os cuidados diferenciados hospitalares eram assegurados por hospitais públicos e por hospitais dependentes das Misericórdias. Com a implantação da República em 1910, Ricardo Jorge continuou a dirigir os serviços de saúde tendo preparado as novas reformas de 1912, 1926 e 1929. O escasso aproveitamento das experiências de outros países mais desenvolvidos, traduziram medidas com poucos resultados práticos traduzidos na saúde das pessoas, com excepção no que se refere à luta contra algumas doenças infecciosas como a “variola e o tifo exantemático” (Gonçalves Ferreira 1975: 25).

Até 1945 assiste-se à estruturação legal do princípio de que o Estado e as Autarquias devem limitar a intervenção supletiva das iniciativas particulares e que estas devem ser estimuladas de forma a satisfazerem as necessidades principais. O intróito do Decreto-Lei nº 827, de 10 de Outubro de 1937 é esclarecedor: “A solução do problema da assistência estará mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação dos organismos públicos, burocratizados, estabilizados, ou seja, mecânicos e inertes”.

Em 1946 e com a Lei nº 2011, faz-se uma primeira intentona no sentido da regionalização dos cuidados diferenciados, constituindo este diploma um significativo avanço nesta matéria.

No período de 1945 a 1971, o panorama da assistência em saúde em Portugal é, praticamente regulado pelo Decreto nº 35108, de 7 de Novembro de 1945 que só viria a ser revogado em 1971.

Apesar de só em 1958 surgir um Ministério da Saúde (MS), é na década de 60 com a criação do Estatuto Hospitalar<sup>6</sup>, que se procura modernizar o funcionamento e gestão hospitalar. Assiste-se à pulverização de postos médicos por todo o país (cuidados

---

<sup>6</sup> A publicação do “Estatuto Hospitalar” (DL nº 48357, de 27 de Abril de 1968) procurou uniformizar as normas de funcionamento de todos os hospitais, em obediência à Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963. Apesar de reconhecer o atraso em que o país se encontrava no sector da saúde, o diploma consagrava algumas disposições novas no que se refere ao trabalho em saúde pública, à profissionalização de algum pessoal, à “modernização” dos serviços de saúde e assistência criando novos serviços e regulamentando outros, o certo é que, para Gonçalves Ferreira (1975), “o tempo passou sem que se chegasse a estabelecer uma organização de serviços locais efectivos e operantes”.

ambulatórios), passando o sistema Previdência a assumir-se como responsável pelos cuidados médicos para os trabalhadores e familiares.

Após a criação dos institutos de Saúde Materna, Luta Anti-Tuberculose e Psiquiatria em 1945, é a partir de 1971 que uma nova reforma surge criando centros de saúde por quase todos os concelhos com uma actividade predominantemente dedicada à saúde da mãe e da criança. Apesar de todas as mudanças verificadas até à data, a nova reforma de saúde deparava-se com dados epidemiológicos muito danosos para a sociedade portuguesa (Tabela 4).

**Tabela 4: Mortalidade Infantil por cada 1000 Nados-Vivos**

Pais	1960	1965	1970	1975	1996	2000
Portugal	77,5	64,9	55,5	38,9	6,9	5,54
França	27,5	22	18,2	13,8	4,8	4,32
Reino Unido	22,5	19,6	18,5	18,9	5,9	5,58
Espanha	43,7	37,8	28,1	18,9	5,5	4,40

Fonte: DGS 1997, 2001; OECD, 2003

Conhecida como a “Reforma Gonçalves Ferreira”, a reforma da saúde legislada em 1971, incluiu o estabelecimento de Centros de Saúde de 1ª geração. Gonçalves Ferreira manifestava a preocupação por um equilíbrio eficaz no atendimento das necessidades em saúde considerando-o em quatro pontos: a “área sanitária” (higiene e condições de salubridade do meio ambiente), a “área dos cuidados primários” (na promoção e vigilância da saúde), a “área dos cuidados hospitalares” enquanto complementaridade da anterior e, a “área de reabilitação, recuperação e consequente reclassificação sócio-profissional e económica” (Ferreira 1975: 22). Nas suas linhas gerais, a reforma de 1971, começada a elaborar em 1970, teve por base a centralização no Ministério da Saúde de uma política unitária de saúde que, reconhecesse o direito à saúde a todos os cidadãos sem discriminação generalizando a sua prática a toda a população. Surge o Estado enquanto figura responsável enquanto difusor da política de saúde e assistência, e igualmente responsável pela execução das actividades a ela ligadas. A planificação das actividades é elaborada a um nível central passando estas para os planos locais e regionais.

A “Reforma de Gonçalves Ferreira” de 1971, viria a abrir a porta a uma década de dez anos de fortes incrementos nas políticas de saúde e no estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1979. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003) contextualiza este período como sendo caracterizado por indicadores sócio-económicos muito desfavoráveis em relação à Europa ocidental e por uma fragmentação

dos serviços de saúde (hospitais do Estado, hospitais das Misericórdias, postos médicos dos serviços médico-sociais da previdência, serviços de saúde pública, médicos municipais; sector privado desenvolvido na área do ambulatório)

No entanto, de facto, nos últimos 25 anos do século XX, Portugal conheceu grandes mudanças na sua história enquanto Nação, enquanto sociedade civil, política e económica. Falo da democratização e da descolonização vividas em 1974, da entrada na Comunidade Económica Europeia em 1986 e na integração na União Monetária Europeia em 2000. Todas estas mudanças acarretaram e acarretam ainda hoje grandes desafios à sociedade portuguesa criando um clima de forte incremento ao desenvolvimento social, empresarial, tecnológico e económico.

**Quadro 2: Principais melhorias e fragilidades do SNS**

Melhorias	Fragilidades
Subida da esperança de vida à nascença em cerca de 7 anos de 1970 a 1997;	Apesar de ter diminuído, a taxa de mortalidade infantil continua uma das mais elevadas da Europa;
Entre 1990 e 1997, regista-se melhoria da assistência á gravidez;	As doenças cérebro-vasculares, cardiovasculares, neoplasias atribuem taxas de mortalidade elevadas;
Taxa de mortalidade infantil desce consideravelmente;	A incidência de tuberculose é elevada;
Os cidadãos acedem aos hospitais distritais em menos de 60 minutos;	Os acidentes são responsáveis pela perda elevada de anos potenciais de vida dos portugueses
88% da população reside a menos de 30 minutos de um hospital distrital ou central.	Toxicoddependência, SIDA, e doenças sexualmente transmissíveis apresentam indicadores preocupantes.

Fonte: Ministério da Saúde – Plano Desenvolvimento Regional 2000-2006 (2000) (Adaptado)

Da democratização social e política do país fez parte a criação do SNS. Possibilitou, num período de tempo escasso, a cobertura da população portuguesa em cuidados de saúde e a estruturação de carreiras profissionais. Apesar das melhorias registadas nas condições de saúde da população portuguesa, continuavam a subsistir fragilidades e problemas que continuaram a obrigar este sector a uma importância prioritária (Quadro 2).

O SNS é, actualmente, um conjunto organizacional que emprega mais de 100000 profissionais em cerca de 500 estabelecimentos, a maior parte dos quais corresponde a empresas de média e grande dimensão. Este segue o modelo de funcionamento idêntico ao da Administração Pública, ou seja, fortemente burocrático, hierarquizado, desprovido

de mecanismos de regulação intrínseca, estando limitado na utilização de grande parte dos instrumentos de gestão moderna. Segundo o “Plano de Desenvolvimento Regional 2000-2006”, o MS estabelece metas concretas de mudança: a implementação dos Sistemas Locais de Saúde – desenvolvimento de unidades funcionais de saúde formadas pelos hospitais e grupos de centros de saúde determinada área geográfica envolvendo também entidades privadas com vista à partilha e maior disponibilidade de recursos; a criação dos Centros de Responsabilidade Integrada destinados a criar níveis intermédios de gestão nos hospitais públicos com o objectivo de aumentar a eficiência do seu funcionamento (Ministério da Saúde: 2000). É nesta linha de actuação que Manuel Antunes defende a mudança do sistema hospitalar na obra “A Doença da Saúde”.

Na discussão da problemática da saúde Manuel Antunes (2000) considera uma abordagem em 3 vertentes: a vertente social em que a todo o cidadão é garantido pelo Estado o acesso à saúde independentemente da sua condição económica, no que concerne a cuidados médicos nas áreas preventiva, curativa e de reabilitação (cf. art. 64, nº 3, a) da Constituição da República); a vertente económica do investimento em que, só uma população saudável consegue produzir riqueza, ou seja, investir na saúde será investir no capital humano de um país; e, finalmente, a vertente da produção. Nesta última vertente devemos considerar os crescentes custos com os cuidados de saúde. O desenvolvimento de novas patologias, o crescimento das resistências aos medicamentos já implementados e com elas a necessidade de mais avultados custos de investigação da ciência médica, tornam exponenciais os custos com a saúde. Trata-se pois, de um bem económico de elevada procura, com recursos financeiros limitados. É, na opinião de muitos, uma actividade a necessitar de uma cuidada gestão dos seus recursos humanos e materiais no sentido de rentabilizar todos os investimentos nela efectuados. Actualmente, os hospitais são *pressionados* a garantir altas *performances* quando se fala em segurança e qualidade. Tanto os governos como as companhias seguradoras, associações profissionais e de utentes são grandes fomentadores de pressão junto das instâncias hospitalares no sentido de verem garantidas essas *performances*. Paradoxalmente, cabe aos administradores hospitalares gerir o seu cada vez mais elevado nível de autonomia, e de, por outro lado, considerar todos os seus envolventes e parceiros. Mckee e Healy (2002) assumem que são atingidos elevados *scores* em qualidade e produtividade quando são atendidas nas organizações hospitalares padrões

de cultura organizacional centrados no utente, fortes lideranças, colaborações efectivas entre os pares, e a resolução atempada dos problemas.

**Tabela 5: Despesa com cuidados de saúde (% do PIB)**

Pais	1970	1980	1990	2000	2001
Portugal	2,6	5,6	6,2	9,0	9,2
França	..	..	8,6	9,3	9,5
Reino Unido	4,5	5,6	6,0	7,3	7,6
Espanha	3,6	5,4	6,7	7,5	7,5

Fonte: OECD, 2003

Como se pode verificar (Tabela 5), o investimento na saúde em relação ao PIB tem vindo a aumentar nestas últimas décadas. Em Portugal, dos 2,6% em 1970 aumentou para 6,2% em 1990 e para 9,2% em 2001. No entanto, em dados absolutos, a despesa *per capita* (Tabela 6) supera países cujo investimento público na saúde é menor (1662 dólares contra 1567 de Espanha com um investimento de 7,5% do seu PIB).

**Tabela 6: Despesa com a saúde *per capita* (em dólares, PPP)**

Pais	1997	1998	1999	2000	2001
Portugal	1219	1290	1424	1570	1662
França	2163	2231	2306	2416	2588
Reino Unido	1535	1607	1725	1839	2012
Espanha	1287	1371	1467	1493	1567

Fonte: DGS, 2001

Actualmente, o sector da saúde dos estados membros da UE representa entre 7% e 10% dos seus respectivos PIB tratando-se de um sector de forte intervenção nos mercados económicos nacionais e europeus. Desenvolve interações fortes ao nível das indústrias farmacêuticas, no desenvolvimento tecnológico, no plano das entidades seguradoras e prestadoras de cuidados.

Frank Vandembroucke (2002), lembra que o grande desafio político dos estados membros da UE será no futuro o de garantir um correcto equilíbrio social alicerçado em estandartes tais como a solidariedade, a equidade, a acessibilidade e a qualidade. A integração europeia e a livre circulação de pessoas e bens no espaço europeu, acarreta consigo a responsabilidade da globalização das políticas de saúde tomadas por cada governo na construção de uma Europa desenvolvida desvanecendo as assimetrias. A saúde é, para Vandembroucke, uma responsabilidade a ser partilhada pelos responsáveis pelas áreas sociais e pelos responsáveis dos sectores da saúde quer ao nível das instituições europeias, quer ao nível dos estados membros.

Em 1996, éramos contudo o país da UE com a menor percentagem de investimento público no sector da saúde (4,9%), a que corresponde o restante às despesas privadas dos portugueses com a sua saúde (OCDE 1998), em particular no pagamento a médicos privados (Tabela 7).

**Tabela 7: Evolução de alguns indicadores financeiros**

País	% do PIB na despesa total com cuidados de saúde				% do PIB em despesa pública com cuidados de saúde			
	1970	1980	1990	1996	1970	1980	1990	1996
Portugal	2,8	5,8	6,5	8,2	1,6	3,7	4,3	4,9
França	5,8	7,6	8,9	9,6	4,3	6,0	6,6	7,8
Reino Unido	4,5	5,6	6,0	6,9	3,9	5,0	5,1	5,8
Espanha	3,7	5,7	6,9	7,7	2,4	4,5	5,4	5,9

Fonte: OECD, 1998

Todos os custos em saúde, logo, o seu financiamento merece por parte da OCDE (2000) uma lógica de gestão assente em 3 questões: Quem financia o sistema de saúde? O que é financiado (serviços e bens)? Quais os serviços que são prestados e que bens são comprados? É certo que não é minha pretensão debruçar-me sobre a perspectiva económica do nosso SNS mas, é importante lembrar o *peso* que este detém na economia portuguesa.

O SNS é financiado através de impostos e o acesso aos cuidados primários e hospitalares é gratuito, sendo, no entanto e em alguns casos (exames complementares de diagnóstico, acessos à urgência,...), requerido o pagamento de taxas moderadoras. Alguns estratos da população como crianças, doentes crónicos e grávidas estão mesmo isentos de qualquer pagamento (DL n.º 173/2003, de 1 de Agosto).

A afectação dos orçamentos hospitalares que durante tantos anos se baseou em valores históricos com ajustamentos baseados nos valores da inflação anual, começou em 1998 a ser baseada na produção medida pelo chamado Grupo de Diagnósticos Homogéneos<sup>7</sup> (GDH). O processo é conduzido pelo Ministério da Saúde através do criado Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF).

<sup>7</sup> Os GDH foram criados ao abrigo do artigo 25º do Estatuto do SNS, aprovado pelo DL n.º 11/93, de 15 de Janeiro, determinando os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS tendo em conta os seus custos reais e o equilíbrio de exploração. Visam igualmente, segundo o legislador, a repartição da responsabilidade pelos encargos com os cuidados de saúde prevista no artigo 23º do Estatuto: respondem pelos encargos da prestação dos cuidados de saúde prestados os utentes não beneficiários do SNS, os subsistemas de saúde e outros.

### 3.1.1 Recursos Humanos do SNS

Como é entendido, o SNS é concebido como uma rede, e nela se vêm representados os centros de saúde, os hospitais distritais e os hospitais centrais que, de uma forma equilibrada, se estruturam numa crescente de diferenciação de cuidados. Para Carvalho Rodrigues (2002), esta articulação também tem uma leitura ao nível dos fluxos de utentes das zonas urbanas menos populosas para as capitais de distrito, e destes para os chamados pólos de atracção regional (Lisboa, Porto e Coimbra). É pois nestes pólos que o SNS encerra maior dotação de recursos humanos e técnicos e, logo, maior capacidade de resposta. Mas essa diferenciação não conta tão somente com o número de prestadores mas igualmente com os seus níveis de diferenciação.

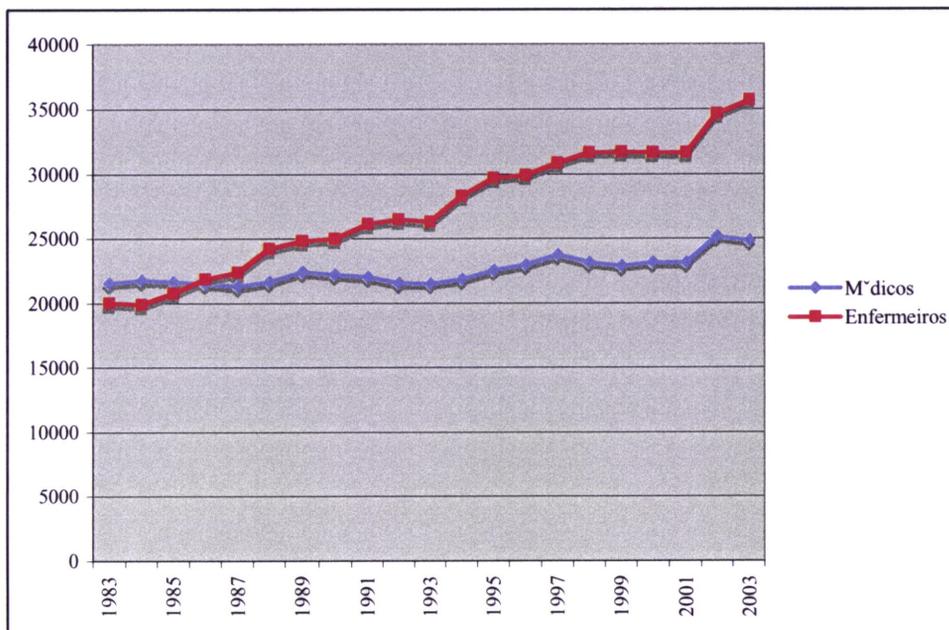
A insuficiência de recursos humanos do SNS, na lógica de funcionamento do sistema, aumenta a dependência existente pelos grandes pólos de atracção, sendo igualmente justificada pela necessidade de garantir valências mínimas a nível distrital e pela assimetria da distribuição desses recursos.

Proponho que seguidamente se note mais em pormenor a distribuição destes recursos pelas áreas políticas a eles adstritas. Apesar de serem múltiplas as carreiras profissionais representadas no SNS, a minha análise comparativa far-se-á unicamente sobre os médicos e os enfermeiros.

#### 3.1.1.1 Prestadores Directos de Cuidados de Saúde

Como se verifica no Gráfico 1, quer os médicos quer os enfermeiros têm sofrido ao longo destas décadas um acréscimo mais significativo nos segundos que, por volta do ano de 1993 viram sair para o mercado de trabalho os primeiros bacharéis por inserção do curso de enfermagem no ensino superior politécnico. Na classe médica, o acréscimo só é mais evidente nesta última década por imposição política às faculdades em suprir energicamente as carências da população.

**Gráfico 1:** Evolução dos RH (médicos e enfermeiros) no MS



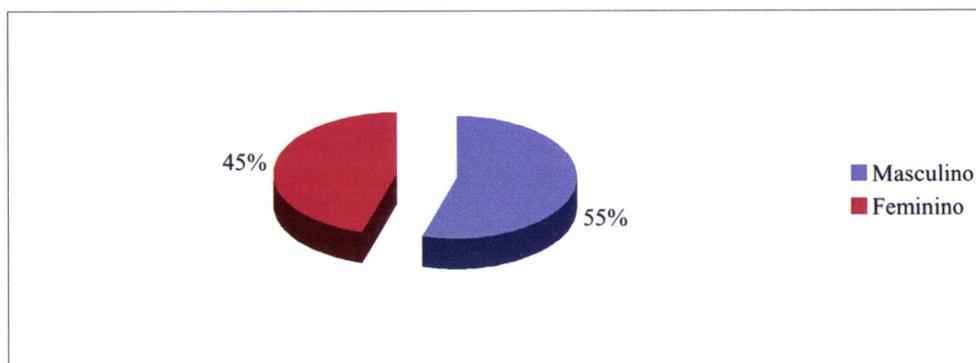
Fonte: DGS, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001

3.1.1.1.1 Perspectiva demográfica

3.1.1.1.1.1 Sexo

Na composição dos grupos profissionais segundo o sexo, é evidente a predominância do sexo feminino como se poderá verificar no seguinte gráfico.

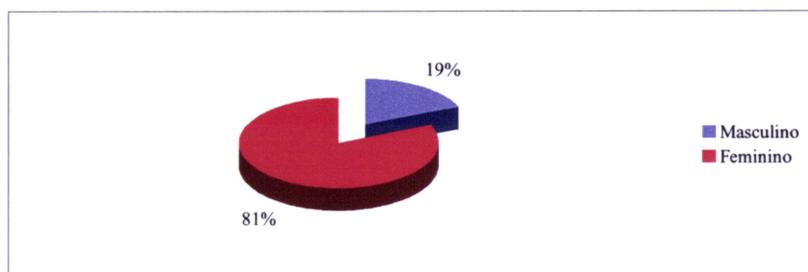
**Gráfico 2:** Distribuição dos Médicos por sexos, 1998



Fonte: DGS, 1998

Contudo, as classes médica e de enfermagem, denotam uma evolução contrária, ou seja, existe uma tendência ao aumento da taxa de feminização médica e uma maior adesão dos homens aos cursos de enfermagem nestes últimos anos. Duas profissões que se comportavam maioritariamente masculinas e femininas respectivamente (Gráficos 2 e 3).

**Gráfico 3:** Distribuição dos Enfermeiros por sexos, 2004



Fonte: OE, 2005

#### 3.1.1.1.1.2 Estrutura Etária

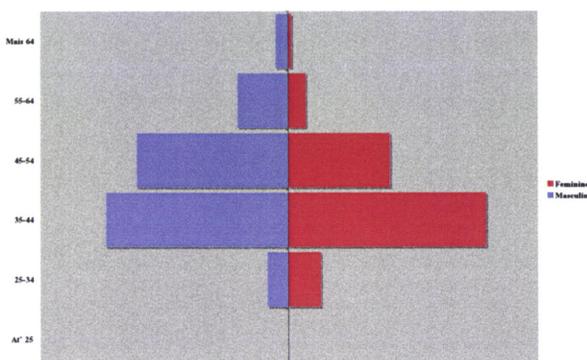
Os gráficos seguintes demonstram-nos a distribuição etária do efectivo médico e de enfermagem no SNS.

**Tabela 8:** Distribuição dos Médicos por Grupos Etários no SNS, 1997

	Masculino	Feminino
Até 25	0	0
25-34	417	637
35-44	3667	3925
45-54	3065	2015
55-64	1021	340
Mais 64	250	57

Fonte: DGS, 1998 (adaptado)

**Gráfico 4:** Pirâmide Etária dos Médicos, 1997



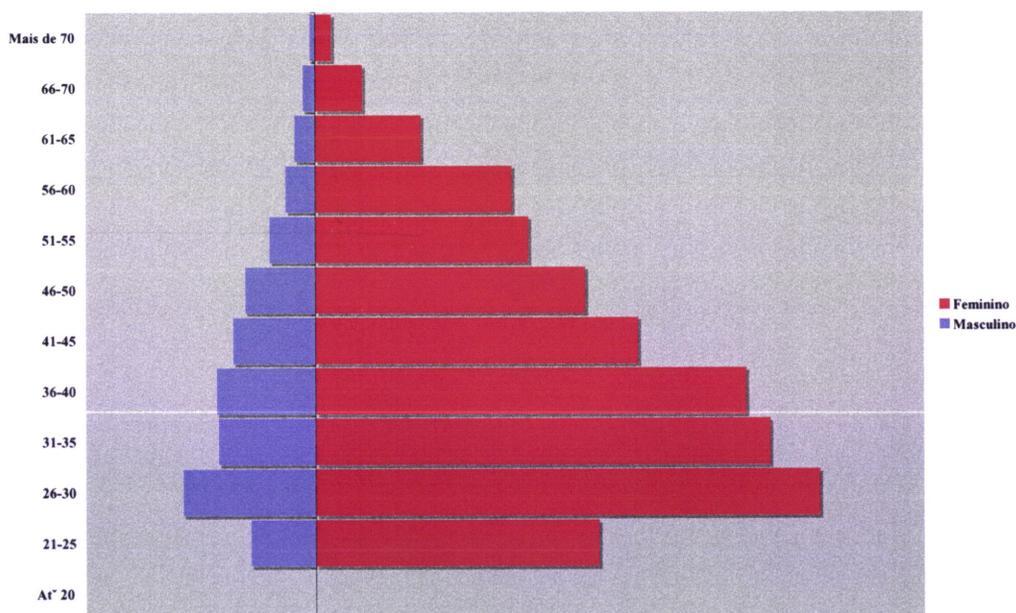
Fonte: DGS, 1998 (adaptado)

**Tabela 9:** Distribuição dos Enfermeiros por Grupos Etários, 2004

	Masculino	Feminino
Até 20	0	0
21-25	840	3721
26-30	1722	6634
31-35	1259	5986
36-40	1285	5665
41-45	1064	4227
46-50	909	3541
51-55	600	2787
56-60	390	2570
61-65	270	1387
66-70	162	611
Mais 70	70	206

Fonte: OE, 2005 (adaptado)

**Taxa de Feminização = 81,3%**

**Gráfico 5:** Pirâmide Etária dos Enfermeiros, 2004

Fonte: OE, 2005 (adaptado)

### 3.1.1.1.2 Pessoal Médico pertencente ao quadro do SNS

Como se poderá verificar em todos os anos com excepção do ano de 1996 por inexistência de dados, cerca de metade dos quadros são preenchidos por pessoal até 44 anos.

**Tabela 10: Distribuição Etária do pessoal Médico pertencente ao SNS, de 1991 a 1997**

Pessoal Médico	1991 %	1992 %	1993 %	1994 %	1995 %	1996 %	1997 %
< 25 anos	0	0	1	1	1	-	0
25-34	7	4	7	4	4	-	7
35-44	52	57	55	54	54	-	49
45-54	20	21	23	26	27	-	33
55-64	13	12	11	11	11	-	9
65>=	4	4	3	3	3	-	2
Desconhecida	4	1	0	0	0	-	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

Fonte: DGS

Não se verifica envelhecimento da classe pois verifico um aumento do pessoal formado e efectivo (Gráfico 1) e um decréscimo das faixas etárias mais velhas nestes últimos anos (Gráfico 4).

**Tabela 11: Número de Habitantes por Médico, por Região de Saúde**

	Total	Habitantes / Médico
<b>Continente</b>	<b>17142</b>	<b>485</b>
RS Norte	5575	508
RS Centro	3949	540
RS Lisboa e Vale do Tejo	6444	413
RS Alentejo	650	661
RS Algarve	524	609

Fonte: DGS, 2001 (adaptado)

Quanto à distribuição de médicos no Continente, verifica-se predominância dos efectivos nas Administrações Regionais de Saúde de Lisboa (ARSLVT) e Vale do Tejo e Norte (pólos de atracção) denotando em consequência um rácio habitantes/médico mais baixo (Tabela 12).

Saliente-se que, no que concerne a este indicador de saúde, os valores referidos para Portugal situam-se já dentro da mesma ordem de grandeza dos valores presentes noutros países da Europa.

**Tabela 12: Evolução da cobertura de Médicos por 1000 habitantes, de 1960 a 2000**

	1960	1970	1980	1990	2000
<b>Portugal</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,8</b>	<b>3,2</b>
França	1,0	1,3	2,0	3,1	3,3
Reino Unido	0,8	0,9	1,3	1,5	2,0
Espanha	..	..	..	..	3,3

Fonte: OECD, 2003 (adaptado)

### 3.1.1.1.3 Pessoal de Enfermagem pertencente ao SNS

No que concerne ao pessoal de enfermagem, apresento à semelhança do grupo profissional anterior, a distribuição em dados relativos dos elementos inscritos na respectiva ordem.

Verifico uma predominância de profissionais do sexo feminino no entanto com tendência a uma maior adesão de profissionais do sexo masculino nestes últimos anos (Gráfico 5). De igual forma não verifico envelhecimento da classe profissional visto que 50% da população tem até 40 anos de idade (Tabela 13).

Denota-se um reforço do número de enfermeiros por cada 1000 habitantes no entanto ainda em valores longínquos de outros países europeus (Tabela 14).

Do ponto de vista geopolítico da distribuição dos profissionais por Administrações Regionais de Saúde (ARS), existe uma significativa predominância das ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo.

**Tabela 13:** Distribuição do pessoal de Enfermagem entre 2000 e 2004

Pessoal de Enfermagem	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %
Até 20 anos	0	0	0	0	0
21-25	1	2	10	10	10
26-30	15	17	18	18	18
31-35	17	17	16	16	16
36-40	18	17	16	16	15
41-45	13	12	11	11	12
46-50	11	10	9	10	10
51-55	9	8	8	8	7
56-60	8	7	6	6	6
61-65	5	5	4	4	4
66-70	2	2	1	2	2
Mais 70 anos	1	1	0	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fonte: OE, 2005

Apesar da ARS Algarve apresentar o menor número de profissionais na sua área de influência, esta detém um maior rácio habitantes/enfermeiro (Tabela 15). Similarmente, considera-se um predomínio da distribuição de enfermeiros pelos cuidados de saúde diferenciados em detrimento dos cuidados de saúde primários (Gráfico 6), revelando serem os cuidados diferenciados os preferidos por parte dos recém-licenciados. Tal preferência é verificável em todas as ARS.

**Tabela 14:** Evolução da cobertura de Enfermeiros por 1000 habitantes, de 1970 a 2000

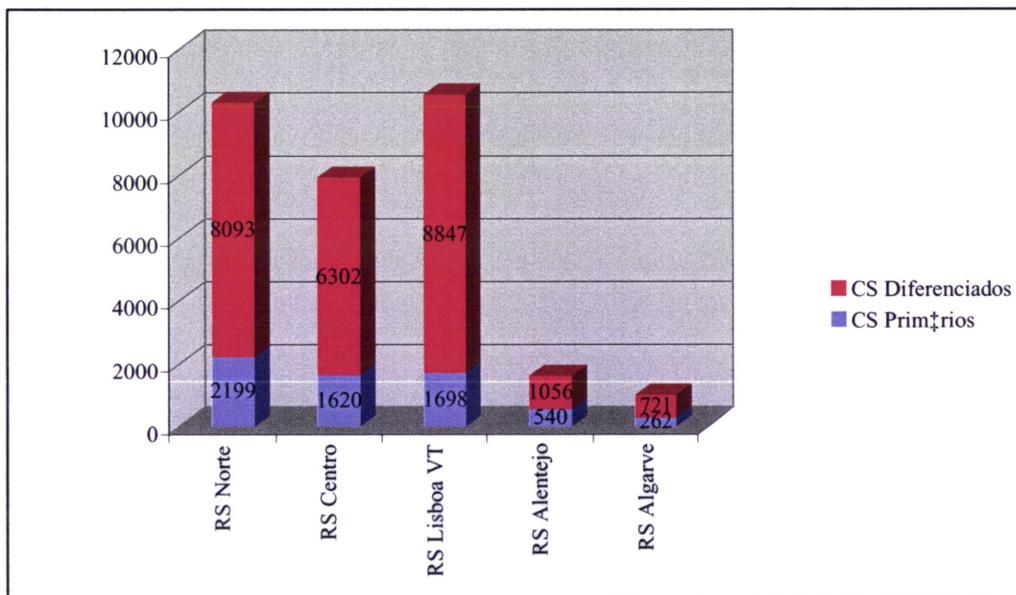
	1970	1980	1990	2000
Portugal	1,8	2,3	2,8	3,7
França	3,1	4,7	5,6	6,7
Reino Unido	..	..	7,8	8,8
Espanha	..	..	..	6,6

Fonte: OEDC, 2003

**Tabela 15:** Número de Habitantes por Enfermeiro, por Região de Saúde

	Total	Habitantes / Enfermeiro
Continente	31338	302
RS Norte	10292	304
RS Centro	7922	293
RS Lisboa e Vale do Tejo	10545	307
RS Alentejo	1596	280
RS Algarve	983	355

Fonte: DGS, 2001

**Gráfico 6:** Distribuição dos Enfermeiros segundo os níveis de cuidados de saúde, por regiões de saúde

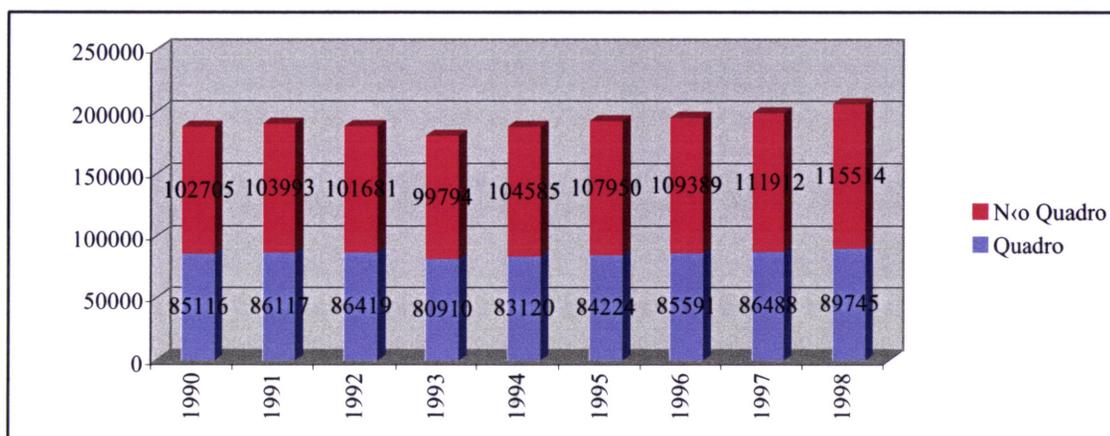
Fonte: DGS, 2001

### 3.1.1.2 Vínculos

Considerando agora os tipos de vínculos que os efectivos do SNS podem deter nas organizações da saúde, poderemos sectorizá-los em 4 tipos (Rodrigues 2002): *vínculo definitivo* (quadros de pessoal); *vínculos provisórios* (contratos administrativos de

provimento); *vínculos precários* (contratos de trabalho a termo certo, fornecimento de serviços e avenças), e, os *mecanismos de mobilidade* (destacamentos e requisições).

**Gráfico 7:** Evolução do tipo de vínculos dos efectivos do SNS, entre 1990-1998



Fonte: DGS, 1998

Nesta matéria, assiste-se ao longo destes últimos anos ao reforço dos quadros de pessoal alicerçados em vínculos “não quadro” em detrimento dos vínculos definitivos (Gráfico 7). Trata-se do resultado da agenda política em matéria do redimensionamento dos quadros da função pública defendida nestas últimas legislaturas.

### 3.1.1.3 As Carreiras no SNS

Como constatamos, o SNS é composto por um conjunto de carreiras que “cohabitam”, umas do regime geral e que são comuns em toda a Administração Pública, e outras que sendo específicas da saúde, são apelidadas de corpos especiais<sup>8</sup> (Quadro 3).

E é a propósito da constituição destes corpos especiais na saúde, que irei debruçar-me mais particularmente sobre a carreira do pessoal de Enfermagem no SNS.

<sup>8</sup> O DL n.º 248/85, de 15 de Julho dispõe no n.º 3 do artigo 13.º a seguinte redacção: “Quando o exercício de uma função, no âmbito da Administração, requeira a constituição de um grande agrupamento de pessoal unido por um laço de natureza funcional, pode criar-se um corpo de pessoal, submetido a um estatuto específico”.

**Quadro 3: Carreiras presentes nos organismos da saúde da Administração Pública**

Carreiras do Regime Geral	Carreiras Específicas
Carreira Técnica Superior <sup>9</sup>	Carreira de Administração Hospitalar <sup>10</sup>
Carreira Técnica <sup>11</sup>	Carreira Médica <sup>12</sup>
Carreira Técnico-Profissional <sup>13</sup>	Carreira de Enfermagem <sup>14</sup>
Carreira de Assistente Administrativo <sup>15</sup>	
Carreira de Tesoureiro <sup>16</sup>	
Carreiras de Pessoal Operário <sup>17</sup>	
Carreira de Pessoal Auxiliar <sup>18</sup>	

Fonte: CARVALHO RODRIGUES, Luís (Org.), 2002

### 3.1.1.3.1 Carreira de Enfermagem

Como já referi anteriormente, a Ordem dos Enfermeiros foi aprovada tal como os seus estatutos pelo DL n° 104/98, de 21 de Abril. Tal acontecimento veio a ser o culminar de período de forte evolução da carreira que mais se desenvolveu enquanto *corpo especial* na Administração Pública. A evolução socioprofissional da Enfermagem veio, dois anos antes a ver regulamentado o seu *Job Description* através do Regulamento para o Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) pelo DL n° 161/96, de 4 de Setembro.

É precisamente no n° 1 do art. 4° do REPE que é definida a profissão: “a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

A carreira de enfermagem desenvolve-se por 5 categorias a saber: enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor. É, pelo disposto na alínea g) do n° 2 do art. 16° do DL n°184/89, de 2 de Junho, considerada em *corpo especial* e cujo regime legal foi aprovado pelo DL n° 437/91, de 8

<sup>9</sup> Cf. art. 4° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>10</sup> Aprovada pelo DL n° 101/80, de 8 de Maio

<sup>11</sup> Cf. art. 5° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>12</sup> Regime jurídico aprovado pelo DL n° 73/90, de 6 de Março, alterado pelos DL n° 210/91, de 12 de Junho, DL n° 114/92, de 4 de Junho, DL n° 396/93, de 24 de Novembro, DL n° 198/97, de 2 de Agosto, DL n° 19/99, de 27 de Janeiro, e, DL n° 412/99, de 15 de Outubro.

<sup>13</sup> Cf. art. 6° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>14</sup> O DL n° 104/98, de 21 de Abril criou a Ordem dos Enfermeiros e aprovou o respectivo estatuto; o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros foi aprovado pelo DL n° 161/96, de 4 de Setembro.

<sup>15</sup> Cf. art. 8° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>16</sup> Cf. art. 9° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>17</sup> Cf. art. 12° e seguintes do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

<sup>18</sup> Cf. art. 10° do DL n° 404-A/98, de 18 de Dezembro.

de Novembro com as alterações provenientes dos DL n° 412/98, de 30 de Dezembro e pelo DL n° 411/99, de 15 de Outubro.

As 5 categorias desta carreira vertical são agrupadas por 3 níveis: nível 1 corresponde às categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado, nível 2 às categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro chefe e, finalmente, ao nível 3 a categoria de enfermeiro supervisor.

O *job description* da profissão contempla 3 áreas de actuação: prestação directa de cuidados, gestão e assessoria. E, a cada uma delas estão implicadas funções diferenciadas quer pela sua natureza, quer pela sua remuneração e âmbito<sup>19</sup>.

Com o ingresso da profissão no Ensino Superior Politécnico e a conseqüente formação de quadros superiores com os graus de bacharel e, actualmente, de licenciados, o ingresso na carreira faz-se pela categoria de enfermeiro. A passagem a enfermeiro graduado é feita automaticamente por entre todos os enfermeiros que cumpram seis anos de exercício profissional e, concomitantemente, com uma avaliação de desempenho de Satisfaz<sup>20</sup>.

O acesso à categoria de enfermeiro especialista faz-se por entre todos os enfermeiros que, com a habilitação de um curso de especialização em enfermagem ou curso superior especializado em enfermagem, possuam igualmente avaliação de desempenho de Satisfaz. Neste caso, a progressão não é afectada pelo número de anos que o enfermeiro possui enquanto profissional.

Pode ser enfermeiro chefe qualquer enfermeiro graduado ou especialista, com seis anos de exercício profissional e avaliação de desempenho de Satisfaz, mas que, possuam igualmente uma das seguintes habilitações: curso de estudos superiores em enfermagem, curso de especialização em enfermagem, cursos de administração de serviço de enfermagem ou outro curso na área da gestão que confira no mínimo o grau de bacharel.

A enfermeiro supervisor, poderão ascender enfermeiros especialistas e enfermeiros chefes com três anos na respectiva categoria ou no conjunto das categorias, e, igualmente, com avaliação de desempenho de Satisfaz. Deverão também possuir uma das seguintes habilitações: curso de estudos superiores em enfermagem, curso de especialização em enfermagem, curso de administração de serviços de enfermagem ou

---

<sup>19</sup> Cf. art. 3º, nº 2 do DL nº 437/91, de 8 de Novembro.

<sup>20</sup> Avaliação de Desempenho em Enfermagem aprovado pelo Despacho nº 2/93, do Secretario de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no DR nº 75, II Série, de 30 de Março de 1993.

outro idêntico que confira no mínimo o grau de licenciado. Todas as categorias estão sujeitas a concurso de ingresso com a exceção da de enfermeiro graduado.

Quanto aos regimes laborais e aos horários de trabalho, eles podem ter três cenários distintos: horário normal de 35 horas semanais; horário de trabalho a tempo parcial, e, horário acrescido de trabalho (42 horas semanais)<sup>21</sup>.

Na Administração Pública é consagrada a possibilidade de, por exemplo, “sob a vertente do interesse público”<sup>22</sup> os funcionários e agentes poderem acumular funções em dois locais distintos, devendo para tal, solicitar autorização e deferimentos prévios. Salienta-se de igual forma para a necessidade de atender a que, “algumas profissões e actividades”<sup>23</sup> sendo “especialmente desgastantes física e psicologicamente”<sup>24</sup>, o risco de um elevado número de horas de trabalho poder conduzir a uma degradação da “qualidade dos serviços públicos de saúde”<sup>25</sup>, são limitadas as horas de trabalho total para 54 horas semanais<sup>26</sup>.

---

<sup>21</sup> Cf. art. 54º do DL nº 237/91, de 8 de Novembro.

<sup>22</sup> Cf. Circular Normativa nº 4 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, de 14 de Março de 2002.

<sup>23</sup> idem

<sup>24</sup> idem

<sup>25</sup> idem

<sup>26</sup> Considera-se o número total de horas de trabalho, aquelas que são realizadas no serviços de origem (parcial, normal ou acrescido) com as horas propostas para acumulação de funções em qualquer outro serviço da Administração Pública.

### 3.2 Os Sistemas de Emergência Médica

*“Em 17 de Agosto de 1896, Bridget Driscoll, uma mulher de 44 anos, foi a primeira pessoa a ser morta por uma viatura motorizada. Foi atropelada por um carro. As testemunhas afirmaram que o automóvel ia a uma velocidade “tremenda”: talvez a viatura circulasse a 12,8 Km/h, em vez dos 6,4 Km/h permitidos.”*

*In INEM<sup>27</sup>*

O ideia de que a assistência médica de emergência começa a partir das portas do hospital é, obsoleta. A prática clínica, a análise estatística e o senso comum indicam que no período de tempo compreendido entre a ocorrência do dano até à entrada no hospital, decorre um tempo extremamente importante no qual, as taxas de mortalidade e de morbilidade poderão ser reduzidas conforme os tipos de socorro que são aplicados (Jenkins 1978; Bledsoe, Porter e Shade 1997; OMS 1981).

O conceito de aplicar os primeiros socorros logo no local onde o evento acontece não é novo. Por exemplo o St. John's Ambulance Service – instituição que detém muito do trabalho voluntário no Reino Unido e nos países da Commonwealth, teve o seu início ainda durante os tempos das Cruzadas. A primeira ambulância criada deve-se a Napoleão e aos seus generais que construíram uma carroça de tracção animal para *carregar* os soldados feridos até às camaratas durante as Guerras Napoleónicas. Surge assim o primeiro “sistema de emergência” graças ao pioneiro Dominique Larrey – cirurgião – em meados do século XVII (INEM 1999). Nesta altura montavam-se os hospitais de campo próximos dos campos de combate, prestando os primeiros socorros aos feridos. Apesar de inúmeras limitações de índole material e terapêutico, já nesta altura se procurava inovar, nomeadamente com a criação das unidades moveis de transporte materializadas por carroças, na altura denominadas por “ambulances attendants”.

No entanto, é só no século XIX que são criados os primeiros sistemas de emergência médica civis com base nos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos nas áreas militares. Os profissionais a integrarem estes sistemas eram sobretudo enfermeiros, membros de Ordens Religiosas e de associações humanitárias bem como da Cruz Vermelha.

---

<sup>27</sup> INEM – 2005 Newsletter Via Verde para a Vida, Ed. Especial - Maio

No século passado, a assistência domiciliária era efectuada em alguns países por um médico que se fazia deslocar junto das populações munido da sua mala. A sua formação generalista era insuficiente para o adequado socorro em situações mais específicas como trauma e pediatria.

Thomas, cirurgião britânico, demonstrou durante a I Grande Guerra Mundial que cuidados médicos apropriados poderiam salvar vidas e “membros” (Jenkins 1978). Ainda hoje utilizada, a Tala de Thomas foi a sua invenção para, nesses tempos imobilizar as fracturas de fémur.

Já no século XX, nas I e II Grandes Guerras Mundiais, as experiências adquiridas demonstraram que, o socorro atempado, agressivo e eficiente às vítimas de trauma faz a diferença entre a vida e a morte (Hafen et al 1996) . A experiência americana adquirida na Guerra do Vietnam serviu igualmente para verificar que, pessoal não médico bem treinado pode executar atitudes de suporte de vida desde que com supervisão médica (Limmer 1999). Segundo Astor Jenkins (1978) deve-se provavelmente aos russos e aos escandinavos, o projecto pioneiro de estender à comunidade, serviços civis de socorro pré-hospitalar através de ambulâncias bem equipadas, tripuladas por médicos ou por outros técnicos. Em 1965, o Dr. Frank Pantridge inaugurou o seu “mobile coronary unit” em Belfast (Adams e Trimble 1989: 307). O seu sucesso desencadeou uma proliferação de serviços análogos. Nos Estados Unidos da América, a ideia vingou igualmente levando a que o sistema de socorro abarcasse todas as situações de emergência. O socorro continuaria a ser prestado por técnicos devidamente formados e treinados e que actuam sob supervisão remota de enfermeiros e médicos hospitalares (Jenkins 1978). O “mobile intensive care” é gradualmente instalado durante a década de 70 em áreas diversas como Miami, Seattle, Los Angeles e New York. A gestão financeira do sistema e o controlo das acções de socorro é efectuada a 3 níveis: são criadas agências administrativas aos níveis estatal, regional e municipal e, consoante as respectivas abrangências, estas são incumbidas de desenvolver políticas de socorro de forma a garantir cuidados de qualidade indo ao encontro das respectivas populações. São igualmente responsabilizadas pelo garante do financiamento do sistema; por criar a legislação respeitante à prática de cuidados pré-hospitalares; e, pelo reconhecimento e licenciamento dos técnicos de emergência médica. Em suma, cada agência constituiu-se num sistema dentro do próprio sistema de emergência médica (Bledsoe, Porter e Shade 1997; O’keefe et al 1998; Caroline 1995; Browner 2002).

Hoje, o sistema de socorro nos EUA constitui uma das escolas de referência ao nível do socorro pré-hospitalar. As vítimas são assistidas nos locais de ocorrência com meios adequados e pessoal treinado, mantendo-se durante o transporte para o hospital.

O conceito de sistema de socorro é explicado por diversos autores definindo-o como uma organização abrangente e coordenada de recursos para a resposta eficaz a situações de emergência médica (Fowler 1989; ENB 2000; Pereira 1990). Para o termo emergência, em 1972 o American Hospital Association determinava que seria qualquer situação que, na opinião do paciente/cliente, da família ou do acompanhante responsável pela sua ida ao hospital, poderia requerer cuidados médicos (AHA1972). No entanto, num notável artigo assinado pelo Prof. Romero Bandeira (1998), o autor faz uma exausta explanação sobre a epistemologia da palavra “emergência” concluindo que esta deverá ser substituída por “urgência absoluta”, tal como de igual forma só deveremos utilizar o termo “urgência relativa” para os restantes casos, citando as conclusões do “PreHospital Immediate Care: Towards Evidence Based Pré-Hospital Care”, realizado em Londres a 5 de Março de 1998.

Um dos problemas com que os sistemas de socorro pré-hospitalar se debatem na actualidade é o de adequar os recursos disponíveis ao nível de socorro pretendido. Ou seja, assegurar que recursos humanos e materiais mais especializados não estejam ocupados em situações de menor importância. Foi com esta preocupação que a OMS em 1981, aconselhou a melhor articulação entre o primeiro socorro providenciado pelos socorristas e o staff hospitalar. Para exemplo, a França desenvolveu, para situações de gravidade manifesta, várias unidades de socorro medicalizadas que, após cada chamada telefónica de socorro dirigida às centrais telefónicas, são activadas para o socorro *in loco* (OMS 1981). É de igual forma considerada como de fundamental importância, a participação de médicos e enfermeiros nas acções de formação para a prática de cuidados pré-hospitalares (OMS 1981; Adams e Trimble 1989; Giordano e Davidson 1989; Wainscott e Atkins 1989).

Se atendermos que os tempos de guerra acarretaram no passado graves períodos de recessão económica e incomensuráveis problemas sociais, é igualmente certo que estes fizeram emergir novas estratégias de socorro provenientes das experiências adquiridas em cenários hostis. Se a intervenção rápida das equipas de socorro era determinante na minimização dos efeitos da guerra nas taxas de mortalidade e de morbilidade o mesmo seria de esperar, se aplicarmos as mesmas estratégias, embora com as devidas

adaptações, junto das populações civis. Assim, se entende que os sistemas de emergência médica pré-hospitalar tiveram o seu nascimento alicerçados em sistemas militares (INEM 2000).

No final da quinta década e início dos anos sessenta do século passado, e com base nos avanços científicos e tecnológicos, a filosofia usada na abordagem às vítimas quer no domicílio quer nas vias públicas baseou-se em transportes rápidos até aos hospitais mais próximos onde se iniciaria o tratamento. Contrariamente a esta filosofia, já havia sido considerada pelo cirurgião alemão – Dr. Kirschner – que, em 1938, defendia que a prioridade do socorro não passava pelo transporte rápido das vítimas para o hospital mas sim pelo transporte do médico às vítimas.

A operacionalização de sistemas de socorro com qualidade viria, a partir da década de 70, a demonstrar que um socorro adequado constitui a opção-chave no sentido da diminuição das taxas de mortalidade de vítimas de ataque cardíaco e da elevada sinistralidade automóvel (Sadler 1977).

A evolução da emergência médica reduz-se hoje a duas doutrinas divergentes. Uma anglo-saxónica que assenta num *Scoop and Run*, o transporte rápido para o hospital após uma breve estabilização, e numa germânica (*Stay and Play*) que considera a medicalização na rua (INEM 1999, 2000). Uma das referências na criação do sistema português é o SAMU francês. Este último considera técnicos especializados como médicos, enfermeiros e tripulantes de ambulância.

Hoje o sistema português de emergência médica que denominaremos a partir de agora por SIEM (Sistema Integrado de Emergência Médica) é o resultado de vários estudos realizados e que, gradativamente, tende a evoluir na doutrina germânica com a medicalização do socorro.

### 3.2.1 SIEM Português: Da Liteira ao Volante

Desde sempre que as populações se viram confrontadas com calamitosas situações. Em Portugal, a primeira referência encontrada data do século XIV, onde, por carta régia do Rei D. João I, em que, a 25 de Agosto de 1395<sup>28</sup>, ordenou que em caso de ocorrência de

---

<sup>28</sup> A preocupação pelo socorro às populações em caso de fogo é, pela primeira vez conhecida nas cartas régias do Rei D. João I compiladas nas Ordenações Afonsinas publicadas pela Fundação Calouste Gulbenkian. Mais, além de pela primeira vez serem atribuídas a determinadas profissões as tarefas do combate ao fogo e de socorro à população, é

um fogo, todos os carpinteiros e calafates<sup>29</sup> a ele se dirigissem munidos do seu machado a fim de o combaterem.

A partir desta data e ao longo de seis séculos e até esta data vários documentos são conhecidos e que revelam uma forte preocupação dos governantes em adoptar medidas tendentes a organizar serviços e a dotá-los dos meios necessários à prevenção e combate dos incêndios. Começaram então a ser organizados por vários centros urbanos, grupos de populares que, de acordo com as suas especialidades e disponibilidades, se viriam a responsabilizar pela prevenção e socorro à população. Estes grupos, sendo individualizados e institucionalizados, tornaram-se os percussores das associações de bombeiros e dos corpos de bombeiros de hoje em dia.

Primordialmente com a preocupação do combate aos incêndios, esses grupos, disponíveis a acudir ao primeiro toque do sino, viram que na tarefa de socorrer tinham de apagar incêndios, salvar pessoas e animais e, além disso, perceberam que as suas tarefas de socorro eram prestadas em terra, no mar, em rios e barragens. O socorrismo visava então o tratamento de feridos e doentes, o agasalho de pobres e desprotegidos, que, aquando das pestes e de outras doenças calamitosas que assolaram o país, determinou um papel fundamental no controlo dos danos à população e que, concomitantemente, serviu de patamar de partida para uma fase de desenvolvimento dos serviços de socorro.

O primeiro documento conhecido legitima a prestação do socorro pelos carpinteiros e calafates e é o mesmo que determina que às mulheres é devida a obrigação de comparecerem no local para ajudar os homens<sup>30</sup>.

A evolução das práticas de socorro evoluem individualmente por várias localidades do país. Eduardo Agostinho (1995), num levantamento histórico dá conta das alterações verificadas pontualmente na cidade do Porto quando em 1612 a câmara local colocou machados à disposição dos carpinteiros que tinham a obrigação de acorrer aos incêndios e, da Câmara de Lisboa que, em 1646, contrata os primeiros bombeiros remunerados sendo em 1683, publicado o primeiro regulamento do pessoal de incêndios.

---

simultaneamente consagrado no Título LXXXIII as penas a aplicar aqueles que os provocam – *Da pena que averam os que poem foguos* – começando o legislador por proibir o chamado fogo provocado – *“defendemos que peffoa algua de qualquer qualidade, e condição que feja, nom ponha foguo em parte algua.”*

<sup>29</sup> Calafate é aquele que se ocupa a calafetar embarcações.

<sup>30</sup> Como se pode verificar na Carta Régia de D. João I de 25 de Agosto de 1395, tanto aos carpinteiros como aos calafates eram-lhes devidas as obrigações de comparecerem nos locais do incêndios munidos de seus machados, e, às mulheres era estabelecido que deveriam igualmente comparecer com os seus cântaros *“para apagar o dito fogo”*.

O serviço de saúde, surgido desde então de forma empírica e espontânea, foi-se desenvolvendo graças a homens mais disponíveis para a prestação de cuidados e curativos. Num serviço desorganizado e rudimentar, desempenhado por homens voluntariosos munidos de poucos recursos materiais e técnicos, a influência posterior de enfermeiros que aos corpos de bombeiros foram chegando, foi determinante para um salto qualitativo dos cuidados prestados. No entanto, o sucesso das tarefas ainda se prendia muito ao imprevisto de utensílios e macas valendo determinantemente a dedicação e empenho dos homens ao serviço.

As frequentes tarefas de socorro do dia-a-dia cada uma com o seu problema específico, fez sentir aos bombeiros a emergente necessidade que tinham em se preparar e apetrechar melhor. As situações de incêndio e outros sinistros, confrontaram estes homens com cenários de traumatismos, queimaduras, ferimentos, afogamentos e asfixias levantando as reais fragilidades dos serviços de saúde.

Desta forma, começaram a ser criadas nos vários corpos de bombeiros as chamadas “Secções de Ambulância” ou, simplesmente “Ambulância”. Estas continuavam a ser comportadas por homens dedicados e abnegados com o auxílio de médicos, farmacêuticos e, mais tarde por enfermeiros, cujas funções, além da prestação do socorro, tinham como missão ministrar ensinamentos específicos para a prática de curativos e socorro.

Não sendo esse o actual objecto do nosso estudo, importa no entanto neste momento tomar a noção de que o serviço de saúde dos corpos de bombeiros começou a ser gerido através de regulamentos internos de cada associação. Regista-se o exponencial crescimento destes serviços a partir de 1878, quando é criado nos Bombeiros Voluntários de Santarém um Serviço de Saúde. Sendo as macas disponíveis preponderantemente de tracção manual ou animal, é de realçar os primeiros carros-maca. Em 1910, os Bombeiros Voluntários da Figueira da Foz inauguram o seu primeiro carro-ambulância e em 1915, no seu 5º aniversário, os Bombeiros Voluntários Lisbonenses inauguram o seu primeiro carro-ambulância para o transporte de doentes e feridos.

No crescimento pulverizado a todo o continente, foi amargamente determinante a necessidade de socorrer as populações que se viam confrontadas por graves epidemias como no caso da gripe pneumónica do início do século XX.

Actualmente, as cerca de 471 corporações de bombeiros voluntários, municipais, sapadores e privadas<sup>31</sup> suportam umas tantas ambulâncias de socorro cuja missão é a de socorrer as populações a que estão geopoliticamente adstritas.

### 3.2.1.1 A Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Adoptando a doutrina *kirschneriana* do transporte do médico ao paciente e não o contrário, Portugal inicia em 1988, a actuação médica nas ambulâncias do INEM em Lisboa, sendo posteriormente inaugurada a primeira Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em 1989, então denominada por VMIR – Viatura Médica de Intervenção Rápida (INEM 2000; Paula 1990).

Ao longo destes 16 anos, foram igualmente criados mais 3 CODU's além do de Lisboa: o CODU Porto em 1991, o CODU Coimbra em 1995 e o CODU Faro em 2000. Com a medicalização do atendimento telefónico das chamadas de emergência e com a consequente adaptação das redes telefónicas locais, propiciou-se a expansão da medicalização do socorro no território nacional.

Nesse sentido, a década de 90 foi marcante e traçou o rumo da melhoria do socorro às populações. Equipas médicas acompanhadas de equipamento tecnológico avançado, podem estar presentes desde os primeiros minutos da ocorrência, incrementando a estabilização do doente antes do seu transporte. A particularidade de que se reveste esta actividade no sector da saúde em Portugal, consiste no desempenho de profissionais médicos e de enfermagem fora das paredes das unidades hospitalares tendo-se de deslocar até aos locais de chamada. Deslocações estas que constituem autênticas corridas contra o tempo, trabalhando em ambientes hostis e procedendo a acções de socorro na presença de familiares e populares acarretando elevados níveis de stress (Oliveira 2003).

No entanto, interessa-me, para o estudo em questão, tecer alguns considerandos que entendo serem pertinentes nesta pesquisa: O que são de facto as VMER? Como se

---

<sup>31</sup> O Decreto Lei nº 295/2000, de 17 de Novembro, rectificado pelo Decreto-Lei nº209/2001, de 28 de Julho cria o Regulamento Geral dos Corpos de Bombeiros. As corporações de bombeiros podem ser juridicamente diferenciadas pelo vínculo que detém os seus efectivos nos seus quadros. São corporações voluntárias aquelas que actuam com base em quadros de pessoal assentes no voluntariado apesar de possuírem quadro próprio de pessoal; são corporações municipais aquelas que, sob alçada da sua autarquia, possuem quadro de efectivos vinculados à mesma sendo, por isso, profissionais; e, as corporações de sapadores são todas as que detêm um quadro próprio de efectivos profissionais. Nesta classificação, realço também as corporações de bombeiros privativas – alicerçadas a entidades privadas para serviço interno.

organizam? De quem dependem? Quem actua sobre elas? Que profissões estão nelas envolvidas e como?

De facto, não foi preciso caminhar muito tempo em pesquisas para perceber que o manancial bibliográfico referente ao tema é deveras escasso e praticamente limitado a documentos de índole operacional do próprio INEM. Talvez em virtude dessa fragilidade, é mais frequente ter acesso a estudos efectuados em sede de pós-graduações, mestrados ou doutoramentos como são os casos da Artur Batuca (1998), Nelson Guerra (2002), Anabela Oliveira (2003).

É de igual forma curioso verificar o quase exponencial crescimento da procura dos serviços VMER por parte de estudantes finalistas de enfermagem para o desenvolvimento dos seus estudos monográficos de fim de licenciatura. Tal, poderá ser entendido como a procura de uma realidade ainda por conhecer, pouco acessível e cuja realidade se processa ainda aquém dos curriculæ escolares. As VMER constituem assim, realidades marginais ao desempenho da generalidade dos enfermeiros formando serviços envoltos nalgum nível de “secretismo” que, pessoalmente, admito existir.

Inseridas num sistema de emergência parco nas suas vertentes de coordenação e de concertação com outras entidades, com uma heterogeneidade formativa conferida aos prestadores médicos e enfermeiros (Batuca 1998), deficitário de mecanismos de avaliação de qualidade dos cuidados prestados e com importantes indicadores de descontinuidades de cuidados entre os ambientes pré e hospitalar (Guerra 2002), as VMER surgem passando a materializar a teoria de Kirschner – agora em Portugal.

Procurando agora responder às perguntas que coloquei inicialmente, limitar-me-ei aos manuais VMER publicados pelo INEM. Assim, as VMER, ao contrário das ambulâncias de socorro<sup>32</sup>, não se encontram regulamentadas o que, por conseguinte, permite a heterogeneidade que adiante escarpelizarei. São veículos automóveis tripulados por médicos e por enfermeiros, ou, nalguns casos, por tripulantes de ambulância de socorro que “substituem” os segundos na tarefa. No entanto, tendencialmente tripuladas por enfermeiros deixando gradualmente de existir neste sector a figura do tripulante. Tal situação não obsta a que ainda hoje existam viaturas tripuladas por médico e por tripulante estando estes últimos englobados nas equipas de

---

<sup>32</sup> As ambulâncias de socorro em Portugal encontram-se regulamentadas quanto às suas características técnicas e respectivas cargas obrigatórias. No mesmo diploma legal, é igualmente regulamentado a dotação em tripulantes (3) e a sua formação específica no âmbito das competências atribuídas aos seus desempenhos enquanto socorristas.

enfermagem “desempenhando” as funções que seriam do enfermeiro. Todas as viaturas possuem cargas iguais e que as capacitam para suporte básico e avançado de vida.

De acordo com a descrição feita pelo INEM, a distribuição territorial das VMER cumpre a adaptabilidade do SIEM às “condições geográficas e às particularidades sociais” (INEM 2000:12). Da mesma forma, estes serviços actuam enquanto extensões dos serviços de urgência junto da comunidade e têm, preferencialmente base em hospitais. As razões alegadas prendem-se com as mais-valias inerentes à proximidade das equipas de socorro pré-hospitalar e as equipas intra-hospitalares. Também são determinantes nesta opção, a maior facilidade na reposição dos consumos, a higienização dos equipamentos em ambiente hospitalar e a gestão dos recursos humanos.

A questão dos recursos humanos leva-nos a equacionar outros pontos de discussão. Após formação específica promovida pelo INEM, médicos e enfermeiros, estes últimos com o acréscimo de serem acreditados com um curso de condução defensiva, são “confiados” à gestão de duas figuras mencionadas no dito *Manual VMER*: a do Coordenador (médico) e a do Coordenador-Adjunto (igualmente médico). Estes podem ser assessorados por uma terceira figura, a do “TAS/enfermeiro” que o deverá auxiliar noutras funções de gestão corrente de serviço (INEM 2000). Curiosamente, no que concerne a esta matéria, regista-se uma alteração a considerar nos manuais VMER de 1999 e de 2000: a figura do coordenador adjunto que inicialmente era um enfermeiro (INEM 1999) é substituída por um médico no cargo de coordenador-adjunto (INEM 2000).

No que respeita à sua dependência hierárquica, as VMER, em última análise dependem do director de serviço à qual estão acopladas ou, directamente à respectiva administração hospitalar. Ao INEM, é acometida a função de deter a sua subordinação funcional ao respectivo CODU (Quadro 4) e, na gestão dos chamados equipamentos “não-consumíveis” ou imobilizados onde se conta a própria viatura. Esta dualidade hierárquica causa por vezes nuances assaz difíceis de perceber: se gradativamente ao hospital é acometido o ónus da despesa deste serviço (por força de protocolo inter-institucional) e a gestão dos recursos humanos (INEM 2005), o desempenho dos mesmos recai na alçada de uma segunda entidade reguladora – o INEM.

**Quadro 4:** Distribuição das VMER's por CODU

<b>CODU</b>	<b>VMER</b>
<b>CODU Porto</b>	VMER São João VMER HG Sto. António VMER CH Gaia VMER H Pedro Hispano VMER Vale do Sousa VMER Braga VMER Guimarães VMER Chaves VMER Viana do Castelo VMER Vila Real
<b>CODU Coimbra</b>	VMER HUC VMER CHC VMER Figueira da Foz VMER Viseu VMER Aveiro VMER Castelo Branco VMER Covilhã VMER Guarda VMER Leiria VMER Caldas da Rainha
<b>CODU Lisboa</b>	VMER Lisboa VMER Santa Maria VMER Curry Cabral VMER Garcia d'Orta VMER S. Francisco Xavier VMER Setúbal VMER Abrantes VMER Vila Franca de Xira VMER Santarém VMER Cascais
<b>CODU Faro</b>	VMER Faro VMER Portimão

Fonte: Inquérito do Autor, 2005

Quantos aos procedimentos administrativos na criação destes serviços, os documentos são escassos estando à guarda restrita das administrações dos organismos envolvidos (INEM e hospitais). No entanto, o processo de criação de uma VMER passa pela disponibilidade de determinada unidade hospitalar em iniciar o processo. O recrutamento de equipas médicas e de enfermagem para formação específica, a disponibilização de um espaço físico para albergar o serviço são alguns dos fundamentos iniciais do processo de criação da VMER.

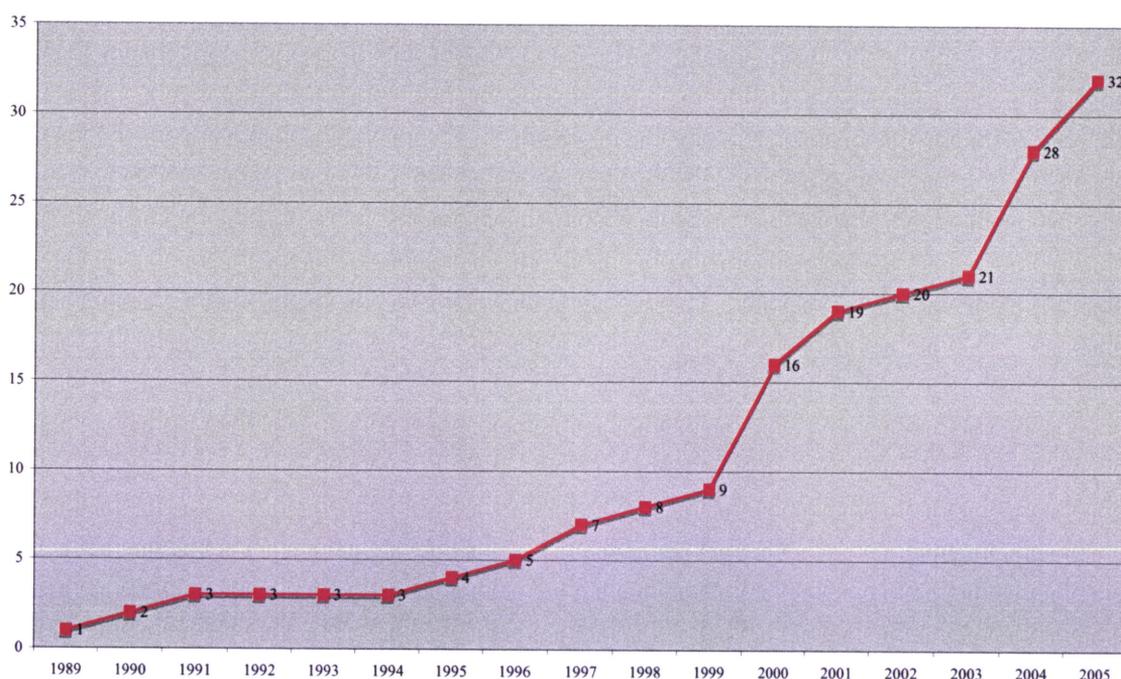
É, posteriormente, estabelecido um protocolo inter-institucional que formaliza os direitos e deveres de ambas as partes. Normalmente, trata-se de um protocolo que,

financeiramente desvincula de forma gradual o INEM dos encargos financeiros do serviço em si, ficando este somente com os encargos de gestão atrás referidos.

Por se tratar de um processo bilateral, acredito poderem existir variações de protocolo para protocolo. São, no entanto, visíveis as diferenças existentes entre os vários serviços VMER no país: nem todos são de base hospitalar; com números variáveis de médicos e enfermeiros nas respectivas equipas; com horários de trabalho e regimes contratuais diversos, e, conseqüentemente, heterogeneidade nos vencimentos.

Não obstante estes considerandos, a evolução verificada nestes últimos anos tem contribuído para uma gradativa generalização da medicalização do socorro no território nacional. O crescente número de VMER's criadas (Gráfico 8), acarreta de imediato o

**Gráfico 8:** Evolução do número de VMER desde 1989



Fonte: Inquérito do Autor, 2005

aumento do número de médicos e enfermeiros em tarefas em que outrora não seria frequente assistir: o socorro pré-hospitalar. Tal facto despoleta outro: a necessidade das classes profissionais envolvidas verem reconhecidas as mais-valias dos seus contributos em ambientes de risco acrescido. É o caso dos médicos que recentemente iniciaram o processo de acreditação da competência em emergência médica (Ordem dos Médicos 2002).

### 3.2.1.2 Os Recursos Humanos afectos

Tal como em qualquer manual de socorrismo, seja ele publicado pelo INEM ou por qualquer outra “escola”, é-nos (in)formado que no SIEM estão representados médicos, enfermeiros, tripulantes de ambulância, como igualmente todo o pessoal técnico que garante a continuidade da informação e da gestão do sistema, não esquecendo claro, o público. No entanto, na minha investigação, irei *tão simplesmente* debruçar-me sobre as profissões da saúde intervenientes no sistema, e mais propriamente, sobre a Enfermagem.

#### 3.2.1.2.1 A Enfermagem no SIEM Português

Os Enfermeiros e a Enfermagem ao longo dos tempos. As suas implicações nas sociedades e as constantes adaptações às necessidades das populações. As regras e os valores. As competências e os cargos. O papel que o enfermeiro ocupa e desempenha e o que dele se espera, estes serão alguns dos pontos de reflexão que esperamos consagrar nestas sempre escassas linhas quando nos propomos a chegar a alguma linha orientadora que seja suficientemente clara e precisa.

Qual terá sido o percurso nestes últimos anos que a Enfermagem tomou para hoje podermos ver enfermeiros a prestar cuidados pré-hospitalares? Estará a profissão preparada para esta tarefa? Será este um papel para os enfermeiros abarcarem? Se sim, que poderemos esperar num futuro da presença de enfermeiros em cenários pré-hospitalares? Que índices de qualidade pretendemos atingir?

O papel de Enfermeiro(a) terá sido elaborado sob a pertença de uma dupla filiação: uma filiação religiosa e uma outra filiação de índole médica (Collière 1999). Se ao longo dos tempos o afastamento da filiação religiosa se tem verificado, foi graças à via da tecnicidade que o enfermeiro se aproximou da filiação médica. No entanto, e dependendo do lugar e do tempo da acção, o enfermeiro tem vindo a adquirir diferentes caminhos no sentido do distanciamento do ascendente médico. Neste sentido, mediante as diferentes possibilidades, a reconstrução da filiação médica é entendida como uma mudança a praticar.

Que papel afinal deverá ter o enfermeiro na sociedade? Para Chiavenato “papel é o conjunto de actividades e comportamentos solicitados de um indivíduo que ocupa

determinada posição numa organização” (1991: 17). O mesmo autor, no entanto, ressalva que, essas organizações só começarão a funcionar quando as pessoas que devem cumprir papéis específicos e actividades solicitadas tenham ocupado efectivamente posições correspondentes. De uma forma não tão técnica “papel é a maneira como se desenvolve um acontecimento, uma actividade, uma função, um estatuto (...)”, acrescentando que “é a maneira de agir, a forma de viver, de sentir (...). Não é a função, mas a expressão da função.” (Collière 1999: 231) Para esta autora, os enfermeiros constroem o seu papel (social) a partir de um conjunto de actividades, sendo essas que servem de linha orientadora das suas atitudes e comportamentos.

Indo ao encontro dos enfermeiros dos serviços de emergência, quer hospitalares quer pré-hospitalares, interessa-nos ainda perceber que competências têm, ou quais deverão ter para esse cargo. Paula Mègre (1998), baseando-se em estudos de Le Boterf, diz-nos que a noção de competência é um processo dinâmico para responder às necessidades de adaptação às situações; é responsável estando incorporada na pessoa; supõe o julgamento do outro; e, é guiada por sistemas de valores e de significações. Ou seja, à laia de resumo: “é sempre uma competência em situação, que não existe de forma autónoma” (Mègre 1998: 9). Acerca do desempenho dos enfermeiros nos serviços de urgência / emergência hospitalares existem inúmeros estudos efectuados e que numa ou noutra perspectiva nos dão a conhecer as suas vivências, atributos, atitudes, saberes... competências. Por exemplo, na opinião de Lee Turner (2001), a presença do enfermeiro nas equipas de emergência confere-lhe *empowerment* e a oportunidade de validar os seus conhecimentos; noutra perspectiva, o enfermeiro confirma o garante da qualidade das atitudes de socorro, zela pelo equipamento e o seu bom uso permitindo níveis mais elevados de eficiência (Juan et al 1994). No entanto, em Portugal e desde 1989, ano em que nasceram as VMER, os enfermeiros tem procurado com um exponencial interesse a prestação de cuidados na *rua*. Os cuidados pré-hospitalares poderão ou deverão ser considerados à luz da ciência da Enfermagem, o início da continuidade de cuidados que defendemos em ambientes hospitalares e em saúde comunitária? Estamos certos de que este seria um tema para uma vasta discussão e pesquisa.

Em Portugal, e após ter contactado o órgão regulador do SIEM e a própria OE, verifiquei que é inexistente de qualquer base de dados ou mesmo a contabilidade do número de efectivos que, diariamente dão corpo à emergência médica em Portugal. De qualquer forma efectuei um recenseamento do número de enfermeiros adstritos a cada uma das 32 VMER do país no sentido de apurar o seu universo. Tinha e tenho como

certo de que este dado poderá não ser o correcto, pois, o mesmo enfermeiro pode desempenhar funções em mais do que uma VMER (sendo recenseado mais do que uma vez) e, por existirem igualmente enfermeiros a desempenhar funções nos corpos de bombeiros (número indeterminado). Apurei que existem 515 efectivos enfermeiros a garantir funções de enfermagem nas 32 VMER do INEM no país, pelo que, a importância do papel do enfermeiro na *rua*, constitui já uma realidade.

Num estudo efectuado por Moakes e Kilner (2001), da Universidade de Birmingham, e publicado na *Pré-Hospital Immediate Care*, estes procuraram a noção que os enfermeiros tinham do seu papel como elementos de equipas de socorro em incidentes *major*<sup>33</sup>. O estudo exploratório com recurso a entrevistas e consequente análise de conteúdo, abrangeu 3 enfermeiros coordenadores de equipa e 6 potenciais enfermeiros para cenários de incidente. As questões visavam pontos como o tempo de experiência profissional, a formação prévia para a função em estudo, que colegas nomearia para pertencer à equipa de socorro, e, quais pensaria que fossem as suas funções nessa equipa e que papel desempenhar. Moakes e Kilner concluíram que os enfermeiros, sem formação apropriada pouco têm para contribuir numa equipa de socorro, mais, que têm uma fraca percepção do seu papel e competências nessas equipas: “*The nurses in the study appear to assume that the hospital based skills used daily in the A&E department can be transferred to, and are needed at, a major incident.*”<sup>34</sup> (2001: 34-37).

O debate actual sobre o papel do enfermeiro em situações de emergência, é, contudo, alvo de discussão há várias décadas. Em 1972, John W. Camden atribuía aos enfermeiros um papel de protagonismo e de elevada importância num serviço de urgência: “(...) *the first member of the health care team capable of providing definitive care encountered by the ill or injured patient is the emergency room nurse*”<sup>35</sup> (1972: 163). O mesmo autor avança com o alargamento das competências dos enfermeiros das urgências fomentando cursos de pós-graduação, afirmando inclusivamente que “*in the*

---

<sup>33</sup> *Major Incident*: Longue *et al.* (1981) mencionando o Disaster Relief Act de 1974 criado com base na Public Law 93-288 dos Estados Unidos definiu como: “*any hurricane, tornado, storm, flood, high-water, wind-driven water, tidal wave, tsunami, earthquake, volcanic eruption, landslide, snow storm, drought, fire, explosion, or other catastrophe in any part of the continental United States, or its territories, which causes damage of sufficient severity and magnitude to warrant major disaster assistance...*” (Bandeira 1998: 10)

<sup>34</sup> “Os enfermeiros, no estudo, parecem assumir que as competências por eles praticadas nos serviços de urgência podem ser transferidas para os incidentes mais graves” (Moakes e Kilner 2001: 34-37)

<sup>35</sup> “o primeiro elemento da equipa de urgência capaz de prestar os primeiros socorros é a enfermeira dos serviços de urgência.” (Camden 1972: 163)

*absence of house staff, or absence of a full-time emergency department physician, it is obvious that the nurse must be in a position to take those emergency measures prescribed by the physician on the phone”*, mas indo ainda mais longe afirmando que “(...) *or undertake those measures which she (nurse) in her own judgment feels are necessary to save a patient’s life, whether she has been able to speak with a physician on the phone or not*”<sup>36</sup> (Camden 1972: 163).

Mais recentemente, e não nos afastando da nossa linha de raciocínio, para Adams e Trimble (1994), a presença de enfermeiros nos serviços de emergência é condição *sine qua non* para se atingirem critérios aceitáveis de qualidade na prestação de cuidados. Para os mesmos autores, e na realidade americana, o papel do enfermeiro tem importância suficientemente relevante e imprescindível no terreno desde que conclua com aproveitamento o curso de formação adequado às funções. Apesar de o país ser dividido por vários estados e cada um ter os seus próprios protocolos de actuação, o papel do enfermeiro não é uniforme na totalidade do país. No entanto, Adams e Trimble, sublinham que o socorro prestado diariamente pelos sistemas de emergência, se coaduna perfeitamente com as competências da Enfermagem.

Em Portugal, e desde de 1989, como já referimos, os enfermeiros têm vindo a *sair* para a *rua*, quer nos corpos de bombeiros quer através das VMER. No entanto mantém-se inexistente qualquer enquadramento legal respeitante às suas funções e papéis desempenhados. A exemplo disso, fica o “*Manual VMER*” do INEM (1999), que referencia o enfermeiro por escassas vezes sendo concomitantemente vago na determinação das suas competências na equipa.

Contrariamente ao sistema português, o SAMU em França tem bem esclarecidos os pontos em que assenta a actuação dos enfermeiros quando em serviço no pré-hospital. Os procedimentos de enfermagem, com mais ou menos tecnicidade encontram-se definidos no Decreto nº 2002-194 de 11 de Fevereiro de 2002. Nele, se contemplam por diversos artigos, os actos que são protocolados com e sem médico, bem como a determinação das esferas hierárquicas competentes para cada um (Couessurel 2003). Ou seja, na prática, fica-se a saber, por exemplo, que a desfibrilhação semi-automática é da competência do enfermeiro (artigo 6º), e que a entubação endotraqueal é da competência estrita do enfermeiro anestesista (artigo 10º).

---

<sup>36</sup> “Na ausência da equipa de urgência ou do médico intensivista, é óbvio que o enfermeiro deverá estar em posição de prestar medidas excepcionais de urgência, sob prescrição médica por telefone, ou, tomá-las por iniciativa própria no sentido de salvar a vida do paciente, possa ou não contactar um médico pelo telefone.” (Camden 1972: 163)

Perante tão esbatido e obscuro quadro, que buscam os enfermeiros portugueses que em tão grande número procuram estes projectos? Se um papel é algo que alguém nos solicita numa organização tal como referencia Chiavenato, então, serão as tarefas já praticadas pelos enfermeiros pré-hospitalares, solicitações ainda sem protecção jurídica das instituições competentes? Se nos reportarmos ao Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (D.L. n° 161/96), este mostra-se igualmente vago acerca destas novas intervenções. No entanto, é no artigo 9º, alínea e) do ponto 4, que, em parte e de uma forma não muito objectivada se faz referência à intervenção dos enfermeiros em situações de emergência: "Artigo 9º, ponto 4, alínea e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo em situações de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais". Já o contrário será possível de encontrar no que concerne a diplomas legais que regem o desempenho da Enfermagem nestes cenários. Falo no exemplo brasileiro que através da Decisão COREN-SP-DIR/01/2001 é regulamentada a assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e em demais situações de suporte básico e avançado de vida, e, o exemplo francês pelo Decreto n°2002/194, de 11 de Fevereiro. Ambos os documentos reflectem as preocupações dos respectivos estados-nação e as respectivas representações profissionais em clarificar os seus papéis face às expectativas das suas comunidades traduzindo assim um pendor de qualidade aos dois sistemas de socorro.

Acredito que o futuro será aquilo que os enfermeiros aspiram desde que as metas e os objectivos sejam definidos e reconhecidos como fundamentais. Muito há ainda por fazer. O reconhecimento de novas competências profissionais, algumas das quais informalmente já consideradas carecem presentemente de atenções por parte das instituições responsáveis, não desvirtuando aquelas que são as motivações da classe, as necessidades da comunidade e os interesses das instituições.

Como deverá então, a Enfermagem comportar-se no sistema de emergência? As respostas vão do tradicionalismo à inovação. Constitui dado adquirido que o pré-hospital comporta o desempenho da Enfermagem. No entanto, a controvérsia mantém-se no que concerne aos seus papéis e desempenhos. Tal como Adams e Trimble (1989) referenciam, não basta ter uma licenciatura em enfermagem ou em medicina para desempenhar com o sucesso devido os seus papéis no sistema de emergência.

Socorristas, médicos e enfermeiros carregam consigo um know-how conjunto que só tem a valorizar a qualidade das acções de socorro. Para os autores, se os sistemas de emergência apostam em missões de socorro a vítimas de doença e de trauma garantindo-lhes cuidados permanentes, então, à Enfermagem compete um imprescindível papel nesse continuum (por exemplo, no transporte assistido das vítimas). Mas igualmente na formação de outros técnicos e em acções de prevenção e sensibilização no seio das comunidades. A capacidade de mobilizar a Enfermagem e os cuidados de enfermagem no pré-hospitalar é, para Adams e Trimble, directamente proporcional à capacidade de incluir enfermeiros nos actos de gestão desses sistemas de socorro e adequar práticas sustentadas em decisões conjuntas de todas as classes profissionais envolvidas.

*“Why can't a properly trained and supervised nurse legally render definitive care in minor injuries or illnesses? After all, she has been doing this for years, with no pay differential at all, and frequently with no thanks from anyone but the patient”<sup>37</sup>* (Camden 1972: 166).

No entanto, o enfermeiro que exerce na urgência só dificilmente poderá esquivar-se a uma leitura orientada para as competências. De facto, encontram-se claramente mais expostos ao risco de erro por imprudência e de falta, face às regras definidas por lei (e também na omissão destas), que ao risco de não assistência a pessoas em perigo.

### **“Um Turno de Enfermagem na VMER “X””**

Apesar da minha experiência pessoal enquanto enfermeiro prestador de cuidados numa VMER, não me inibi de presenciar alguns turnos na VMER enquanto terceiro elemento no sentido de reforçar as minhas percepções acerca do trabalho da Enfermagem.

Uma observação directa dos factos que só vem consolidar e credibilizar toda a demais pesquisa documental.

#### **Turno da Manhã (8.00 -16.00)**

##### **Base VMER do Hospital “X”**

**7.50:** Vicissitudes de um serviço repleto de “surpresas”. As tripulações sabem das mais-valias de render os colegas mais cedo. É que basta um minuto de atraso e... surge uma ocorrência que poderá demorar o resto da

<sup>37</sup> “Porque não pode um enfermeiro devidamente treinado e sob supervisão, prestar legalmente cuidados definitivos em situações menos graves? Apesar de tudo, eles têm-no feito durante anos, com nenhuma mais-valia adicional, muitas vezes sem sequer uma palavra de agradecimento a não ser a do doente.” (Camden 1972: 166)

manhã. De rostos frescos os colegas da manhã recebem o turno da equipa cessante e são trocadas algumas palavras que culminam num pequeno almoço em conjunto numa pastelaria da cidade;

**8.00:** O Enfermeiro, (antes que o telefone toque) procede às primeiras (poucas rotinas) da manhã: verifica a carga da viatura (mala médica, sacos de reanimação e de trauma, aspirador e ventilador, e regista a pressão ainda existente na bala portátil de oxigenioterapia); de seguida, e porque o tempo é algo de incerto na emergência médica, abre o *capot* da viatura e verifica alguns dos índices de operacionalidade do serviço – a própria viatura. Lembra que, os mais distraídos podem sempre recorrer a uma Norma de Execução Permanente que “obriga” todas as tripulações a estes procedimentos de rotina. É verificado um baixo nível de óleo no carro que vai obrigar a tripulação a passar durante a manhã na estação de serviço concessionária. Vista e revista a carga da VMER, agora sim, o tão ansiado pequeno almoço.

**Figura 2:** Passagem de Turno de Enfermagem



Fonte: Trabalho de campo do Autor, 2005

**8.30:** Para quem sai é o “descanso do guerreiro”, e para quem entra, um momento para um segundo acordar. Trocam-se conversas várias onde as problemáticas do serviço não cabem. No fim, despedem-se as duas tripulações com desejos de bons turnos.

**9.00:** O telefone toca. O tal momento pelo qual todos esperam e ninguém espera. É o CODU de Coimbra a informar de uma ocorrência. Enquanto o Médico atende e regista os dados, o Enfermeiro encaminha-se para a VMER ligando-a e preparando-se para a “corrida”. Desta vez era uma dispneia numa geronte no centro da cidade. O som das sirenes e o brilho dos rotativos vão acordando a cidade e trespassando um trânsito difícil. Entre os dois, médico e enfermeiro, a passagem inicial da informação relativa à ocorrência deu lugar a um silêncio sacramental. A “atenção ao trânsito e a segurança da equipa e viatura são as prioridades daqueles momentos” disse-me depois o Enfermeiro. Na rua, a velocidade e a “agressividade” (dito por muitos) justificam para estes profissionais a corrida desenfreada contra o tempo na tentativa de salvar mais uma vida referem-me. No local, esperamos uma mulher de meia idade que nos encaminha para um quarto escuro. Aí repousa a geronte. É altura de arregaçar mangas. Enquanto o Médico recolhe junto da filha as informações necessárias ao socorro e vai monitorizando a vítima, chega o Enfermeiro com o Saco de Reanimação e o

Oxigénio portátil depois de melhor ter posicionado a viatura na rua. Denota-se a sua ansiedade no rosto. No final, nada de especial mas mesmo assim é encaminhada ao hospital.

**Figura 3:** Acção de Socorro no Domicílio



Fonte: Trabalho de Campo do Autor, 2005

Segue-se outro ritual. O Médico acompanha a vítima na ambulância que entretanto já chegara e, troca com o Enfermeiro algumas indicações “se isto der para o torto eu aviso e encostamos...”. À frente da ambulância segue o Enfermeiro que, abrindo caminho, vai estando atento a alguma indicação proveniente da ambulância. A chegada ao hospital é serena e, depois de um hiato sem ter a vítima por perto, dirige-se à ambulância onde recebe eventuais notícias sobre os percalços durante o transporte. Dirigem-se à triagem, passam a doente aos colegas e regressam à Base. A ocorrência só termina quando são repostos nas malas e sacos os produtos consumidos na ocorrência.

**Figura 4:** Passagem do doente no SU



Fonte: Trabalho de Campo do Autor, 2005

**10.05:** O Enfermeiro revê pela segunda vez no turno os sacos e malas de fármacos e repõe os gastos anteriores. Refere estar pronto para outra saída mas “reza” para desta vez haja tempo para repor o óleo do carro.

**10.35:** Numa oficina da localidade, concessionada para assistência a esta viatura, o Enfermeiro solicita a reparação do problema detectado enquanto o Médico aguarda no carro. Problema simples desta vez. A demora é pouca de

forma a que o CODU foi informado do que se passava mas que não seria preciso colocar a VMER em estado de INOP.

**11.10:** Saída da oficina em direcção à Base. Para futuro tratamento estatístico, os enfermeiros do serviço desenvolveram uma base de dados informática onde são “arquivadas” todas as ocorrências. E essa informatização é efectuada por todas as equipas e após cada ocorrência. Na Base VMER espera-se por ora, um momento de pausa, no entanto o telefone nunca sai da preocupação de ambos mantendo-se sempre num local visível.

**12.30:** É chegada a hora de almoço. Médico e Enfermeiro são consensuais na escolha do local: será aquele restaurante que serve refeições rápidas e que até permite que a tripulação possa sair a correr a meio da refeição e sem pagar. Agora é que ambos “pedem” para não hajam interrupções... Já com os pedidos feitos e os pratos quase a chegar eis que o telefone volta a emitir aquele som já por todos tido como “temível”. Mais uma saída. Desta vez um homem que se encontrava a trabalhar numa vala e que ficou soterrado. A urgência é máxima. E esse é o sentimento que o olhar dos dois elementos do INEM fazem transparecer. Desta vez, a distancia é mais longa. Trata-se de um socorro a efectuar no concelho vizinho. A informação dada pelo CODU é severa. A viatura faz-se á estrada e, depois de um instante inicial de dialogo entre ambos já dentro do carro, as sirenes voltam a imperar e a cortar o normal movimento citadino perante o silêncio dos tripulantes. Depois de uma corrida contra o tempo, à chegada os bombeiros (já conhecidos da equipa) fazem passar um olhar de “está tudo bem”. Um suspiro de alívio e agora há que cuidar da vítima, avaliar escoriações, acalmá-la e falar com a família que entretanto comparecera no local. Enquanto o clínico avalia o homem, o Enfermeiro tranquiliza a esposa que até morava perto. Tudo não passou de um susto. A rotina repete-se e regressam ao hospital com a vítima imobilizada e medicada. No fim, o desabafo do Enfermeiro “a corrida só acaba quando temos a certeza que tudo está bem (...) ainda bem que por vezes são só sustos. Servem para compensar as desilusões” confidenciou-me o colega.

**Figura 5:** A Condução da VMER



Fonte: Trabalho de Campo do Autor, 2005

**13.35:** O regresso ao restaurante para continuar a refeição que nem tinha sido começada.

**14.30:** De regresso à Base há que introduzir nova ficha no computador e espera-se que chegue a rendição das 16. Até lá surgem trocas de opinião acerca da abordagem efectuada à vítima de soterramento e relembra-se um ou outro detalhe da saída da manhã. No fim, satisfeitos pelo trabalho feito.

**15.55:** Chega a rendição. Trocam-se informações sobre o turno findo e deseja-se ao turno seguinte “que seja calmo”. Agora, há que descansar um pouco pois, o próximo turno será no Bloco Operatório esta noite.

### 3.2.2 O Socorro às populações ao longo do tempo: Ordenamento Jurídico

Apesar de se poderem encontrar dispersos alguns relatos relativos a alguma actividade no que concerne quer ao transporte de doentes, quer a acções de socorro junto das populações, o certo é que a capacidade de resposta dos meios afectos, desde cedo se mostrou assaz deficiente face às necessidades. Registam-se igualmente em 1955, alguns testemunhos de formação efectuada junto desses intervenientes por parte da Escola de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). A consciência da existência de um hiato na prestação de cuidados e de uma estabilização eficiente na fase pré-hospitalar, agravada com um crescente número de acidentes, bem como da sua gravidade, levou também Portugal a organizar na sua sociedade civil uma rede de cuidados de emergência pré-hospitalares baseada na mesma filosofia implementada com sucesso às vítimas dos vários conflitos de guerra – cuidados visando a diminuição das taxas de mortalidade e de morbilidade, ou seja, aplicar tratamentos correctos iniciados em tempo útil. Neste campo, conta a experiência adquirida por Portugal durante a Guerra Colonial.

É em 1965 que, por despacho conjunto dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência de 13 de Outubro, é criado um serviço de prestação de primeiros socorros na cidade de Lisboa. Este serviço a cargo da PSP e sendo solicitado directamente pela população ficou popularizado pelo seu número de telefone – o “115”<sup>38</sup>. Idênticos serviços foram criados em Maio de 1967, nas cidades de Porto e Coimbra e em Maio de 1970 nas cidades de Aveiro, Setúbal e Faro e, mais tarde alargado, também às principais estradas do país, estas sob jurisdição da GNR<sup>39</sup> assumindo esta o encargo da prestação dos primeiros cuidados ou o accionamento do processo de socorro.

<sup>38</sup> cf. Decreto-Lei nº 511/71, de 22 de Novembro, página 1789

<sup>39</sup> É em 1970 que é extinta a Polícia de Viação e Trânsito transitando para a GNR as funções que a primeira detinha. Assim, e de acordo com o legislado no DL nº 265/70, 12/06, DR, I Série, as novas funções incumbidas à GNR são, entre outras a prestação por sua iniciativa ou por de outrem, do auxílio aos utentes das vias públicas, a promoção do socorro urgente dos doentes e sinistrados conforme o preceituado no art. 2º, al. c) do mesmo decreto.

O crescimento do parque automóvel em Portugal, a consequente sinistralidade e os aumentos das taxas de mortalidade e de morbilidade que muito, ainda hoje, enlutam as nossas vias rodoviárias, levou a agenda política de então a constituir novas formas organizativas para pôr cobro a tão grave problema nacional.

Pelo DL nº 511/71, de 22 de Novembro, é criado o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA) sob a tutela do Ministério de Interior e constituído por um Conselho Coordenador composto pelo Director Geral dos Hospitais, os Chefes dos Serviços de Saúde da PSP e GNR, os Inspectores de Incêndios, um representante da Aeronáutica Civil e outro da CVP. Segundo o mesmo diploma, eram objectivos do SNA providenciar as medidas que fossem ao encontro das reais necessidades de então. Mais, que fosse unificador das várias instituições com responsabilidades na matéria. Como objectivo geral, o SNA então criado visava providenciar as condições necessárias para assegurar a orientação e a coordenação das actividades de socorro no país<sup>40</sup>.

A filosofia implementada pelo SNA assentava numa melhoria dos serviços prestados por instituições já existentes e vocacionadas para a prestação de cuidados no âmbito do socorro. A rede de emergência "115" era implementada em todo o território nacional com a colaboração dos CTT e dos TLP e ao mesmo tempo eram criados "Postos de Socorro" em todo o país em colaboração com o Serviço Nacional de Bombeiros (SNB), sendo distribuídos pelo SNA aos referidos postos, ambulâncias equipadas com o material necessário ao socorro das populações, bem como a colocação e respectiva manutenção dos postos avisadores pelas principais vias rodoviárias nacionais.

Por necessidade de identificação de um serviço que se mostrava em pleno crescimento e necessário em todo o território português, a 3 de Março de 1977, o SNA solicitou ao "National Highway and Traffic Safety Administration" (NHTSA) e ao Director de Marcas e Patentes dos EUA o registo do símbolo "Estrela da Vida" (Figura 6) para uso exclusivo da Emergência Médica. Este registo foi efectuado pelo então Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), sob o nº 3911, a favor do SNA, tendo

---

<sup>40</sup> Eram as seguintes as atribuições do SNA, cf. Art. 1, nº 1, do Decreto nº 494-A/75, de 10 de Setembro: a) Colaborar com as entidades públicas na organização de Sistema de Alerta, Socorro e Transporte, e elaborar um plano de acção comum; b) Orientar os serviços que dispõem de ambulâncias; c) Fazer com que o Alerta e o Socorro sejam accionados o mais rapidamente possível; d) Colaborar com os sectores que contribuem para os mesmos fins, sobretudo com aqueles que têm assento no Conselho Coordenador; e) Fixar as condições de prestação de serviços às entidades a quem o SNA concedeu ambulâncias; f) Fomentar a prática do Socorrismo, por meio de ajuda técnica e financeira; g) Fornecer ambulâncias e meios aos serviços que têm os mesmos objectivos do SNA.

transitado para o INEM com a extinção do primeiro em 1981 (cf. art. 59º, nº1 do DL nº 234/81, 03/08) (INEM 2001).

**Figura 6:** Estrela da Vida



Fonte: INEM

Entretanto, pela crescente solicitação que se fazia sentir e por necessidade de revisão da sua estrutura, o SNA adquire autonomia administrativa e financeira pelo DL nº 79/75, de 22 de Fevereiro, passando a ser um serviço autónomo com os seus próprios órgãos de Direcção e Gestão, passando para a tutela do Ministério da Defesa por razões conjunturais. No entanto, a sua filosofia de actuação continuou a ser a mesma. Como órgão coordenador, procurou sempre, por intermédio de acordos de colaboração, o consenso das instituições vocacionadas para a prestação de primeiros socorros.

Assim, o socorro, tanto quanto possível eficiente e gratuito, era prestado por equipas, com formação efectuada pela CVP, compostas por bombeiros nos designados “postos SNA”, criados primeiro ao longo das principais estradas e de maior tráfego, e numa 2ª fase noutras regiões de alta sinistralidade, com actuação 24 horas/dia. A PSP continuou a ser responsável pela prestação dos primeiros socorros nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. À PSP e à GNR coube também, a tarefa de assegurar o funcionamento das “Centrais de Emergência” (locais de triagem telefónica das chamadas de emergência) colocadas estrategicamente em várias regiões do território nacional, cabendo a estas a gestão das saídas das ambulâncias correspondentes à área, de forma a nunca deixar estas desguarnecidas, podendo por tal facto recorrer a diversos postos desde que se torne indispensável para garantir a permanência dos serviços. As Centrais de Emergência não actuavam só através das chamadas do “115” mas também através de todas aquelas efectuada por intermédio dos postos avisadores de estrada, colocados ao longo de auto-estradas e dos itinerários principais.

Paralelamente à instalação desta rede de telecomunicações, foi montado um sistema de rádio que permitiu às ambulâncias manterem ligação tanto com os hospitais de evacuação, como com o seu posto de origem e ainda com a Central de Emergência da

sua área. Criou-se assim a possibilidade de comunicação entre os vários intervenientes na acção de socorro com a conseqüente melhoria dos serviços prestados.

No entanto, o SNA veio a demonstrar a fragilidade do sistema de socorro por ausência da vertente hospitalar. De cariz burocrático, o SNA, além de funcionar no âmbito do Ministério da Defesa, detinha um quadro de pessoal de carácter administrativo e técnico-profissional composto por electricistas, desenhadores e técnicos de telecomunicações<sup>41</sup>.

A necessidade de envolver os serviços hospitalares, e, de consensualizar uma orgânica que fosse tanto o garante da qualidade e eficiência do socorro, como o resultado das entidades que de facto são responsáveis pelo socorro, levou a que, em 1980 o Governo de então criasse, por Resolução do Conselho de Ministros nº 84/80, de 11 de Março, o Gabinete de Emergência Médica (GEM)<sup>42</sup> que posteriormente, viria a apresentar as seguintes propostas:

- Promover uma melhor qualidade na formação prestada aos intervenientes do Sistema. Para tal foi assinado um acordo de cooperação entre Portugal e os EUA, a 25 de Agosto de 1980, o qual previa apoio técnico e a elaboração de um programa conjunto de formação. Foi então, ao abrigo deste acordo, que alguns enfermeiros, médicos e outros profissionais ligados à área do socorro, se deslocaram aos EUA para aí efectuarem a sua preparação técnica, tendo em vista a sua colaboração com o GEM na organização e realização de “Cursos sobre Técnicas e Ensino da Emergência Médica” em Portugal, inicialmente para Enfermeiros e Médicos das principais unidades hospitalares de Lisboa, Porto e

---

<sup>41</sup> Defendeu o legislador que o SNA era composto por um conselho coordenador composto por representantes dos Ministérios da Defesa Nacional, da Administração Interna, do Trabalho, dos Assuntos Sociais, do Equipamento Social e do Ambiente e, dos Transportes e Comunicações; e ainda pelo Presidente da CVP e pelo Presidente da Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP); e pelo Conselho de Gestão formado técnicos da área administrativa e técnico-profissional (cf. Cap. I do Decreto nº 494-A/75, 10/09).

<sup>42</sup> Eram competências do GEM: a) Propor um projecto de órgão coordenador do Sistema Integrado de Emergência Médica; b) Instalar a título experimental e em área a definir o Sistema de Emergência Médica, coordenando em tais áreas as respectivas actividades dos vários sectores intervenientes; c) Contribuir para a melhoria dos cuidados de urgência, propondo e apoiando as medidas que, a curto prazo, possam solucionar dificuldades actualmente existentes.

Coimbra, e posteriormente a enfermeiros das Escolas Superiores de Enfermagem;

- Equipar os serviços de urgência com material adequado para poderem fazer face às várias situações de emergência que ocorram;
- Procurar a melhor coordenação entre as fases de socorro pré-hospitalar e hospitalar de modo a serem diluídas no futuro, sob o ponto de vista técnico.

O trabalho desenvolvido pelo GEM viu o seu corolário no D.L. nº 234/81, de 3 de Agosto, que cria o INEM como organismo responsável pelo desenvolvimento e coordenação do SIEM sob tutela do Ministério dos Assuntos Sociais. Aqui, nota-se a preocupação do legislador em aproximar o sistema de socorro aos seus reais prestadores e à população, deixando o mesmo de ser tutelado pelo Ministério da Defesa.

Foi então que o INEM iniciou as suas funções, sendo portanto, e segundo o mesmo decreto, extinto o SNA. Desde então, o SIEM<sup>43</sup> sofreu algumas transformações, concretamente: no maior dinamismo implementado aos Centros de Formação de Lisboa, Porto e Coimbra, na formação de tripulantes de ambulância (TA) como de enfermeiros e médicos das várias instituições de saúde, Escolas Superiores de Enfermagem e Faculdades de Medicina; o crescente aumento dos Postos de Emergência Médica (PEM) em todo o país, com a respectiva renovação contínua (efectuada pelo INEM) da frota de ambulâncias dos respectivos postos e a reciclagem dos respectivos tripulantes de ambulância de socorro (TAS); a criação de subsistemas visando uma melhor prestação de cuidados específicos, como o Centro de Informações Anti-Venenos (CIAV), o Transporte de Recém Nascidos de Alto Risco, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o Serviço de Helitransporte e os CODU-MAR foram os mecanismos encontrados para dar a melhor resposta às crescentes e variadas solicitações dos hospitais do país e das populações.

---

<sup>43</sup> Parte importante da inovação implementada em 1981 foi o facto de pela primeira vez em Portugal se definir que o socorro às populações deveria ser realizado por um sistema que integrasse, globalizasse e consensualizasse todos os verdadeiros intervenientes no processo de socorro. A Emergência Médica adquiriu um outro papel e definições concretizadas nas práticas diárias do socorro em Portugal. De um SNA, em cujos quadros de pessoal figuravam elementos não muito ligados aos aspectos técnicos do próprio socorro, surgem em 1981, nos quadros do INEM elementos médicos e de enfermagem conferindo à mudança do sistema um cariz mais técnico e adaptado aos reais objectivos e missão do organismo agora criado (cf. art. 45º, nº 2 e art. 47º do DL nº 234/81, 03/08).

Por força do Decreto-Lei nº 73/97, de 3 de Abril, é introduzido o número “112” como número nacional e europeu de socorro que, funcionará durante um período de tempo limitado, em simultâneo com o antigo “115”.

O desenvolvimento exponencial das necessidades da população face aos recursos que, apesar de actualizados e modernizados, não acompanham essas necessidades, levou a que em 1991 fosse efectuada uma alteração aos estatutos do INEM<sup>44</sup>.

Mais próximo do seu objecto de existência, mantendo as suas linhas mestras e a estrutura, quis o legislador em 1991 (uma década após a sua criação), reformular alguns aspectos que nos parecem particularmente importantes. Verifica-se um acréscimo das competências do instituto: além das que já possuía de carácter interno e de intervenção junto da população, o instituto passa, de igual forma a ser responsável pela matéria de prestação de primeiros socorros por outras entidades externas ao próprio (cf. art. 3º, al. l) do DL nº 326/91, 31/08). Trata-se, acredito, de uma alusão a outros prestadores que, ao abrigo de acordos com o instituto, tais como corpos de bombeiros, CVP e PSP, ficam também eles sob alçada do INEM apesar de, para o transporte regular de doentes estes estarem isentos de qualquer alvará ao invés de outras entidades (cf. Regulamento do Transporte de Doentes<sup>45</sup> publicado na Portaria nº 1147/2001, 28/09 e alterada pela Portaria nº 1301-A/2002, 28/09).

A centralização do atendimento das chamadas de emergência com a criação dos CODU, inicialmente em Lisboa e hoje abrangendo a quase totalidade do território nacional, passa a ser regulamentado. Na norma legal de 1991, os CODU passam a deter a responsabilidade de orientar e disponibilizar o apoio necessário e disponível para as diversas situações das respectivas zonas de influência.

---

<sup>44</sup> A dinâmica do próprio sistema criado em 1981 mereceu do legislador uma adaptação da própria missão quando, das atribuições do INEM em 1981 se incidia simplesmente no carácter curativo e, em 1991 é publicada a alteração que traduz uma particular preocupação no sentido de conferir ao sistema um cariz promocional da prevenção (cf. art. 2º, al. d) do DL nº 234/81, 03/08 alterado pelo DL nº 326/91, 31/08).

<sup>45</sup> A crescente necessidade de colmatar as elevadas necessidades da população em recursos que possibilitassem um eficaz serviço de transporte de doentes, é regulamentado o Transporte de Doentes, pela primeira vez, pela Portaria nº 439/93, 27/04. No entanto, a evolução tecnológica dos veículos e dos seus equipamentos, juntando-se aos progressos da ciência médica na área do socorro e do transporte de doentes em situação de emergência, criou a necessidade de redefinir e diversificar os tipos de ambulância a disponibilizar à população. Face a uma crescente oferta de serviços em transporte de doentes disponibilizada pelo sector privado, depressa se verificaram importantes lacunas na lei em vigor. Assim, procurando uniformizar e normalizar os meios e condições de transporte independentemente das entidades transportadoras envolvidas, desde os veículos, às tripulações e fardamentos, o legislador, através da Portaria nº 1147/2001, 28/09, publica o Regulamento do Transporte de Doentes alterado pela Portaria nº 1301-A/2002, 28/09.

Mas a optimização dos recursos disponíveis quer humanos quer técnicos, a racionalização dos recursos financeiros, a pluridisciplinaridade do SIEM definido pelo conjunto de acções extra-hospitalares desenvolvidas de forma dinâmica e coordenada, leva o legislador a alterar os estatutos do INEM introduzindo-lhe uma lógica de reforma e de melhoria do sistema.

Desde 2003 e com a aprovação dos novos estatutos<sup>46</sup>, o INEM passa a ser gerido por um conselho de administração sujeito ao estatuto de gestor público e passa a ter superintendência e tutela directa do Ministro da Saúde cabendo a este a definição das linhas estratégicas e planos de acção do instituto<sup>47</sup>. É constituída igualmente uma comissão técnico-científica formada por representantes da Direcção Geral de Saúde, Liga dos Bombeiros Portugueses, Cruz Vermelha Portuguesa, Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, pelo Presidente do Conselho de Administração do INEM e por duas personalidades de reconhecido mérito técnico-científico na área da emergência médica nomeados pelo Ministro da Saúde<sup>48</sup>.

Em resumo, actualmente o SIEM, composto por todas as suas estruturas, encontra-se sob coordenação do INEM e este sob tutela e superintendência do Ministro da Saúde. Ao INEM é exigido ao abrigo do seu regulamento, mais do que coordenar e gerir acções de socorro mas também, avaliar todos os transportes de doentes, promover acções de promoção de saúde e de divulgação do próprio SIEM, colaborar com outras entidades em planeamentos e acções conjuntas de catástrofe e calamidade e de sensibilização dos cidadãos no que respeita à emergência e ao socorro.

### 3.2.3 Realidades Internacionais

#### 3.2.3.1 Sistema Francês

O historial do sistema de emergência francês reporta-se ao ano de 1882 em que, as primeiras ambulâncias medicalizadas sitiadas no Hospital Hotel-Dieu começam a

---

<sup>46</sup> O DL n° 167/2003, 29/07 vem criar uma ruptura com o passado, redefinindo os objectivos do instituto, introduzindo uma nova filosofia de acção, flexibilidade na organização, administração e na gestão. Nas atribuições adstritas ao INEM passa a ser referida a sua vital importância na medicalização do pré-hospitalar, a sua incumbência na coordenação de acções de socorro em situações de catástrofe, na elaboração de planos de emergência/catástrofe, na correcta referenciação do doente urgente/emergente e, na promoção da adequação do transporte inter-hospitalar dos mesmos doentes (cf. art. 3º, n° 1 e n°2 do mesmo decreto).

<sup>47</sup> Cf. art. 4º, n° 2, al. a) do Decreto-Lei n° 167/2003, de 29 de Julho.

<sup>48</sup> Cf. art. 17º, n° 1 do Decreto-Lei n° 167/2003, de 29 de Julho.

circular nas ruas de Paris (Fontanella 1997; Pacho 2005). Em 1900, com o objectivo de propiciar a melhor assistência no decurso da Exposição Universal realizada em Paris, o Dr. Nachtel consegue colocar em prática um projecto elaborado em 4 anos na medicalização civil de ambulâncias na capital francesa. No entanto, no período compreendido entre 1907 e 1956 ocorreu a desmedicalização das ambulâncias em consequência de desentendimentos entre o poder local e os profissionais de assistência pública. Durante este período, as situações de urgência eram socorridas pelos Sapeurs-Pompiers sob alçada da autoridade policial.

**Figura 7:** Departamentalização do sistema de emergência francês



Fonte: SAMU de França, 2005

Em 1956, durante a epidemia de poliomielite que assombrou a França, a medicalização das ambulâncias foi restabelecida visando o garante a função ventilatória a estes doentes. Após este meritório desempenho, coube a Louis Lareng (professor de anestesia e reanimação) aplicar este sistema de assistência a nível regional em Toulouse, sistema este que se viria a generalizar a todo o território nacional francês por decreto lei de 2 de Dezembro desse mesmo ano. A primeira ambulância medicalizada foi inaugurada em Montpellier - SMUR. Em 1968 nasce em Toulouse o primeiro SAMU moderno ao que se uniram outros SMUR sobre o modelo de Montpellier. Em 1992 é finalmente concretizada a cadeia de socorro tal como hoje a conhecemos: do momento inicial de cada situação de emergência e até aos cuidados hospitalares (Fontanella 1997).

Criado em 1978, o “15” passa a constituir o número nacional gratuito para as urgências médicas. Este número é complementado pelos números “17” e “18” para a polícia e para os bombeiros respectivamente. O hiato legislativo é suprido em 6 de Janeiro de 1986, data em que é publicada a lei que regulamenta o exercício dos SAMU no âmbito da emergência médica e do transporte sanitário.

Toda a organização francesa do SAMU visa assegurar a perfeita articulação e coordenação da medicina pré-hospitalar (SAMU 2005). A lei sanitária instalou um SAMU nos hospitais de cada capital de departamento – unidades territoriais políticas e administrativas de França (Figura 7).

Actualmente, segundo Ana Pacho (2005), o sistema francês contempla 106 departamentos (em média um SAMU por cada 1 200 000 habitantes) coordenando cerca de 350 SMUR. Segundo a autora, cada SMUR deve garantir a assistência a cada 100.000 habitantes em ambiente urbano e a 10.000 em ambiente rural para um raio de acção de 20 Km ou 15 minutos de resposta em evacuação primária ou, 50 Km ou 30 minutos em caso de evacuação secundária. Esta parece constituir uma preocupação a considerar nos desenhos dos sistemas de emergência: os tempos de resposta. Por exemplo, e a título de comparação, no Reino Unido no início da década de 90, o sistema britânico estava construído de forma a conferir uma capacidade de resposta média de 14 minutos em área urbana e de 19 minutos em área rural. Os estudos e os resultados indicaram que a redução desse tempo de resposta traria benefícios para os utentes assistidos. Assim e ainda nessa década, o sistema foi reajustado para poder responder com eficácia em 8 minutos em qualquer área (Sprague 2002). Não registo qualquer dado relativo à realidade portuguesa nesta matéria.

Os SMUR constituem parte integrante dos hospitais onde estão sediados, organizando-se enquanto serviços autónomos e independentes mas sempre em estreita relação com os respectivos serviços de urgência hospitalares garantindo níveis de qualidade assistencial. São igualmente serviços com responsabilidades formativas de quadros médicos e de enfermagem.

Quanto ao financiamento, segundo dados citados por Ana Pacho e reportados a 1997, cada SAMU detinha uma orçamentação anual de cerca de 5 milhões de francos e cada SMUR cerca de 4,5 milhões. Cada meia hora de serviço SMUR orçava cerca de 1200 francos (incluindo os custos da Regulação do sistema). O transporte aéreo era facturado a 40 francos/minuto e as intervenções de resgate em montanha a 3000 francos. As acções de salvamento marítimo eram gratuitas.

Registe-se que o grosso da despesa é incumbida aos vencimentos do pessoal com perto de 75% da orçamentação. No custeio do global das acções de socorro, 65% são cobertas pela segurança social sendo os restantes 35% cobertos pela seguradora do paciente.

### 3.2.3.2 Sistema Espanhol - Madrid

O sistema de socorro pré-hospitalar espanhol tem como filosofia de base a coordenação e gestão descentralizada pelos vários *ayuntamientos* ou municípios. Cada município tem como incumbência garantir a segurança dos seus habitantes providenciando um sistema de socorro adequado às suas necessidades e casuísticas. Por este facto, é normal verificar que existem diferenças de município para município nas estratégias de abordar os respectivos sistemas de socorro.

Nesta minha viagem aos sistemas estrangeiros, e com o objectivo de construir pontos de comparação, proponho que possamos conhecer o sistema implantado na capital espanhola. Nesta minha incursão ao sistema espanhol, foi de extrema utilidade os contactos estabelecidos com as colegas Sara Montero e Del Rio aquando de uma mesa redonda num congresso<sup>49</sup> onde participámos em debate acerca dos respectivos sistemas de emergência.

Foi em 1989, e perante a necessidade de criar um serviço de emergências pré-hospitalares na cidade de Madrid, que o *Ayuntamiento de Madrid* decide formar uma equipa que se encarregará de estudar, desenhar e organizar o referido serviço.

Partindo de um suporte de transporte de doentes criado em 1875, com um parque de ambulâncias que se mostrava desactualizado e inadequado, são desenhados novos modelos de ambulâncias, são actualizadas as redes de telecomunicações com uma nova central radiotelefónica, são desenhados novos fardamentos e repensadas as selecção e formação de pessoal. Por fim, o serviço como hoje o vemos é operacionalizado como projecto piloto em Junho de 1991.

Posteriormente, em Dezembro de 1992, é conferido a este serviço o nome de *Seccion de Transporte Sanitário*, mais comunmente conhecido por *Servicio de Asistencia Municipal de Urgência Y Resgate* (SAMUR). O objectivo deste serviço é resolver rápida e eficazmente emergências médicas que tenham lugar na via pública dentro dos

---

<sup>49</sup> No XXVI Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem realizado a 27 de Maio de 2005, em Monte Gordo, foram apresentados e debatidos os sistemas de socorro português e madrileno na mesa redonda “O Papel da Enfermagem no Pré-Hospitalar”.

limites urbanos da cidade de Madrid. Rompe-se assim com a herança do “transporte” sendo substituída pela assistência *in loco* e transporte assistido. Mais, são assumidas competências relacionadas com a gestão e resolução de catástrofes que possam ocorrer na cidade. Actualmente, a cidade de Madrid ocupa uma área de 604,20 Km<sup>2</sup> com uma população de cerca de 3092759 habitantes residentes. As equipas do SAMUR são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos em emergências e voluntários (SAMUR 2005). Cada profissão possui carreira própria no pré-hospitalar podendo no entanto, no final dos respectivos cursos (medicina e enfermagem), optar pelas carreiras hospitalar ou pré-hospitalar. A qualquer momento o profissional poderá transitar para a outra carreira desde que, caso a passagem seja do hospitalar para o pré-hospitalar seja efectuada com aproveitamento a formação específica.

No final do ano de 2003, o sistema madrileno contava com cerca de 184 veículos, 24 bicicletas na unidade ciclista e 8 postos médicos avançados.

Dos vários recursos existentes, o sistema conta com ambulâncias de suporte vital básico (SVB) com 2 técnicos de emergência (60 unidades), ambulâncias de suporte vital avançado (SVA) com médico, enfermeiro e técnico de emergência (17 unidades), ambulâncias de suporte psiquiátrico (SPS) com 3 técnicos de emergência (4 unidades) e ambulâncias de suporte vital básico – protecção civil (SVB-PC) com 3 ou 4 voluntários. Em dados referentes ano de 2003 (SAMUR 2005), as unidades de SVB ocorreram a 44560 situações (42,03%), o SVA socorreu 37090 situações (34,98%), 19433 pelo SVB-PC (18,33%), 2782 pelas unidades de SPS (2,62%) e 2159 por outros recursos (2,04%). De acordo com as estatísticas apresentadas pelo SAMUR, e segundo estes, o retrato dos últimos cinco anos revela um aumento das activações dos SVB e um decréscimo das activações dos recursos de suporte de vida avançado.

Numa breve análise comparativa dos recursos técnicos e humanos presentes nestes 3 sistemas, proponho que se dedique alguma atenção ao Quadro 5. Verifico uma proximidade do sistema português ao seu congénere francês no que concerne às bases hospitalares dos meios medicalizados de socorro, mas, no entanto, entre ambos verifica-se uma diferenciação na constituição das equipas e como tal nos conteúdos funcionais de cada classe envolvida. A falta de regulamentação do socorro medicalizado em Portugal constitui igualmente uma característica a mencionar.

**Quadro 5:** Relação comparativa entre os sistemas de emergência francês, espanhol e português

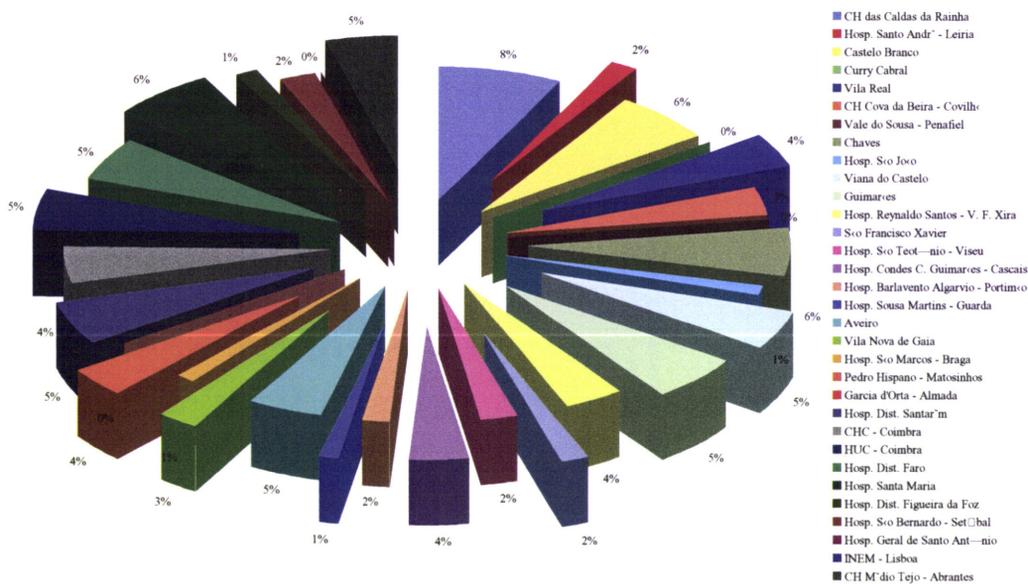
Sistema	Recursos Móveis Terrestres	Recursos Humanos	Observações
SAMUR Espanha Madrid	 USVA	Técnico de Emergência (condução) Médico Enfermeiro	. Postos destacados na cidade; . Formação e carreiras específicas;
SAMUR Espanha Madrid	 USVB	Técnicos de Emergência (2)	. Postos destacados pela cidade; . Formação e carreiras específicas;
SAMU França	 SMUR	Tripulante (condução) Médico Enfermeiro Anestesista	. Base Hospitalar; . Profissões com competências regulamentadas;
INEM Portugal	 VMER e  AmB. de Socorro	Médico Enfermeiro (condução)  Tripulantes de Ambulância de Socorro (2)	. Base Hospitalar; . VMER e tripulação sem regulamentação; . Médicos e Enfermeiros em regimes contratuais vários.  . Base em Corporações de Bombeiros; . Regulamentação por Portaria

Fonte: SAMU, 2005; SAMUR, 2005; INEM, 2005

## Capítulo IV - A Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar

Como já foi referido na metodologia, perante a emissão de 515 questionários destinados ao universo dos enfermeiros que desempenham funções nas 32 VMER em serviço no país, foram obtidos 213 questionários válidos. Os níveis de participação de cada uma das VMER poderá ter dependido de um conjunto de questões como p.ex., a proximidade do Enfermeiro Coordenador junto da sua equipa, os fluxos de informação internos, e, obviamente, a motivação de cada profissional para o seu preenchimento.

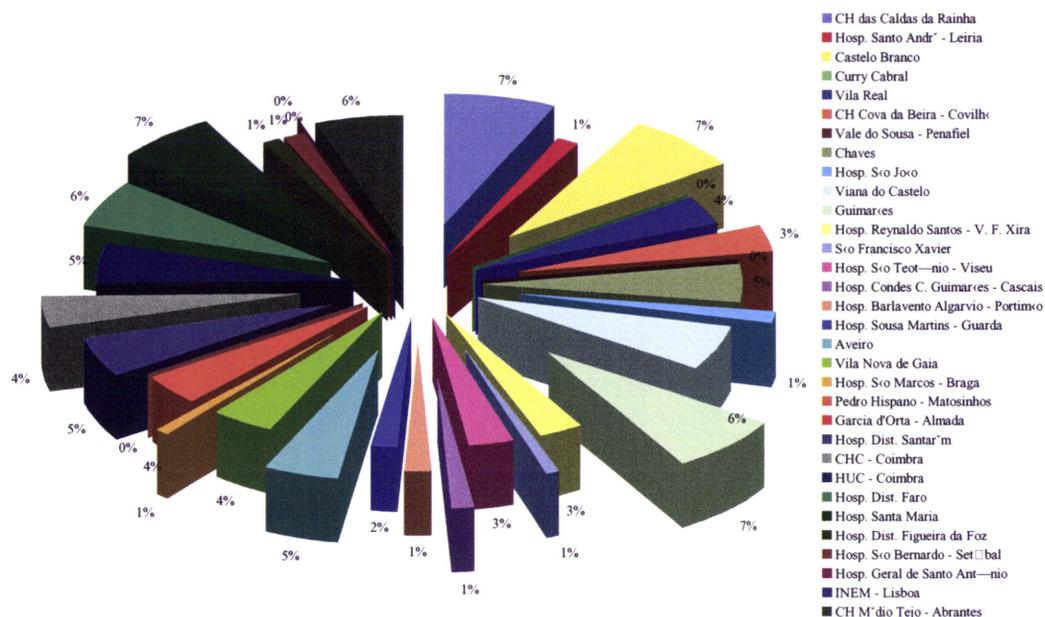
**Gráfico 9:** Percentagem de Inquiridos em cada equipa VMER



Perante o recenseamento efectuado previamente verifico que os níveis de adesão dos enfermeiros é variável de serviço para serviço (Gráfico 9) Realço 5 serviços VMER que não participaram no estudo: VMER Curry Cabral, VMER Vale do Sousa, VMER HG Santo António, VMER Garcia d'Orta e, VMER de Lisboa. Esta última que, sendo da própria instituição mãe (INEM) só possui nas suas equipas tripulantes de ambulância e médicos. Apesar de todo o empenho depositado na recepção destes questionários, o mesmo não foi coroado com o êxito esperado.

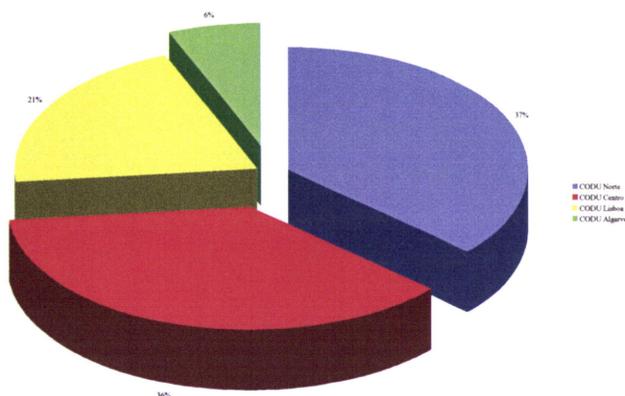
No que concerne à amostra conseguida de 213 informantes, posso entender que as VMER com mais peso nas conclusões do estudo adquirem 7% de participação na amostra (Gráfico 10) sendo as das Caldas da Rainha, Guimarães e do Hospital de Santa Maria em Lisboa.

**Gráfico 10:** Composição percentual dos Inquiridos por VMER



Verifico também que as várias VMER representam uma participação, se bem que de forma indirecta, dos 4 CODU existentes no país (Gráfico 11). As conclusões a obter deverão também por isso, ter este ponto como referência.

**Gráfico 11:** Distribuição dos Inquiridos pelos CODU



Assim, de acordo com os níveis de participação dos inquiridos, os CODU vêm representados os “seus” enfermeiros da seguinte forma: o CODU mais participativo no

estudo foi o do Norte (Porto) com 189 informantes para 10 VMER, seguido do do Centro (Coimbra) com 188 informantes para 11 VMER. O CODU de Lisboa regista 106 informantes para 9 VMER e finalmente o do Algarve (Faro) com 32 informantes para 2 VMER.

#### 4.1 Caracterização da Amostra

**H1** As populações de Enfermeiros das VMER e a população dos Enfermeiros do SNS, têm características semelhantes.

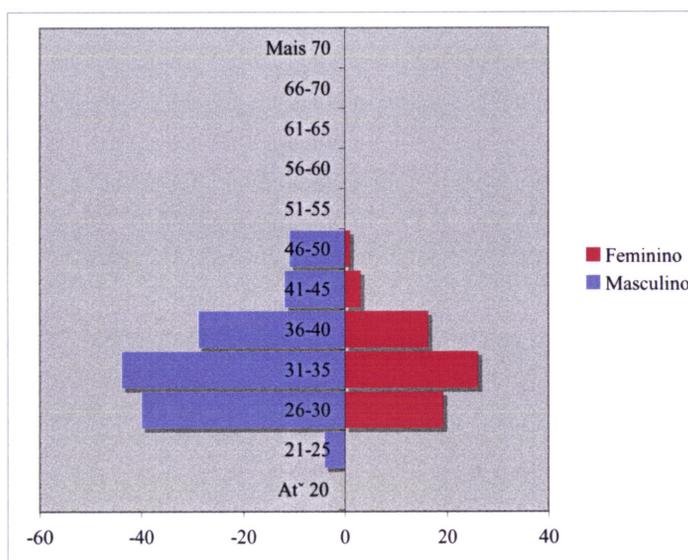
A caracterização dos inquiridos fez-se através da análise univariada, tal, como foi referenciado na metodologia. Para isso, iniciei o tratamento dos dados pelas questões 1.1 a 1.11.

Na amostra constituída por 213 informantes (41,36% do Universo) foram apurados 213 questionários validados. Assim, quanto à variável “Sexo” (1.1) 69,5% (148) são do sexo masculino e 30,5% (65) são do sexo feminino ao que corresponde uma taxa de feminização do sector de 31,71%.

No que concerne à variável “Idade” (1.2), os informantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 49 anos e 3,8% não responderam. Optei no entanto por fazer o agrupamento por classes que possibilitará uma melhor análise comparativa com os dados disponíveis para o restante sector do SNS.

**Tabela 16:** Distribuição dos Informantes por Classes Etárias e respectivos pontos médios

	<i>ci</i>	Masculino	Feminino
Até 20	10	0	0
21-25	23	4	0
26-30	28	40	19
31-35	33	44	26
36-40	38	29	16
41-45	43	12	3
46-50	48	11	1
51-55	53	0	0
56-60	58	0	0
61-65	63	0	0
66-70	68	0	0
Mais 70	73	0	0
<b>Total</b>		<b>140</b>	<b>65</b>

**Gráfico 12:** Pirâmide etária dos Inquiridos

Procedi então à criação de 12 classes e dos respectivos pontos médios (Tabela 16). Das respostas válidas verifico que 2% dos informantes tem entre 21 e 25 anos, 28,8% têm entre 26 e 30 anos, 34,1% entre 31 e 35 anos, 22% entre os 36 e 40 anos, 7,3% entre os 41 e 45 anos e, finalmente, 5,9% têm entre 46 e 50 anos (Gráfico 12). A classe modal é a dos 31 aos 35 anos correspondendo ao ponto médio 33 e a média apurada das idades é de 35,5 anos. Até 50% dos informantes têm 33 anos correspondendo a 62,4%. O desvio padrão é de 9,3 anos.

No entanto, para os restantes procedimentos de análise estatística desta investigação, irei considerar 3 classes etárias: dos 21 aos 30 anos - início da vida profissional; dos 31 aos 40 anos – maturidade profissional; e dos 41 aos 50 anos – idade pré-reforma.

**Tabela 17:** Distribuição Etária dos Enfermeiros das VMER

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
21-30	44	31,4	19	29,2	63	30,7
31-40	73	52,1	42	64,6	115	56,1
41-50	23	16,4	4	6,2	27	13,1
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

Nesta leitura identifico como sendo a classe modal a dos 31 aos 40 anos para ambos os sexos (Tabela 17). Só 6,4% das mulheres se situam entre os 41 e 50 anos enquanto os homens detêm uma prevalência mais elevada nesta classe (16,4%).

Através da análise da variável “Tempo Profissional Total” (1.3), podemos verificar os anos de experiência profissional em ambiente hospitalar. Assim, os informantes têm

uma média de 11,74 anos de desempenho hospitalar sendo que 50% deles tem até 11 anos de exercício. No entanto a moda é de 9 anos. Temos enfermeiros dos 2 aos 28 anos de profissão. 3,8% dos informantes não responderam.

**Tabela 18:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Tempo de Exercício Profissional Total

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
1-10	67	47,5	30	46,9	97	47,3
11-20	62	44,0	32	50,0	94	45,9
21-30	12	8,5	2	3,1	14	6,8
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Da mesma forma que na variável anterior, procedi ao agrupamento da mesma em 3 classes: dos 1 aos 10 anos de exercício profissional; dos 11 aos 20 anos e, dos 21 aos 30 anos de exercício profissional total. De acordo com os dados apurados (Tabela 18), verifico que, apesar de poucas diferenças existiram entre os sexos, as classes modais são diferentes sendo dos 1 aos 10 anos de exercício para os homens e dos 11 aos 20 para as mulheres. Somente 6,8% dos inquiridos têm mais de 21 anos de exercício profissional total.

Para a variável “Tempo de Serviço na VMER” (1.4), pretendo verificar quanto tempo de desempenho específico na VMER têm os informantes. Verifica-se que os enfermeiros respondentes têm entre os 1 ano e os 10 anos de serviço na VMER. Corresponde a uma média de 3,06 anos de serviço sendo que até 50% dos inquiridos têm somente 2 anos de serviço, e que até 75% têm 5 anos. As não respostas correspondem a 3,3%. No agrupamento a que procedi no sentido que criar dois grupos (Tabela 19) que representassem os profissionais mais novos na actividade (até 5 anos de serviço) e aqueles que detivessem algum tempo de experiência profissional no sector (dos 6 aos 10 anos) verifico que a classe modal é a mesma para ambos os sexos: a população inquirida é, na sua maioria nova no desempenho de funções nas VMER – de 1 a 5 anos (88,8%).

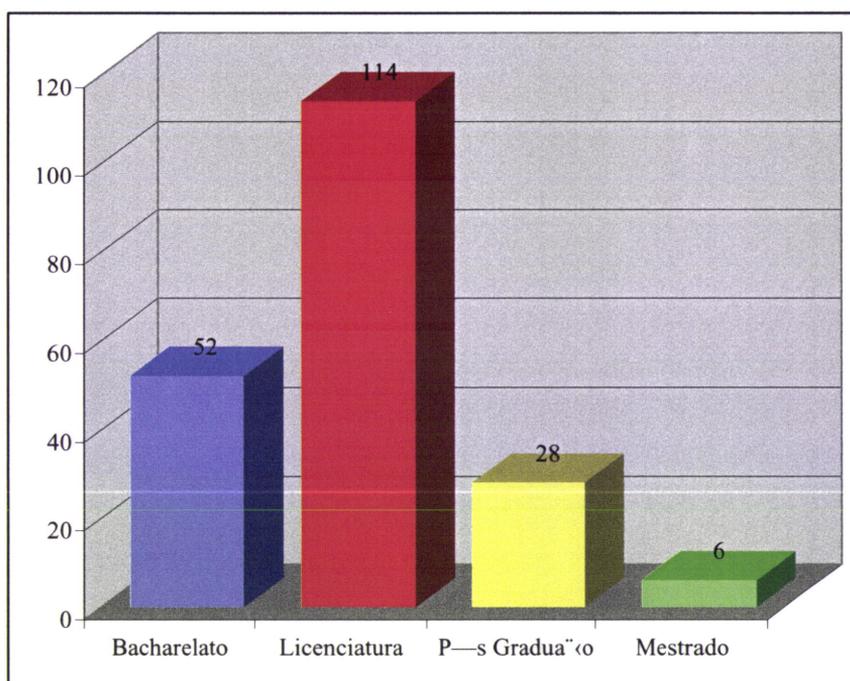
**Tabela 19:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Tempo de Exercício na VMER

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
1-5	126	89,4	57	87,7	183	88,8
6-10	15	10,6	8	12,3	23	23,0
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 20:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Habilitações Académicas

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
<b>Bacharelato</b>	42	29,8	10	16,9	52	26,0
<b>Licenciatura</b>	77	54,6	37	62,7	114	57,0
<b>Pós-Graduação</b>	18	12,8	10	16,9	28	14,0
<b>Mestrado</b>	4	2,8	2	3,4	6	3,0
<b>Total</b>	141	100,0	59	100,0	200	100,0

Face à variável “Habilitações Académicas” (1.5) verifica-se (Tabela 20) que a maioria dos inquiridos detêm o grau de licenciatura sendo esta a moda (Gráfico 14). Os elementos do sexo feminino detêm uma menor percentagem de bacharéis e uma maior relação de mestrados face aos elementos do sexo oposto.

**Gráfico 13:** Distribuição dos Inquiridos por Graus Académicos

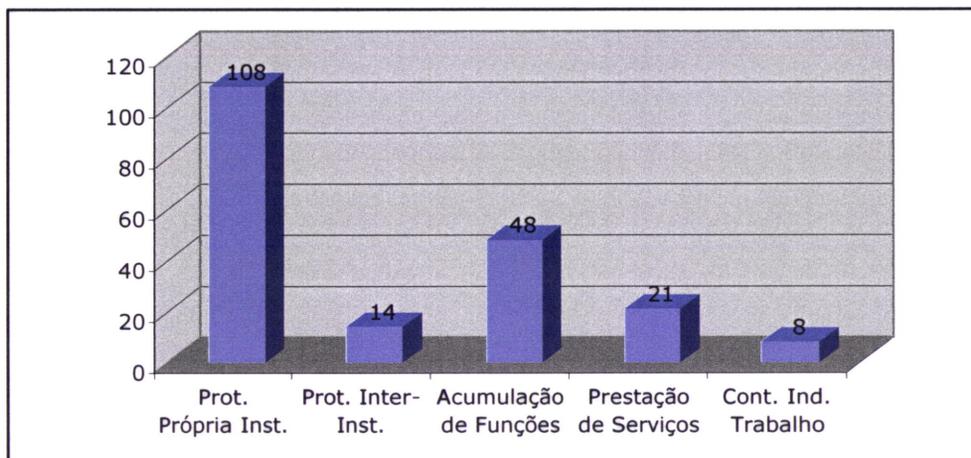
No que respeita aos “Vínculos Profissionais” que os enfermeiros detêm nas respectivas VMER apurei 6,6% de não respostas. A maioria dos profissionais ligados ao sector, desempenham funções nas próprias instituições de origem 54,3%. (Tabela 21). Este é, por isso a moda ao nível dos regimes contratuais no sector. Verifico que somente 5% dos inquiridos celebrou protocolos inter-institucionais entre a instituição de origem e aquela onde exerce o pré-hospitalar. Pela mesma tabela verificamos que os regimes que conferem uma ligação aos quadros de pessoal da função pública são a maioria, com

85,4%, tendo os restantes 14,6% regimes contratuais aos níveis da prestação de serviços e de contratos individuais de trabalho. Para esta última análise optei por agrupar os

**Tabela 21:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Vínculos Profissionais

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
Protocolo Própria Instituição	75	54,0	33	55,0	108	54,3
Protocolo Inter-Institucional	11	7,9	3	5,0	14	7,0
Acumulação de Funções	32	23,0	16	26,7	48	24,1
Prestação de Serviços	14	10,1	7	11,7	21	10,6
Contrato Indiv. de Trabalho	7	5,0	1	1,7	8	4,0
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 14:** Distribuição dos Inquiridos pelos Vínculos Profissionais à VMER



vínculos “Protocolo na Própria Instituição”, “Protocolo inter-institucional” e “Acumulação de Funções” enquanto “Quadro”; “Prestação de Serviços” e “Contrato Individual de Trabalho” enquanto “Não Quadro”. Pretendo pois tecer comparação com o restante tecido profissional ao serviço do SNS. No entanto, verifico que 54,3% dos inquiridos são pertencentes ao quadro da própria instituição, 7% exercem funções por protocolo com outra instituição e que 24,1% se encontram em regimes de acumulação de funções (Gráfico 14).

Um outro factor que considero importante na análise que faço da população dos enfermeiros, é o seu “Vencimento Ilíquido/Hora” no desempenho de funções nas VMER. 12,7% dos respondentes desconhecem o valor do que auferem por hora de serviço na VMER e não respondem. No entanto os valores referidos situam-se entre os 6,10€ e os 20€ /hora sendo que a média é de 13,53€ e a moda é de 15€. Verifica-se um desvio padrão de 4,18€. Tal como nas variáveis anteriores, procedi ao agrupamento dos

valores em 3 classes (Tabela 22). Verifico que genericamente, a população se divide de igual forma pelas 3 classes; no entanto, saliento que no sexo masculino a classe modal situa-se dos 16 aos 20€ enquanto nos efectivos do sexo feminino esta situa-se para vencimentos entre os 6 e os 10€/hora.

**Tabela 22:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Vencimentos Líquidos/Hora

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
6€ - 10€	34	28,8	25	45,5	59	34,1
11€ - 15€	40	33,9	16	29,1	56	32,4
16€ - 20€	44	37,3	14	25,5	58	33,5
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100,0</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>

Foi de igual forma importante inquirir se estes valores estariam ou não de acordo com os respectivos índices na carreira. Ou seja, se os enfermeiros no desempenho nas VMER recebiam o equivalente aos valores dos respectivos vencimentos da carreira. As respostas foram maioritariamente negativas: 4,2% não sabem ou não respondem, 19,2% afirmam que sim e, a maioria, 76,5%, afirma que os valores não estão de acordo com os valores dos respectivos vencimentos na carreira de enfermagem.

Quanto à sua prática enquanto enfermeiros das VMER, é também importante aferir quais os níveis de participação de cada um em cada serviço no que diz respeito ao “Número de Turnos/Mês” e à duração de cada turno. Assim, os inquiridos fazem entre 2 e 12 turnos mês, sendo a moda de 5 turnos e a média de 5,64 turnos para um desvio padrão de 1,779. Quanto à “Duração de cada Turno de VMER”, o cenário apesar de diferente de caso para caso, ele é de alguma forma semelhante aos horários hospitalares. Foram identificados turnos cujas durações se situam entres as 6 horas (9,4%) e as 12 horas (4,7%). Salvaguarda-se nesta variável que a moda e a média são de 8 horas (74,2%). Apesar de por si só, estes dados poderem conferir determinadas leituras acerca da heterogeneidade dos próprios turnos dependendo da VMER em questão, foi também importante conferir, quantas horas mais é que estes profissionais trabalham, concomitantemente, nos respectivos serviços hospitalares de origem. Dividimos as hipóteses de resposta nas 3 hipóteses consagradas na lei: horário a tempo parcial, horário normal (35 h), e, horário em tempo completo prolongado (42h). 0,5% dos inquiridos não sabem ou não respondem, 3,3% se encontram a tempo parcial e 20,7% se encontram em horário completo prolongado. A moda é contudo as 35 horas de trabalho por semana. Nesta questão houve que salvaguardar uma situação: pelo DL n° 234/91, de 8 de Novembro, o regime de trabalho a tempo parcial não contempla um número de

horas de trabalho, mas determina que esse horário é efectuado de acordo com os interesses do trabalhador e com a anuência da entidade empregadora. Nesta investigação, e no sentido de poder utilizar estes dados que me parecem ser fundamentais, optei por quantificar o regime de trabalho em horário a tempo parcial com o valor de 17 horas/semanais. Ou seja, o denominado “meio horário”. Com estes dados foi possível verificar o número de horas de trabalho totais/mês de cada enfermeiro da VMER conferindo se a Circular Normativa nº 4 do Departamento de Modernização e Recursos Humanos da Saúde, de 14 de Março de 2002, é ou não assumida por estes intervenientes (Tabela 23). O valor de 216 horas provem desta circular, multiplicando as 54 horas de trabalho semanais máximas aconselhadas, pelas 4 semanas do mês.

**Tabela 23:** Distribuição dos Enfermeiros das VMER por Horas Totais de Trabalho/Mês

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
≤ 216 horas	126	85,1	60	92,3	186	91,2
> 216 horas	15	10,6	3	4,6	18	8,8
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>

Apesar de constituírem uma franja da população, creio não ser de deixar de referir que 10,6% dos efectivos do sexo masculino trabalham mensalmente um número excedentário de horas, contra apenas 4,6% do sexo feminino. No cômputo geral, 8,8% das respostas validadas conferem uma análise no sentido do excesso de horas de trabalho por mês.

Após esta análise, e no que concerne à hipótese levantada, considero a hipótese nula visto que estes serviços se comportam de forma muito particular: existe uma masculinização do sector evidenciado por um decréscimo das taxas de feminização de 81,3% no SNS para 31,71% no pré-hospitalar. Outro dado que me parece pertinente é o das idades. A pirâmide etária desta população encontra-se centralizada nas camadas etárias intermédias não havendo prestadores além dos 50 anos de idade. A remuneração constitui outro dado curioso na sua análise. Percepciono que para trabalho igual e em sectores iguais da prestação de cuidados (sector público), existem diversas formas contratuais e diferentes remunerações hora não obedecendo aos valores inscritos nas carreiras profissionais, dependendo de VMER para VMER. O excesso de horas de trabalho mensal foi também apurado em cerca de 8,8% dos inquiridos.

## 4.2 Análise das percepções da valorização da presença da Enfermagem nas VMER

**H2 Os Enfermeiros nas VMER dão enfoque a valores de ordem prática.**

Para prosseguir com esta análise, tomei em atenção a questão 2.1 do questionário.

Os informantes foram convidados a fazer uma associação de 5 palavras à citação que lhes foi colocada: “O Enfermeiro na VMER”, e, seguidamente a valorizar de entre as suas escolhas, 2 que lhes parecessem como sendo as privilegiadas. Recorrendo à técnica de análise de conteúdo, possibilitei uma leitura temporal entre o estímulo - mensagem e a sua reacção interpretativa (Bardin 2000). Este procedimento, segundo o mesmo autor, possibilita a classificação dos elementos de significação contidos nas respostas, que, segundo o objecto de comparação invocado e o tipo de ligação psicológica, “liga o individuo ao objecto de estudo” (Bardin 2000:62). Ou seja, elucida sobre a sua simbologia específica. No presente caso, pretendi que cada enfermeiro da VMER, ao ler a referida citação, materializasse no papel as simbologias que o ligam a esse contexto de trabalho.

A categorização efectuada teve em consideração as regras que conferem a qualidade do tratamento: a exclusão múltipla (cada elemento só pode existir em cada divisão), a homogeneidade (um único princípio de classificação para toda a categorização), a pertinência (categorias adaptadas ao material em análise), objectividade e fidelidade (diferentes partes do mesmo material obedecem à mesma grelha categorial) (Bardin 2000).

A inexistência de estudos anteriores nesta área temática, acarretou a que não fossem usadas grelhas pré-existentes. Assim, na análise destes dados procedi em dois tempos: primeiro isolei todos os elementos e coloquei-os por ordem alfabética e, de seguida, reparti-os progressivamente impondo uma determinada organização. Este é o procedimento a que Bardin apelida de “por milha”.

Desta forma, os 213 questionários produziram cerca de 983 registos que ao sofrerem categorizações sucessivas produziram as seguintes categorias baseadas na percepção de valores: Valores Profissionais (Saber Ser, Saber Saber, Saber Fazer), Valores Sociais (Amor ao Próximo, Amizade e Auxílio), Valores Relativos ao Ego (Independência,

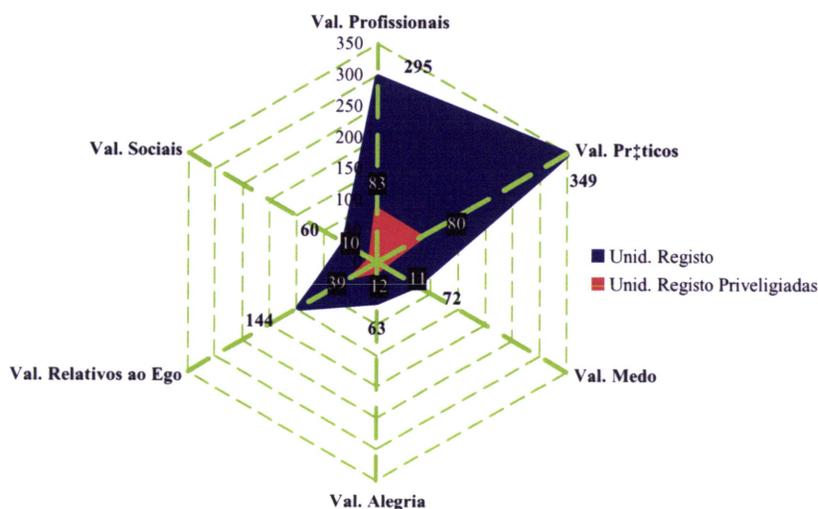
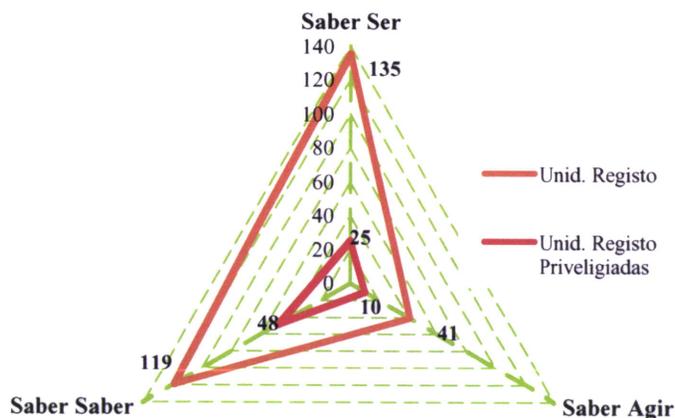
Cumprimento, Reconhecimento e Amor-próprio), Valores que exprimam o Medo, Valores que exprimam Alegria, e, Valores Práticos (Sentido Prático, Possessão, Trabalho e Materiais).

**Quadro 6:** Categorização das UR provenientes das percepções sobre a Enfermagem nas VMER

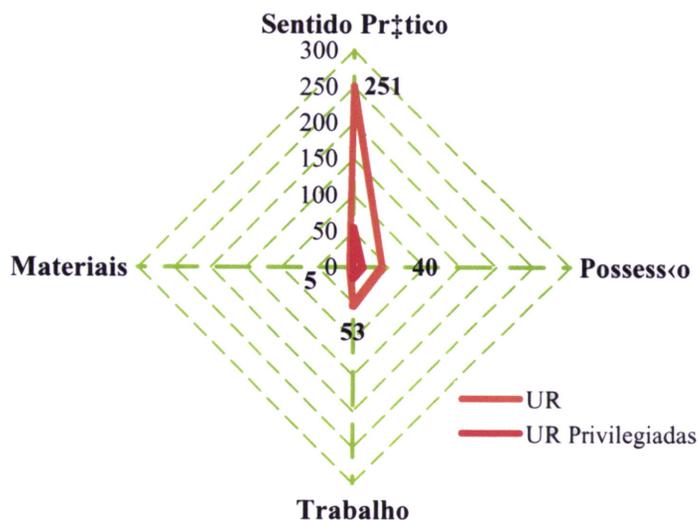
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>UR</b>	<b>UR privilegiadas</b>
<b>Valores Profissionais (295)</b>	Saber Ser	135	25
	Saber Saber	119	48
	Saber Fazer	41	10
<b>Valores Sociais (60)</b>	Amor ao Próximo	15	1
	Amizade e Auxílio	45	9
<b>Valores Relativos ao Ego (144)</b>	Independência	19	2
	Cumprimento	38	7
	Reconhecimento	9	2
	Amor-Próprio	78	28
<b>Valores que exprimem Medo (72)</b>		72	11
<b>Valores que exprimem Alegria (63)</b>		63	12
<b>Valores Práticos (349)</b>	Sentido Prático	251	54
	Possessão	40	12
	Trabalho	53	14
	Materiais	5	0

Na análise que fazemos do Quadro 6, recorrendo-me igualmente do apoio visual proporcionado pelo Gráfico 15, verifico que das 983 entradas cerca de 35,5% estão relacionadas com os valores práticos inerentes à actividade, 30% referentes aos valores profissionais que os enfermeiros entendem fazer constituir o perfil da enfermagem nestes contextos de trabalho, 14,6% citam expressões relacionadas com os sentidos de independência, de cumprimento, de reconhecimento e de amor-próprio, sendo que somente 7,3% das entradas se relacionam com o sentimento de medo, 6,4% com o sentimento de alegria e, 6,1% com valorizações de índole social como sejam o amor ao próximo e a amizade/auxílio.

Se os enfermeiros das VMER associam à sua actividade uma visão dos seus requisitos enquanto profissionais e valorizam uma materialização do sector, será também importante referir que quando foram convidados a perceberem quais as mais importantes nos seus pontos de vista, o resultado foi de alguma forma semelhante. Assim, a maior importância é atribuída aos valores profissionais com 83 registos (35,3%), aos valores práticos (34%), aos valores relativos ao ego (16,5%), à alegria a ao medo (5,1% e 4,6% respectivamente) e aos valores sociais (4,2%).

**Gráfico 15:** Categorização das UR e UR Privilegiadas**Gráfico 16:** Subcategorias de “Valores Profissionais”

No que concerne às 3 categorias mais representativas das percepções importa, creio, escarpelizar outros considerandos. Respeitante à categoria “Valores Profissionais”, contribuem com expressiva valorização os atributos de perfil, ou seja, do “Saber Ser” do enfermeiro com 135 registos (45,8%) sendo de mencionar que “Dinâmico”, “Corajoso”, “Destreza”, “Calm”, “Disponível” e “Perspicaz” contribuem com cerca de 50% dos registos. O “Saber Saber” contribui com 40,3% da categoria, sendo o registo mais representativo o da “Competência” com 50,4% da subcategoria. O “Saber Fazer” contribui com 13,9% da categoria (Gráfico 16).

**Gráfico 17:** Subcategorias de “Valores Práticos”

Quanto aos “Valores Práticos”, eles constituem 35,5% das percepções. Esta categoria está sectorizada em 4 subcategorias (Gráfico 17): “Sentido Prático” (71,9%), “Possessão” (11,5%), “Trabalho” (15,2%) e “Materiais” (1,4%).

Nesta categoria, as referências “Condutor/Condução” (28 registos), “Emergência” (42 registos), “Rápido/Rapidez” (33 registos), “Segurança” (19 registos), “Profissionalização” (26 registos) e “Equipa” (28 registos), representam 50,4% das percepções.

Na categoria “Valores Relativos ao Ego” estão representadas percepções associadas aos sentimentos de independência, cumprimento, reconhecimento e de amor-próprio. Numa categoria que é somente expressiva em 14,6% dos registos, a maior expressão é conferida pela subcategoria “Amor-Próprio” (54,1%) onde o sentimento de “Responsabilidade” adquire grande pendor nesta subcategoria, com 47,4% dos registos. Os valores associados aos sentimentos de medo e de alegria estão numa escala de grandeza semelhante com 7,3% e 6,4%, respectivamente.

Os “Valores Sociais” representam os sentimentos de “Amor ao Próximo” e de “Amizade/Auxílio”. Neste caso, o registo de “ajuda” é o mais frequente com 26 entradas representando 43,3% da categoria e 57,8% da sua subcategoria.

Num olhar geral sobre todas as categorizações e percepções geradas em redor da Enfermagem nas VMER, será curioso verificar que os registos “Enfermeiro” e Médico” detêm 1 menção cada e que “Tratar” é representado por 4 citações sendo que 1 é registo privilegiado, e “Cuidar” por 27, sendo que 8 são registos privilegiados. Existe forte

referenciação à condução enquanto função e enquanto acto de conduzir com 28 registos. No entanto, a “Competência”, “Conhecimento”, “Formação” e a “Profissionalização” detêm um peso digno de menção com 12,3% de todos os registos, o que poderá associar-se a uma preocupação da classe na salvaguarda do processo de formação de competências para o desempenho nestes contextos específicos de trabalho.

**H3** Os Enfermeiros das VMER têm a percepção de que o lugar que ocupam nas tomadas de decisão no sector são as adequadas à dimensão do seu desempenho no SIEM.

Na questão 2.18 foi proposto aos informantes que analisassem o papel da Enfermagem enquanto detentora de um poder de decisão no que se refere à própria gestão e tomadas de decisão no sistema integrado de emergência médica português. Verifico que a maioria dos informantes (Tabela 24) demonstram elevadas dúvidas no protagonismo da Profissão junto do INEM no sentido da afectação das decisões em sede da gestão do sistema de prestação de cuidados pré-hospitalares. 30,5% dos informantes referem que a Enfermagem têm um papel escasso no processo de tomadas de decisão face ao seu desempenho no sistema.

**Tabela 24:** Percepções sobre o papel da Profissão nas estratégias de tomada de decisão em sede do SIEM

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
Discordo	45	30,4	20	30,8	65	30,5
Tenho Dúvidas	78	52,7	32	49,2	110	51,6
Concordo	25	16,9	13	20,0	38	17,8
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Quer os elementos do sexo masculino, quer os do sexo feminino (Tabela 24) concordam com idêntica ordem de grandeza que a Profissão não detém um papel tão activo quanto aquele que deveria ter nas tomadas de decisão junto do INEM, enquanto organismo coordenador do sistema de socorro em Portugal.

**H4** Os Enfermeiros das VMER reconhecem a Profissionalização do sector como uma mais-valia para a qualidade do serviço.

Se através da associação livre de significações solicitada na questão 2.1, a “Profissionalização” surgiu com um relativo impacto no computo geral dos registos (2,6%), na questão 2.19 os inquiridos foram convidados a opinar se essa profissionalização no sector contribuiria para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Tabela 25).

**Tabela 25:** Percepções sobre a profissionalização enquanto garantia de qualidade no SIEM

	Masculino		Feminino		Total	
	N	F	N	F	N	F
Discordo	13	8,8	0	0,0	13	6,1
Tenho Dúvidas	35	23,6	12	18,5	47	22,1
Concordo	100	67,6	53	81,5	153	71,8
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Verifico que a grande maioria da população inquirida confere que a profissionalização do sector contribuiria para essa melhoria de cuidados prestados (71,8%), sendo o sexo feminino mais concordante nesta opinião, com 81,5%, contra os 67,6% dos homens.

#### 4.3 Análise das percepções relativas às Competências Funcionais da Profissão

**H5** Os Enfermeiros das VMER reconhecem como suas competências a abordagem, acompanhamento e transferência hospitalar dos utentes por si assistidos.

Nesta análise univariada proponho que nos debrucemos sobre os resultados apurados das questões 2.6, 2.7, 2.9, 2.10, 2.14, 2.15, 2.17 e 3.7 do questionário, no sentido de perceber quais as percepções dos inquiridos sobre a apropriação, enquanto competências próprias, na abordagem, acompanhamento e transferência hospitalar dos utentes.

Pelos seus níveis de concordância, discordância e mesmo pelas dúvidas suscitadas, a análise destas questões parece-me curiosa nalguns pontos.

**Tabela 26:** Percepções relativas à partilha de opiniões no seio da equipa no que concerne aos cuidados a prestar

		Masculino		Feminino		Total	
		N	F	N	F	N	F
2.6 Existe uma partilha constante de opiniões no seio da equipa no que concerne aos cuidados a prestar.	Discordo	4	2,7	0	0,0	4	1,9
	Tenho Dúvidas	29	19,7	21	32,2	50	23,6
	Concordo	114	77,6	44	67,7	158	74,5
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

A partilha de opiniões e o trabalho em equipa no binómio médico-enfermeiro presente em cada VMER (Tabela 26) está presente para a grande maioria dos respondentes (74,5%). Se bem que ainda surja uma franja importante de 23,6% que detém dúvidas acerca dessa partilha.

Sendo a Enfermagem uma Profissão do Cuidar (Collière 1999), parece-me interessante que a maioria do enfermeiros inquiridos, só 34,3% acredita que o Cuidar está presente suplantando o Tratar, residindo uma dúvida na identificação da natureza dos cuidados em 38,1%. O fraccionamento das respostas apuradas não me permite uma resposta suficientemente esclarecedora ficando a dúvida de que os Enfermeiros das VMER não entendem o seu papel no Cuidar, tão bem definido quanto o é entendido no *Job Description* da Profissão, apesar de o maior pendor ser no seu reconhecimento (Tabela 27).

**Tabela 27:** Percepções relativas à abordagem Cuidar vs. Tratar

		Masculino		Feminino		Total	
		N	F	N	F	N	F
2.7 O Tratar supera o Cuidar	Discordo	44	29,9	28	44,4	72	34,3
	Tenho Dúvidas	61	41,5	19	30,2	80	38,1
	Concordo	42	28,6	16	25,4	58	27,6
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

O desempenho da equipa das VMER, apesar de ser constituída por dois elementos, ela é, nos teatros de operações, complementada pelo trabalho no local de outros intervenientes no sistema, como sejam os agentes de autoridade e, mais próximo do sector da saúde, pelos tripulantes de ambulância presentes no local. A estreita colaboração entre as partes envolvidas depende de um sem número de factores que, podendo ser citados, não serão alvo nesta análise a não ser no sentido de os ter em consideração: o número de efectivos presentes nas ocorrências, a formação específica dos próprios tripulantes presentes, a afinidade que as equipas presentes têm entre si são

alguns desses factores que poderão fazer pender o fulcro desta balança no sentido da maior ou menor colaboração. No entanto, a opinião que foi solicitada aos enfermeiros visa perceber até que ponto é que estes se poderão sentir mais apoiados para a operacionalização das suas competências próprias se, delegarem noutros profissionais tarefas menos diferenciadas (Tabela 28). A grande maioria apoia o desenvolvimento de um espírito de inter-ajuda nos teatros de operações prevendo que a delegação de tarefas menos diferenciadas nos tripulantes de ambulância, os poderá ajudar no cumprimento daquelas que são também as suas competências profissionais próprias.

Ambos os sexos apresentam percepções similares e próximas à valorização do cômputo geral das opiniões.

**Tabela 28:** Percepções relativas ao auxílio dos TA na prestação de cuidados de Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	F	N	F	N	F
2.9 O auxílio dos TA's em algumas tarefas menos diferenciadas, possibilita ao Enfermeiro o desempenho das suas competências.	Discordo	4	2,7	3	4,6	7	3,3
	Tenho Dúvidas	21	14,2	7	10,8	28	13,1
	Concordo	123	83,1	55	84,6	178	83,6
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Seguindo neste rumo da delegação de funções, e tendo presente que o processo de delegação só poderá ser efectuado se houver o reconhecimento das premissas necessárias ao seu cumprimento, ou seja, só poderão ser delegadas funções profissionais próprias entre pares da mesma profissão, os nossos informantes dividem as suas opiniões de forma pouco esclarecida mas... esclarecedora (Tabela 29).

**Tabela 29:** Percepções relativas à delegação das funções de Enfermagem noutras classes profissionais

		Masculino		Feminino		Total	
		N	F	N	F	N	F
2.10 As Competências Funcionais da Enfermagem são por vezes delegadas noutras categorias profissionais.	Discordo	51	34,5	22	33,8	73	34,3
	Tenho Dúvidas	56	37,8	20	30,8	76	35,7
	Concordo	41	27,7	23	35,4	64	30,0
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Assim, 30% dos informantes acusam uma delegação das funções da Profissão noutras categorias profissionais contribuído para este valor um maior peso do sexo feminino (35,4% contra 27,7% nos homens). A maior fatia de opiniões reside na presença de

dúvidas, o que me parece preocupante visto que esta poderá ter duas leituras: ou os informantes têm dúvidas acerca do papel da Profissão nestes ambientes, ou não sabem se as tarefas que delegam são exclusivas ou não da profissão que representam.

Uma das questões mais pertinentes nestes contextos de trabalho, envolve a condução de viaturas de emergência por parte dos profissionais de Enfermagem. Sabendo que as indicações em vigor apontam para que seja o Enfermeiro a conduzir as VMER, quer nos trajectos para as ocorrências, quer no retorno para o hospital, foi útil saber qual a opinião destes intervenientes acerca do cumprimento das suas funções durante o encaminhamento dos utentes para o hospital. Estas respostas servem para contrapor com as dadas acerca das questões da delegação de funções anteriormente abordadas. Foi perguntado se na ausência de Enfermeiro na ambulância, com o utente a caminho do hospital, as competências da Enfermagem seriam cumpridas por outras classes profissionais (Tabela 30). Curiosamente 11,8% dos opinantes assumem que sim; no entanto, o pendor recai na discordância (49,5%). Se anteriormente os enfermeiros tinham dúvidas em relação à delegação das suas funções noutras classes profissionais, agora parece-me mais claro que estes não assumem que outros possam desempenhar as suas funções na sua ausência. E nesta perspectiva ambos os sexos se comportam de forma análoga.

**Tabela 30:** Percepções relativas ao cumprimento das funções de Enfermagem durante o transporte

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.14 O Médico e/ou TA cumprem as funções do Enfermeiro durante o transporte.	Discordo	72	48,6	33	51,6	105	49,5
	Tenho Dúvidas	58	39,2	24	37,5	82	38,7
	Concordo	18	12,2	7	10,9	25	11,8
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Apesar de por poucas vezes este cenário acontecer, por vezes, e em situações de excepção, o Enfermeiro também acompanha o utente até ao hospital tal como o Médico o sempre faz. Quando esta situação acontece, esta tomada de decisão será o resultado da operacionalização do seu poder de decidir autonomamente a necessidade de acompanhamento de Enfermagem, ou será por ser convocado por outrém, ou seja, por “prescrição” médica?

De facto os dados apurados (Tabela 31) confirmam que a maioria dos opinantes afirmam que quando acompanham os utentes na ambulância até ao hospital deve-se ao

resultado de uma apelo do Médico da equipa, não se tratando pois, de uma decisão do próprio.

Nesta matéria, quer homens (46,3%) quer mulheres (51,6%) têm percepções similares.

**Tabela 31:** Percepções relativas ao acompanhamento de Enfermagem durante o transporte

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.15 Normalmente quando o Enfermeiro acompanha o utente até ao hospital, trata-se do resultado de um apelo do Médico da equipa.	Discordo	31	21,1	15	23,4	46	21,8
	Tenho Dúvidas	48	32,7	16	25,0	64	30,3
	Concordo	68	46,3	33	51,6	101	47,9
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

No que concerne à necessidade de a equipa de enfermagem de cada VMER reunir periodicamente para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes e mesmo para aferir pontos referentes à participação da Profissão no pré-hospitalar, a esmagadora maioria dos informantes concorda com esta necessidade. A responsabilidade informal da gestão de recursos humanos de cada equipa VMER é da incumbência de cada coordenador.

**Tabela 32:** Percepções relativas à necessidade de reuniões periódicas de Enfermagem para avaliação dos cuidados prestados

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.17 As equipas de Enfermagem das VMER deverão reunir periodicamente para a avaliação dos cuidados prestados.	Discordo	0	0,0	1	1,5	1	0,5
	Tenho Dúvidas	5	3,4	1	1,5	6	2,8
	Concordo	142	96,6	63	96,9	205	96,7
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Tal como outras vertentes ligadas à gestão de serviços hospitalares, a marcação de reuniões periódicas depende da forma gestonária que cada gestor intermédio de serviço utiliza no seu serviço. No entanto, neste momento e nesta investigação fica o registo (Tabela 32) da população para a importância deste tipo de iniciativas que servirão como momentos de debate e de consensos.

A necessidade de cuidados de enfermagem durante a transferência do utente até à unidade hospitalar (Tabela 33) é mais vincada nos opinantes do sexo feminino (38,5%) face aos do sexo masculino (26,5%). Para estes últimos existem muitas dúvidas acerca dessa necessidade, residindo aí a maior percentagem de respostas (44,2%).

**Tabela 33: Percepções relativas à necessidade de acompanhamento de Enfermagem durante o transporte**

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.7 No transporte para o Hospital, a presença do Enfermeiro (e do Médico) é imprescindível.	Discordo	43	29,3	16	24,6	59	27,8
	Tenho Dúvidas	65	44,2	24	36,9	89	42,0
	Concordo	39	26,5	25	38,5	64	30,2
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

É praticamente consensual que o sentido de partilha de opiniões é sustentado na prática diária nestes contextos de trabalho, quer no seio da equipa (74,5%), quer no que se refere ao poder de delegação de tarefas menos diferenciadas noutros técnicos com o pressuposto de rentabilizar o seu know-how específico (83,6%). No entanto esta partilha de funções parece-me pouco discernida a ver pela diversidade equiparada de respostas – os inquiridos dividem as suas opiniões pelas 3 respostas possíveis.

Apesar de 30,2% dos informantes referir ser imprescindível a sua presença no acompanhamento do utente até ao hospital, 42% parecem ter dúvidas a esse respeito, possibilitando que o utente possa ser transferido sem cuidados de enfermagem. Outro dado que me parece esclarecedor do sentimento de possessão dos enfermeiros em volta do seu papel no sistema, é que a maioria refere que nem o médico nem o tripulante cumprem as suas funções durante o transporte (49,5%), mas que o direito de decisão dos próprios em acompanhar ou não os utentes até ao hospital é “delegado” no médico da equipa (47,9%).

**H6 Os Enfermeiros das VMER têm a percepção da sua importância na desenvolvimento de acções de promoção e prevenção em saúde.**

Terão as equipas VMER algum tipo de responsabilidades ou aptidões para o desenvolvimento de acções de promoção e prevenção em saúde como, aliás, faz parte dos conteúdos funcionais da profissão?

Nesta questão, proponho que se explorem as respostas à questão 2.16 - “O Papel da Enfermagem nas equipas VMER deverá ter uma dimensão para além da emergência indo no sentido de acções de sensibilização comunitária para a prevenção em saúde” (Tabela 34).

**Tabela 34:** Percepções relativas ao Papel da Enfermagem na intervenção comunitária em acções de formação e prevenção em saúde

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.16 O Papel da Enfermagem nas equipas VMER deverá ter uma dimensão para além da emergência indo no sentido de acções de sensibilização comunitária para a prevenção em saúde.	Discordo	16	10,9	7	10,8	23	10,8
	Tenho Dúvidas	27	18,4	12	18,5	39	18,4
	Concordo	104	70,7	46	70,8	150	70,8
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Verifico que para 70,5% dos inquiridos esse deveria ser um papel atribuído às equipas, concordando com o desenvolvimento loco-regional deste tipo de acções de prevenção. No entanto, 10,8% dos inquiridos discordam desta possibilidade e 18,4% não têm uma opinião formada a este respeito.

**H7** Os Enfermeiros das VMER entendem estes serviços enquanto pólos locais de formação numa perspectiva da melhoria da qualidade das acções de socorro prestadas.

No que concerne à própria participação da equipa e da profissão na descentralização da formação junto de outros intervenientes no sistema de socorro, no que respeita ao desenvolvimento de acções de formação específica para prestadores de cuidados de emergência, as respostas à questão 4.8 – “As equipas VMER deverão ser acreditadas para a formação local de técnicos de saúde e de tripulantes de ambulância numa perspectiva de melhoria global da qualidade do socorro prestado às populações adstritas a cada VMER” – poderão fornecer uma perspectiva das opiniões em jogo (Tabela 35).

**Tabela 35:** Percepções relativas ao envolvimento da Enfermagem na formação local de outros técnicos de saúde na perspectiva da melhoria de cuidados prestados

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.8 As equipas VMER deverão ser acreditadas para a formação local de técnicos de saúde e de TA's numa perspectiva de melhoria global da qualidade do socorro prestado às populações adstritas a cada VMER?	Sim	138	93,9	60	92,3	198	93,4
	Não	9	6,1	5	7,7	14	6,6
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

As respostas são peremptórias: 93,4% dos inquiridos acredita na possibilidade de cada VMER constituir um pólo de descentralização do SIEM no que concerne à formação específica em emergência médica para os demais técnicos locais intervenientes nesse sistema. Esta maciça percepção consolida a ideia proveniente da análise anterior. Ou seja, os enfermeiros das VMER acreditam que cada serviço VMER deverá ter uma responsabilidade na formação de técnicos de saúde ao nível local mas, igualmente, deverá ter um papel mais interveniente no desenvolvimento de ações promocionais e preventivas em saúde junto das populações adstritas a cada serviço VMER.

#### 4.4 Análise das percepções relativas à “Condução” enquanto função apropriada

Na análise que proponho da interferência da função “condução” na percepção que os enfermeiros das VMER fazem do seu desempenho, proponho, em primeira instância, caracterizar a população dos enfermeiros das VMER que detêm a formação específica em condução de viaturas de emergência (Tabela 36).

**Tabela 36:** Distribuição da amostra quanto à posse de curso de condução para veículos de emergência

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.1 Possui algum curso de condução automóvel destinado à condução da VMER?	Sim	135	91,8	55	84,6	190	89,6
	Não	12	8,2	10	15,4	22	10,4
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

De todos os enfermeiros das VMER que receberam a formação específica em condução automóvel 5,8% não souberam definir a sua adequação ou simplesmente não responderam à segunda questão. No entanto, a grande maioria (Tabela 37) entende como satisfatória a formação específica recebida para poder conduzir a VMER (78,2%).

**Tabela 37:** Percepção dos Enfermeiros das VMER quanto à adequação da formação ministrada em condução automóvel

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.1.1 Acha adequada a formação recebida em condução automóvel?	Sim	100	78,7	40	76,9	140	78,2
	Não	27	21,3	12	23,1	39	21,8
	<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>179</b>	<b>100,0</b>

**H8** A “Condução” não interfere com a prestação de cuidados de enfermagem ao utente desde a activação e até à entrega hospitalar.

Para testar a hipótese 8 proponho a análise univariada das questões 2.3, 2.4, 2.8, 2.11, 2.12 e 2.13 do questionário.

As questões que foram colocadas e que me permitirão verificar até que ponto a função condução interfere com a prática dos cuidados de enfermagem têm os seus corolários resumidos nas tabelas seguintes.

O trabalho de enfermagem passa indiscutivelmente pela própria planificação dos cuidados a prestar. Certo de que falo de um ambiente muito particular em que essa planificação a acontecer terá lugar no espaço de tempo que medeia entre a recepção de uma indicação telefónica e a abordagem inicial do utente ou utentes. É igualmente certo, como já vimos na abordagem teórica, que esse período de tempo é preenchido pelo Enfermeiro noutras actividades.

**Tabela 38:** Percepções relativas à planificação de Cuidados de Enfermagem aquando na VMER

		Masculino		Feminino		Total	
		N	F	N	F	N	F
2.3 No percurso para a ocorrência, estabelecimento sempre uma planificação dos cuidados a prestar na situação esperada.	Discordo	8	5,6	6	9,4	14	6,8
	Tenho Dúvidas	36	25,2	19	29,7	55	26,6
	Concordo	99	69,2	39	60,9	138	66,7
	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

Acerca da planificação dos cuidados de enfermagem, perguntei aos meus informantes se estes a efectuavam (se bem que mentalmente), durante o percurso para a ocorrência e, portanto, nos momentos antecedentes à abordagem inicial do utente. As respostas foram indiscutivelmente peremptórias (Tabela 38): 69,2% dos homens e 60,9% das mulheres planificam os cuidados que se aprestam a ministrar. No entanto, foi importante acrescentar algo: a condução.

E surgem as contradições (Tabela 39): ambos os sexos dividem as suas opiniões acerca da interferência da condução na planificação. Ou seja, se esta é efectuada antes de abordagem à vítima e estando nesse período de tempo o Enfermeiro a conduzir a VMER, a atenção que este deposita num determinado período de tempo determinará o seu maior cuidado no momento.

O sexo masculino divide de forma semelhante o leque de opções de resposta; o sexo feminino tem mais dúvidas que certezas acerca do domínio das suas preocupações nesses instantes (40,0%).

**Tabela 39:** Percepções relativas à condução no trajecto para a ocorrência

	Masculino		Feminino		Total		
	N	P	N	P	N	P	
2.4 No percurso para a ocorrência, a condução ocupa-me toda a minha atenção.	Discordo	51	34,5	21	32,3	72	33,8
	Tenho Dúvidas	47	31,8	26	40,0	73	34,3
	Concordo	50	33,8	18	27,7	68	31,9
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Se bem que o Enfermeiro está presente nos cenários de operações de socorro desde o alerta inicial e até à transferência do utente na unidade hospitalar, resta saber se este sente que está de facto presente junto ao utente enquanto único prestador de cuidados de enfermagem (Tabela 40).

**Tabela 40:** Percepções relativas à continuidade da prestação de Cuidados de Enfermagem em toda a acção de socorro

	Masculino		Feminino		Total		
	N	P	N	P	N	P	
2.8 A prestação de cuidados de Enfermagem é uma constante desde a abordagem inicial à vítima e até à transferência hospitalar.	Discordo	10	6,8	1	1,5	11	5,2
	Tenho Dúvidas	28	19,0	16	24,6	44	20,8
	Concordo	109	74,1	48	73,8	157	74,1
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Ambos os sexos apontam maiorias de que a Enfermagem não “abandona” o utente durante todo o processo de socorro. No entanto parece-me que os homens são mais cépticos. 6,8% destes refere que a prestação de cuidados de enfermagem não é uma constante no processo contra 1,5% do sexo oposto.

A regra de funcionamento do sistema de socorro, como foi abordado na vertente teórica da investigação, assenta no acompanhamento médico e no acompanhamento de enfermagem ao volante da VMER até ao hospital. No entanto, excepções existem em que são necessários os dois elementos (médico e enfermeiro) na ambulância. Nesses casos, interessa-me saber se, essa decisão é tomada por justa directiva do Enfermeiro, ou se esta recai numa forma de “prescrição médica” (Tabela 41).

As respostas são de facto conclusivas: a decisão para o acompanhamento de Enfermagem quando este acontece, não cabe ao Enfermeiro da equipa. 46,3% dos homens corrobora esta visão apesar de se mostrarem poucos esclarecidos com 46,9% de

dúvidas a este respeito. O sexo feminino é mais esclarecido e, penso, esclarecedor: menos dúvidas presentes acerca deste assunto (39,1%), e, 46,9% afirma não passar pelo Enfermeiro a tomada desta decisão contra apenas 14,1% que acreditam que esta decisão tem sido da Enfermagem.

Os resultados globais apontam no sentido de este acompanhamento ser proveniente da decisão de outrém, cerca de 44,5% tem dúvidas acerca de origem de tal decisão e apenas 9,0% vê ser a Enfermagem a tomar as rédeas da decisão de acompanhar o utente. Todas esta temática relança-me na discussão da percepção que os Enfermeiros das VMER têm do seu papel no pré-hospitalar.

**Tabela 41:** Percepções relativas à tomada de decisão para o acompanhamento do utente pelo Enfermeiro

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.11 O acompanhamento de Enfermagem até ao hospital constitui uma decisão do Enfermeiro.	Discordo	68	46,3	30	46,9	98	46,4
	Tenho Dúvidas	69	46,9	25	39,1	94	44,5
	Concordo	10	6,8	9	14,1	19	9,0
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 42:** Percepções relativas à necessidade de acompanhamento de Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.12 O acompanhamento do utente por Médico e/ou TA dispensa a presença de Enfermeiro.	Discordo	102	68,9	40	61,5	142	66,7
	Tenho Dúvidas	44	29,7	24	36,9	68	31,9
	Concordo	2	1,4	1	1,5	3	1,4
	<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>

Um dado parece-me certo: a grande maioria dos informantes não vê que o acompanhamento dos utentes em ambulâncias acompanhados simplesmente por médico e tripulante de ambulância possa em situação alguma dispensar a presença da Enfermagem a bordo (Tabela 42). 66,7% dos inquiridos percebe que nem médico nem TA dispensam o Enfermeiro a bordo da ambulância sendo que, os indivíduos do sexo masculino são mais expressivos que os do sexo oposto (68,9% contra 61,5%).

Todas estas questões abrem a questão que por mim foi colocada no questionário no sentido de poder trazer alguma clarificação acerca desta problemática: com o Enfermeiro a conduzir a VMER até ao hospital, logo, sem contacto directo com o utente, e no entender destes operacionais, haverá ou não uma suspensão temporária na prestação de cuidados de enfermagem?

As respostas apuradas convergem num sentido não muito díspar das conclusões anteriores (Tabela 43). A maioria de ambos os sexos assume que essa suspensão nos cuidados é uma realidade (57,1% para os homens e 60,0% para as mulheres). No computo geral, 58,0% dos inquiridos concorda que existe de facto suspensão, 24,1% tem dúvidas se essa suspensão de facto acontece e, 17,9% assume que apesar da distância entre Enfermeiro e utente, os cuidados de Enfermagem continuam a ser prestados.

**Tabela 43:** Percepções relativas à Condução enquanto tarefa inibidora da prestação de cuidados de Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
2.13 No transporte para o hospital, e com o Enfermeiro ao volante da VMER, existe uma suspensão temporária na prestação de Cuidados de Enfermagem.	Discordo	27	18,4	11	16,9	38	17,9
	Tenho Dúvidas	36	24,5	15	23,1	51	24,1
	Concordo	84	57,1	39	60,0	123	58,0
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

**H9** Existe relação entre o Sexo dos Enfermeiros das VMER e a percepção que estes detêm no reconhecimento enquanto suas, das funções ligadas à condução e manutenção de viaturas nestes contextos de trabalho.

Para testar a hipótese 9 recorri à análise bivariada com o intuito de analisar se existe relação entre as variáveis em estudo.

Apesar da presente investigação não ter como objectivos identificar as causas da procura privilegiada de elementos do sexo masculino em detrimento dos do sexo feminino por este ramo de actividade, torna-se de certa forma fácil associar determinadas tarefas ditas “mais pesadas” ao sexo masculino. Provavelmente fruto do peso de valores sociais e de processos de socialização intrínsecos à nossa sociedade.

No entanto, e voltando ao estudo, interessa-me verificar por ora, a existência ou não de relação entre determinadas tarefas ligadas à condução e manutenção automóvel e o Sexo dos Enfermeiros das VMER.

Numa primeira análise, será que só podem prestar cuidados de Enfermagem os profissionais do sector que entendam ser esta uma competência própria nestes contextos de trabalho? Ou seja, será que todos os outros que, apesar de manifestarem vontade mas

não terem o “gosto” pela condução de emergência, não poderão ingressar neste sector de actividade?

Usando o teste de inferência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), verifiquei haver somente uma tendência para existir uma relação entre o Sexo dos Enfermeiros e a necessidade de possuir como competência própria a condução de viaturas de emergência (3.1). De facto,  $\chi^2=4,625$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,099$  denota essa fraca independência entre as duas variáveis (Tabela 44). Não obstante serem os homens a denotarem um maior pendor positivo acerca da competência apresentada (69,2%), os indivíduos do sexo oposto apesar de também crerem que esta deva constituir competência própria (53,8%) denotam no entanto mais dúvidas acerca do assunto (29,2%).

**Tabela 44:** Percepções relativas à condução enquanto competência de Enfermagem nestes contextos de trabalho em função do Sexo

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.1 Para desempenhar funções de Enfermeiro na VMER, deve ter como competência própria, a condução de viaturas de emergência.	Discordo	17	11,6	11	16,9	28	13,3
	Tenho Dúvidas	28	19,2	19	29,2	47	22,3
	Concordo	101	69,2	35	53,8	136	64,5
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

No que concerne às actividades ligadas à manutenção da operacionalidade da viatura como competências da Enfermagem nestes contextos de trabalho, existe uma relação fraca entre esta variável e o Sexo dos respondentes.

**Tabela 45:** Percepções relativas às tarefas associadas à manutenção da viatura por parte da Enfermagem nestes contextos de trabalho em função do Sexo

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.2 Compete ao Enfermeiro nestes contextos de trabalho, verificar a operacionalidade da viatura (óleo, combustível, pneumáticos,...)	Discordo	23	15,8	19	29,2	42	19,9
	Tenho Dúvidas	40	27,4	20	30,8	60	28,4
	Concordo	83	56,8	26	40,0	109	51,7
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Para  $\chi^2=6,756$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,034$  existe uma associação fraca entre estas variáveis sendo que os homens são mais peremptórios na confirmação desta competência enquanto da Enfermagem nestes contextos laborais. Os indivíduos do sexo feminino são menos precisos a este respeito sendo que 29,2% discordam e 30,8% têm dúvidas associadas (Tabela 45). Ou seja, os homens assumem mais facilmente que estas funções são da Enfermagem nestes contextos de trabalho.

Mas... será que estes também vêem que o seu papel enquanto Enfermeiros seria mais otimizado se as não tivessem a seu cargo? Haverá também relação entre esta percepção e o sexo dos Enfermeiros inquiridos?

Existe de facto relação estatisticamente significativa entre estas variáveis para um  $\chi^2 = 8,118$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,017$ . 40,0% do indivíduos do sexo feminino acreditam que o seu trabalho seria otimizado se não tivessem a seu cargo as tarefas ligadas à manutenção da viatura e que, 38,8% dos homens têm opinião contrária (Tabela 46).

**Tabela 46:** Percepções relativas à optimização do papel da Enfermagem e as tarefas ligadas à viatura

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.3 O Papel do Enfermeiro da VMER será mais optimizado se este não tiver como atribuições as tarefas ligadas à viatura	Discordo	57	38,8	14	21,5	71	33,5
	Tenho Dúvidas	55	37,4	25	38,5	80	37,7
	Concordo	35	23,8	26	40,0	61	28,8
<b>Total</b>		<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Da mesma forma existe uma relação estatisticamente significativa entre a necessidade de possuir a competência específica de condução para o desempenho de funções nas VMER e o Sexo dos informantes (para  $\chi^2 = 5,393$ ,  $gl=1$ ,  $p=0,020$ ). Os indivíduos do sexo masculino são mais precisos a assegurar que tal competência deverá fazer parte do *Job Description* da Profissão nestes ambientes de trabalho. As mulheres dividem as suas opiniões pelas duas possibilidades de resposta antagónicas (Tabela 47).

**Tabela 47:** Percepções relativas à exigência da competência em condução para o desempenho da Enfermagem nas VMER em função o Sexo

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.2 Sente que só poderá ser Enfermeiro na VMER aquele que tiver aprovada a competência específica em condução?	Sim	100	69,0	34	52,3	134	63,8
	Não	45	31,0	31	47,7	76	36,2
	<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

No entanto, foi inquirido junto da população alvo, se esta tem a percepção de que o facto de ser o Enfermeiro a conduzir a VMER, constituiria factor condicionador do acesso a este sector da saúde por parte da Profissão. De facto ambos os sexos se comportam de idêntica forma não havendo por isso uma relação de associação entre estas variáveis ( $\chi^2 = 182$ ,  $gl=1$ ,  $p=0,670$ ). Inclusivamente são as mulheres que detêm uma maior expressividade quando afirmam que este não constitui de todo inibição ao acesso dos Enfermeiros ao ingresso nas equipas VMER (73,4% para 70,5% dos

homens). No entanto saliento que 28,6% dos informantes assumem que este facto poderá condicionar o ingresso dos colegas nas equipas (Tabela 48).

**Tabela 48:** Percepções relativas à Condução enquanto factor condicionador do acesso dos Enfermeiros às VMER

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.3 Sente que o facto de ser o Enfermeiro a conduzir a VMER, constitui uma factor de eliminação de potenciais candidatos?	Sim	103	70,5%	47	73,4%	150	71,4%
	Não	43	29,5%	17	26,6%	60	28,6%
	<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

Em investigação, e mediante as respostas que forem apuradas, vão surgindo cenários hipotéticos que corroborem as opiniões dos nossos informantes.

Sendo a condução das VMER uma actividade desempenhada pela Profissão que suscita a divisão de opiniões, perguntei à população se, num futuro, esta função passasse a ser assegurada por outro alguém e, por consequência o Enfermeiro tripulasse a VMER no lugar traseiro desta, se estaria ou não disposto a continuar a trabalhar neste sector de actividade (Tabela 49).

**Tabela 49:** Percepções relativas à Condução enquanto factor condicionador da continuidade do desempenho de funções pela Enfermagem nas VMER

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.4 Continuarla a exercer funções se deixasse de conduzir a VMER e, por consequência, passasse a ocupar o lugar traseiro da VMER?	Sim	101	70,6	52	82,5	153	74,3
	Não	42	29,4	11	17,5	53	25,7
	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>

A grande maioria das opiniões aponta para que continuaria, não obstante deixar de assegurar a condução da viatura. Mais uma vez, as mulheres são mais expressivas que os homens: 82,5% contra 70,6% dos homens garantem essa continuidade na prestação. No inverso, claro, são os homens que em maior número relativo se opõem a essa mudança com 29,4% contra 17,5% das mulheres. No entanto não existe uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis para um  $\chi^2 = 3,247$ ,  $gl=1$ ,  $p=0,072$ .

#### 4.5 Análise das percepções relativas à Autonomia na prestação de cuidados envolvendo técnicas específicas

**H10** Os Enfermeiros das VMER consideram a prestação de técnicas de SAV homologadas superiormente por *guidelines*, como sendo cuidados independentes nestes contextos de trabalho.

A formação específica ministrada aos novos elementos Enfermeiros das VMER comporta a aquisição de habilidades ao nível do saber saber e do saber fazer em SBV e SAV.

Trata-se, contudo de uma formação que surge para esta classe profissional praticamente nestes contextos de trabalho visto que os planos curriculares escolares são quase isentos destas temáticas.

Neste sentido, inquiri junto destes profissionais se entendiam que as técnicas de SAV seriam actos autónomos ou interdependentes de Enfermagem. Ou seja, com esta abordagem, pretendo saber se os Enfermeiros ao receberem a mesma formação específica que os médicos passam a assumir que estes actos constituem também funções próprias da Profissão nestes contextos de trabalho.

Tendo como condição a prestação destas técnicas norteados por *guidelines* superiormente homologadas, ambas os sexos apoiaram que as técnicas de SAV deveriam constituir actos autónomos da Enfermagem nestes ambientes laborais. A Tabela 50 vem confirmar a tendência da amostra apresentada na tabela anterior.

**Tabela 50:** Percepções relativas à prestação de medidas de SAV enquanto cuidados autónomos da Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.4 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como competência própria e independente, a prestação de SAV de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.	Discordo	15	10,3	4	6,2	19	9,0
	Tenho Dúvidas	29	20,0	14	21,5	43	20,5
	Concordo	101	69,7	47	72,3	148	70,5
	<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>

69,7% dos homens e 72,3% das mulheres concordam que a prestação de SAV deverá ser uma competência autónoma da Enfermagem mediante os *guidelines* superiormente homologados (Tabela 50).

**Tabela 51:** Percepções relativas à prestação de medidas de SAV enquanto cuidados interdependentes da Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.5 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como competência própria e dependente, a prestação de SAV de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.	Discordo	56	38,9	22	35,5	78	37,9
	Tenho Dúvidas	46	31,9	22	35,5	68	33,0
	Concordo	42	29,2	18	29,0	60	29,1
	<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>206</b>	<b>100,0</b>

A tendência é confirmada quando se inquiriu a mesma população sobre o oposto: se não sendo autónomo, estes actos deveriam ser entendidos enquanto interdependentes.

O pendor foi o oposto, embora de forma menos expressiva: 38,9% dos homens manifestaram-se discordantes face a 35,5% das mulheres a corroborar a mesma opinião (Tabela 51).

**H11** Os Enfermeiros das VMER consideram a prestação de técnicas de mobilização em Trauma homologadas superiormente por *guidelines*, como sendo independentes nestes contextos de trabalho.

À semelhança da análise processada anteriormente, também as técnicas específicas de socorro em Trauma são ministradas a estes Enfermeiros de forma particular para o desempenho nas viaturas médicas. A pergunta colocada caminha para o mesmo sentido: transitarão estas técnicas, segundo as percepções dos nossos informantes, em procedimentos/actos interdependentes para a Profissão?

**Tabela 52:** Percepções relativas à prestação de medidas de abordagem em trauma enquanto cuidados autónomos da Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
3.6 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como competência própria e independente, a prestação de técnicas de remoção, extracção e imobilização em Trauma de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.	Discordo	9	6,1	5	7,7	14	6,6
	Tenho Dúvidas	15	10,2	6	9,2	21	9,9
	Concordo	123	83,7	54	83,1	177	83,5
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

De acordo com os resultados apurados (Tabela 52), ambos os sexos corroboram com idêntica ordem de grandeza de que estas deverão constituir actos autónomos no desempenho da Enfermagem.

83,7% do sexo masculino e 83,1% do sexo feminino têm esta percepção para uma globalidade de 83,5% do total da população inquirida.

#### 4.6 Análise das percepções relativas à formação específica para o desempenho no Pré-Hospitalar

**H12** Os Enfermeiros das VMER consideram que os cursos de Licenciatura deverão contemplar nos seus planos de estudos as temáticas específicas ao desempenho no pré-hospitalar.

Deveriam estes conhecimentos adquiridos especificamente para o desempenho no pré-hospitalar ser alargados para toda a Profissão através da sua inclusão nos planos curriculares das escolas de Enfermagem, ou, ser alvo de estudos pós-graduados que passariam a constituir obrigatoriedade para o seu desempenho? De outra forma, inquirimos os nossos informantes se este corpo de saberes específicos deveria continuar a ser ministrado da presente forma somente para a população dos Enfermeiros das VMER, ou se esta formação poderia/deveria ser alargada e/ou ministrada sob a forma de pós-graduação na área.

**Tabela 53:** Percepções relativas à importância da introdução de noções de SAV nos planos de estudo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.5 Identifica como sendo fundamental ver incluída a formação específica em SAV para o desempenho da Profissão de uma forma geral?	Sim	141	95,9	63	96,9	204	96,2
	Não	6	4,1	2	3,1	8	3,8
	<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

Acerca da inclusão de noções de SAV (Tabela 53) e de socorro em Trauma (Tabela 54), a população inquirida também é peremptória: 96,2% e 80,7% respectivamente, concordam com a sua inclusão na formação base dos Enfermeiros. Não identifico

diferenças significativas, quer para homens, quer para as mulheres inquiridas. Ambos os sexos manifestam as mesmas percepções nos casos colocados.

**Tabela 54:** Percepções relativas à importância da introdução de noções de abordagem em Trauma nos planos de estudo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.6 Identifica como sendo fundamental ver incluída a formação específica em técnicas de remoção, extração e imobilização em Trauma para o desempenho da Profissão de uma forma geral?	Sim	115	78,2	56	86,2	171	80,7
	Não	32	21,8	9	13,8	41	19,3
<b>Total</b>		<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 55:** Percepções relativas à necessidade de reconhecer as técnicas específicas pré-hospitalares em estudos pós-graduados enquanto exigência para o desempenho

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.7 Estas técnicas deverão ser alvo de estudos pós-graduados os quais deverão ser exigências para a prática da Enfermagem no Pré-Hospitalar?	Sim	111	75,5	50	76,9	161	75,9
	Não	36	24,5	15	23,1	51	24,1
<b>Total</b>		<b>147</b>	<b>100,0</b>	<b>65</b>	<b>100,0</b>	<b>212</b>	<b>100,0</b>

A par da classe médica, a criação de uma competência específica em emergências médicas, foi colocada quando inquirimos os nossos informantes sobre a sua percepção em remeter este corpo de conhecimento específicos para uma formação em sede de pós-graduação. Mais, se esta pós-graduação seria condição para o desempenho nestes ambientes.

De forma idêntica, homens e mulheres detêm as mesmas percepções: 75,5% e 76,9%, respectivamente, concordam com esta visão de colocar estes estudos em pós-graduações e dotá-las de um cariz obrigatório para a prática do pré-hospitalar (Tabela 55).

**H13** Os Enfermeiros das VMER concordam com o actual modelo de reavaliação e recertificação de competências em prática no sector.

O sistema de emergência médica em vigor contempla formações com cariz de revalidação de competências em cada período de 3 anos sensivelmente. Ou seja, quem já pratica recebe nova formação e presta provas que poderão ou não ditar o seu afastamento das equipas.

Será que os nossos inquiridos concordam com este modelo de “avaliação de competências”?

No cômputo geral (Tabela 56), a maioria dos opinantes afirma-se de acordo (67,1%) sendo que são as mulheres as maiores defensoras desta modalidade formativa com 70,3% (face a 65,7% nos homens). Saliento contudo que 32,9% da amostra não concorda com as regras deste “jogo” sendo que são os homens os maiores opositores com 34,3% face a 29,7% das mulheres.

**Tabela 56:** Percepções relativas ao modelo de recertificação das competências em emergência médica em vigor nas VMER

		Masculino		Feminino		Total	
		N	P	N	P	N	P
4.9 As recertificações das tripulações VMER deverão ser periódicas com carácter eliminatório?	Sim	94	65,7	45	70,3	139	67,1
	Não	49	34,3	19	29,7	68	32,9
	<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>207</b>	<b>100,0</b>

#### 4.7 Análise das percepções relativas às VMER enquanto organizações hospitalares

**H14** Os atributos oportunidade de formação e progressão, interesse pelo bem estar dos colaboradores, clima cooperativo, autonomia e responsabilidade, liberdade de organização, facilidade de contactos sociais, remuneração, e, incentivo ao desenvolvimento pessoal e profissional são adoptados pelas organizações VMER.

A Escala de satisfação dos Enfermeiros face às VMER enquanto Organizações Hospitalares (*SatVMER*) é, conforme abordado na metodologia, composta por 8 itens.

**Quadro 7:** Medidas de localização e de tendência central dos itens da Escala SatVMER

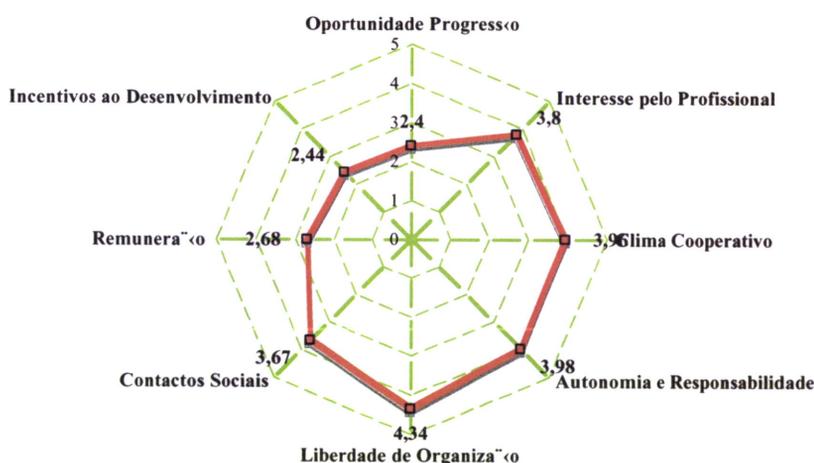
Itens	Descrição	Média	Mediana	Moda	DP
5.1	A oportunidade de formação e progressão na Profissão estão presentes neste serviço VMER.	2,40	2	3	1,13
5.2	Os dirigentes da organização VMER a que pertencço, interessam-se pela minha pessoa.	3,80	4	5	1,15
5.3	O meu serviço VMER possui um clima cooperativo.	3,96	4	4	0,85
5.4	A Autonomia e a Responsabilidade são características culturais da minha organização VMER.	3,98	4	4	0,83
5.5	Existe liberdade para organizar o trabalho e a minha vida pessoal.	4,34	4	5	0,69
5.6	O meu serviço VMER é facilitador de contactos sociais e de convívio.	3,67	4	4	1,00
5.7	O meu trabalho na VMER é bem remunerado.	2,68	3	3	1,18
5.8	No meu serviço VMER, existe uma política de incentivos ao desenvolvimento pessoal e profissional.	2,44	2	3	1,11

Fazendo uma abordagem estatística às medidas de localização e de tendência central de cada um dos ítems, isto por se tratarem de variáveis ordinais, a informação mais relevante acerca destas variáveis refere-se às frequências simples e acumuladas, à moda e às estatísticas de ordem.

Os dados apurados (Quadro 7) concretizam a ideia inicial de heterogeneidade nas percepções nalguns dos ítems colocados à discussão. Revela-se uma maior valorização (4,34) quanto à liberdade de organização colocada à disposição dos Enfermeiros das VMER, sendo corroborada esta imagem com o menor desvio padrão (0,69).

Nesta escala de 5 valorizações possíveis, adquirem valores médios negativos as valorizações, colocadas a *sombreado*, que referenciam as oportunidades de progressão e de formação dentro dos serviços VMER (2,40) e, a existência de políticas internas de estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos Enfermeiros (2,44). Segue-se, com uma média de 2,68, a valorização da remuneração auferida nestes serviços.

**Gráfico 18:** Valores Médios dos ítems da Escala SatVMER



Pelo Gráfico 18, conseguimos uma imagem visual da distribuição das médias de cada um dos ítems da escala. Verifico que, aos olhos dos informantes, as VMER têm em média melhores desempenhos enquanto organizações, pelo interesse que demonstram pelos seus colaboradores, pelo clima cooperativo que desenvolvem, pela autonomia e responsabilidade que delegam e pela liberdade que propiciam na organização quer do trabalho quer da vida pessoal dos seus colaboradores. Surgem mais carenciados os aspectos ligados à remuneração, ao incentivo ao desenvolvimento profissional e às

oportunidades criadas para progressão e formação. A possibilidade de este ser um serviço que favoreça contactos sociais adquire para os informantes valores intermédios. A Escala SatVMER revela-nos de outra forma os níveis de satisfação que os nossos informantes revelam acerca dos serviços VMER onde trabalham de acordo com a globalidade dos 8 itens presentes. Para esta escala, os valores a aferir podem situar-se num universo dos 8 aos 40 valores. Mas na amostra em causa (Quadro 8), a escala adquire como mínimo apurado 13 e como máximo de satisfação 38, para uma média de 27,22. Contudo, até metade dos inquiridos valoriza a sua satisfação em 28 sendo a moda de 31 com um desvio padrão de 5,05 valores.

**Quadro 8:** Medidas de localização e de tendência central da Escala SatVMER

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	DP
Escala de Satisfação dos Enfermeiros face às VMER (SatVMER)	13	38	27,22	31	28	5,05

Como é então entendida a satisfação dos Enfermeiros pelos serviços VMER estudados? Como se distribuem os níveis de satisfação dos Enfermeiros pelas diferentes VMER? Para esta análise, e tal como referenciado na metodologia iremos usar os testes paramétricos *t* para amostras não relacionadas e ANOVA.

#### Estudo da SatVMER em função das Características Sócio-Demográficas da Amostra

**Quadro 9:** Estudo da SatVMER em função das Características Sócio-Demográficas da Amostra

Item	Descrição	$\chi^2$	$p$	$\phi^2$	$\phi$
1.0	VMER	–	6,495	26	0,000
1.1	Sexo	0,433	–	208	0,665
1.2	Idade	–	1,176	2	0,331
1.3	Tempo Profissional Total	–	0,176	2	0,847
1.4	Tempo Profissional na VMER	1,434	–	201	0,153
1.5	Habilitações Académicas	–	1,423	3	0,237
1.6	Vínculo Profissional à VMER	-1,492	–	194	0,137
1.7	Vencimento Líquido/Hora na VMER	–	4,407	2	0,014
1.8	Número médio de turnos/mês na VMER	–	3,724	9	0,000
1.9	Número de horas semanais de trabalho no hospital de origem	–	0,437	2	0,647

Para a análise seguinte proponho que se atente para o Quadro 9.

Quanto à variável “VMER”, as diferenças nos níveis de satisfação variam de facto de VMER para VMER. Uma diferença estatística altamente significativa ( $p=0,000$ )

comprovada com o teste de Bonferroni. Por motivos de legítimo anonimato e protecção dos dados facultados, creio não ser adequado a identificação das VMER alvo da maior e menor satisfação pelos profissionais inquiridos.

Quanto ao “Sexo”, não existe uma diferença estatística significativa entre os dois sexos aceitando-se para o caso a hipótese nula de igualdade da variâncias com um Teste de Levene de  $F=0,599$ ,  $p=0,440$ . Ou seja, o sexo dos informantes não é determinante na variação do nível de satisfação face às VMER.

Também não existe diferença estatística significativa entre a “Idade” dos informantes os níveis de satisfação face às VMER onde desempenham funções ( $F=1,176$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,311$ ). Da mesma forma, o “Tempo Profissional Total” não faz depender a forma como os Enfermeiros das VMER se sentem ou não satisfeitos ( $F=0,167$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,847$ ). Quanto ao “Tempo Profissional na VMER”, conforme o Teste de Levene ( $F=0,167$ ,  $p=0,683$ ) é aceite a hipótese nula de igualdade de variâncias entre os grupos. Assim, não existe diferença estatística significativa entre os Enfermeiros que trabalham há mais ou menos tempo nas VMER e os níveis de satisfação por eles apresentados face a estas organizações ( $t=1,434$ ,  $gl=201$ ,  $p=0,153$ ).

As “Habilitações Académicas” também não apresentam uma relação estatisticamente significativa com a percepção da satisfação face às VMER. Apesar disso, as maiores diferenças existem entre os Bacharéis e os Licenciados (Bonferroni:  $p=0,458$ ). A relação das variâncias entre os grupos apresentam um  $F=1,423$ ,  $gl=3$ ,  $p=0,237$ . De forma análoga, os grupos de informantes “Quadro” e “Não Quadro” também não se comportam de forma diferente entre si quanto aos seus níveis e satisfação. Para o Teste de Levene aceita-se a igualdade de variâncias ( $F=0,225$ ,  $p=0,635$ ), sendo que  $t=-1,492$ ,  $gl=194$ ,  $p=0,137$ . Ou seja, os diferentes “Vínculos” não afectam a satisfação dos Enfermeiros.

Existe contudo, uma diferença estatisticamente significativa entre o “Vencimento Ilíquido/Hora na VMER” e os níveis de satisfação apresentados ( $F=4,407$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,014$ ) sendo que as maiores diferenças são, como seria de esperar entre os grupos que ocupam os lugares extremos no valor hora paga na VMER. O Teste de Bonferroni aponta para uma maior diferença entre quem auferem até 10€ e os que auferem entre 15 e 20€ ( $p=0,011$ ) constituindo os últimos o grupo mais satisfeito.

Curiosamente, quanto ao “Número Médio de Turnos/Mês na VMER”, os resultados apurados parecem de alguma forma bizarros. Senão vejamos: existe de facto uma diferença altamente significativa entre as duas variáveis em estudo ( $F=3,724$ ,  $gl=9$ ,

$p=0,000$ ), contudo, num cenário que comporta indivíduos dos 3 aos 12 turnos mensais, surge o grupo de indivíduos que desempenha 8 turnos média/mês mais insatisfeito face aos que trabalham médias de 2, 5, 6 e 7 turnos. Parece curioso que apesar desta relação, que o nível de significância apurado para estas variáveis não resulta do “confronto” entre os grupos que ocupam posições antagónicas.

Quanto ao “Número de Horas de Trabalho no Serviço Hospitalar de Origem”, não parece haver diferença estatística significativa com os níveis de satisfação apurados ( $F=0,437$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,647$ ).

Em resumo, os níveis de satisfação dos Enfermeiros face às VMER enquanto organizações parece depender do serviço “VMER” em si, do “Vencimento Ilíquido/Hora” e, o “Número Médio de Turnos/Mês na VMER”.

#### Estudo da *SatVMER* em função das percepções face à Competências Funcionais da Enfermagem nas VMER

**Quadro 10:** Estudo da *SatVMER* em função das Percepções face às Competências Funcionais da Enfermagem nas VMER

Ítem	Descrição	$F_{(2)}$	$gl$	$p$
2.9	O auxílio dos TA's em algumas tarefas menos diferenciadas, possibilita ao Enfermeiro o desempenho das suas competências.	2,378	2	0,095
2.10	As Competências Funcionais da Enfermagem são por vezes delegadas noutras categorias profissionais.	0,263	2	0,769
2.11	O acompanhamento de Enfermagem até ao hospital constitui uma decisão do Enfermeiro.	3,867	2	0,022
2.12	O acompanhamento do utente por médico e/ou TA, dispensa a presença de Enfermeiro.	1,268	2	0,284
2.13	No transporte para o hospital, e com o Enfermeiro ao volante da VMER, existe uma suspensão temporária na prestação de cuidados de Enfermagem.	1,161	2	0,315
2.18	O poder de decisão ou de afectação de decisão por parte da Enfermagem junto do INEM é o apropriado para a dimensão da participação da Profissão no pré-hospitalar.	3,057	2	0,049
2.19	A Profissionalização das VMER seria uma condição de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.	0,621	2	0,538

Na análise seguinte, reportemo-nos à informação inscrita no Quadro 10.

Mais uma vez o estudo incidiu para cada uma das variáveis, sobre os 3 grupos independentes nelas consagrados: os discordantes, os concordantes e os detentores de dúvidas.

De todos os ítems abordados e que abordam competências funcionais da Profissão, identifiquei somente uma variável que assume uma relação estatisticamente significativa com os níveis de satisfação dos Enfermeiros nas VMER. De facto, os indivíduos que concordam que a decisão do acompanhamento de Enfermagem do utente até ao Hospital é da Enfermagem apresentam níveis médios de satisfação superiores aos que discordam ( $F=3,867$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,022$ ) para um Bonferroni entre Discordantes e Concordantes de  $-3,392$  e um  $p=0,020$ .

Também com uma fraca relação estatisticamente significativa ( $F=3,057$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,049$ ), surge a concordância com o facto de a Enfermagem deter junto do INEM um papel decisório nas tomadas de decisão no que concerne ao SIEM. Esta relação com a satisfação dos profissionais inquiridos faz-se também à custa das duas opiniões antagonistas. Realce a que os maiores níveis de satisfação provêm daqueles que concordam que esse papel nas tomadas de decisão está de acordo com a representação da profissão no sector, apesar de, com fraca relação estatística (Bonferroni:  $2,456$ ,  $p=0,054$ ).

Nos restantes ítems, não identifiquei relação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas e os níveis de satisfação dos Enfermeiros e as VMER enquanto organizações.

#### Estudo da *SatVMER* em função da apropriação de competências não contempladas no *Job Description* da Profissão

O nível de satisfação dos nossos informantes dependerá do cumprimento das tarefas que não fazendo parte do *Job Description* da Profissão, fazem parte do seu dia-a-dia na VMER?

Na abordagem que por ora proponho aos dados inseridos no quadro seguinte (Quadro 11) identifiquei alguns pontos curiosos.

O facto de as técnicas de SAV e de abordagem em Trauma serem ou não consideradas como competências próprias da Profissão, nestes contextos de trabalho, não interfere de forma estatisticamente significativa para os níveis de satisfação dos Enfermeiros.

Todavia, e no que concerne às tarefas ligadas à condução e à viatura em si, o cenário já é diferente. Senão vejamos: existe diferença estatisticamente significativa entre a satisfação demonstrada e o facto de a condução constituir competência própria, sendo que os mais satisfeitos são os que concordam com este assunto ( $F=3,401$ ,  $gl=2$ ,

$p=0,035$ ). De igual maneira, o facto de ser o Enfermeiro a cumprir as tarefas que visam a verificação da operacionalidade das viaturas, situam-se com uma maior nível de satisfação aqueles que concordam que estas são dos próprios nestes ambientes laborais ( $F=3,464$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,033$ ).

No entanto, curiosamente, o nível de satisfação demonstrado relaciona-se de forma estatisticamente significativa com o facto de estes entenderem que se não tivessem que cumprir as tarefas atrás citadas, o seu trabalho enquanto enfermeiros sairia mais optimizado ( $F=4,955$ ,  $gl=2$ ,  $p=0,008$ ).

Assinalo também que, o nível de satisfação tem uma relação estatística significativa com as diferenças apuradas de entre os grupos que opinaram sobre o facto de ser imprescindível o acompanhamento de Enfermagem até ao hospital (conjuntamente com o Médico). Curiosamente, situam-se com maiores níveis de satisfação aqueles de detêm dúvidas acerca do assunto face aqueles que concordam com este acompanhamento.

**Quadro 11:** Estudo da *SatVMER* em função das apropriações de competências não contempladas no *Job Description* da Profissão

Ítem	Descrição	t	df	p	
3.1	Para desempenhar funções na VMER, deverei ter como competência própria, a condução de viaturas de emergência.	--	3,401	2	0,035
3.2	Compete ao Enfermeiro nestes contextos de trabalho, verificar a operacionalidade da viatura (óleo, combustível, pneumáticos,...)	--	3,464	2	0,033
3.3	O Papel do Enfermeiros da VMER será mais optimizado se este não tiver como atribuições as tarefas ligadas à viatura.	--	4,955	2	0,008
3.4	Para desempenhar funções na VMER, deverei ter como competência própria e independente, a prestação de SAV de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.	--	0,187	2	0,830
3.6	Para desempenhar funções na VMER, deverei ter como competência própria e independente, a prestação de técnicas de remoção/extração/imobilização em Trauma de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.	--	1,496	2	0,227
3.7	No transporte para o hospital, a presença do Enfermeiro (e do Médico) é imprescindível.	--	3,633	2	0,028
4.2	Sente que só poderá ser Enfermeiro na VMER aquele que tiver aprovada a competência específica em condução?	1,842	--	206	0,067
4.3	Sente que o facto de ser o Enfermeiro a conduzir a VMER, constitui um factor de eliminação de potenciais candidatos?	-0,763	--	206	0,446
4.4	Continuaria a exercer funções se deixasse de conduzir a VMER e, por consequência, passasse a ocupar o lugar traseiro da VMER?	0,724	--	202	0,470

Existe uma tendência para a relação entre a satisfação demonstrada pelas VMER e o facto de os informantes entenderem que só com o curso de condução é que poderão desempenhar funções nas VMER ( $t=1,842$ ,  $gl=206$ ,  $p=0,067$ ). Não existe relação estatística entre a percepção de que a condução poderá constituir factor de eliminação de potenciais candidatos e a satisfação ( $t=-0,763$ ,  $gl=206$ ,  $p=0,446$ ), nem desta com a

possibilidade do Enfermeiro ocupar o lugar traseiro da viatura se deixasse eventualmente de ser ele a conduzir a VMER ( $t=0,724$ ,  $gl=202$ ,  $p=0,470$ ).

### Estudo da *SatVMER* em função da percepção da adequação da formação específica ministrada (Quadro 12)

O facto de possuírem ou não curso de condução específica para o desempenho de funções na VMER, não detém uma relação estatisticamente significativa com os níveis de satisfação apresentados pelos grupos ( $t=0,625$ ,  $gl=208$ ,  $p=0,533$ ). No entanto este já apresenta diferença de variâncias entre grupos para a forma como é identificada a adequação da formação em condução automóvel recebida ( $t=2,259$ ,  $gl=176$ ,  $p=0,025$ ). O facto de as recertificações para o desempenho de funções na VMER terem carácter periódico e eliminatório não se relaciona de forma estatisticamente significativa com a satisfação dos Enfermeiros inquiridos.

**Quadro 12:** Estudo da *SatVMER* em função da percepção da adequação da formação específica ministrada

Ítem	Descrição	$t$	$gl$	$p$
4.1	Possui algum curso de automóvel destinado à condução da VMER?	0,625	208	0,533
4.1.1	Acha adequada a formação recebida em condução automóvel?	2,259	176	0,025
4.9	As recertificações das tripulações VMER deverão ser periódicas com carácter eliminatório?	0,832	203	0,407

## Capítulo V - Das Conclusões e Sugestões

### 5.1 Conclusões

Do estudo exploratório e analítico cujos objectivos eram:

- Caracterizar a população dos Enfermeiros das VMER;
- Aprender o nível de apropriação das Competências Funcionais da Enfermagem pelos Enfermeiros das VMER;
- Aprender o nível de apropriação das competências funcionais que não são da Enfermagem, pelos Enfermeiros nas VMER;
- Analisar como percebem os Enfermeiros das VMER a formação e revalidação de competências que lhes é ministrada;
- Caracterizar as VMER enquanto organizações hospitalares de acordo com as percepções dos Enfermeiros que aí desempenham funções;
- Elaborar, uma proposta de *Job Description* da Enfermagem nas VMER tendo em conta as percepções dos informantes, as directivas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Assim, em relação à população de Enfermeiros das VMER:

1. Existe uma taxa de feminização de 31,71% face aos 81,3% no SNS;
2. Os prestadores encontram-se situados nas faixas etárias entre os 21 e os 50 anos sendo para ambos os sexos a classe dos 31 aos 40 anos entendida como moda e como mediana.
3. Existe uma prevalência maior dos elementos do sexo masculino até idades superiores.

4. Os elementos do sexo masculino normalmente desempenham funções nas VMER com menos tempo de exercício profissional total do que os do sexo oposto.
5. A maioria da população exerce funções nas VMER há menos de 5 anos (88,8%).
6. A população dispersa-se por vários graus académicos sendo que a maioria são licenciados (57%), seguindo-se os bacharéis (26%), pós-graduados (14%) e mestrados (3%).
7. A grande maioria dos prestadores inquiridos estão vinculados à Função Pública (85,4%) sendo que os restantes se dividem por regimes de prestação de serviços (10,6%) e por contratos individuais de trabalho (4%).
8. Existe um larga discrepância nos vencimentos/hora auferidos nos serviços VMER. Desde os 6,10€ aos 20€, sendo que a média corresponde a 13,53€ e a moda a 15€.
9. Quanto ao desempenho em número de turnos e sua duração em horas, existe também falta de uniformidade. Os enfermeiros desempenham funções nas VMER com assiduidade variável desde os 2 aos 12 turnos/mês em turnos que compreendem 6, 8 ou 12 horas.
10. 8,8% da população trabalha em média um número excedentário de horas de acordo com a Circular Normativa nº 4 do Departamento de Modernização e Recursos Humanos em Saúde, de 14 de Março de 2002, ou seja, mais de 216 horas em média/mês.

Em relação à apropriação das Competências Funcionais da Enfermagem pelos Enfermeiros das VMER:

1. Os Enfermeiros têm dúvidas acerca do papel que a Enfermagem exerce nas tomadas de decisão em sede de SIEM tendo em conta o desempenho da Profissão no sistema.
2. Não existe uma posição esclarecida de que a Enfermagem na VMER dá primazia ao Cuidar em detrimento da noção de Tratar.
3. O apoio de outros profissionais no terreno poderão auxiliar os Enfermeiros a desempenhar as suas competências funcionais, sendo que a delegação de funções de Enfermagem noutras classes profissionais é por vezes assumida.

4. O acompanhamento de Enfermagem no regresso ao hospital constitui uma decisão do próprio mas que, contudo, na maioria dos casos, é proveniente de uma “prescrição médica”. A partilha de opiniões existente nestes ambientes não se compadece, na opinião dos Enfermeiros das VMER, na substituição destes por outros profissionais aquando da transferência dos utentes para o hospital. Estes não aceitam a substituição da Enfermagem ao lado do utente por outros técnicos de saúde (66,7%).
5. Os Enfermeiros das VMER sentem que, enquanto elementos diferenciados do SIEM devem participar no desenvolvimento de acções de promoção e prevenção em saúde nas adstritas às suas VMER. De igual forma, entendem que o seu papel formativo e especializado deverá passar pela formação descentralizada de outros intervenientes no SIEM numa política de melhoria dos cuidados globais prestados às populações.

Em relação à apropriação das competências que não fazem parte dos conteúdos funcionais da Enfermagem:

1. A condução, no entender dos Enfermeiros, fracciona a prestação de Cuidados de Enfermagem aos utentes assistidos. 58% dos Enfermeiros defende que existe uma suspensão temporária da prestação e cuidados durante a transferência hospitalar.
2. Apesar dos informantes concordarem que a condução (64,5%) e as tarefas ligadas à manutenção da operacionalidade das viaturas (51,7%) serem da sua competência própria, a sua interferência na optimização dos cuidados de enfermagem parece ser mais defendida pelos elementos do sexo feminino (40%) do que do masculino (23,8%).
3. A condução aparenta ser na opinião dos Enfermeiros das VMER, um factor condicionador do ingresso de novos elementos (71,4%).
4. A grande maioria dos inquiridos afirma que, se tivesse que deixar de conduzir a VMER, continuaria a exercer funções ocupando, por consequência o lugar traseiro da viatura (74,3%).

No que respeita à formação específica para o desempenho nestes contextos de trabalho:

1. 21,8% dos Enfermeiros que detêm formação específica de condução, não a entendem como adequada.
2. Os Enfermeiros das VMER entendem que as práticas de SAV (70,5%) e de abordagem em Trauma (83,5%) de acordo com os *guidelines* em vigor são procedimentos autónomos da Profissão nestes contextos de trabalho.
3. Apesar de entenderem que os procedimentos atrás mencionados deverão fazer constar nos planos curriculares dos cursos de licenciatura em Enfermagem, os mesmos defendem que estas temáticas deverão constituir um corpo de conhecimentos a adquirir em sede de pós-graduações (75,9%), as quais passariam a constituir exigências para a prática da Enfermagem no pré-hospitalar.
4. Os Enfermeiros concordam com o actual modelo de revalidação de competências em prática no sector. Ou seja, concordam que os Enfermeiros deverão ser sujeitos a revalidações periódicas com carácter eliminatório (67,1%).

No que concerne às VMER enquanto organizações hospitalares:

1. Existe uma heterogeneidade evidente nas VMER enquanto organizações.
2. As VMER apresentam em média valores negativos de satisfação para as componentes “remuneração”, “existência de incentivos pessoais e profissionais” e “oportunidade de progressão e formação”.
3. A “liberdade para organizar o trabalho e a vida pessoal” constitui o item mais valorizado como satisfatório nas organizações VMER.
4. Os níveis de satisfação dos Enfermeiros pelas VMER dependem da “VMER” onde desempenham funções, “vencimento líquido/hora na VMER” e, o “número médio de turnos/mês” que cada um desempenha no serviço VMER.

Da associação livre de palavras sobre “O Enfermeiro na VMER” sendo sujeitos a análise de conteúdo, conclui-se:

1. Os Enfermeiros atribuem maior pendor aos seus valores práticos (35,5%) dos quais são sobrevalorizados os registos ligados à condução, emergência, rapidez, segurança e profissionalização.

2. Os valores profissionais detêm 30% dos registos nos quais os informantes valorizam os atributos relacionados com o perfil do Enfermeiro na VMER.
3. Existe uma valorização do Cuidar face ao Tratar.
4. Não são valorizáveis os registos relacionados com os valores sociais, medo, alegria e relativos ao ego.

## 5.2 Sugestões

Entendo que o corolário da presente investigação, é o estabelecimento de uma proposta de *Job Description* para a Profissão de Enfermagem no desempenho de funções no pré-hospital, mais propriamente ao nível das VMER. Com isto pretendo pois dar resposta ao último objectivo específico do estudo.

Antes de mais gostava de realçar alguns considerandos que entendo serem de sobeja importância quando se pretende introduzir pontos de discussão para a eventual mudança:

- o presente estudo incide exclusivamente sobre os aspectos práticos do desempenho de uma das várias profissões no terreno. Será importante de igual forma fomentar formas de auscultação aos demais sectores profissionais envolvidos no sentido de apurar as suas opiniões acerca das mesmas questões presentemente abordadas;
- Não foi alvo de investigação, a auscultação de outros profissionais de Enfermagem que, apesar de não exercerem funções no sistema, constituem eles próprios potenciais prestadores e que, estando do outro lado da discussão, terão seguramente outras preocupações acerca destas matérias;
- Não foram contempladas na proposta seguinte, as questões que envolvem os aspectos económicos que financiam o funcionamento do SIEM português;
- Será também importante promover um palco alargado de intervenções na discussão das eventuais propostas de re-estruturação do SIEM;

Assim, tecidos os considerandos, a presente proposta resulta das opiniões dos Enfermeiros envolvidos no estudo e que representam 41,36% do universo apesar de, não devermos esquecer que a opinião dos “não respondentes” poder tender para conclusões diferentes (Bell 2002).

### **Corolário da Investigação:**

#### **Proposta de *Job Description* para a Enfermagem nas VMER**

Tendo em conta as conclusões apuradas previamente, é da opinião dos informantes que a profissionalização do sector poderá conduzir a uma maior eficácia e legitimidade das profissões no pré-hospital na conquista do equilíbrio nas relações entre profissionais e utentes (Dubar 1997). É pois neste sentido que, creio, reside o âmago da questão. A multiplicidade de características próprias associadas a cada VMER contribui para que o presente SIEM, ao contrário do que tinha sido idealizado, seja na prática um mosaico de serviços interligados por elos frágeis.

A presença da Enfermagem no sistema e ao nível da medicalização não se encontra de facto bem esclarecida, nem acerca das formas como se deve comportar, nem acerca das funções que dela são esperadas. E, perante tal zona cinzenta, subjaz, tal como em qualquer outro sector da saúde o legislado pelo DL nº161/96, de 4 Setembro - o REPE. E foi nesse entendimento que toda a investigação foi encaminhada no sentido de apurar como de facto os profissionais de Enfermagem vêem o REPE nestes ambientes de trabalho.

Parece-me peremptório que, de forma genérica, os níveis de satisfação destes profissionais se encontram aquém do ideal pelo que se propõe o seguinte:

- É emergente a necessidade de regulamentação do exercício dos profissionais de Enfermagem nas VMER quer das próprias VMER, enquanto serviços. Tal, deverá pôr cobro à diversidade de comportamentos e formas de gestão entendíveis como potenciais fragilidades do SIEM. A falta de clarividência na estrutura organizacional de cada VMER quer ao nível dos seus níveis estratégicos, quer de apoio, quer mesmo das suas linhas hierárquicas (Mintzberg 1995), confronta com a valorização que os colaboradores da organização atribuem aos valores que ela representa (Vala 2000). A falta de incentivos pessoais e profissionais, a heterogeneidade da valores salariais e a falta de

oportunidades de progressão e formação no sector, colidem com a satisfação que os Enfermeiros mostram por estes serviços. A regulamentação da Profissão nestes cenários e a regulamentação dos serviços VMER inseridos no SIEM português deverão por isso, conduzir a níveis de qualidade, proficiência e satisfação pelos seus profissionais (Carapeto e Fonseca 2005) ;

- Os vários serviços VMER deverão constituir pólos descentralizados do sistema no sector da formação de quadros prestadores de cuidados pré-hospitalares e intra-hospitalares;
- A Enfermagem nas VMER entendem também que o seu papel deverá ser estendido às comunidades a si adstritas, sob a forma de acções de sensibilização, promoção e prevenção em saúde;
- Clarificação do papel da Enfermagem no Pré-Hospitalar e nas VMER mais propriamente deverá relacionar-se com o legislado no DL nº161/06, de 4 de Setembro (REPE) não se compadecendo com as zonas de incerteza existentes no sistema de socorro quanto à forma enquanto tripulantes de ambulância e enfermeiros se substituem de serviço em algumas VMER;
- As tarefas que se relacionam exclusivamente com a manutenção da operacionalidade e condução de viaturas de socorro, interferem na prática de cuidados de enfermagem no sentido em que se identifica uma suspensão destes cuidados no trajecto para o hospital. Apesar do estudo apontar para que os opinantes não entendam que a condução interfira com a optimização dos cuidados de enfermagem prestados, é certo que os elementos do sexo feminino se manifestam mais negativamente face a estas tarefas. A Enfermagem deverá por isso abandonar estas funções dedicando mais tempo e atenção aos utentes assistidos podendo num cenário futuro de alargamento das equipas VMER ocupar um outro lugar na viatura que não o do condutor. A Enfermagem deverá assumir um papel fulcral, tal como se encontra regulamentada, na eficácia e qualidade dos cuidados de saúde prestados;
- A formação específica para a prática no pré-hospitalar deverá constituir um corpo de conhecimentos a adquirir em sede de pós-graduação que deverá constituir condição *sine qua non* para o seu exercício. São entendidos que a prestação de cuidados em SAV e Trauma consistem em cuidados autónomos da Profissão devendo por isso fazer parte dos planos curriculares dos cursos de licenciatura em Enfermagem. Estas competências específicas em contexto da prática deverão

ser revalidadas periodicamente e com carácter de obrigatoriedade para continuação no sector.

Em resumo, falar hoje da reestruturação de um sistema de socorro implica por si só um trabalho alargado, quer no tempo, quer nas plataformas de entendimento no sentido do estabelecimento de consensos. A definição das carreiras contribuirá para a clarificação dos próprios serviços VMER desde que sustentada na satisfação de todas as partes envolvidas mas nunca perdendo de vista o objectivo base: o utente. Nesta abordagem estou certo da importância da inclusão das questões sociais, não nos devemos esquecer que a realidade profissional dos colaboradores de qualquer organização deverá ser compatibilizada com as demais exigências da vida familiar como condição para a satisfação das expectativas que as organizações detém em cada um dos seus colaboradores. Tal como a definição de horários de trabalho e remuneração adequada às funções desempenhadas.

Estou certo que no futuro, e fruto da instabilidade provocada por um sistema de emergência em mosaico, a medicalização passará por reformas conducentes à definição, estruturação e uniformização da medicalização do SIEM em Portugal.

**BIBLIOGRAFIA****Livros, Artigos e Relatórios de Investigação**

- ADAMS, Beth e TRIMBLE, Major  
1989 “Nurses”, **PreHospital Systems and Medical Oversight**, St. Louis: Mosby
- AGOSTINHO, Eduardo  
1993 “Desenvolvimento do Serviço de Saúde nos Bombeiros Portugueses”, Serviço Nacional de Bombeiros, **Bombeiros Portugueses – Seis Séculos de História**
- ALMEIDA, João F.; PINTO, José Madureira  
2003 “Da Teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais” in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira, **Metodologia em Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento
- AMBLARD, Henri et al  
1996 **Les Nouvelles Approches Sociologiques des Organisations**, Paris: Éditions du Seuil
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (AHA)  
1972 **Emergency Services – The Hospital Emergency Department in an Emergency Care System**, Chicago: AHA
- ANTUNES, Manuel  
2000 **A Doença da Saúde**, Lisboa: Quetzal Editores
- BANDEIRA, Romero  
1998 “A Emergência das “Urgências” e das “Catástrofes”, **Revista da Escola Nacional de Bombeiros**, 2, nº 5
- BARDIN, Laurence  
2000 **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Ed. 70
- BATUCA, Artur  
1998 **Representações Sociais sobre os Sistema Integrado de Emergência Médica**, Lisboa: Universidade católica Portuguesa (Tese de Mestrado)
- BELL, Judith  
2002 **Como Realizar um Projecto de Investigação**, Lisboa: Gradiva
- BERNAUX, Philippe  
1985 **A Sociologia das Organizações**, Porto: Rés
- BILHIM, João Abreu de Faria  
2000 **Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas**, Lisboa: ISCSP
- BLEDSON, B.E.; PORTER, Robert S.; SHADE, Bruce  
1997 **Paramedic Emergency Care**, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- BOURDIEU, Pierre  
1989 **O Poder Simbólico**, Lisboa: DIFEL  
1997 **Razões Práticas – Sobre a Teoria da Acção**, Oeiras: Celta Editora
- BROWNER, Bruce e tal  
2002 **Emergency Care and Transportation of the Sick and Injured**, Boston: Jones and Bartlett Publishers
- CAMDEN, John W.  
1972 **Emergency Medical Services**, Connecticut: Technomic Publication
- CANOTILHO, J.J.G.; MOREIRA, Vital (Orgs)  
1993 **Constituição da República Portuguesa**, Coimbra: Coimbra Editora
- CARAPETO, Carlos; FONSECA, Fátima  
2005 **Administração Pública – Modernização, Qualidade e inovação**, Lisboa: Ed. Sílabo
- CAROLINE, Nancy

- 1995 **Emergency Care in the Streets**, New York: Little, Brown and Company
- CARVALHO RODRIGUES, Luís (Org.)  
2002 **Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde**, Lisboa: Ed. Colibri
- CASCÃO, Ferreira; CUNHA, Namércio  
1998 **Gestão de Competências – Novas Perspectivas na Gestão de Recursos Humanos**, Porto: Ed. IPAM
- CHIAVENATO, Idalberto  
1991 **Recursos Humanos na Empresa**, São Paulo: Atlas  
1999 **Administração dos Novos Tempos**, Rio de Janeiro: Ed. Campus, Lda
- CHOLLET-CHAPPARD, Marie Odile  
2000 “Des Compétences a la Compétence – entre transmission et transfert: quels modeles?”, **Recherche en Soins Infirmiers**, 62
- COLLIÈRE, Marie-Françoise  
1999 **Promover a Vida**, Lisboa: LIDEL
- COSTA-SACADURA, S. C.  
1942 **Apontamentos para a História da Enfermagem em Portugal**, Lisboa: Escola de Enfermagem Artur Ravara
- COUESSUREL, Nicolas  
2003 “O Enfermeiro face à Urgência Pré-Hospitalar”, **Revista Urgência Prática**, 1
- CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard  
1977 **L’Acteur et le Système: les contraintes de l’action collective**, Paris: Éditions du Seuil
- DA SILVA, Carlos Alberto  
2001 **(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as sua Implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Évora: Universidade de Évora (Tese de Doutoramento)  
2002 “(Re)Criar a Ideia de Habitus e Campo Social na Encruzilhada das Identidades Profissionais na Saúde”, in **Revista Economia e Sociologia**, 74  
2003 **ABC do SPSS for Windows**, Monsaraz: ADIM
- DUBAR, Claude  
1996 **A Socialização – Construção das Identidades Sociais e Profissionais**, Lisboa: Porto Editora  
1998 **La Socialisation**, Paris: Armand Colin
- DURKHEIM, Émile  
2001 **As Regras do Método Sociológico**, Lisboa: Editorial Presença
- EYMARD, Chantal  
2003 “Professionnalisation et Transfert de Compétences – Glossaire”, in **Soins Cadres**, 50
- ESCOBAR, Lucília  
2004 **O Sexo das Profissões – Género e Identidade socioprofissional em Enfermagem**, Porto: Ed. Afrontamento
- ESPIRITO SANTO, J.  
1950 **A Enfermagem – Profissão Nobre**, Coimbra: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
- FERREIRA, Gonçalves F.A.  
1975 **Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal**, Amadora: Biblioteca Ciência-Progresso.Cultura
- FILIPE, Natália  
2003 “Autonomia da Profissão – Três Décadas de Crescimento”, **Revista Nursing**, 183
- FOWLER, Raymond  
1989 “System Models”, in KNEHL, Alexander (Org) **Pré-Hospital Systems and Medical Oversight**, St. Louis: Mosby
- GAUTHIER, Benôit (Org.)  
2003 **Da Problemática à Colheita de Dados**, Loures: Lusociência

- GIROD, Roger  
1970 “Attitudes Relatives à la Valeur du Travail”, in FRIEDMAN, Georges; NAVILLE, Pierre (Orgs), **Traité de Sociologie du Travail**, Paris: Librairie Armand Colin
- GOLEMAN, Daniel  
1999 **Trabalhar com Inteligência Emocional**, Braga: Círculo de Leitores
- GONÇALVES, Carlos Manuel  
2002 “A Construção da Profissionalidade dos Economistas – Algumas notas sobre o Caso Português”, in AMORIM, Inês (Org.), **Qualificações, Memórias e Identidades do Trabalho**, Lisboa: IIEFP
- FIRMINO DA COSTA, António  
2003 “A Pesquisa de Terreno em Sociologia” in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Orgs.), **Metodologia em Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento
- FONTANELLA, J.M. et al  
1996 **Les SAMU – Centre 15: Organization, Activités, Techniques de Regulation Medicale, Elements Historiques**, Paris: SFEM Editions – Collection Médecine d’Urgence SAMU
- FRIEDBERG, Erhard  
1992 “Les quatre dimension de l’action organisée”, in **Revue Française de Sociologie**, 33  
1995 **O Poder e a Regra**, Lisboa: Instituto Piaget
- FRIEDSON, Eliot  
1988 **Professional Powers**, Londres: The University of Chicago Press
- GIORDANO, Lorraine; DAVIDSON, James  
1989 “Urban Systems” in KNEHL, Alexander (Org), **PreHospital Systems and Medical Oversight**, St. Louis: Mosby
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin  
1978 **Les Enquetes sociologiques: theories et pratique**, Paris: Armand Colin
- GUERRA, Nelson  
2002 **Da Rua ao Hospital: as (des)continuidades do Sistema Integrado de Emergência Médica**, Lisboa: ISCTE (Tese de Mestrado)
- HAFEN, Brent et al  
1997 **Pre-Hospital Emergency Care**, New Jersey: Prentice-Hall
- HAFFERTY, Frederic W.; McINLAY, John B.  
1993 **The Changing medical Profession**, New York: Oxford University Press
- HINSHAW, A.S.  
1999 **Handbook of Clinical Nursing Research**, Thousand Oaks: SAGE
- KELLEHEART, A.  
s.d **The Unobtrusive Researcher: a guide to methods**, St. Leonards: Allen & Unwin
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)  
1999 **Manual da VMER**, Lisboa: DSM/DSF  
2000 **Manual da VMER**, Lisboa: DSM/DSF  
2001 **A Estrela da Vida – O Símbolo do INEM**, Lisboa: INEM
- JENKINS, Astor L.  
1978 **Emergency Department Organization and Management**, St. Louis: Mosby
- JESUÍNO, Jorge Correia  
1984 **Legitimidade e Contrato Social**, Coimbra: Vértice (separata)
- JOUTARD, Thierry  
2004 “Professionnalisation et Transfert de Compétences”, **Soins Cadres**, 50
- JUAN, Luísa A. e tal  
1994 “Emergências – Asistencia prehospitalaria”, **Revista ROL de Enfermería**, nº 186
- LIMMER, Daniel et al  
1999 **Essentials of Emergency Care**, New Jersey: Prentice-Hall

- LOPES FERREIRA, Pedro  
1999 **População e Condições Sociais**, Lisboa: INE-DRC
- MARRUCHO, António; LOPES, Maria; TEIXEIRA, Otilia  
1995 “Enfermagem – Uma Nova Realidade”, **Revista Em Foco**, 13, nº 3
- McKEE, Martin; HEALY, Judith  
2002 “Diffrent strategies for improving hospital performance”, **Hospital Healthcare Europe 2002/2003**, Londres: Campden Publishing Ltd.
- MÉGRE, Paula  
1998 “Novas Competências numa Perspectiva de Desenvolvimento Profissional”, **Revista Pensar Enfermagem**, Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende
- MINTZBERG, Henry  
1989 **Le Management – Voyage au Centre des Organisations**, New York: Free Press  
1995 **Estrutura e Dinâmica das Organizações**, Lisboa: Publicações Dom Quixote
- MITRANI, Alain et al  
1994 **Homens e Competências – A Gestão dos Recursos Humanos na Europa**, Mem Martins: Zénite
- MOAKES, S.; KILLNER, T.  
2000 “Nurse’s understanding of their role as part of a mobile medical and nursing team during a major incident”, **Pré-Hospital immediate Care**, 5
- MORAIS, Maria Palmira T.  
1946 **Enfermagem Científica – Considerações acerca da sua Evolução Histórica**, Porto: Costa Carregal
- NUNES, Lucília  
1998 “Dos Caminhos de Ontem às escolhas de Hoje”, **Revista Nursing**, 118  
2002 “Competências Morais no Exercício da Enfermagem – Cinco Estrelas”, in **Revista Nursing**, nº171  
2003 **Um Olhar sobre o Ombro**, Loures: Lusociência
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS)  
2003 **Relatório da Primavera – Saúde que rupturas?**, Lisboa: ENSP
- O’KEEFE, Michael et al  
1998 **Emergency Care**, New Jersey: Prentice-Hall
- OLIVEIRA, Anabela  
2003 “Estudo da Influência de alguns factores de Stress em Profissionais das VMER”, in **Revista Investigação em Enfermagem**, nº 8
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)  
2003 **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**, Lisboa: OE  
2004 **Dados Estatísticos 2000-2004**, Lisboa: OE
- ORDEM DOS MÉDICOS (OM)  
2002 “Competência em Emergência Médica”, in **Revista da Ordem dos Médicos**, nº 25 (separata)
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OCDE)  
1998 **Economic Surveys 1987-1997: Portugal**, Paris: OCDE Publ. Service  
2001 **A System of Health Accounts**, Paris: OCDE Publ. Service  
2003 **Health at a Glance: OECD indicators 2003**, Paris: OCDE Publ. Service
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)  
1981 **Planning and Organization of Emergency Medical Services**, Geneva: OMS
- PALLANT, Julie  
2001 **SPSS Survival Manual**, New York: McGraw-Hill
- PAULA, Carlos Andia da  
1990 “CODU” in INEM (Org), **II Jornadas de Emergência Médica 1980-1990 – Documentação**, Lisboa: INEM
- PEREIRA, António Baptista

- 1990 “Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)”, in INEM (Org), **II Jornadas de Emergência Médica 1980.1990 – Documentação**, Lisboa: INEM
- PEREIRA<sup>2</sup>, Alexandre  
2003 **SPSS – Guia Prático de Utilização**, Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- PEDROSA, Aliete  
2002 “Os Cuidados na Doença e os Serviços Assistenciais desde as Origens até Finais da Idade Média”, **Revista Referencia**, 9, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
- 2004 “A Enfermagem Portuguesa – Referencias Históricas”, **Revista Referencia**, 11, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca
- PESTANA, Maria; GAGEIRO, João  
2000 **Análise de Dados para Ciências Sociais**, Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- PHANEUF, Margot  
2005 **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**, Loures: Lusociência
- PIRES, Ana Luísa O.  
1994 “As Novas Competências Profissionais”, **Revista Formar**, Lisboa: IEFP
- POLIT, Denise  
1995 **Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem**, Porto Alegre: Artes Médicas
- PORTUGAL – Direcção Geral de Saúde  
1997 **Elementos Estatísticos Saúde 1997**, Lisboa: MS  
1998 **Elementos Estatísticos Saúde 1998**, Lisboa: MS  
1999 **Elementos Estatísticos Saúde 1999**, Lisboa: MS  
2000 **Elementos Estatísticos Saúde 2000**, Lisboa: MS  
2001 **Elementos Estatísticos Saúde 2001**, Lisboa: MS
- PORTUGAL – Ministério da Saúde  
2000 **Plano de Desenvolvimento Regional 2000-2006**, Lisboa: MS
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan  
1998 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva
- REBELO, Adelaide et al  
2005 “Competências: Que Realidade?”, **Revista de Formação Contínua em Enfermagem**, XI, 34, Porto: Escola Superior Imaculada Conceição
- RODRIGUES, Maria de Lurdes  
2002 **Sociologia das Profissões**, Oeiras: Celta Editora
- SADLER, Alfred M. et al  
1977 **Emergency Medical Care – The neglected public service**, Connecticut: Ballinger Publishing Company
- SAKS, Mike  
1995 **Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine**, Londres: Rowledge
- SALGUEIRO, Ana Jacinta M.  
1994 “A Enfermagem Amanhã”, **Revista Nursing**, 77
- SILVA, Augusto S.; PINTO, José Madureira  
2003 **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento
- SOARES, M. Freitas; FREITAS, Marília Viterbo  
2001 “Florence Nightingale 1820-1910”, **Revista Enfermagem**, 21, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros
- SPRAGUE, Mike  
2002 “Improved ambulance communications and IT can improve survival rates”, in Standing Committee of the Hospitals of the European Union (Org), **Hope 2002/2003**, Londres: Campden Publishing Ltd.
- REYNAUD, Jean-Daniel  
1997 **Les Règles du Jeu – L’Action Collective et la Régulation Sociale**, Paris: Armand Colin
- TURNER, Bryan

- 2001 **Medical Power and Social Knowledge**, Londres: SAGE  
TURNER, Lee et al
- 2000 “Introducing a medical emergency team”, *Nursing Times*, 97, nº 40  
VALA, Jorge
- 2003 “Análise de Conteúdo” in SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (Orgs.), **Metodologia em Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento
- VANDENBROUCKE, Frank
- 2003 “European Integration and National Healthcare Systems”, **Hospital Healthcare Europe 2002/2003**, Londres: Campden Publishing Ltd.
- WAINSCOTT, Michael; ATKINS, James
- 1989 “Pré-Hospital Providers in the Emergency department”, in KNEHL, Alexander (Org), **PreHospital Systems and Medical Oversight**, St. Louis: Mosby
- WATKINS, David
- 1998 “Ladies at War”, *Nursing Times*, 94, nº 45
- WATSON, Jean
- 2002 **Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um Novo Paradigma da Enfermagem**, Loures: Lusociência
- YIN, Robert
- 2003 **Case Study Research**, Londres: SAGE

### **Outros Documentos**

### **Documentos Electrónicos**

- FILHO, Jayme Teixeira
- 2000 **Conflitos e Motivações: sobre o significado do trabalho nas organizações**,  
[www.informal.com.br](http://www.informal.com.br)  
(15.10.2005)
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)  
[www.inem.min-saude.pt/pagegen.asp?SYS\\_PAGE\\_ID=469140#481825](http://www.inem.min-saude.pt/pagegen.asp?SYS_PAGE_ID=469140#481825)  
(15.09.2005)
- SAMUR  
[www.munimadrid.es/samur](http://www.munimadrid.es/samur)  
(14/07/2005)
- PACHO, Ana Vasquez
- 2004 [www.uvp5.univ-paris5.fr/SAMU/main/MainSP.asp](http://www.uvp5.univ-paris5.fr/SAMU/main/MainSP.asp)  
(10.08.2005)

### **Normas Jurídicas**

- Decreto-Lei nº 38884/52, de 28 de Agosto  
Reforma do Ensino da Enfermagem
- Decreto-Lei nº 46448/65, de 20 de Junho  
Reforma do Curso de Enfermagem Geral
- Decreto-Lei nº 265/70, 12 de Junho, DR, I  
Extingue a Policia de Viação e Transito e determina as competências da Guarda Nacional Republicana
- Decreto-Lei nº 511/71, de 22 de Novembro, DR, I  
Cria no Ministério do Interior, o Serviço Nacional de Ambulâncias
- Decreto-Lei nº 447/74, de 13 de Setembro, DR, I

- Determina a mudança de tutela do SNA do Ministério do Interior para o Ministério da Defesa Nacional
- Decreto-Lei nº 79/75, de 22 de Fevereiro, DR, I  
Atribui aos órgãos do SNA as competências antes atribuídas ao Comando-geral da PSP alterando od DL nº 511/71, 22/11 e DL nº 447/74, 13/09
- Decreto-Lei nº 388/78, de 9 de Dezembro, DR, I  
Cria o Serviço Coordenador do Serviço de Bombeiros
- Decreto-lei nº 234/81, de 3 de Agosto, DR, I  
Cria no Ministério dos Assuntos Sociais, o Instituto Nacional de Emergência Médica
- Decreto-Lei nº 179/82, de 15 de Maio, DR, I  
Altera o artigo 29º do DL nº 234/81, de 3 de Agosto, que determina as receitas do INEM
- Decreto-lei nº 263/83, de 16 de Junho, DR, I  
Altera o artigo 29º do DL nº 234/81, de 3 de Agosto, que determina as receitas do INEM
- Decreto-Lei nº 171/87, de 20 de Abril, DR, I  
Cria uma taxa a ser paga anualmente pelas entidades gestoras dos fundos de pensões autorizadas a exercer a sua actividade em Portugal
- Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro, DR, I  
Integra o Curso de Enfermagem no Sistema Educativo Superior Politécnico
- Decreto-Lei nº 97/91, de 2 de Março, DR, I  
Altera o artigo 5º do DL nº 388/77 , de 9 de Dezembro, que determina as receitas do SNB
- Decreto-Lei nº 326/91, de 31 de Agosto, DR, I  
Altera o DL nº 234/81, de 3 de Agosto, que aprovou os estatutos do INEM
- Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, DR, I  
Regime Legal da Carreira de Enfermagem
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro, DR, I  
Condiciona o Exercício da Profissão de Enfermagem à obtenção de uma Cédula Profissional, a emitir pela Ordem dos Enfermeiros
- Decreto-Lei nº 73/97, de 3 de Abril, DR, I  
Introduz e regulamenta o número “112” como número nacional de socorro
- Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, DR, I  
Cria a Ordem dos Enfermeiros
- Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de Dezembro, DR, I  
Reestrutura a Carreira de Enfermagem
- Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro, DR, I  
Confere o Grau de Licenciatura ao Curso de Enfermagem
- Decreto-Lei nº 167/2003, de 29 de Julho, DR, I  
Revoga o DL nº 234/81, de 3 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo DL nº 326/91, de 31 de Agosto
- Decreto nº 6943/20, de 16 de Setembro  
Regulamento do Curso de Habilitação dos Enfermeiros para ingresso no quadro dos HUC
- Decreto nº 36219/47, de 10 de Maio  
Reorganiza o Ensino da Enfermagem
- Decreto nº 494-A/75, de 10 de Setembro, DR, I  
Regulamenta o SNA
- Portaria nº 1147/2001, de 28 de Setembro, DR, I-B  
Regulamenta o Transporte de Doentes
- Portaria nº 1301-A/2002, de 28 de Setembro, DR, I-B  
Altera a Portaria nº 1147/2001, de 28 de Setembro
- Despacho conjunto dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência de 13/10/1965  
Cria um serviço de socorro à população de Lisboa através do número “115”
- Despacho nº 21/89 do Secretario de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 20 de Dezembro  
Registo dos Profissionais de Enfermagem

**Resolução n° 84/80, de 11 de Março, DR, I**

**Cria na dependência do Ministro dos Assuntos Sociais, um Gabinete de Emergência Médica e define os seus objectivos**

**Declaração da Presidência do Conselho de Ministros, 21 de Setembro de 1981, DR, I**

**Rectifica o DL n° 234/81, de 3 de Agosto, DR, I**

## **Anexo I**

**(Formulário usado para o Recenseamento do Universo em estudo)**

# Questionário

O presente questionário pretende identificar o Universo dos Enfermeiros que, actualmente, exercem funções nas 31 VMER do país, bem como caracterizar sumariamente as várias VMER.

Os dados fornecidos serão tratados com **confidencialidade e unicamente** para os fins anteriormente citados.

**VMER:**

VMER de:   
Início de actividade a  /  /  (yy/mm/dd)

**Equipa de Enfermeiros**

Nº total de Enfermeiros

Enfermeiros

Enfermeiras

Existem nesta VMER Tripulantes de Ambulância no activo?

Sim

Não

Existem nesta VMER os seguintes regimes de contrato de trabalho na equipa de Enfermeiros (assinalar com ✓):

Vínculo à Função Pública na própria instituição   
Contrato individual de trabalho   
Contrato de Prestação de Serviços   
Regime de Acumulação de Funções   
Outro? Qual?

**Para futuros contactos:**

Enfº Coord.

Morada

Telefone

E-mail

**Para quaisquer esclarecimentos contactar:**

João Miguel Martins Gomes

(Enfº Coordenador VMER Caldas da Rainha)

Apartado 480

2500-303 Caldas da Rainha

Telefone: 966078170

E-mail: [jmmgomes@sapo.pt](mailto:jmmgomes@sapo.pt)

**Por Favor, devolver este questionário no envelope pré-timbrado. Obrigado.**

## **Anexo II**

**(Pedido de autorização para aplicação de Questionário)**

**João Miguel Martins Gomes**  
*Enfermeiro Coordenador*  
*VMER Caldas da Rainha*

---

Apartado 480  
2500 Caldas da Rainha  
@ [jmmgomes@sapo.pt](mailto:jmmgomes@sapo.pt)  
☎ 96 6078170

A/c  
Exmo(a) Sr(a)  
Enfermeiro(a) Director(a)

Sou o enfermeiro coordenador da VMER do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha e, encontro-me presentemente a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde pela Universidade de Évora. É na sequencia da investigação a que me proponho efectuar em sede de tese de mestrado que, venho junto de V/ Exa. solicitar autorização para aplicação do questionário que em anexo lhe remeto, junto dos enfermeiros da VMER que superiormente coordena.

Sem mais de momento.  
Ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Peço Deferimento,

João Gomes  
Caldas da Rainha, 6 de Junho de 2005

**Anexo III**  
**(Questionário)**



# 1º Curso de Mestrado em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

## Questionário sobre o Desempenho da Enfermagem ao Volante do Pré-Hospitalar em Portugal

Nome\* (Facultativo): \_\_\_\_\_

Telefone\* (Facultativo): \_\_\_\_\_

### 1. Caracterização da População de Enfermeiros das VMER

Codificação 0 0

1.1 Sexo: Masculino  Feminino  1.2 Idade: \_\_\_\_ 1.3 Tempo Profissional Total: \_\_\_\_ 1.4 Tempo Profissional na VMER: \_\_\_\_

1.5 Habilitações Académicas: Bacharelato  Licenciatura  Pós-Graduação  Mestrado  Doutoramento

1.6 Vínculo Profissional à VMER: Função Pública: Sim  :  Protocolo Própria Instit.  Protocolo Inter-Instituc.  Acumulação de Funções   
Não  :  Prestação Serviços  Contr. Individual Trabalho

1.7 Vencimento Líquido na VMER (Hora): \_\_\_\_ 1.8 O vencimento VMER está de acordo com o seu Índice na carreira? Sim  Não

1.9 Número médio de Turnos/Mês na VMER: \_\_\_\_ 1.10 Número de Horas/Turno na VMER: \_\_\_\_

1.11 Número de Horas Semanais de Trabalho no Serviço Hospitalar de Origem: Tempo Parcial (<35 h/sem.)  35 h/sem.  42 h/sem.

### 2. Qual o nível de apropriação dos Enfermeiros às suas competências profissionais no exercício de funções nas VMER?

2.1 "O Enfermeiro na VMER": escreva as 5 palavras que lhe surgirem de imediato quando lê esta frase.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

2.2 Sublinhe as duas (2) palavras que lhe pareçam agora as mais importantes.

Nas seguintes afirmações, solicito-lhe que, para cada afirmação assinale (X) o seu nível de concordância.

	Discordo	Tenho Dúvidas	Concordo
2.3 No percurso para a ocorrência, estabeleço sempre uma planificação dos cuidados a prestar na situação esperada.			
2.4 No percurso para a ocorrência, a condução ocupa-me toda a minha atenção.			
2.5 A Conceptualização dos cuidados só se inicia quando chego ao local.			
2.6 Existe uma partilha constante de opiniões no seio da equipa no que concerne aos cuidados a prestar.			
2.7 O Tratar supera o Cuidar.			
2.8 A prestação de cuidados de enfermagem é uma constante desde a abordagem inicial à vítima e até à transferência hospitalar.			
2.9 O auxílio dos tripulantes de ambulância em algumas tarefas menos diferenciadas, possibilita ao Enfermeiro o desempenho das suas competências.			
2.10 As Competências Funcionais da Enfermagem são por vezes delegadas noutras categorias profissionais.			
2.11 O acompanhamento de Enfermagem até ao hospital constitui uma decisão do Enfermeiro.			
2.12 O acompanhamento do utente por médico e/ou tripulante de ambulância, dispensa a presença de Enfermeiro.			
2.13 No transporte para o hospital, e com o Enfermeiro ao volante da VMER, existe uma suspensão temporária na prestação de Cuidados de Enfermagem.			
2.14 O Médico e/ou Tripulante cumprem as funções do Enfermeiro durante o transporte.			
2.15 Normalmente quando o Enfermeiro acompanha o utente até ao hospital, trata-se do resultado de um apelo do Médico da equipa.			
2.16 O Papel da Enfermagem nas equipas VMER deverá ter uma dimensão para além da emergência indo no sentido de ações de sensibilização comunitária para a prevenção em saúde.			
2.17 As Equipas de Enfermagem das VMER deverão reunir periodicamente para a avaliação dos cuidados prestados.			
2.18 O poder de decisão ou de afectação da decisão por parte da Enfermagem junto do INEM é o apropriado para a dimensão da participação da Profissão no Pré-Hospitalar.			
2.19 A Profissionalização das VMER seria uma condição de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.			

### 3. Qual o nível de Apropriação dos Enfermeiros das VMER às tarefas não contempladas no seu Job Description?

	Discordo	Tenho Dúvidas	Concordo
3.1 Para desempenhar funções de Enfermeiro na VMER, deverei ter como competência própria, a condução de viaturas de emergência.			
3.2 Compete ao Enfermeiro nestes contextos de trabalho, verificar a operacionalidade da viatura (óleo, combustível, pneus,...).			
3.3 O Papel do Enfermeiro da VMER será mais optimizado se este não tiver como atribuições as tarefas ligadas à viatura.			
3.4 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como <b>competência própria e independente</b> , a prestação de SAV de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.			
3.5 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como <b>competência própria e dependente</b> , a prestação de SAV de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.			
3.6 Para desempenhar as funções de Enfermeiro da VMER, deverei ter como <b>competência própria e independente</b> , a prestação de técnicas de remoção/extracção/imobilização em Trauma de acordo com os <i>guidelines</i> em vigor.			
3.7 No transporte para o Hospital, a presença do Enfermeiro (e do Médico) é imprescindível.			

### 4. Qual a percepção dos Enfermeiros da VMER face à adequação da formação específica recebida para o desempenho de funções nas VMER?

	Sim	Não
4.1 Possui algum curso de condução automóvel destinado à condução da VMER? Se <b>Não</b> , passe a 4.2		
4.1.1 Acha adequada a formação recebida em condução automóvel?		
4.2 Sente que só poderá ser Enfermeiro na VMER aquele que tiver aprovada a competência específica em condução?		
4.3 Sente que o facto de ser o Enfermeiro a conduzir a VMER, constitui um factor de eliminação de potenciais candidatos?		
4.4 Continuará a exercer funções se deixasse de conduzir a VMER e, por consequência, passasse a ocupar o lugar traseiro da VMER?		
4.5 Identifica como fundamental ver incluída a formação específica em SAV para o desempenho da Profissão de uma forma geral?		
4.6 Identifica como sendo fundamental ver incluída a formação específica em técnicas de remoção/extracção/imobilização em Trauma para o desempenho da Profissão de uma forma geral?		
4.7 Estas técnicas deverão ser alvo de estudos pós-graduados os quais deverão ser exigências para a prática da Enfermagem no Pré-Hospitalar?		
4.8 As equipas VMER deverão ser acreditadas para a formação local de técnicos de saúde e de tripulantes de ambulância numa perspectiva de melhoria global da qualidade do socorro prestado às populações adstritas a cada VMER?		
4.9 As recertificações das tripulações VMER deverão ser periódicas com carácter eliminatório?		

### 5. Qual a percepção dos Enfermeiros das VMER face às VMER enquanto Organizações?

Por favor, quantifique o seu nível de Satisfação face a cada uma das seguintes afirmações:  
(1 = Mínimo e 5 = Máximo)

	1	2	3	4	5
5.1 A oportunidade de formação e progressão na profissão estão presentes neste serviço VMER.	<input type="radio"/>				
5.2 Os dirigentes (coordenadores) da organização VMER a que pertencço, interessam-se pela minha pessoa.	<input type="radio"/>				
5.3 O meu serviço VMER possui um clima cooperativo.	<input type="radio"/>				
5.4 A Autonomia e Responsabilidade são características culturais da minha organização VMER.	<input type="radio"/>				
5.5 Existe liberdade para organizar o trabalho e a minha vida pessoal.	<input type="radio"/>				
5.6 O meu serviço VMER é facilitador de contactos sociais e de convívio.	<input type="radio"/>				
5.7 O meu trabalho na VMER é bem remunerado.	<input type="radio"/>				
5.8 No meu serviço VMER, existe uma política de incentivos ao desenvolvimento pessoal e profissional.	<input type="radio"/>				

**Muito Obrigado pelo tempo que dispendeu no preenchimento deste Questionário.  
As suas opiniões serão fundamentais na prossecução dos objectivos propostos.**

\*Os itens *Nome* e *Telefone* são **Facultativos** servindo unicamente para, em caso de situações de declarado interesse académico, poder ser efectuada entrevista com o informante conferindo uma mais-valia à investigação.

**Por Favor, verifique se respondeu a todas as Questões.**

## **Anexo IV**

**(Categorização das Unidades de Registo provenientes da análise de conteúdo)**

Categorização da associação de palavras à citação  
 “O Enfermeiro na VMER”

Categorias	Sub-Categorias
<b>Valores Profissionais</b>	Saber Ser
	Saber Saber
	Saber Agir
<b>Valores Sociais</b>	Amor ao Próximo
	Amizade/Auxílio
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	Independência
	Cumprimento
	Reconhecimento
	Amor-Próprio
<b>Valores que exprimam o Medo</b>	
<b>Valores que exprimam Alegria</b>	
<b>Valores Práticos</b>	Sentido Prático
	Possessão
	Trabalho
	Materiais
<b>Valores Cognitivos</b>	Conhecimento

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Ser</b>	<p> Agil (6)  Assertivo (1)  Atento/Concentrado (7)  Audaz/Determinado (2)  Auto-dominio (1)  Bom-senso (3)  Calmo(a)/Sereno (13)  Cauteloso (1)  Consciente (6)  Coragem/Corajoso (9)  Criativo (2)  Desenrascado (1)  Destemido (1)  Destreza (14)  Diligente (1)  Dinamismo/Dinâmico (14)  Discrição (1)  Disponibilidade/Disponível (8)  Empreendedor (1)  Firme (1)  Hábil/Habilidoso (2)  Honesto/Honestidade (2)  Humano (6)  Improvisador/Improviso (3)  Intuitivo (1)  Lutador (1)  Multifacetado (2)  Observador (1)  Perfil (3)  Perspicaz/Perspicácia (9)  Ponderado/Ponderação (3)  Sensato (2)  Sensível (2)  Ser (1)  Sereno (1)  Seriiedade (2)  Vocação (1) </p>



Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Saber</b>	Capaz/Capacidade (4) Especialidade/Especificidade (3) Holístico (1) Raciocínio/Racional (2)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Agir</b>	Acompanhamento (1) Adaptação (1) Cuidar (27) Disciplina (3) Iniciativa (1) Optimização (1) Polivalente (2) Preparado (1) Tecnista/Técnica (2) Treino (1) Versatilidade (1)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Sociais</b>	<b>Amor ao Próximo</b>	Altruísmo (1) Dar (1) Criança (1) Doente (3) Interessado (2) Empático/Empatia (3) Prestável (3) Solidário (1)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Sociais</b>	<b>Amizade/Auxilio</b>	Ajuda (26) Amigo (2) Apoio (5) Auxiliador (1) Bom (2) Companheiro (2)

Compreensão (1) Cooperação/Cooperante (5) Vigilante (1)
---

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Independencia</b>	Autonomia (10) Diferença/Diferenciação (7) Independência/Independentes (2)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Cumprimento</b>	Adequado/Apropriado (3) Ambíguo (1) Coerência (1) Complementar (2) Empenho (2) Exemplar (1) Facilitador (1) Fulcral (1) Fundamental (5) Importante (3) Missão (2) Motivador/Motivação (10) Partilha/Partilhar (1) Pertinente (1) Sacrifício (1) Útil (3)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores relativos ao Ego</b>	<b>Reconhecimento</b>	Confiança (1) Exigência (1) Gratificante (1) Compensador (2) Privilégio (1) Reconhecido/Reconhecimento (2) Respeito (1)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
-----------	---------------	---------------------

<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Amor-Próprio</b>	Abnegação (1) Auto-estima (1) Dedicção (8) Elite (1) Esforço (1) Imprescindível (4) Indispensável (6) Mais-valia (2) Maturidade (2) Melhores (1) Orgulho (6) Perito (1) Qualidade (6) Responsabilidade/Responsável (37) Valorizador (1)
---------------------------------	---------------------	---

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores que exprimam o Medo</b>		Adrenalina (25) Angústia (1) Ansiedade (1) Doença (1) Frustração (1) Incompreensão (1) Morte (1) Feridos (1) Perigo (2) Precaução (1) Preocupação (1) Prudência (1) Resistência (1) Risco (16) Sozinho (1) Stress (14) Tristeza (1) Vítima (2)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
-----------	---------------	---------------------

<b>Valores que exprimam a Alegria</b>	Alegria (1) Paixão/Apaixonado (5) Aventura (5) Desafio (3) Emoção (2) Gosto/Gostar (13) Prazer (8) Realização pessoal e profissional (4) Satisfação (13) Saúde (2) Vida (7)
---------------------------------------	---

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Práticos</b>	<b>Sentido Prático</b>	Acção (4) Acidente (2) Activação (1) Actuar (1) Condução/Condutor (27) Contexto (1) Controlo/Controlado (2) Decisão (4) Desfibrilhação (1) Eficaz/Eficácia/Funcionais (18) Eficiente/Eficiência (12) Emergência (42) Estabilizar(Estabilidade) (4) Experiência (4) Físico (1) Imediato/Imediatismo (2) Inesperado (1) Inovação (1) Intervir (1) Legalidade (1) Local (1) Motorista (1) Objectividade (1) Pessoas (1) Operacional/Operacionalidade (3) Orientação (2)

	Prático (1) Primário (1) Priorizar (3) Pronto/Prontidão (4) Rápido/Rapidez (33) PCR (1) Reanimação (5) Rigor (2) Rua (1) Salvar/Salvamento (9) SAV (5) Seguro/Segurança (19) Serviço Público (1) Situação (1) Socorro (10) Tempo (1) Tratar (4) Trauma (6) Urgência (2) Velocidade (3)
--	---

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Práticos</b>	<b>Possessão</b>	Delegar (1) Essencial (5) Obrigatório (1) Profissionalização/Profissional/Profissionalismo (26) Querer (1) Vicio/Viciante (3) Voluntário (3)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Práticos</b>	<b>Trabalho</b>	Acto de Enfermagem (1) Acto Médico (1) Actuação/Atendimento (2) Bombeiro (1) Enfermeiro (1) Equipa/Grupo (28) Heterogeneidade (1)

Interactivo/Interacção (3)  
Remuneração/Ordenado (4)  
Médico (1)  
Pré-hospitalar/Pré-socorro (5)  
Prescrição (1)  
Trabalho (4)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Práticos</b>	<b>Materiais</b>	Ambulância (1) Automóvel/Carro/Viatura (3) INEM (1)

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Cognitivos</b>	<b>Conhecimento</b>	Actualização (2) Aprendizagem (1) Ciência (1) Competência (60) Conhecimento (12) Desempenho (3) Formar/Formação (23) Know-How (1) Mobilizador (1) Qualificação (1) Sabedoria/Saber (3) Sub-aproveitamento (1)

**Categorização da associação de palavras à citação  
“O Enfermeiro na VMER”**

Categorias	Sub-Categorias
<b>Valores Profissionais</b>	Saber Ser
	Saber Saber
	Saber Agir
<b>Valores Sociais</b>	Amor ao Próximo
	Amizade/Auxílio
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	Independência
	Cumprimento
	Reconhecimento
	Amor-Próprio
<b>Valores que exprimam o Medo</b>	
<b>Valores que exprimam Alegria</b>	
<b>Valores Práticos</b>	Sentido Prático
	Possessão
	Trabalho
	Materiais
<b>Valores Cognitivos</b>	Conhecimento

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Ser</b>	<b>Atento/Concentrado (1)</b> <b>Audaz/Determinado (1)</b> <b>Bom-senso (1)</b> <b>Calmo(a)/Serenos (2)</b> <b>Consciente (2)</b> <b>Coragem/Corajoso (1)</b> <b>Criativo (1)</b> <b>Destreza (1)</b> <b>Dinamismo/Dinâmico (4)</b> <b>Disponibilidade/Disponível (1)</b> <b>Firme (1)</b> <b>Hábil/Habilidoso (1)</b> <b>Humano (1)</b> <b>Multifacetado (1)</b> <b>Perspicaz/Perspicácia (2)</b> <b>Ponderado/Ponderação (1)</b> <b>Sensível (1)</b> <b>Serenos (1)</b> <b>Vocação (1)</b>

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Saber</b>	<b>Capaz/Capacidade (1)</b> <b>Raciocínio/Racional (1)</b>

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Profissionais</b>	<b>Saber Agir</b>	<b>Cuidar (8)</b> <b>Optimização (1)</b> <b>Polivalente (1)</b>

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Registo
<b>Valores Sociais</b>	<b>Amor ao Próximo</b>	<b>Doente (1)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Sociais</b>	<b>Amizade/Auxilio</b>	<b>Ajuda (6)</b> <b>Apoio (1)</b> <b>Companheiro (1)</b> <b>Cooperação/Cooperante (1)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Independencia</b>	<b>Autonomia (1)</b> <b>Diferença/Diferenciação (1)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Cumprimento</b>	<b>Complementar (1)</b> <b>Facilitador (1)</b> <b>Importante (1)</b> <b>Missão (1)</b> <b>Motivador/Motivação (3)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores relativos ao Ego</b>	<b>Reconhecimento</b>	<b>Gratificante (1)</b> <b>Privilégio (1)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Relativos ao Ego</b>	<b>Amor-Próprio</b>	<b>Abnegação (1)</b> <b>Auto-estima (1)</b> <b>Dedicação (4)</b> <b>Imprescindível (2)</b> <b>Indispensável (1)</b> <b>Maturidade (2)</b> <b>Orgulho (2)</b> <b>Perito (1)</b> <b>Qualidade (3)</b> <b>Responsabilidade/Responsável (10)</b> <b>Valorizador (1)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores que exprimam o Medo</b>		<b>Adrenalina (1)</b>

<p><b>Ansiidade (1)</b>  <b>Resistência (1)</b>  <b>Risco (6)</b>  <b>Stress (2)</b></p>
--

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores que exprimam a Alegria</b>		<p><b>Desafio (1)</b>  <b>Gosto/Gostar (4)</b>  <b>Prazer (2)</b>  <b>Realização pessoal e profissional (1)</b>  <b>Satisfação (1)</b>  <b>Saúde (1)</b>  <b>Vida (2)</b></p>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Práticos</b>	<b>Sentido Prático</b>	<p><b>Ação (1)</b>  <b>Activação (1)</b>  <b>Controlo/Controlado (1)</b>  <b>Desfibrilhação (1)</b>  <b>Eficaz/Eficácia/Funcionais (6)</b>  <b>Eficiente/Eficiência (4)</b>  <b>Emergência (12)</b>  <b>Estabilizar(Estabilidade (1)</b>  <b>Experiência (1)</b>  <b>Físico (1)</b>  <b>Imediato/Imediatismo (1)</b>  <b>Prático (1)</b>  <b>Priorizar (1)</b>  <b>Rápido/Rapidez (3)</b>  <b>Salvar/Salvamento (5)</b>  <b>SAV (2)</b>  <b>Seguro/Segurança (10)</b>  <b>Socorro (1)</b>  <b>Tratar (1)</b></p>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
------------------	----------------------	----------------------------

<b>Valores Práticos</b>	<b>Possessão</b>	<b>Essencial (3)</b> <b>Obrigatório (1)</b> <b>Profissionalização/Profissional/Profissionalismo (8)</b>
-------------------------	------------------	---

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Práticos</b>	<b>Trabalho</b>	<b>Enfermeiro (1)</b> <b>Equipa/Grupo (9)</b> <b>Pré-hospitalar/Pré-socorro (1)</b> <b>Trabalho (3)</b>

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Práticos</b>	<b>Materiais</b>	

<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Valores Cognitivos</b>	<b>Conhecimento</b>	<b>Competência (33)</b> <b>Conhecimento (4)</b> <b>Desempenho (1)</b> <b>Formar/Formação (8)</b>